

*Disc. Apert. Univ. Valladolid 1985-86*

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

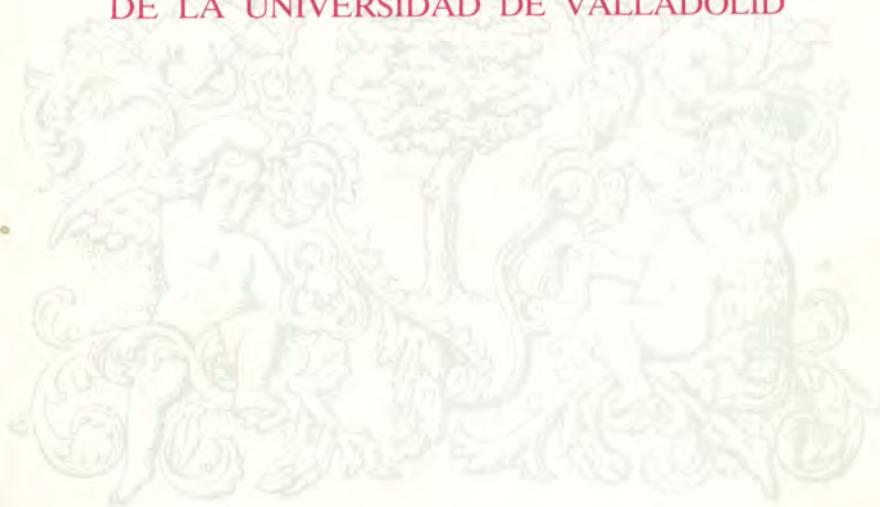
ERNESTO SÁNCHEZ Y SÁNCHEZ-VILLARES

CATEDRÁTICO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

REFLEXIONES  
EN LA FRONTERA DE  
MEDIO SIGLO  
DE PEDIATRÍA



LECCION INAUGURAL DEL CURSO 1985-86  
DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



VALLADOLID

1985

Disc.Apert.UVA 85/86 BiCe



5>0 0 0 0 4 0 6 9 8 9



COPIA 406989

**REFLEXIONES EN LA FRONTERA DE  
MEDIO SIGLO DE PEDIATRÍA**

LECCIÓN INAUGURAL DEL CURSO 1985-86 DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

R.A-440

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

ERNESTO SÁNCHEZ Y SÁNCHEZ-VILLARES

CATEDRÁTICO DE PEDIATRÍA Y PUERICULTURA DE LA FACULTAD DE MEDICINA  
DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

REFLEXIONES  
EN LA FRONTERA DE  
MEDIO SIGLO  
DE PEDIATRÍA

LECCION INAUGURAL DEL CURSO 1985-86  
DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

*Desc. Apert. Valladolid  
1985-86*



VALLADOLID

1985

---

SECRETARIADO DE PUBLICACIONES  
DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID  
PALACIO DE SANTA CRUZ S-N  
VALLADOLID (ESPAÑA)

---

DEPÓSITO LEGAL: VA. 534-1985



---

IMPRESO EN LOS TALLERES DE SIMANCAS EDICIONES, S.A. POL. IND. SAN CRISTÓBAL, P. 152. VALLADOLID, 1985

## Índice

|   | <u>Págs.</u> |
|---|--------------|
| INTRODUCCIÓN .....                                      | 9            |
| EN LAS FRONTERAS DEL AYER .....                         | 14           |
| Etapa de Pregraduado .....                              | 14           |
| Al fin de la Licenciatura .....                         | 18           |
| Especialización .....                                   | 19           |
| Atención al niño .....                                  | 21           |
| El maestro .....  | 25           |
| ENTRE LAS FRONTERAS DEL AYER Y HOY .....                | 28           |
| Evolución política, económica y demográfica .....       | 29           |
| 1. <i>Cambios de política</i> .....                     | 29           |
| 2. <i>Cambios económicos</i> .....                      | 29           |
| 3. <i>Cambios demográficos en España</i> .....          | 31           |
| a. <i>Límites de la edad infantil</i> .....             | 31           |
| b. <i>Población infantil</i> .....                      | 32           |
| c. <i>Natalidad</i> .....                               | 34           |
| d. <i>Mortalidad infantil</i> .....                     | 34           |
| e. <i>Mortalidad perinatal</i> .....                    | 35           |
| f. <i>Índice de fertilidad</i> .....                    | 36           |
| g. <i>Fecundidad</i> .....                              | 37           |
| h. <i>Otros datos</i> .....                             | 39           |
| 4. <i>Cambios demográficos en Castilla y León</i> ..... | 38           |
| Evolución científico-técnica .....                      | 41           |

|   |     |
|---|-----|
| Evolución de la pediatría en general .....  | 44  |
| 1. <i>Pediatría científico-técnica</i> .....                                      | 45  |
| 2. <i>Pediatría psicosomática</i> .....   | 50  |
| 3. <i>Pediatría preventiva y social</i> .....                                     | 52  |
| Evolución de la pediatría en España .....   | 56  |
| 1. <i>Pediatría preventiva y social</i> .....                                     | 56  |
| 2. <i>Pediatría clínica o asistencial</i> .....                                   | 59  |
| a. <i>Pediatría extrahospitalaria</i> .....                                       | 59  |
| b. <i>Pediatría hospitalaria</i> .....  | 60  |
| c. <i>El pediatra en la sociedad actual</i> .....                                 | 65  |
| Evolución de la formación médica .....  | 66  |
| 1. <i>Facultad de Medicina</i> .....  | 67  |
| 2. <i>Enseñanza a pregraduados</i> .....  | 69  |
| 3. <i>Enseñanza a postgraduados</i> .....   | 75  |
| Evolución de la formación pediátrica .....  | 81  |
| <b>EN LAS FRONTERAS DE HOY AL AÑO 2000</b> .....                                  | 87  |
| <b>En la frontera del nacimiento</b> .....  | 88  |
| 1. <i>Planificación familiar (PF)</i> .....                                       | 88  |
| 2. <i>Fecundación artificial (FA)</i> .....                                       | 89  |
| 3. <i>Origen de la vida</i> .....   | 92  |
| 4. <i>Aborto legal</i> .....  | 94  |
| 5. <i>Patología prenatal</i> .....  | 98  |
| 6. <i>Detección en el neonato</i> .....   | 102 |
| 7. <i>Atención al recién nacido con retraso de crecimiento intrauterino</i> ..... | 104 |
| 8. <i>Asistencia intensiva al niño</i> .....                                      | 105 |
| 9. <i>Asistencia al parto</i> .....   | 107 |
| 10. <i>Alimentación del neonato</i> .....   | 110 |
| <b>Del nacimiento a la frontera de la edad adulta</b> .....                       | 112 |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....   | 119 |

