

CAMBIO POLÍTICO, ENFERMEDAD Y REFORMA SANITARIA: LA RESPUESTA ASISTENCIAL AL SÍNDROME DEL ACEITE TÓXICO (ESPAÑA, 1981-1998)*

Gregoria Hernández Martín

Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid

José Martínez-Pérez

Facultad de Medicina de Albacete e Instituto de Discapacidades Neurológicas, Univ. de Castilla-La Mancha

RESUMEN

En 1981, España se vio amenazada por la súbita aparición en forma de epidemia de una enfermedad desconocida hasta entonces. El Síndrome del Aceite Tóxico, como acabó denominándose en atención al que se ha considerado su agente causal, exigió así una respuesta que se vio condicionada por el desconocimiento de sus características biológicas, pero también, y de forma relevante, por la compleja coyuntura por la que atravesaba la nación. Inmersa como estaba en un profundo proceso de cambio de régimen político, que había de realizarse además en unas condiciones económicas difíciles, los Poderes Públicos se vieron obligados a reaccionar en unas condiciones poco idóneas y de acuerdo con los valores propios del nuevo modelo de relaciones sociales que se trataba de establecer. El presente trabajo pretende explorar la forma en que el Síndrome del Aceite Tóxico dinamizó y contribuyó a acelerar la reforma sanitaria que, ya con anterioridad al estallido de la epidemia, era considerada como una intervención necesaria. El trabajo toma como objeto de atención principal la manera en que se abordó la respuesta asistencial a los afectados por la enfermedad, que obligaba a atender en un nuevo marco de relaciones sociales a un conjunto de personas con graves secuelas físicas que les producían discapacidad. A través de ello, se intenta poner de relieve cómo buena parte de las actuaciones adoptadas se mostraban de acuerdo con las ideas principales que se planteaban para la reforma. Se pretende mostrar también cómo esas medidas anticiparon algunas de las que se iban a aplicar con posterioridad a la población general.

PALABRAS CLAVE: Síndrome del Aceite Tóxico. Transición Política en España. Historia de la Enfermedad en España. Historia de las Discapacidades en España. Historia

* Para la realización de este trabajo se ha contado con la ayuda de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM) (n.º de referencia: GCS-2006_E/04).

de la Atención Sociosanitaria en España. Relaciones entre Medicina y Sociedad. Historia de la Medicina en el Siglo XX.

POLITICAL CHANGE, DISEASE AND HEALTHCARE REFORM: THE RESPONSE TO THE TOXIC OIL SYNDROME (SPAIN, 1981-1998)

ABSTRACT

In 1981 Spain was threatened by the sudden appearance of an epidemic-like disease, one which was unknown to that date. The Toxic Oil Syndrome, as it was later named after the oil that caused it, thus demanded a response that became conditioned by the fact that the biological nature of the disease was unknown, but also, significantly by the complex situation in the country at that time. Spain was immersed in process of great political change, as well as a difficult economic situation, the authorities were obliged to react in not ideal conditions and in accordance with the very values that the new model of social relations that was being developed. This paper aims to look at the way in which the Toxic Oil Syndrome acted as a catalyst and accelerated the healthcare reform that, already prior to the outbreak of the epidemic, had been deemed necessary. This work focuses mainly on the response of the health system regarding those affected by the epidemic, as it was forced to treat a group of people with severe physical side effects which would lead to disability within a new framework of social relations. It thus aims to illustrate how many of the measures adopted were in accordance with the main ideas behind the reform, and also how these measures were precursors of those which were later applied to the population as a whole.

KEY WORDS: Toxic Oil Syndrome. Political Transition in Spain. History of Disease in Spain. History of Disability in Spain. History of social work in Spain. History of Relations between Medicine and Society. History of 20th Century Medicine.

1. INTRODUCCIÓN¹

El primero de mayo de 1981 falleció en Madrid la primera víctima —un niño de ocho años de edad— de un proceso morboso desconocido hasta entonces². La enorme preocupación que se despertó a partir de ese momento no sólo se debió a la falta de conocimiento sobre las causas, los mecanismos fisiopatológicos o el modo de proceder para su tratamiento; sino también, y muy especialmente, por su comportamiento epidemiológico y sus inquietantes

¹ En este trabajo utilizamos las siguientes abreviaturas para referirnos a diferentes publicaciones periódicas: *BOE* (*Boletín Oficial del Estado*); *BOCG* (*Boletín Oficial de las Cortes Generales*); *DSCD* (*Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*); *DSS* (*Diario de Sesiones del Senado*).

² GRANDJEAN, P. y TARKOWSKI, S. (eds.) (1984), *El síndrome del aceite tóxico. Intoxicación alimentaria masiva en España. Informe sobre una reunión de la OMS (Madrid, 21-25 de marzo de 1983)*, Copenhague, OMS Oficina Regional para Europa, p. 3.

características clínicas, que provocaban en ocasiones alteraciones orgánicas que conducían a la discapacidad³. El que acabaría siendo denominado Síndrome del Aceite Tóxico (SAT, en adelante), por considerarse que su causante era el consumo de aceite de colza desnaturalizado⁴, afectó en breve tiempo a casi veinte mil personas⁵, predominantemente de escasos recursos económicos y castigadas por la lacra del desempleo⁶. De este modo, además de por representar «uno de los más negros episodios» ocurridos en la segunda mitad del siglo XX en la sanidad española⁷, la enfermedad adquirió también la dimensión de un verdadero problema social al contribuir a agravar la ya de por sí complicada vida cotidiana de muchos españoles.

El SAT se nos presenta pues como un caso relevante para analizar la enfermedad en perspectiva histórica⁸. Es más, si tenemos en cuenta otra circuns-

³ Se ha descrito el desarrollo clínico de la enfermedad estableciendo tres fases: aguda, intermedia y crónica. En la primera, se encontraban síntomas de afecciones pulmonares en aproximadamente un 70% de los pacientes, que se combinaban en distintos grados con otras de variada sintomatología. En la fase intermedia, el rasgo clínico más frecuente era la neuropatía sensorial, la pérdida de peso y cambios esclerodermiformes. En la fase crónica, lo más característico era la aparición de neuropatía motora periférica (32% de los casos) y neuropatía sensorial con una frecuencia similar. GÓMEZ DE LA CÁMARA, A. *et al.* (2004), Aspectos clínicos. En TERRACINI, B. (ed.), *Síndrome del Aceite Tóxico. Diez años de avance*, Copenhague, OMS Oficina Regional para Europa, pp. 27-37, pp. 28-29.

⁴ El SAT se denominó inicialmente «Neumonía atípica» y su causa se atribuyó a agentes microbianos. En marzo de 1983, un Grupo de Trabajo de la OMS, ratificó la asociación de la enfermedad con el consumo de aceite tóxico y la denominó «Síndrome del Aceite Tóxico», GRANDJEAN y TARKOWSKI (1984), p. 3. Algunos investigadores defendieron otras causas; véase ERKOREKA, A. (1998), 'Es un bichito que se cae y se muere'. El nacimiento del síndrome tóxico. En CASTELLANOS, J. *et al.* (eds.), *La Medicina en el siglo XX: estudios históricos sobre medicina, sociedad y Estado*, Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, pp. 507-520, pp. 508-510; GRANERO MORÉ, V. y PÉREZ HEREDIA, M.A. (2000), *Detrás de la Colza-El síndrome tóxico*, Madrid, Antares; SEGURA BENEDICTO, A. y OÑORBE DE TORRE, J. (2006), El síndrome del aceite tóxico, *Revista de Administración Sanitaria*, 4, pp. 559-606, pp. 599-601.