*Magfco. y Excmo. Sr. Rector*

*Excmas. e Ilmas. autoridades*

*Ilustre Claustro universitario*

*Sres. alumnos*

*Señoras y Señores*

La ordenación reglamentaria prevista por la Universidad, me señala una obligación: pronunciar la lección inaugural del Curso Académico 1985-86. Se trata pues, de un imperativo del que no cabe evadirse. He de confesar, que afronto el encargo con especial sentido de la responsabilidad, ánimo preocupado, bastantes dudas e incertidumbres, y en momento no sobrado de ilusión. Por ser muy personales estas apreciaciones, trataré de justificarlas ante ustedes.

Sobre mí recae una responsabilidad. La de que la vieja y gloriosa Institución, no quede malparada en un acto solemne al que he asistido durante muchos años, y que sirvió, a ilustres colegas, para aportar muestras valiosas de su ejemplaridad, competencia y sabiduría. Sobre mí gravita también, la exigencia de una larga trayectoria; en efecto, mi vida como profesional médico, se inició hace 40 años, los mismos que he dedicado al quehacer pediátrico y dos menos de los que llevo sirviendo a la Universidad: los últimos veinte adscrito a la Facultad de Medicina de Valladolid. Con esta añosa andadura, siento el peso del tiempo como acicate, que obliga a salir del trance con cierta dignidad.

Bastaría lo antedicho para entrever la preocupación que me embarga. Pero se añaden otras concausas. El estado actual de la profesión médica, los problemas que afectan a la pediatría nacional —y los de nuestra región en particular—, y la encrucijada difícil en que se halla la



Universidad española, dejan escaso lugar para motivaciones placenteras. Por el contrario, predominan en mi estado de ánimo, inquietudes, a las que sólo por discreta prudencia califico de preocupantes.

Condicionado por estos determinantes, he tenido muchas dudas a la hora de escoger la materia que pudiera servir de fundamento para elaborar esta lección. Varias opciones eran posibles. La más fácil y descomprometida: ajustar su contenido a alguno de los capítulos en los que he trabajado personalmente en el ámbito de la pediatría y en donde quizás hayamos aportado algún hecho significativo o de valor. Temí que este camino pudiera resultar de interés limitado o sólo parcialmente compartido por los oyentes.

Descartada esta vía, fue poco a poco adquiriendo consistencia la tentación, más arriesgada, de aprovechar la triple, pero unitaria condición de médico-pediatra-docente, para desde ella, hacer algunas reflexiones sobre las vicisitudes a que he asistido durante casi medio siglo, y cuando me encuentro a dos años de la jubilación oficial. Situación ésta, en la que jamás me había parado a pensar, que cuando a los demás afectaba, me hacía suponer que les produciría tristeza y pesadumbre. Y que ahora, tocándola con las manos, si no puedo decir que anhelo, si veo, en determinadas ocasiones, como una liberación. Aún a sabiendas de que en el mundo de la biología, «vivir es sobrevivir y sobrevivir es saber adaptarse», en otros mundos, como en el de las propias convicciones, adaptarse al presente, tiene bastante de diferenciación de lo que en lo más íntimo han sido los pocos, pero inamovibles principios que han servido para sustentar la propia personalidad.

Así las cosas, decidí meditar sobre la Pediatría del ayer y del hoy. A lo largo de mi vida profesional y universitaria, he tenido ocasión de atender muchos niños; he contribuído a la enseñanza y aprendizaje de millares de alumnos, centenares de postgraduados y a la orientación de un número considerable de docentes. He participado en el quehacer comunitario de instituciones académicas y profesionales, en las que se desarrolló mi labor, a veces, con responsabilidades de dirección. No pretendo hacer un balance de resultados, ni abarcar cuanto cabría esperar del enunciado de esta lección. Obviamente he de referirme a algunas materias, limitadas en su contenido y extensión, que han sido objeto de interés por mi parte en reiteradas ocasiones.

Las dudas no se han centrado sólomente en el tema a desarrollar, sino que alcanzan aspectos concretos de la forma en que podría llevarse

a cabo. Su naturaleza, por incluir reflexiones del mismo orden a las que se suscitan en la sociedad en general, aconseja dejar constancia de algunos hechos.

En primer lugar, el deseo de no caer en el error de confundir la condición de veterano con la de experto. Por prolongada que sea la dedicación a una tarea, la antigüedad por sí misma, no da patente ni credenciales de especial autoridad.

Afirmar, en segundo lugar, que jamás he compartido el supuesto de que la titulación y los nombramientos oficiales, que nos autorizan para el ejercicio de la profesión o para la práctica de la docencia, nos confieran «por gracia del Espíritu Santo» la condición de árbitro a la hora de enjuiciar problemas, que como los propios de la Sanidad y de la Universidad, son de interés generalizado. Unos y otros, son de naturaleza tan compleja y están ligados a factores y variables tan diversos, que ha de aceptarse con humildad la posibilidad de que nuestra visión de los mismos, pueda estar interferida, mediatizada o sesgada. Las reflexiones que voy a enunciar en voz alta, han de considerarse como estrictamente personales; a unos y a otros, les será válido tomarlas como oportunas o inoportunas, como suscribibles o desechables.

Finalmente he de añadir, que tanto en el pasado como en el presente, aunque en estos tiempos más que nunca, el papel y el protagonismo que a los médicos y a los docentes les cabe desempeñar en la configuración de las estructuras, en su funcionalismo, o en la posibilidad de modificarlas, es escaso, por no decir mínimo. Cuando en algunas ocasiones se nos solicitan consultas sobre materias que nos afectan, el valor que se les da a las mismas, es secundario; casi siempre, se desestima; y a veces ha sido suficiente motivo para que una vez formuladas y exteriorizadas, se califiquen de corporativistas y se decida en forma contraria a lo propuesto.

En el primer párrafo quedaba recogida una cuarta advertencia, que enlaza con lo que últimamente acabo de decir. Emprendo este trabajo con pocas esperanzas sobre su utilidad. En reiteradas ocasiones he llamado la atención sobre materias de interés comunitario, que era preciso denunciar y que consideraba necesitadas de rectificación. Hay testimonio de que estas inquietudes cayeron en la más absoluta de las indiferencias. Tendré que hacer alusión a alguna de estas publicaciones, haciéndose inevitable repetir manifestaciones mantenidas en anteriores momentos.

Tras la experiencia vivida en el cuatrienio 1972-75, en que presidí la *Asociación Española de Pediatría (AEP)*, pude percatarme de las dificultades para realizar una labor adecuada a las necesidades de la medicina de la infancia en nuestro país. Después de muchos tropiezos y ante el fracaso de las gestiones emprendidas, en 1978, me expresaba así: «Ya sea porque en nuestro país las Asociaciones carecen de representación jurídica ante la Administración del Estado, o porque los representantes de esta Administración, cuando nos oían no nos atendían, si nos atendían no nos entendían y si nos entendían no tomaban decisiones ejecutivas, es cierto que las cosas siguen igual y los problemas y deficiencias tantas veces denunciados permanecen sin arreglo».

En el mismo trabajo, titulado *Medicina infantil y su problemática* (1), se analizaban con sentido crítico las necesidades y las perspectivas de la pediatría española y de Valladolid. Su contenido fue calificado de «amarga visión» por algún ilustre sanitario, en aquel entonces con importante influencia a nivel local.

En su epílogo, hace siete años dejaba abierta la esperanza, pues parecía entreverse en la Administración de aquel entonces, distinta receptividad a la de épocas anteriores, y se ponía mucha ilusión en el anteproyecto de una Reforma Sanitaria, que se consideraba inmediata. Santa inocencia la que me llevó a escribir «que de cumplirse lo anunciado, quedarán fuera de lugar, por innecesarias, las formulaciones que en este trabajo se enuncian como problemas pendientes». No obstante, sentía reservas, pues dejé consignada una advertencia: «...si lo que se espera quedara incumplido, seguirán vigentes unas peticiones que los pediatras españoles consideran obligadas; y en todo caso, después de que la Reforma Sanitaria se convierta en hecho legal, queda lo más difícil e importante: hacerla realidad. Para ello, se requieren apoyos firmes, generosidad, imaginación, perseverancia y grandes dosis de espíritu ilusionado que superen inevitables desalientos»(1).

El tiempo ha transcurrido. Y cuando me encuentro en las fronteras de la edad jubilar, advierto que muchos de los cambios no dan motivo a júbilo alguno. La medicina, en general, se halla cada vez más deshumanizada, y la asistencia, sometida a reglamentarismos que dan al traste con cualquier iniciativa. En la gestión sanitaria se perfilan criterios planificadores de signo economicista, que puede que le proporcionen configuración empresarial y la hagan rentable —lo dudo—, pero que están afectando a su propia esencia. Orientada oficialmente, por derro-

teros en que se imponen el igualitarismo y la uniformización, acabará con la capacidad creadora de quienes han sido sus principales promotores y que se encuentran ahora, confusos, extraviados y vejados. Todo ello, ofertado a través de unos programas difundidos publicitariamente en forma demagógica, con los que se intenta vender la promoción de unos servicios destinados al beneficio de la comunidad, pero que tienen sólo realidad en el papel, pues a la hora de la verdad, limitan la libertad del médico y paciente, reduciendo la calidad en la atención.

Desería que esta visión pesimista fuera minoritariamente compartida o sólo por mí mismo suscrita. Y ojalá que aunque he dicho alguna vez, en sentido humorístico, que «ya vendrán tiempos peores», se despejen las sombras que aprecio y surjan esperanzas nuevas y nueva ilusión. Esa que Julián Marías (2), en su *Breve tratado de la ilusión*, dice que consiste en enriquecer la realidad humana, abriéndola a un futuro más atractivo. Esa ilusión que él entiende, como principio de realización, y que en suma no se identifica con una representación incapaz de ajustarse al medio ambiente, sino, antes bien representa la posibilidad de humanizarlo. En definitiva, la que nos pone en conexión con los grandes ideales de la existencia.

Vivamente deseo asirme a esta ilusión, y alejar melancolías que me llevarían a pensar que después de una larga andadura, pudiera serme aplicado aquello de que «no hay que llorar la muerte del viajero, hay que llorar la muerte de un camino» (3).

El camino recorrido es lo más importante que queda, el patrimonio transmisible y heredable —heredado—, por quienes siendo más jóvenes prosigan en la brecha, y viviendo sus propias experiencias, remontarán —doy por seguro—, la actual situación.