⁵ El «Comité Científico OMS/CISAT para el Síndrome del Aceite Tóxico» clausuró en 1997 el Censo Oficial con la cifra de 19.904 personas afectadas. PHILEN, R. *et al.* (2004), Epidemiología del síndrome del aceite tóxico. Avances desde 1992. En TERRACINI (2004), pp. 5-17, p. 6.

⁶ GUERRA MUÑOYERRO, C. (1995), *La protección social de los afectados por el Síndrome Tóxico*, Madrid, CAM-Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, pp. 44-45.

⁷ ERKOREKA (1998), p. 507.

⁸ El estudio desde esta perspectiva goza de una fructífera tradición dentro de nuestras fronteras, véase: RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1999), Social History of Medicine in Spain: Points of Departure and Directions for Research, *Social History of Medicine*, 13, pp. 495-513.

tancia —el momento extraordinariamente delicado de nuestro pasado en que la epidemia hizo su aparición— se puede afirmar que el estudio del SAT desde ese punto de vista representa una buena vía para intentar mejorar nuestro conocimiento sobre cómo los procesos morbosos contribuyen a moldear los grupos humanos y la forma en que la enfermedad se ve condicionada en su modo de expresión por la estructura política y sociocultural que impera en un determinado contexto.

Conviene tener muy presente que este síndrome se desarrolló en una de las etapas más trascendentales, pero también más convulsas, de la historia española del pasado siglo: la de la «transición»⁹. El paso desde el régimen franquista al democrático fue un período de sentimientos contrastados, de ilusiones y esperanzas ante un futuro con mayor grado de libertad, pero también, de añoranzas respecto a las formas políticas que se trataban de superar y de rechazo, a veces violento, a las que se planteaban para el porvenir. La transición se convirtió por ello en una época salpicada de instantes de acusada zozobra provocados por diferentes sucesos que pusieron en peligro la travesía hacia la consecución de un futuro democrático para España.

Por su propia naturaleza, el viaje desde el franquismo a la democracia se sustentó sobre la base de una amplia conflictividad social. El cambio del sistema político y de los valores que le eran propios suponía, al mismo tiempo, la satisfacción de muchas de las demandas de la población en los ámbitos laboral, vecinal y autonómico; espacios donde se desencadenaron amplias movilizaciones que conformaron uno de los rostros característicos de esta etapa, junto con las acciones involucionistas y las terroristas¹⁰.

El SAT hizo su aparición en un momento marcado también por la presencia de una crisis económica. El Gobierno se vio obligado, en medio de la incertidumbre política reinante, a tomar medidas de austeridad que le condujeron a buscar el consenso con diferentes responsables políticos y sociales¹¹. Esta estrategia de actuación se plasmó de forma muy significativa en los lla-

⁹ La relación entre este período y la enfermedad constituye uno de los principales *leitmotiv* del trabajo de HERNÁNDEZ MARTÍN, G. (2008), *Un desafío a la Sanidad española en tiempos de transición: el síndrome del aceite tóxico*, Tesis de la Universidad de Castilla-La Mancha.

¹⁰ SOTO CARMONA, A. (1996), Conflictividad social y transición sindical. En TUSSEL, J. y SOTO, A. (eds.), *Historia de la transición 1975-1986*, Madrid, Alianza, pp. 363-408; BARDAVÍO, J. (1995), *Las claves del rey. El laberinto de la transición*, Madrid, Espasa Calpe; POWELL, C.T. (1999), 1975-1979: La transición política española. En GARCÍA DE CORTÁZAR, F., *El siglo XX. Diez episodios decisivos*, Madrid, Alianza, pp. 234-261.

¹¹ SOTO, A. (1998), *La transición a la democracia. España 1975-1982*, Madrid, Alianza, p. 115.

mados *Pactos de la Moncloa*, que se mostraron beneficiosos para mejorar la situación. No obstante, el desencadenamiento en 1979 de una segunda crisis del petróleo se dejó sentir con fuerza en España, donde no hubo signos de recuperación hasta bien entrada la década de los ochenta¹². Debido a la falta de recursos se vieron entorpecidas reformas importantes que hubieran repercutido favorablemente en la vida de los españoles y contribuido a constituir una base de legitimación para el nuevo sistema político¹³. Las dificultades de éste se pusieron claramente en evidencia con el intento golpista del 23 de febrero de 1981, que condujo a que la estabilización de la joven democracia figurara como principal prioridad política.

Sin entrar a analizar en profundidad las repercusiones del brote epidémico en la caída del partido entonces en el poder —la Unión de Centro Democrático—, no se puede dejar de apuntar que el mismo fue uno de los factores que influyeron en el desplome de la UCD en las elecciones de 1982, en las que triunfó el Partido Socialista Obrero Español¹⁴. Como parece derivarse de lo que indicaban algunos titulares que se podían leer en la prensa en 1981 —«Los destrozos políticos de la colza» o «La colza resultó el detonante de UCD»—¹⁵, el SAT parece haber contribuido a agudizar el desgaste y la descomposición de la formación política que se hallaba en el Gobierno.

De este modo, el SAT supuso otro factor de crisis en un período en el que las instituciones políticas estaban acuciadas por multitud de asuntos importantes. La presencia de la enfermedad obligó a plantear una respuesta que había de expresarse en diferentes ámbitos —policial, judicial, social y sanitario—. Sin embargo, las medidas adoptadas en los primeros momentos de la epidemia no fueron acertadas¹⁶. El descrédito de las autoridades derivado de las

¹² POWELL (1999), p. 248. Él mismo indica (p. 254) que el desempleo llegó a afectar al 11,6 % de la población activa en 1980, y al 14,4 % en 1981.

¹³ En 1978, ante la pregunta de si consideraban la democracia como el mejor sistema político para España, el 77% de los españoles respondió afirmativamente y el 15% lo hizo negativamente. En 1980, en cambio, sólo el 69% contestó afirmativamente a la misma cuestión, y un 20 % se expresó de manera negativa, (1981), *Informe sociológico sobre el cambio político en España 1975/1981, IV Informe Foessa*, Madrid, Fundación Foessa, Euramérica I, p. 627. Este informe fue coordinado por Juan J. Linz y su segundo volumen apareció en 1983. En adelante nos referiremos a esta obra como *Informe Foessa*.

¹⁴ En esas elecciones la UCD perdió 156 escaños en el Congreso y 117 en el Senado, BARDAVÍO (1995), p. 204.

¹⁵ *ABC*, 18 de septiembre de 1981, pp. 6-7.

¹⁶ ERKOREKA (1998); GÓMEZ BENÍTEZ, M. (1988), La protección social de los consumidores: reflexiones sobre el juicio del síndrome tóxico, *Estudios sobre consumo*, 13, pp. 61-65, pp. 63-64.

precipitadas conclusiones que transmitían a los ciudadanos, y los perjuicios que ello provocó sobre diferentes sectores, parece estar detrás de la cautela que la Administración mostró a la hora de adoptar medidas encaminadas a evitar el consumo del aceite de colza desnaturalizado. La relación de éste con la enfermedad se conoció el 10 de junio de 1981, pero la orden de su retirada de la circulación se produjo el 17 del mismo mes. Esta actuación no tuvo un efecto inmediato, pues se constató que el día 22 el aceite continuaba siendo consumido por los ciudadanos¹⁷. Medidas reforzadas de persuasión no se aplicaron de manera determinante hasta el día 30¹⁸.

El SAT supuso por tanto un suceso inesperado, y desde luego inoportuno, que obligó a poner a prueba la capacidad del nuevo sistema político para responder a los problemas de los ciudadanos. Representó especialmente un desafío para el sistema sanitario español, que se vio empujado a ensayar nuevas fórmulas de asistencia a los afectados por la enfermedad, que eventualmente serían de aplicación general. Nuestro objetivo en este trabajo es precisamente examinar cuáles fueron esas actuaciones adoptadas desde el Gobierno y la Administración¹⁹. Para ello nos nutrimos fundamentalmente del examen de fuentes de carácter legislativo y del seguimiento de los debates parlamentarios desarrollados en torno al SAT.

Organizaremos la exposición del siguiente modo. Tras abordar primero los rasgos generales de la organización sanitaria existente en España en el momento en que la epidemia hizo acto de presencia, expondremos sucesivamente tanto las actuaciones que se plantearon las autoridades políticas para llevar a cabo la asistencia de los afectados como los debates que las precipitaron.

2. EL CONTEXTO SANITARIO

La irrupción del SAT se produjo en un momento en que la necesidad de reformar la estructura sanitaria vigente en España había adquirido una dimensión superior a la de la mera toma de conciencia. Como ponía de relieve el

¹⁷ PIÉDROLA GIL, G. (1981), Estudio epidemiológico y sanitario de la intoxicación alimenticia atípica por el aceite de colza desnaturalizado, *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 98 (4), pp. 523-550.

¹⁸ TABUENCA OLIVER, J.M., (1984), Descubrimiento del aceite tóxico como causa de la epidemia. En *Síndrome del aceite tóxico. Intoxicación masiva en España*, Copenhague, OMS Oficina Regional para Europa, anexo 1, pp. 39-45, p. 45.

¹⁹ Otros aspectos de la epidemia, como el papel de los médicos o el influjo de los movimientos ciudadanos, pueden examinarse en HERNÁNDEZ MARTÍN (2008).

Informe Foessa (1983) al ocuparse de la «Seguridad Social, Sanidad y Servicios Sociales en España», en la segunda mitad de la década de los 70 era posible apreciar la presencia de fuertes críticas acerca de la organización del sistema sanitario, así como intentos de una reforma que trataba de desplazar un tipo de asistencia basado en el diagnóstico y el tratamiento por otro en el que la educación y cultura sanitarias ocuparían un lugar relevante, pasando de una concepción de «sistema sanitario» a otro de «sistema de salud». El objetivo de esta transformación sería incrementar el nivel de salud de la población y facilitar la participación de los ciudadanos en la gestión de la misma. Este viraje se habría visto favorecido por los programas de los distintos grupos políticos, la preocupación por el impacto de los aspectos sociales de la medicina, la incidencia de las recomendaciones de las organizaciones internacionales y el derecho constitucional a la protección de la salud²⁰.

Nuestra estructura sanitaria mostraba signos de obsolescencia y de ineficacia. El control sanitario de los alimentos era uno de ellos. A la escasez del mismo en la elaboración de los productos destinados al consumo se añadía una deficiente forma de comercialización, en la que la venta ambulante, y la falta de información al consumidor sobre los procesos de fabricación, conservación, composición o caducidad, continuaban siendo comunes en la segunda década de los años setenta²¹.

Otro aspecto a destacar es que en 1981 la cobertura asistencial que ofrecía el Seguro Obligatorio de Enfermedad dejaba fuera a un 16% de la población. Y es que, aunque la Constitución Española de 1978 en su artículo 43 reconocía el derecho a la protección de la salud, especificaba que sería la ley la que establecería los derechos y deberes de los ciudadanos al respecto, derecho constitucional que no se hizo efectivo hasta varios años después²².

Nos interesa poner también de relieve la desigual distribución de los recursos sanitarios en la España de la segunda mitad de la década de los setenta. Los médicos mostraban un creciente desinterés por trabajar en el medio rural, concentrándose así en las zonas urbanas y en las comarcas del litoral²³.

²⁰ *Informe Foessa* (1983), II. El estudio dedicado a la «Seguridad Social, Sanidad y Servicios Sociales en España (1975-1982) (pp. 785-976), fue dirigido por Enrique Martín López y, junto a él, fue realizado por Mercedes Alcover Ibáñez, Javier Ignacio Charroalde Vallés, Alberto Piñero Guillamany, Eugenio Sabaté Muro y Luis Vila López.

²¹ ERKOREKA (1998), p. 513.

²² DE MIGUEL, J.M. (1983), *Estructura del sector sanitario*, Madrid, Tecnos, pp. 120-122.

²³ (1977), *Libro Blanco de la Seguridad Social*, Madrid, Ministerio de Trabajo, Subsecretaría de la Seguridad Social, pp. 548-550 y 572.

El modelo de organización asistencial que ofrecía el Seguro Obligatorio de Enfermedad era un rasgo de la estructura sanitaria vigente en esta etapa que conviene también recordar ahora. En ese momento se ponían ya de relieve los problemas existentes en la organización asistencial; entre otros, las dificultades para el desarrollo de la atención primaria debido al prestigio del «especialismo» médico; la insuficiencia en instalaciones y equipamientos de los ambulatorios destinados al segundo nivel asistencial y la escasez del tiempo que en ellos se dedicaba a la atención a los enfermos, además de la desconexión existente entre la asistencia extrahospitalaria y la hospitalaria²⁴.

En 1974 se dieron ya los primeros pasos encaminados a modificar este estado de cosas. Se creó entonces la «Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria», a la que se le asignaron las siguientes tareas: estudiar y proponer las medidas necesarias para lograr la actualización de las funciones y competencias del sector público en materia de sanidad; iniciar su reestructuración en orden a su mayor eficacia; considerar la puesta en marcha de una asistencia integral a la población bajo el criterio de finalidad social prioritaria; organizar el sector farmacéutico y señalar las bases de una futura Ley General de Sanidad²⁵. Los resultados de sus trabajos fueron presentados al Gobierno en 1975, pero los sucesos políticos del momento detuvieron su proyección práctica²⁶. No obstante, algunas medidas de tipo organizativo se fueron realizando con posterioridad. Así, en julio de 1977, se creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social que se integró en el de Trabajo en mayo de 1981, para separarse de nuevo en diciembre del mismo año al crearse el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se consiguió de este modo disminuir la dispersión de competencias existente.

Consecuencia de los *Pactos de la Moncloa*, y como parte del proyecto de reordenación de la gestión de toda la Administración Institucional, se creó el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en 1978.

La necesidad de una reforma se abordó también en el *Libro Blanco de la Seguridad Social*. En él se consideraba que la prioridad para una mejor ordenación de la asistencia sanitaria era conceder la máxima atención al núcleo familiar y desplazar el centro de gravedad de la asistencia hacia el medio extrahospitalario. La Medicina de Familia, que se había regulado en diciem-

²⁴ *Libro Blanco* (1977), pp. 577, 580 y 618; MARTÍN ZURRO, A. y CANO PÉREZ, J.F. (1994), Atención Primaria de Salud. En MARTÍN ZURRO, A. y CANO PÉREZ, J.F., *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*, Madrid, Mosby-Doyma Libros, pp. 3-13.

²⁵ Orden de 26 de diciembre de 1974.