Estas reflexiones, meditaciones o cavilaciones, que tienen lugar en tiempos fronterizos, no desean dar al término su valor etimológico estricto, sino que pretenden que las fronteras queden abiertas, asequibles y franqueables, para que a través de atajos, portillos y senderos se superen las barreras que algunos tratan de cerrar. Con un significado análogo, aunque expresado literariamente de forma muy bella, al que utiliza Jiménez Lozano (4) cuando se refiere a «la historia y el alma colectiva, los sentires pesares y vivires de Castilla... ciertamente fronterizos», pero donde «en esta frontera, bélica unas veces y pacífica otras, entre islámicos y cristianos, hay atalayas, y almenares y alcázares..., lugares de resistencia espiritual, pero a la vez, asimilados en cierta



manera a los modos de ser y vivir de aquéllos a quienes se resisten. Es decir, lugares de ósmosis entre los hermanos enemigos».

Este afán de apertura y comprensión de las situaciones vividas en el pasado y que vivimos en el presente, temo me haga pecar unas veces de ingenuo, otras de aparentemente intransigente, y puede que en alguna ocasión, de apasionado. Pero sólo cuando se ha meditado largamente sobre algo, se llega a adquirir esa conciencia de pasión, sin la cual, la nuestra, ni profesión alguna, merece ser ejercida.

También temo, que dar cierto sentido vivencial a lo que debiera ser una lección inaugural clásica, tenga poco de ortodoxo en lo que por tal se entiende en sentido más limitado. Como no quiero dar a nadie lecciones de nada, pido disculpas, y ruego se tome como heterodoxo éste, llamémoslo así, «deshilvanado discurso».

## **EN LAS FRONTERAS DEL AYER**

Comencé los estudios de la licenciatura médica en 1939, por lo que no es exagerado decir, que estas reflexiones abarcan medio siglo. Los que faltan para completar este período cronológico, corresponden a los de la contienda civil, que equivalen a tiempo «muerto», pues tanto en un sentido amplio como en otro más restringido, este período representó la paralización de todo tipo de actividades que no fueran las bélicas.

Trataré de rememorar la situación de las Facultades de Medicina, los estudios que en ellas se cursaban, las posibilidades en el período de postgraduado, y las que se ofrecían en la formación de los pediatras, recogiendo en breve apunte los principales rasgos que caracterizaban a la medicina de la infancia en aquel entonces.

### **Etapa de Pregraduado**

A las Facultades de Medicina se accedía sin limitación del alumnado, después de realizar unas pruebas al final del bachillerato. Las que tuvieron lugar el primer año, tras la liquidación de la guerra civil y apertura de la Universidad, fueron bastante benévolas; no así en los años sucesivos, en los que progresivamente se fue elevando el nivel de exigencia.

La elección de carrera se hacía sin datos fiables sobre lo que se buscaba o esperaba. En la decisión, influían factores varios: circunstancias impuestas por el medio y lugar de residencia de los padres, tradición familiar, intuición en suponer que lo que se nos ofrecía era lo que más gustaba —o lo que menos disgustaba—, y porqué no, convicción en considerarse con aptitudes.

Tanto entonces como después, estábamos-están expuestos bastantes de los que comenzábamos-comienzan, a una elección, en la que el primer error era la falta de vocación. Trance éste en la etapa adolescente, en que como dice Marañón (5), se cae casi siempre, sin muchas más seguridades de acertar que las que tiene el que juega a la lotería. La vocación verdadera y por lo tanto, la verdadera aptitud —sigo utilizando palabras del mismo autor—, muchas veces se adquiere con el tiempo, y otras no se logra nunca. Y menos mal, si aunque sujetos al ejercicio de una profesión, algunos pueden compensar la monotonía de su práctica, con el cultivo de otras actividades, «pues todos llevamos dentro un repertorio de impulsos, de vocaciones, mucho más complejo que el que indica nuestra etiqueta oficial».

La Facultad de Medicina de Salamanca, en la que realicé los estudios de pregrado —como las del resto de España—, se hallaba en el I año de la Era Triunfal. A ella arribaron muchos de los que habían participado en la guerra; y otros, que aún sin haber intervenido por edad, habíamos vivido con plena conciencia la trascendencia de la fratricida tragedia.

Eran tiempos de escasez, de hambre, de frío, de falta de libertad, de represión, de sindicación estudiantil obligatoria y de dirigentismo autoritario. También, de aislamiento de lo exterior y de intentos de una utópica autarquía. Sobre los estudiantes universitarios pesaba la amenaza de participar en la II Guerra Mundial, que comenzó cuando cursábamos el primer año y concluyó cuando terminamos la carrera.

Algunos datos pueden servir de referencia para evocar ese pasado. La casa de huéspedes —la «patrona»— en que vivíamos una docena de estudiantes, cobraba siete pesetas por la pensión completa: desayuno, comida, cena, brasero y lavado de ropa. Uno de nuestros compañeros, en situación económica «privilegiada» porque jugaba como futbolista en el equipo local, se compró una cabra para disponer de un suplemento diario de leche, que le ordeñaban a domicilio, pues temía que con el «desgaste» pudiera contraer tuberculosis (enfermedad prevalente en-

tonces, que atemorizaba no sin motivo a los más aprensivos). Los menos favorecidos satisfacíamos el hambre, gracias a la recepción de los «paquetes» que enviaban las familias. En el parque de la Facultad había un solo coche de turismo, que pertenecía a un catedrático con gran prestigio profesional, próspera consulta y... soltero.

A pesar de este panorama ciertamente desolador, mis recuerdos y creo que los de la mayoría de mis coetáneos, están llenos de la añoranza de unos tiempos difíciles pero en los que no faltaban momentos felices. La dureza del cotidiano vivir material, se iba superando en parte, por una edad resistente a las adversidades. Y en la Facultad, a pesar de la desolación y de la falta de medios que había dejado la devastadora guerra, encontramos cosas estimulantes. Algunos profesores supieron despertar en los alumnos, incentivos para el trabajo y el estudio. Por otro lado éramos bastantes los que vivíamos con verdaderas ganas de superar las heridas del reciente pasado, y de aupear la recuperación de un país roto y marginado en el concierto mundial.