²⁶ *Informe Foessa* (1983), II, p. 830.

bre de 1978 como especialidad, era, pues, un punto clave en una posible reforma sanitaria²⁷.

El Pleno del Congreso de los Diputados, en sesión celebrada los días 6 y 7 de mayo de 1980, aprobó la «Propuesta de Resolución de la Reforma Sanitaria» que pretendía conseguir un sistema que garantizara a todos los españoles dicho derecho. Este objetivo se lograría si se alcanzaban las siguientes metas: elevar el nivel de salud de la población; eliminar los desequilibrios interterritoriales y sociales; procurar la prevención, el diagnóstico, y el tratamiento de la enfermedad; promover la educación sanitaria; proporcionar una adecuada rehabilitación física y psíquica; propiciar la formación continuada del personal y la creación de las nuevas profesiones que una concepción integral de la salud y la atención a los enfermos fuera demandando; y fomentar la investigación científica sanitaria. Para ello, la propuesta de reforma presentaba, como gran novedad, la incorporación de la Medicina Preventiva individual y la Medicina de la Comunidad a la práctica profesional cotidiana del médico de familia. Se proponía asimismo la creación de «unidades médico-sociales» de tipo monográfico sobre distintos procesos patológicos, en las que se integrarían los aspectos propiamente médicos con los sociales y culturales de los pacientes²⁸. Estas propuestas no se llevaron a cabo, por falta de consenso político, incluso dentro del partido del Gobierno²⁹.

3. ACTUACIONES PARA LA ASISTENCIA A LOS AFECTADOS

La sociedad española se enfrentó al SAT en circunstancias políticas, económicas y sanitarias que estaban lejos de ser idóneas. Superarlo suponía, no sólo vencer esas dificultades, sino también hacerlo desde el nuevo sistema de valores con que se presentaba el nuevo régimen político. Implicaba además responder a una demanda de servicios de dimensiones que, al menos inicialmente, desbordaron las posibilidades del sistema. Por ello, las autoridades

²⁷ *Libro Blanco* (1977), p. 619; R. D. 3303/1978 de 29 de diciembre, *BOE*, 2 de febrero de 1979.

²⁸ BOCG, serie G, n.º 3-II, 14 de mayo de 1980, pp. 62/60-62/62.

²⁹ Según el *Informe Foessa* (1983), II, p. 832, la preocupación que existía por realizar la reforma sanitaria se fue desplazando hacia una creciente preocupación por la racionalización de la Seguridad Social. Un interesante análisis del debate sobre la reforma sanitaria aparece en: FAJARDO ALCÁNTARA, A. (2007), *El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en Atención Primaria en la década de 1980*, Tesis de la Universidad de Granada, pp. 108-124.

políticas y sanitarias se vieron obligadas a plantear propuestas novedosas en los ámbitos de la asistencia clínica, la investigación y el control sanitario, y los planes y programas que se diseñaron para los dos primeros incorporaron mecanismos de coordinación. Por razones de espacio, este trabajo se centra únicamente en el abordaje asistencial³⁰.

Consideramos tres etapas, a cada una de las cuales dedicaremos un apartado. La primera es la situación de emergencia, y abarcaría desde el inicio de la epidemia hasta que, conocida su relación con el consumo de aceite tóxico, se organizó un programa nacional específico de carácter social y sanitario. La segunda, arranca con la creación en 1981 (R. D. 1839, de 20 de agosto) del *Programa Nacional de Atención y Seguimiento de los Afectados por el «Síndrome Tóxico»* y finaliza con la decisión de disolver el dispositivo asistencial específico para el SAT en 1985. Incluye las sucesivas modificaciones sufridas por aquél, que habrían de dar lugar a la creación del *Programa Nacional de Ayuda a los Afectados por el Síndrome Tóxico* (R. D. 783/1982, de 19 de abril) y al *Plan Nacional para el Síndrome Tóxico* (R. D. 1405/1982, de 25 de junio). La última de las etapas estaría determinada por la integración de la asistencia sanitaria de los afectados en la red general asistencial.

3.1. Primera etapa: situación de emergencia³¹

Las primeras manifestaciones del brote epidémico determinaron la aparición de una situación de emergencia sanitaria debido al número creciente de casos, la gravedad de los mismos y la imposibilidad de delimitar la población susceptible de padecer la enfermedad. Como primera medida, el día 9 de mayo de 1981 la Secretaría de Estado para la Sanidad creó, para centralizar la respuesta a la enfermedad, una Secretaría Permanente. En ella se integraron cuadros directivos de la Salud Pública del Estado, así como una representación cualificada del personal de la red asistencial, según el R. D. 1839/1981, de 20 de agosto, y se mantuvo un servicio de información telefónica de 24 horas durante los primeros días del brote. Inicialmente se organizó también en

³⁰ Sobre la investigación y el control sanitario puede verse HERNÁNDEZ MARTÍN (2008), pp. 115-157.

³¹ La fuente para este apartado, salvo otra indicación, es el *Informe del Gobierno sobre actuaciones de la Administración del Estado en relación con la enfermedad asociada con el consumo de aceite tóxico* (1981), Madrid, Ministerio de la Presidencia.

Madrid, lugar de la presentación de los primeros casos, un dispositivo asistencial constituido por medios públicos y privados, bajo la responsabilidad del INSALUD.

Ante el creciente número de provincias afectadas, la Dirección General del INSALUD consideró necesario establecer una coordinación asistencial, encomendada a la Dirección Provincial de Madrid. Para ello se constituyó la Comisión de Seguimiento de Demanda Asistencial, con el objetivo de elaborar las estadísticas sobre la epidemia, coordinar las diferentes instituciones sanitarias para aumentar su eficacia y rendimiento en la atención de los pacientes, y elaborar un plan de previsiones. Para mantener su actividad ininterrumpidamente durante la fase inicial del proceso (del 1 de mayo al 15 de junio), designó a su vez una Comisión Permanente en su seno. Asimismo, estableció en los hospitales un sistema de recepción telefónica de datos sobre las cuestiones siguientes: número total de camas ocupadas, número de nuevos ingresos producidos, número de camas de disposición inmediata y posibilidades de ampliación del mismo. A partir de la información recogida mediante este sistema, se elaboró diariamente el Índice de Tendencia de Demanda para, a partir de él, ejecutar un plan de previsiones del que nos ocuparemos a continuación.

Dadas las dimensiones que iba adquiriendo la epidemia, se reorganizó la Comisión de Seguimiento, siendo subdividida en cinco subcomisiones —Emergencia, Hospitales, Urgencias, Ambulatorios, y Radiología—. Esto permitió que la estructura organizativa de emergencia quedara formada por: un plan de previsiones, del que se ocupó la primera de esas subcomisiones; un dispositivo asistencial hospitalario, encomendado a la segunda de ellas; y un dispositivo asistencial extra-hospitalario, que quedó bajo la responsabilidad de las tres últimas.

El plan de previsiones se dirigía a disponer de los recursos necesarios para atender la demanda asistencial que se estaba generando, y comprendía una serie de medidas centradas en tres aspectos: normas para reducción de ingresos programados por cirugía y aceleración de altas de los pacientes ingresados; creación de una red hospitalaria en «programa de Neumonía Atípica»³², y un plan de alarma, que establecía cuatro niveles de alerta según la ocupación de camas hospitalarias y el Índice de Tendencia de Demanda, dirigido a hacer frente a la situación de acuerdo con los recursos hospitalarios que fuera demandando la epidemia. Nunca se llegó a alcanzar el segundo de los niveles estipulados, aunque se rozó el día 8 de junio de 1981.

³² La red hospitalaria se subdividió en hospitales de primera línea para enfermos agudos y hospitales de segunda línea capaces de absorber las altas producidas en los primeros. *Informe del Gobierno* (1981), pp. 34 y 36.

Dentro del plan de previsiones se crearon también las Unidades de Seguimiento Extrahospitalario y las Unidades de Seguimiento de Policlínica. Con las primeras, que tenían como misión el control y seguimiento ambulatorio o domiciliario de los enfermos y la vigilancia médica de la unidad familiar, se buscaba agilizar las altas de los pacientes. Las de Policlínica fueron destinadas a los enfermos dados de alta, así como al diagnóstico y tratamiento de nuevos pacientes que no precisaran hospitalización.

El dispositivo hospitalario desempeñó un papel relevante en la primera fase de la epidemia, ya que la atención de los pacientes fue realizada sobre todo en los hospitales. Por esta razón, su personal fue ampliado y, debido a la hipótesis mantenida en un primer momento sobre la etiología infecciosa de la enfermedad, se crearon en ellos áreas de aislamiento, que se suspendieron una vez declarada oficialmente la relación entre la epidemia y el consumo de aceite de colza desnaturalizado el día 10 de junio de 1981. La conexión y coordinación se realizó a través de la Subcomisión Hospitalaria, lo que permitió un seguimiento diario de ingresos, altas y fallecimientos³³.

Fue imprescindible poner en marcha también un dispositivo asistencial extrahospitalario que potenciara la actuación frente a la epidemia, mediante el refuerzo de los servicios de urgencias y radiología y de las consultas en los ambulatorios y con la creación de las Unidades de Seguimiento. Este dispositivo asistencial específico para los enfermos de SAT fue ampliando sus funciones y el equipo de profesionales que las constituían para realizar la atención de los pacientes mediante un modelo que integraba los aspectos físicos, psíquicos y sociales³⁴. Debido a que se incrementaron en número, y a que perduraron en las siguientes etapas, es factible suponer que estas unidades mostraron unas buenas prestaciones³⁵.

³³ *Informe del Gobierno* (1981), p. 42. Al comunicarse oficialmente el 10 de junio de 1981 la relación entre la epidemia y el consumo de aceite de colza desnaturalizado, se suspendieron las medidas de aislamiento.

³⁴ El equipo multidisciplinar acabaría estando constituido por médicos de distintas especialidades —Medicina Interna, Endocrinología, Pediatría, Digestivo, Neumología, Reumatología, Cuidados Intensivos, Medicina de Familia y Comunitaria, Neurología y Psiquiatría—, psicólogos, rehabilitadores, trabajadores sociales, ATS, y administrativos. RIVERA GUZMÁN, J.M. (1982), Unidades de Seguimiento: por qué tuvieron que ser creadas. Concepto, funciones, análisis descriptivo y evaluación económica. En *Jornada de Trabajo sobre las unidades de Seguimiento*, Madrid, Presidencia del Gobierno Plan Nacional para el Síndrome Tóxico, pp. 8-33, pp. 13 y ss.

³⁵ GUERRA MUÑOYERRO (1995), p. 56. Una síntesis de su desarrollo y una valoración de su papel en la configuración del modelo asistencial español puede verse en: HERNÁNDEZ

Cabe decir, por tanto, que esta primera etapa de la respuesta sanitaria ante el SAT estuvo condicionada por la forma brusca de presentación de la enfermedad, su amplia extensión geográfica y el gran número de personas afectadas. A pesar del desconcierto inicial, fue posible, no obstante, articular una respuesta que incluyó la incorporación de un modelo asistencial extrahospitalario multidisciplinar que se hallaba en la línea de los planteamientos que se habían venido formulando en los años anteriores para cambiar la organización de la atención sanitaria en España. Algo que, como veremos a continuación, se iba a poner aún más de manifiesto en las siguientes etapas.

3.2. Segunda etapa: los Programas Nacionales

La evaluación de la marcha de la enfermedad obligó a modificar las decisiones establecidas, dando lugar a la elaboración de tres sucesivos «programas» —Programa Nacional de Atención y Seguimiento de los Afectados por el «Síndrome Tóxico», Programa Nacional de Ayuda a los Afectados por el Síndrome Tóxico, y Plan Nacional para el Síndrome Tóxico— que constituyen el rasgo más significativo de la segunda etapa de nuestro estudio. En esta fase se introdujeron asimismo cambios relevantes en el dispositivo extrahospitalario dirigidos a incorporar a los afectados del SAT al marco más amplio diseñado para la Atención Primaria de todos los ciudadanos.

3.2.1. Programa Nacional de Atención y Seguimiento de los Afectados por el «Síndrome Tóxico»

En agosto de 1981, el Consejo de Ministros del Gobierno presidido por Leopoldo Calvo Sotelo estableció, con rango de Subdirección General y bajo la dependencia directa del Secretario de Estado para la Sanidad, el Programa Nacional de Atención y Seguimiento de los Afectados por el «Síndrome Tóxico» (PNASAST, en adelante) para la coordinación y control de todas las actuaciones de carácter sanitario y social encaminadas a la atención y seguimiento de los pacientes.³⁶

El PNASAST se estructuró a tres niveles. El nivel nacional, estaba constituido por la Dirección del Programa y por cuatro Servicios, tres de los cuales

MARTÍN (2008), pp. 305-374.

³⁶ R. D. 1839/1981, de 20 de agosto.

—«Atención y Seguimiento», «Planificación» y «Gabinete Técnico»— tenían competencias sanitarias, mientras que el cuarto —«Unidad de Trabajo Social»— se dirigía a las actuaciones de atención social de los afectados. El nivel intermedio estaba definido tanto por los programas provinciales que se habían de crear, como por las Delegaciones del Programa Nacional que se crearon en todas las provincias en las que residían enfermos de SAT en número insuficiente para crear una Dirección Provincial. Por fin, el nivel local estaba formado por las «Unidades de Seguimiento», que dependían del correspondiente Director Provincial del PNASAST o, en su caso, del Delegado Provincial, y que se estructuraron ahora en «Rurales», «Extrahospitalarias» y «Hospitalarias»³⁷.

Nos interesa destacar que estas actuaciones permitieron reforzar las tareas de atención social a los afectados, ya que el PNASAST contaba a nivel nacional con una «Unidad de Trabajo Social», destinada a asumir «todas las funciones relacionadas con la asistencia social a los afectados y a sus familiares»³⁸. Fue dotada de personal procedente de la Dirección General de Acción Social, del Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS) y del INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales).

Con la creación del PNASAST el Gobierno dispuso también la asistencia sanitaria gratuita a todos los afectados no beneficiarios de la Seguridad Social, y una resolución posterior extendió la gratuidad a las prestaciones farmacéuticas.

Las necesidades de los afectados, así como las medidas establecidas para atenderlas, fueron objeto de un debate parlamentario que diseñó el nuevo marco de principios con que abordar el problema. En la sesión del 17 de septiembre de 1981 del Congreso, los representantes de las distintas formaciones políticas fueron argumentando la necesidad de ampliar las ayudas y proponiendo nuevas medidas. Fraga Iribarne, representante de la formación política «Coalición Democrática», planteó que el Estado tenía la obligación de garantizar a los ciudadanos la seguridad en el consumo de alimentos, y de llevar a cabo, de acuerdo con la Constitución, el control de los mismos. Se refirió a la situación generada planteando la necesidad de depurar responsabilidades, de proporcionar ayudas y compensaciones a los afectados y de adoptar las medidas para que no volviera a ocurrir un problema semejante. En su opinión era necesario crear un Ministerio y elaborar la Ley del Consumidor³⁹.