No dejaban de tener lugar actividades culturales, y lo limitado del mundillo en que nos movíamos, propició que mantuviéramos contactos enriquecedores, estudiantes de distintas Facultades. Allí nació mi amistad con un grupo de profesores ajenos a la medicina, como A. Tovar, R. Loscertales, M. García Blanco, A. Apraiz, F. Galán; y años después con A. Zamora Vicente, F. Lázaro Carreter, J. Maluquer, M. Artola, etc. Y con un grupo de compañeros, que con el tiempo llegaron a ser destacados en el mundo literario o científico: C. Martín Gaité, I. Aldecoa, A. Navarro, C. García Sánchez, A. Cobos, C. Echegaray, G. Camino..., por citar algunos de ellos.

Recuerdo que a pesar de la censura, de la ideología oficial monolítica y superando tabús y prohibiciones, rendimos homenaje a Miguel de Unamuno en 1944, con un emotivo e inolvidable acto en el cementerio de Salamanca, donde una docena de profesores y alumnos escuchamos la lectura de fragmentos de su obra.

Me ha resultado esclarecedor un reciente artículo de M. Delibes (6). Opina que como respuesta al hambre física y a la falta de libertad de los años 40, se asistió al incremento de la lectura de las primeras novelas de Agustí, Cela y Laforet, que lograron ediciones mucho más amplias que las de Baroja en los años previos a la guerra; relaciona el hecho con el deseo que teníamos de olvidar la propia historia, enfrascándonos en la de un héroe de ficción y con la necesidad de buscar medios de comunica-

ción más fiables que los de la prensa, sometida a un rigurosísimo control, infinitamente superior al del libro. Coincidió con el significado que tuvieron estas evasivas compensaciones en muchos de nosotros.

De la época de pregraduado, extraje dos experiencias que han sido fundamentales en mi posterior devenir.

Una, la de afrontar la realidad que nos toca vivir en un momento dado, sin el condicionamiento de los posibles temores que amenazan en lo inmediato, y que pueden llegar a ser o no ser. En aquel entonces, la continua expectativa de una probable movilización militar, hizo que bastantes compañeros abandonaran sus proyectos de trabajo, pues «no merecía la pena sacrificarse si todo terminará el día en que nos pongan el fusil en el hombro». Al estado de neurosis mantenida en que vivían algunos por este motivo, otros respondíamos en nuestro interior diciendo, «mientras llegue el momento de que la corneta nos llame a filas, lo que hago —estudiar y sacar provecho del presente—, es lo que importa».

La otra experiencia que tuve la fortuna de vivir, fue la de conocer a un profesor, que por su personalidad humana, atractivo personal, calidad docente y sagacidad clínica, dejó marcado mi futuro. Guillermo Arce despertó mi vocación por la especialidad médica que cultivo y dejó decidido el rumbo de mi futuro profesional.

¿Cómo eran las enseñanzas de la Universidad? ¿Cuál era la capacitación que adquiriríamos? Ya entonces, siendo el número de alumnos menor al que con los años ha desbordado las aulas, comenzamos un par de centenares de estudiantes. Las clases teóricas, eran desiguales; su calidad, en general, inferior a la actual. Había un profesor por asignatura y no estaban cubiertas todas las cátedras. Los ayudantes de clases prácticas eran uno o dos por disciplina, que cobraban, si mal no recuerdo, 200 pesetas al mes. Las enseñanzas prácticas de hecho, simbólicas o inexistentes. A pesar de ello y esto lo he repetido en múltiples ocasiones, nuestra información y en parte, nuestra formación teórica y científica, cabía considerarla como aceptable y potencialmente aprovechable.



## Al fin de la Licenciatura

Concluída la carrera, llegaban las preocupaciones. Por entonces era tradicional celebrar una cena de despedida. A los brindis, se evidenciaban en los discursos, preocupaciones similares a las que 40 años más tarde asaltan a quienes terminan. Los oradores más jocosos, trataban de posponer la ansiedad que se reflejaba en los oyentes, contando anécdotas y narrando alguna historieta graciosa. Los más reflexivos, hacían consideraciones dirigidas a exponer su propia experiencia en la búsqueda de un puesto de trabajo, logro que nunca ha sido fácil. Unos y otros, infundían ánimos a quienes concluídos sus años mozos y de dependencia familiar, tenían que enfrentarse de inmediato con la hora de la verdad. Como ahora. Si bien en el presente, con aumentadas dificultades: por una plétora en los años previos, que ha traído como consecuencia el paro y el subempleo, en 1984, a unos 22.000 médicos recién graduados.

Las posibilidades para el recién licenciado eran varias. La gran mayoría, elegía la práctica de la medicina general en el medio rural. Al principio, interinamente; tan pronto como les era posible, de forma definitiva, mediante la realización de oposiciones a Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria. Otros, optaban por opositar a diversos cuerpos: médicos del Ejército, Armada, Aviación, Forenses, Registro Civil, Casas de Socorro; o de Instituciones Municipales, provinciales o Cuerpos del Estado: epidemiólogos, maternólogos, oftalmólogos, venereólogos, etc. Algunos, se especializaban para el posterior ejercicio privado o para seguir la carrera docente.

La escasa preparación práctica con que se salía de la Facultad, nos «acomplejaba» en la misma forma que a nuestros alumnos actuales. La mayoría no habíamos puesto una inyección, asistido a un parto, curado una herida o realizado por encima de media docena de historias clínicas. Hagamos excepción de los alumnos internos o «internoides» que entonces y ahora, eran-son minoría. El aprendizaje y el entrenamiento teníamos que adquirirlos sobre la marcha, en forma autodidacta —por «libre»—, o tutelados por algún médico veterano. Para los que escogían llevar a cabo una especialidad, el único camino era conseguir adscribirse a una cátedra o en alguno de los pocos Centros Hospitalarios de prestigio.