³⁷ GUERRA MUÑOYERRO (1995), pp. 55-56.

³⁸ R. D. 2289/1981, de 2 de octubre.

³⁹ *DSCD*, 15 de septiembre de 1981, p. 10759-10764.

Por otra parte, Ciríaco de Vicente, representante del Grupo Socialista, destacó que la epidemia había dado lugar a una serie de problemas laborales, educativos, de hogar, de orfandad, viudedad o invalidez sin pensión y propuso la reparación de gastos a los enfermos⁴⁰. Recordó una propuesta que había sido presentada a la Cámara el 14 de agosto por su Grupo Parlamentario relativa a la «aprobación de un Plan de medidas urgentes de defensa de la salud de los consumidores y de apoyo a los ciudadanos afectados por la neumonía tóxica y por sus eventuales secuelas»⁴¹. Al final del debate, el Parlamento aprobó la propuesta, que incluía el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, que incorporaba la psiquiátrica y la rehabilitadora, la elaboración de un censo de afectados y la creación de una cartilla sanitaria⁴². Se decidió también aprobar medidas destinadas a apoyar a las asociaciones de afectados, conceder indemnizaciones a favor de las viudas, huérfanos y demás familiares de los fallecidos por esta causa, y proceder al reembolso de los gastos sanitarios⁴³.

Algunos acuerdos adoptados, sobre todo los relacionados con la asistencia sanitaria, se correspondían con acciones que ya se estaban llevando a cabo dentro del PNASAST. Ahora bien, teniendo en cuenta que los derechos sanitarios recogidos en la Constitución no se habían plasmado aún en leyes que permitieran el ejercicio de los mismos, estas medidas fueron un avance significativo al reconocimiento de las prestaciones en ese sentido.

3.2.2. Programa Nacional de Ayuda a los Afectados por el Síndrome Tóxico

Las actuaciones normativas que se fueron sucediendo⁴⁴, y la necesidad de ampliar las competencias del PNASAST, dieron lugar en abril de 1982 a la

⁴⁰ *DSCD*, 15 de septiembre de 1981, p. 10777-10778.

⁴¹ *BOCG*, Congreso, serie D, n.º 741-I, 9 de septiembre de 1981, pp. 1889-1894.

⁴² Su creación se hizo efectiva por la Resolución de 1 de octubre de 1981, de la Secretaría de Estado para la Sanidad.

⁴³ *BOCG*, Congreso, serie D, n.º 741- II, 24 de septiembre de 1981, pp. 1894/1-1894/5.

⁴⁴ Destacaremos entre ellas la creación de la «Oficina de Coordinación», destinada a agilizar las actuaciones de la Administración relacionadas con el apoyo económico y técnico-administrativo que precisara el PNASAST. R. D. 2289/1981, de 2 de octubre, p. 23619. También se ampliaron las dotaciones destinadas a reforzar los recursos económicos, humanos y de equipamiento de las «Unidades de Seguimiento», y se intentó paliar los efectos que la enfermedad estaba ocasionando en la situación económica de las familias. Orden del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social de 23 de noviembre de 1981, que desarrollaba el R. D. 2448/1981, de 19 de octubre.

creación del *Programa Nacional de Ayuda a los Afectados por el Síndrome Tóxico* (PNAAST, en adelante), al que se dotó de una estructura organizativa y funcional más amplia que el anterior. El Director del nuevo *Programa Nacional* desarrolló, por delegación del Ministerio de Sanidad y Consumo, las funciones de dirección y control sobre la actividad de todos los servicios encargados de la preparación y ejecución de las actuaciones referidas, tanto a la atención sanitaria, como a la investigación⁴⁵.

Esta organización se mantuvo durante un tiempo muy escaso, ya que fue sustituida como consecuencia de otro debate parlamentario sobre el SAT que tuvo lugar en junio de 1982 con motivo de la presentación en ambas cámaras del Dictamen de la «Comisión de Investigación Conjunta Congreso-Senado»⁴⁶.

3.2.3. *Plan Nacional para el Síndrome Tóxico y desarrollo de la atención extrahospitalaria*

El debate que acabamos de indicar tuvo consecuencias relevantes. Además de la aprobación de nuevas medidas de protección familiar y reinserción social de los pacientes⁴⁷, se acordó también modificar el dispositivo asistencial en el sentido de aplicar el modelo creado para atender a los afectados por la epidemia del SAT a la atención extrahospitalaria de otros grupos de la población⁴⁸. En cuanto a los cambios en la organización de las actuaciones relacionadas con el SAT, el Parlamento aprobó la creación del *Plan Nacional para Síndrome Tóxico* (PNST) para coordinar y controlar, bajo la dependencia de la Presidencia del Gobierno, todas las actividades de la Administración Pública en esa materia mediante un único responsable con categoría de Director General⁴⁹. El PNST se organizó en tres Subdirecciones Generales: de Ordenación y Asistencia Sanitaria, de Administración y de Servicios Sociales, bajo la dependencia de un Coordinador General. De él dependieron otros dispositivos para la protección familiar, como la «Comisión de Servicios Sociales» y el *Programa de Reinserción Social para los afectados por el síndrome tóxico*⁵⁰.

⁴⁵ R. D. 783/1982 de 19 de abril.

⁴⁶ *BOCG*, Senado, Serie I, n.º 137, 9 junio de 1982, pp. 4531-4566.

⁴⁷ Se plasmaron en el R. D. 1276/1982, de 18 de junio.

⁴⁸ *BOCG*, Senado, Serie I, n.º 140, 25 de junio de 1982, pp. 4639-4651.

⁴⁹ *BOCG*, Serie I, 25 de junio de 1982, p. 4645. El PNST cobró carta de naturaleza mediante el R. D. 1405/1982, de 25 de junio, p. 16.768.

⁵⁰ R. D. 1276/1982 de 18 de junio.

El debate parlamentario de junio de 1982 también reconoció la eficacia de las «Unidades de Seguimiento Extrahospitalarias», y propuso su conversión en «Unidades Básicas de Atención Extrahospitalaria Integral», con las siguientes características:

Las Unidades Básicas de Atención Extrahospitalaria Integral serán el soporte básico territorialmente descentralizado del Plan Nacional del Síndrome Tóxico, desde las que, en adecuada coordinación con un Hospital público del área sanitaria en que cada Unidad esté ubicada, se prestarán atenciones sanitarias integrales, de servicios sociales y de información a los afectados del área en que la Unidad esté ubicada. Desarrollarán asimismo el trabajo de campo necesario para el desarrollo de estudios epidemiológicos y para la evaluación permanente de las necesidades de los afectados y de sus familiares.⁵¹

Es importante destacar que el Parlamento describió las funciones de estas «Unidades» haciendo hincapié en aspectos que estuvieron presentes de una manera explícita a lo largo de todos los programas dirigidos a organizar la respuesta sanitaria ante el SAT: la coordinación entre los distintos niveles asistenciales, la integración de lo social y el mantenimiento de una constante información sobre la situación de los pacientes. De este modo, el SAT impulsó decisiones que, como la que expresa el siguiente párrafo, contribuyeron a hacer realidad el cambio del sistema sanitario:

Asimismo, y con carácter progresivo, se prestarán atenciones sanitarias desde dichas Unidades a personas no afectadas domiciliadas en el área en que la Unidad esté ubicada, en orden a reconvertir a las actuales Unidades de Seguimiento en Unidades Experimentales de Atención Extrahospitalaria Integral, mediante un proceso de apertura progresiva de las actuales Unidades a otras patologías y enfermos con el fin de optimizar los recursos sanitarios y de no marginar a los afectados del resto de la población de la zona en que éstos viven.⁵²

A través de esta decisión parlamentaria se proponía la incardinación del modelo asistencial creado específicamente para los afectados por la epidemia del SAT en el sistema sanitario general. Las «Unidades de Seguimiento» se convirtieron en modelo y punto de partida de futuros cambios sanitarios, sobre todo en el ámbito de la atención extrahospitalaria.

Unos meses después de la realización de este debate parlamentario, finalizó la legislatura por la convocatoria de elecciones. Como consecuencia de

⁵¹ *BOCG*, Serie I, de 25 de junio de 1982, p. 4646. Se estableció que los profesionales de dichas «Unidades» fueran los que diseñaran y presentaran las propuestas concretas para esta reforma.

⁵² *BOCG*, Serie I, de 25 de junio de 1982, p. 4646.

ellas, la responsabilidad de gobernar pasó a manos del PSOE que, en febrero de 1983, propuso junto con otros grupos parlamentarios la creación de una nueva Comisión de Investigación sobre el SAT en el Senado⁵³. Durante su presentación, los representantes de distintos grupos políticos insistieron en aclarar que su solicitud no había sido consecuencia de las movilizaciones de afectados que se habían producido en el mes de enero del mismo año. En este sentido, el representante del Grupo Socialista del Senado explicaba que, aunque en enero de 1983 se hubieran producido hechos de cierta tensión por parte de los enfermos de SAT, era importante resaltar que en diciembre de 1982 el Ministro de Sanidad había propuesto al Consejo de Ministros la creación de una comisión de investigación para el seguimiento del SAT que se reuniría exclusivamente en el Senado⁵⁴. El representante del Grupo Mixto de esta Cámara insistió también en que ello no se debía a las protestas recientes de los afectados, sino a que el tema del SAT estaba vivo y seguía presente en el ánimo de todos los españoles y del Parlamento. Como parte del argumento para la creación de la nueva comisión de investigación se expuso que las conclusiones del Dictamen aprobado en el mes de junio de 1982, elaborado por la «Comisión Especial de Investigación Conjunta Congreso-Senado», eran insuficientes y muchas no se habían cumplido⁵⁵. Después de la intervención de los representantes de varios partidos políticos quedó aprobada la «Comisión Especial de Investigación del Síndrome Tóxico»⁵⁶.

Unos meses después de su constitución, esta «Comisión» emitió un Dictamen. Para su elaboración comparecieron ante ella todas las asociaciones de afectados de España y los responsables de la Administración en los organismos relacionados con el SAT, y se estudiaron los documentos precisos sobre el tema⁵⁷. Tras la presentación en el Senado, el Dictamen, que valoraba el grado de cumplimiento por la Administración de las medidas establecidas en la anterior legislatura, fue aprobado por unanimidad aunque con alguna modificación en el texto. En él se puso de manifiesto, entre otras cosas, la eficacia de las «Unidades de Seguimiento», cuya continuidad defendía mediante su conversión en «Unidades de Asistencia Básica Integral»⁵⁸. A pesar de la insistencia en proponer y aprobar estas medidas, y del trabajo presentado por

⁵³ DSS, n.º 4, 2 de febrero de 1983, p. 62.

⁵⁴ DSS, n.º 4, 2 de febrero de 1983, p. 62.

⁵⁵ DSS, n.º 4, 2 de febrero de 1983, p. 64.

⁵⁶ DSS, n.º 4, 2 de febrero de 1983, p. 68.

⁵⁷ DSS, n.º 20, 21 de junio de 1983, pp. 886 y ss.

⁵⁸ BOCG, Senado, Serie I, n.º 26, 11 de mayo de 1983, p. 371.

los profesionales de las «Unidades de Seguimiento», lo acordado no se llevó a cabo por parte de la Administración, produciéndose en su lugar la integración de la asistencia sanitaria de los afectados en la red general. Este hecho marca el inicio de la tercera etapa que hemos establecido dentro de nuestra exposición.

3.3. Tercera etapa: Integración en el sistema general

En el debate parlamentario del 23 de mayo de 1984, el Diputado Santiago Carrillo —Secretario General del Partido Comunista de España— defendió en el Congreso una moción propia sobre la aplicación y actualización de las medidas destinadas a hacer frente al SAT. Las palabras con las que Carrillo inició la defensa de su propuesta nos dan idea de la actitud con la que se acometió el debate:

Señor Presidente, señorías, yo comprendo que después del turno de preguntas los Diputados sientan la necesidad de fumar un cigarrillo y hasta de tomar un café. Por eso creo que está justificada la salida en masa, aunque el tema que vamos a tratar es de tal importancia que lo que no está justificado es que no hayan aguantado un poco más y hayan esperado para salir a fumar el cigarrillo⁵⁹.

Como se deduce del texto anterior, la iniciativa que iba a dar lugar a los cambios relevantes en la organización de la asistencia sanitaria a los afectados por el SAT, pues significaba la desaparición de las «Unidades de Seguimiento» y la omisión de lo acordado por el Parlamento en al menos dos ocasiones, no generó una gran discusión en la Cámara. Factores que contribuyeron a ello fueron, muy probablemente, el tiempo transcurrido desde el inicio de la epidemia, que había reducido el temor general ante la enfermedad, las modificaciones que se habían producido en el ámbito sanitario y la caída del partido que estaba en el poder cuando apareció el SAT.

Finalizado el debate, el Pleno del Congreso acordó hacer cambios en la organización institucional para el SAT⁶⁰. Para hacer efectiva esta decisión, se dictaba el R. D. 415/1985 de 27 de marzo que ponía punto final al PNST. Con el fin de posibilitar la racionalización y optimación de los recursos para la atención y seguimiento de los afectados, el R. D. separó la atención médica de la social. La primera fue asumida por el Ministerio de Sanidad y Consumo,

⁵⁹ *DSCD*, n.º 126, 23 de mayo de 1984, p. 5735.

⁶⁰ *DSCD*, 23 de mayo de 1984, pp. 5735-5744.

y la segunda quedó bajo la competencia de la Oficina de Gestión de Prestaciones Económicas y Sociales del Síndrome Tóxico⁶¹.

La atención sanitaria de los afectados por el SAT se encomendó al Insalud, y se estableció que fuera prestada preferentemente por los Equipos de Atención Primaria en los Centros de Salud conforme a un programa que considerase las peculiaridades de su patología⁶². Esto es, la decisión de integrar la asistencia de las personas afectadas por el SAT dentro de la red asistencial general se produjo una vez aprobada la reforma de las estructuras básicas de salud (enero de 1984), en el camino hacia una reforma general del sistema sanitario que finalmente se realizó en 1986 con la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS).