La obtención del grado de doctor, obligaba a cursar cuatro asignaturas en la Facultad de Medicina de Madrid. La presentación, defensa y discusión del trabajo exigido para optar al título, también era privilegio exclusivo de la Universidad Central. Conservo recuerdo excelente de la enseñanza de Historia de la Medicina, que me permitió el conocimiento inicial del Prof. Laín Entralgo; después, a lo largo de mi vida médica, este maestro ha seguido siendo fuente inagotable de aprendizaje, me otorgó su amistad y la posibilidad de colaborar con un breve capítulo, en su *Historia Universal de la Medicina*.

## Especialización

Los postgraduados que orientaban su futuro hacia la Pediatría realizaban su formación, integrándose en las Cátedras Universitarias o en Hospitales con tradición: Casa de Salud Valdecilla (Santander), Hospital Civil de Basurto (Bilbao), Hospital Niño Jesús (Madrid), Hospital de Santa Cruz y San Pablo (Barcelona), y puede que alguno más.

La adscripción a los mismos se hacía a través de un acuerdo tácito entre docentes y discentes, sin contrato ni ligazón administrativa, sin remuneración, sin programas preestablecidos, sin tiempo de duración prefijada, sin control de capacitación posterior..., nuestro único objetivo se cifraba en adquirir conocimientos y destrezas, que permitieran establecerse como pediatra sin título oficial reconocido.

La formación en puericultura se realizaba en la Escuela Nacional de Madrid y en las departamentales o provinciales. A través de unos breves estudios, podía obtenerse un diploma que facultaba para opositar al cuerpo de Puericultores del Estado.

Los más exigentes y con posibilidades a su alcance, llevaban a cabo su especialización o completaban la misma, en clínicas europeas, en particular alemanas, suizas, francesas... Esta privilegiada opción, estuvo muy restringida en los primeros años de la postguerra. Personalmente, no pude permanecer en Alemania un curso académico, hasta nueve años después de concluída la carrera.

El cultivo de las diversas áreas específicas de la Medicina de la Infancia, que hoy denominamos Especialidades Pediátricas, era muy incipiente e incompleto. Algunos cirujanos, tenían preferente dedica-

ción a la patología de la infancia. Todavía llevaban a cabo una asistencia integral, que abarcaba a la Cirugía y Ortopedia. Emilio Roviralta fue el verdadero impulsor de la Cirugía Pediátrica moderna en España. La Radiología y la Neuropsiquiatría, tuvieron cultivadores pioneros de lo que llegaría a ser más tarde, una amplia diversificación en el campo del especialismo en Pediatría.

Casi en su totalidad, los estudios se realizaban a través de textos y publicaciones extranjeras traducidas al español. El número de profesionales que podían valerse de los mismos en lenguas originales, era escaso, pues el dominio de los idiomas cultos estaba poco generalizado. No obstante, ha de reconocerse que siempre hubo una élite capacitada para actuar a niveles internacionales.

Al final de la guerra civil, las diversas obras generales debidas a autores españoles, habían perdido actualidad, pues su impresión databa de bastantes años antes. Se cumple ahora un siglo del *Tratado de Enfermedades de los niños* (1884), de F. Criado Aguilar. Casi simultánea fue, la aparición de la obra de B. González Alvarez, titulada *Paidopatía. Estudio diagnóstico de las enfermedades de los niños*. En 1905, se publica el *Tratado de Pediatría* de A. Martínez Vargas, que ya no era objeto de lectura habitual; como tampoco la obra que sobre *Enfermedades de la infancia*, en 1918 dió a la luz, E. Suñer Ordóñez. Los manuales y tratados que se utilizan en la actualidad, fueron surgiendo años después.

Las revistas periódicas de Pediatría previas a la guerra civil, no prosiguieron su andadura, salvo el *Boletín de la Sociedad Catalana de Pediatría*. En los primeros años de la postguerra surgieron *Acta Pediátrica Española* y *Revista Española de Pediatría*, produciéndose años más tarde, una verdadera proliferación que en la actualidad va encontrando cauces cada vez más razonables (7).

La investigación pediátrica, dados los escasos medios de que se disponía, los escollos que representaba la situación económica, la casi total incomunicación con el exterior y la falta de tradición previa, era casi inexistente. Se reducía a la meritoria publicación de observaciones procedentes de la casuística clínica.

Después de la celebración del V Congreso Nacional de Pediatría, que tuvo lugar en 1933 en Granada, ese tipo de certámenes científicos no pudieron reanudarse, hasta Julio de 1944. Santander acogió el primero de la postguerra.

Cinco años más tarde en 1949, se fundó la AEP, cuyo primer presidente fue F. Zamarriego.

## **Atención al niño**

¿Cómo era la atención al niño en los diversos aspectos de prevención de la salud y asistencia a la enfermedad?

En sus aspectos preventivos, la labor de la pediatría se llevaba a cabo, casi exclusivamente, en capitales de provincia y algunas ciudades grandes. A través de los Dispensarios de Higiene Infantil, creados por orden del 23 de Marzo de 1933, se atribuyó a estos Centros la misión de atender consultas, la higiene prenatal, la de lactantes e higiene escolar. Su denominación fue cambiada en 1935 por la de Servicios Provinciales de Higiene Infantil. Los puericultores del Estado, formados la mayoría de ellos en las Escuelas ya citadas, llevaron a cabo en los años de la postguerra una labor importante. Con pocos medios y presupuestos exigüos, alcanzaron logros valiosos en la educación sanitaria, campañas vacunales, modernización de los hábitos dietéticos del lactante, y en la lucha, en general, contra la mortalidad y morbilidad infantil.

El niño como paciente, era atendido con los patrones habituales de la medicina liberal. Los pediatras, en número reducido, subvenían a las necesidades de la puericultura y patología de la infancia, en consultas privadas y públicas —la mayoría de tipo benéfico o estatal—, o a través de visitas domiciliarias. Existían Mutualidades y Sociedades de Seguros Libres, a las que estaban acogidos los económicamente más débiles. Los menesterosos eran atendidos por las Beneficiencias municipales y provinciales.

No existía organización hospitalaria propia para el niño. Cuando éstos precisaban ser ingresados, lo hacían en sanatorios o clínicas privadas, casi exclusivamente por motivos quirúrgicos. Se consideraba una desgracia y motivo de vergüenza, tener que hospitalizarse. El hospital conservaba básicamente, sus características tradicionales, con función asilar, custodial y de aislamiento. Faltaban algunos años para que tuvieran lugar los cambios, en los cuidados sanitarios y en la responsabilización de la sociedad con sus propias cargas, que hicieran posible el paso del hospital tradicional al de nuestros días. En España sólo existía un hospital dedicado exclusivamente a la infancia, el del Niño Jesús de

Madrid, inaugurado en 1887. En los hospitales provinciales y clínicos, se acogía a los niños en salas, pero sin práctica independencia con los adultos, salvo en la ubicación.

Los niños nacían domiciliariamente, aunque existían Maternidades, empleadas en general por las clases modestas. Había también gran número de Asilos, Orfanatos y Hospicios. Y otros Hospitales de diverso patrimonio, pero de parecidas características. Auxilio Social, obra nacida durante la guerra en el bando triunfante, mantenía hogares y comedores para la infancia. Había Preventorios y Colonias escolares dedicados, casi con exclusividad, a la atención de niños tuberculosos.

En el aprendizaje de la especialidad pediátrica, existían como ahora, lagunas y aspectos negativos. Y un hecho clave, la influencia decisiva de un maestro.

En los hospitales, la formación estaba basada en el estudio de pacientes, que proporcionaban gran experiencia en aspectos importantes de la patología generalmente grave y difícil, pero quedaban excluidos el niño sano y su cortejo familiar y social. Como ha insistido con vehemencia F. Escardó (8), «con la madre que debía entregar su hijo doliente a un hospital, que desconocía su función primaria de cuidadora, la vida quedaba fuera». Esta deficiencia persiste, aunque se trate de superar con la fórmula del «hospital abierto» iniciada en algunas partes. Incluso hoy, los tratados al uso prestan poca importancia u omiten algún capítulo dedicado a la semiología o fisiología de la familia, del juego, de los deportes... Seguimos atendiendo al niño, desalojado de su natural contexto humano, cuando «sólo puede ser cuidado y comprendido desde la antropología y sociología, de la que el médico, convertido en eubiatra, tiene que ser coordinador y sintetizador» (9).

Para contrarrestar esta aseveración se suele recurrir al tópico de que los aspectos relativos al conocimiento del niño sano, se completan en las Escuelas de Puericultura. A fuerza de ser sinceros ha de reconocerse en la etapa aludida —y en el presente—, el carácter preferentemente teórico de las enseñanzas que se imparten en estos Centros.

Donde se completaba —y en cierto modo, reiniciaba—, la comprensión global del niño, tanto entonces como ahora, es cuando se hacía/hace posible un contacto con él, cercano y proseguido; propiciado, preferentemente, en el consultorio propio. En el mismo, se lleva a cabo una labor más íntima, relajada y humanizada, que muchas veces se inicia desde antes del nacimiento —durante el parto—, y se prosigue



hasta que concluye la adolescencia. Donde se puede entablar un diálogo sosegado, desvanecer aprehensiones y aclarar o compartir temores y angustias; donde también se conoce a otros hermanos, la personalidad de los familiares y las circunstancias que concurren en un entorno que puede tener influencia en el modelado del niño. Lugar, cuando pasan los años, en el que se puede llegar a la intransferible complacencia de proseguir el cuidado de los hijos, de quienes fueron atendidos por nosotros de pequeños.

No ignoro las objeciones que pueden formularse a lo que acabo de expresar. Pero tengo por cierto que a través de esta modalidad y la de la visita domiciliaria —cuando es posible—, se llega a alcanzar una comprensión del niño en su totalidad. La responsabilidad individual, no compartida en equipo o por una institución, junto a la libre elección del médico, son en parte anticipo del éxito terapéutico. O al menos, de conseguir un amplio porcentaje de eficacia, por el simple hecho de que la confianza que se deposita, garantiza que se sigan las prescripciones y consejos impartidos. Es obvio que el más elevado nivel socioeconómico y cultural de quienes acuden a este tipo de asistencia, favorecen tal proceso. Por otra parte, en ningún momento niego que esté vedado su desarrollo en las instituciones públicas. Ojalá que, en los hospitales, consultas externas, ambulatorios, y sobre todo en los nuevos Centros de Salud, se superen deficiencias estructurales, que pueden resultar entorpecedoras para la creación de unas relaciones entre el pediatra-familia-niño, más fáciles de obtener hasta ahora en los consultorios propios.

En mi experiencia, de un ejercicio profesional en que se han conjugado ininterrumpidamente la medicina hospitalaria y la de un ejercicio liberal en la práctica privada, esta última, ha representado fuente inagotable de aprendizaje. Afirmo más: debería ser obligatoria en el período formativo de todo pediatra que aspira a conocer a fondo, algunas vertientes no satisfechas en la medicina aprendida únicamente en el medio hospitalario.