Los cambios dispuestos en enero de 1984 delimitaron las zonas de salud como una demarcación geográfica y poblacional capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral, permanente y coordinada, impartida en los Centros de Salud por los Equipos de Atención Primaria⁶³. Las funciones de los equipos incluían la asistencia, la prevención, la promoción de la salud, la educación sanitaria, la reinserción social, la investigación y los programas de salud comunitarios⁶⁴. De este modo, las reformas introducidas en la atención extrahospitalaria mediante el R. D. de 1984, y que luego consolidó la LGS, se aproximaban mucho a la forma en que se había llevado a cabo la atención a los pacientes del SAT en las «Unidades de Seguimiento», tanto en la composición multiprofesional del equipo, como en las funciones a realizar por el mismo.

Para dar cumplimiento a lo establecido, en octubre de 1985 la Subdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral presentó el *Programa de Salud para el Síndrome Tóxico en Atención Primaria*, con la finalidad de que se pudiera ofrecer a la población afectada por el SAT una «atención sanitaria integral»⁶⁵. Fue el primer programa que elaboraba esa Subdirección Ge-

⁶¹ R. D. 415/1985, de 27 de marzo.

⁶² Orden de 22 de octubre de 1985, de Presidencia del Gobierno.

⁶³ Estarían compuestos por: médicos de medicina general y pediatría, puericultor, personal de enfermería, matronas, auxiliares de clínica, trabajadores sociales y personal administrativo. R. D. 137/1984, de 11 de enero sobre estructuras básicas de salud. *BOE*, 1 de febrero de 1984, pp. 2627-2628.

⁶⁴ R. D. 137/1984. Se estableció también (p. 2629) que las «Unidades Piloto de Medicina de Familia», creadas en 1982 con el objetivo de implantarlas paulatinamente en el sistema asistencial general (R. D. 2392/1982, de 3 de septiembre sobre la creación de Unidades Piloto de Medicina de Familia. *BOE*, 25 de septiembre de 1982), fueran transformadas en Equipos de Atención Primaria.

⁶⁵ (1986), *Programa de Salud para el Síndrome Tóxico en Atención Primaria*, Instituto Nacional de la Salud Ministerio de Sanidad y Consumo, p. 1.

neral como expresión de la nueva metodología de trabajo dentro de la Atención Primaria. Esta nueva metodología contribuiría a lograr mayor eficacia en los equipos de salud⁶⁶. De este modo el SAT aparecía como el primer referente en cuanto a la aplicación de las medidas derivadas de las reformas implantadas en la asistencia primaria.

A través de la Subdirección General de Atención Primaria, el INSALUD, una vez asumidas totalmente las competencias, inició en enero de 1986 la integración progresiva en los Equipos de Atención Primaria de la asistencia al colectivo de afectados por el SAT⁶⁷.

El Parlamento realizó a partir de entonces una función de control sobre las medidas que habían sido adoptadas para la atención de los pacientes. Para ello, el 15 de junio de 1994 la «Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados» acordaba crear una Ponencia Especial sobre el SAT⁶⁸, que aprobaba un informe el 13 de septiembre de 1995 en que se recogían propuestas de carácter sanitario y de carácter general⁶⁹. Entre las primeras destacan: procurar que el cien por cien de los afectados atendidos en los centros de Atención Primaria lo fueran de manera protocolizada; alcanzar, en colaboración con las asociaciones de afectados, la plena extensión de la tarjeta sanitaria que, con características diferenciales, se implantó en 1993; instar al estricto cumplimiento de la Circular 3/1991 de la Dirección General del INSALUD; mejorar las instalaciones de la consulta específica para la atención de los afectados ubicada en el Hospital Doce de Octubre de Madrid; establecer un hospital de referencia en aquellas Comunidades Autónomas que tuvieran un importante número de personas afectadas; e instruir a la Dirección General del INSALUD y a los servicios sanitarios transferidos sobre la obligatoriedad de realizar autopsias a todos los fallecidos afectados por el SAT.

Las propuestas de carácter general que planteaba el informe se centraban en aspectos como unificar en un solo censo todos los listados existentes, man-

⁶⁶ *Programa de Salud*, p. 2.

⁶⁷ En 1992 el INSALUD se comprometió con el Fondo de Investigaciones Sanitarias para mantener abiertas las líneas de investigación sobre el SAT que se desarrollaban en algunas «Unidades de Seguimiento», convertidas en «Unidades de Referencia», (1999), *Informe sobre el estado de situación de las medidas propuestas por la Ponencia Especial del Síndrome Tóxico. Evaluación y propuestas*, Comisión Interministerial de Seguimiento de las medidas en favor de las personas afectadas por el Síndrome Tóxico, pp. 34-35. Documento facilitado por la Oficina de Gestión de Prestaciones Económicas y Sociales del Síndrome Tóxico.

⁶⁸ Dicha Ponencia se constituyó el 30 de noviembre de 1994. *BOCG*, Congreso, Serie E, n.º 184, 18 de diciembre de 1995, p. 2.

⁶⁹ *BOCG*, Serie E, 18 de diciembre de 1995, p. 49.

tener con carácter permanente el régimen de protección en los ámbitos económico y social vigente en ese momento, y establecer un mecanismo estable de coordinación interministerial. Para cumplir esta última, en enero de 1998 se creó la «Comisión Interministerial de Seguimiento de las medidas en favor de las personas afectadas por el Síndrome Tóxico», adscrita a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social⁷⁰.

4. A MODO DE EPÍLOGO

A lo largo de las dos décadas finales del pasado siglo, el SAT se convirtió, como hemos tratado de poner de relieve, en un tema recurrente dentro de la política sanitaria española. En un primer momento, su aparición súbita, las incertidumbres sobre su agente causal, su comportamiento epidémico y la complicada coyuntura política y social pusieron a prueba la capacidad de la joven democracia española para responder a lo que representaba algo más que una inquietante amenaza. El SAT suponía un problema social que obligaba a las autoridades a comportarse de acuerdo con el nuevo modelo de valores que se defendían como característicos del régimen político que se estaba tratando de implantar dentro de nuestras fronteras. Ello supuso que los encargados de gobernar y legislar se viesan especialmente empujados a adoptar decisiones que no defraudaran, no ya a quienes habían apoyado sus programas electorales en las urnas, sino a ese muy mayoritario conjunto de la ciudadanía que había mostrado su apoyo al cambio de régimen representado por la Constitución de 1978.

Inicialmente, las dudas sobre la causa de la epidemia y la deficitaria estructura sanitaria dificultaron la tarea de responder satisfactoriamente a la enfermedad. La presión ciudadana, de los afectados y de la opinión pública general, a través de su representación política, impulsó medidas más adecuadas. Concretamente, en lo relativo a la organización asistencial de los afectados, las estrategias paulatinamente planteadas incorporaron buena parte de los rasgos que, según se estimaba, debía poseer el nuevo modelo asistencial que surgiera tras la reforma de la estructura sanitaria vigente. El abordaje de los problemas de salud y enfermedad desde una perspectiva integral biopsicosocial, el desplazamiento desde una concepción de «sistema sanitario» a otro de «sistema de salud» y el incremento del protagonismo de la Atención Primaria, fueron aplicados como parte sobresaliente de los sucesivos programas que se diseñaron para hacer frente a la epidemia. En ese sentido, el SAT operó como

⁷⁰ Orden de 22 de enero de 1998.

un estímulo para la aplicación de algunas de las ideas que se estaban proponiendo para remozar un modelo de organización asistencial obsoleto, y como un test sobre la viabilidad y conveniencia de implementarlos para toda la población.

Recibido: 3 de marzo de 2010.

Aceptado: 21 de marzo de 2011.