Durante décadas hallé en el hospital, lugar muy grato de trabajo; motivación para un quehacer en equipo, ilusionado; estímulo para un inagotable enriquecimiento en los saberes; cobijo para el desarrollo de lazos de entrañable afecto y fraternal camaradería. En los dos últimos años, la actividad que realizo en el consultorio es por el momento más gratificante. Y será mal pensado quien suponga que el móvil de esta afirmación, tiene que ver con la gratificación económica —cada vez más

limitada—, que puede proporcionar. Como dijo Séneca: «Al médico se le paga por su trabajo, pero el precio de su corazón se le sigue debiendo».

Con cierta cautela, me atrevería a añadir algo más. Se llega plenamente a la comprensión global del niño, a su consideración antropológica, personal, biográfica y psicosocial, cuando el médico de niños —hombre o mujer—, tiene hijos. Dios me libre de pensar que no pueda ser excelente pediatra, quien no sea padre o madre. Pero es indudable que se potencia la posibilidad de llegar a una más honda comunicación, cuando se cultivan actitudes que están facilitadas por las experiencias que proporciona la intimidad, día a día, noche a noche con un hijo.

F. Escardó, de quien tomo de cerca lo que sigue, defiende que la comunicación con el niño se logra a través de la madre, «pero no sólo de la que proporciona datos y referencias mediante el interrogatorio, sino de la madre que es hija, nieta, biznieta, chozna de madres, y así hasta el principio de los tiempos...» Durante un período de la vida, madre e hijo se comunican telepáticamente: si el bebé emite un sonido en apariencia unívoco, la madre lo traduce de inmediato al requerimiento de una necesidad concreta: mimo, frío, sueño, hambre, dolor, molestias..., acude a satisfacer, no tanto al niño que llora, cuanto a la necesidad específica... Si la madre es el «órgano» capaz de comunicar telepáticamente con su hijo, la clave está en «maternizar» al pediatra, en que profundice en cuanto de madre posible tiene el hombre —varón—, en este caso pediatra, y ver como poner en ejercicio ese coeficiente peculiar... Quien aspira a pediatra, debe investigar cuáles son sus valencias en este sentido, porque sólo gracias a ellas le será dado interrogar al niño y percibir sus respuestas. No se trata de un vago sentimiento o de un cuasi poético modo de lírica relación, sino de algo concretísimo que se ha escondido por siglos al pensamiento científico, bajo las expresiones de ternura ó instinto, que se creyó tipificar con la palabra *reverie* (10), y que Escardó prefiere llamar «empatía», entendiendo por ello la facultad de compenetrarse con el alma ajena... lo que muchos conocen bajo el nombre de «ojo clínico». Porque la maternidad, no es una función adscrita como papel a determinada persona, sino un quehacer de gentes varias, función de funciones, que debe llamarse y se llama Maternalidad... tener hijos no es sólo función de tal ó cual mujer —hembra—, porque así parece en lo físico inmediato, no lo es desde el mundo del niño... «cuando una mujer queda embarazada, toda la familia queda encinta» (8).

## El Maestro

Dejaba anticipada la trascendencia en nuestra formación de un Maestro. Quien entonces o ahora haya disfrutado de esa fortuna, valorará con el tiempo su significado como insustituible motor en nuestra propia realización.

No resisto la tentación de acudir al testimonio de J. Rof Carballo, del que tomo las reflexiones que dejó recogidas en su artículo *La era de los maestros* (11). Lo suscribo en su casi totalidad; tan solo con reservas, cuando considera que sea una época fenecida. En mi opinión, más bien cabría decir, que el tiempo que vivimos ahora, ofrece ocasiones más limitadas para que se establezcan interrelaciones afectivas; que entonces, estaban facilitadas, pero que aún perduran los maestros cuando concurren circunstancias que por supuesto hay que calificar de privilegiadas.

«Los jóvenes de aquel entonces —dice Rof Carballo—, vivían no sólo de ilusión, sino de veneraciones. Fue la época de las grandes figuras. Y es hora de no avergonzarnos de ello y de examinar, el profundo sentimiento que llenaba nuestra existencia de un cálido fervor que iba construyendo el armazón más secreto... Ibamos los hombres de nuestra generación, con el proyecto ilusionado de conocer de cerca a un gran maestro... Buscábamos la autenticidad. Es decir, lo “genuino”. Genuino, es lo contrario de lo falso. En la cultura grecorromana, los padres colocaban a sus hijos recién nacidos sobre las rodillas —genu—, para indicar que les reconocían como su hijo genuino. Esto lo hacían con autoridad, palabra que por su etimología evoca a la vez el significado de “aumento”, de “fertilización” y el de “autor”. Autor, es el que dá valor a algo, el que “llena de valor” el mundo de las cosas».

«¿Para qué divos?, se preguntan desde hace decenios, ahora mismo, los nuevos médicos españoles, a la par que los del resto del mundo. ¿Para qué la admiración? Hoy sabemos —dice nuestro autor—, que es como si preguntasen: ¿Para qué sirve la vitamina A o la glucosa de la sangre?... Pues la admiración no es cosa que beneficie al admirado, sino virtud indispensable para el admirador. Por una razón muy evidente, aunque haya tardado en reconocerse. Porque sin admirar, sean figuras señeras o valores excelsos, el hombre no puede pasar al proceso contrario, al de la discusión crítica. Luego, en el oscilar fecundo que es lo que constituye lo más firme de la persona humana, vuelve a convertirse en



una “segunda admiración”, ésta ya más auténtica, más profunda. En definitiva, la admiración del que a su vez, pasa de discípulo a maestro porque ya es capaz de fundar algo».

Creo que no debe darse valor absoluto, aunque sea preciso aceptar, que en la juventud actual se halla bastante generalizada la afirmación de que «no son las personas, sino las causas, las que hay que admirar... que en nuestra época, se ha caído en la trampa de confundir la “autoridad epigonal”, o sea la autoridad de las reglas muertas, la que fosiliza el espíritu, con la otra autoridad que lo “hace crecer”... y a la que se debe todo ascenso, esa elevación de la persona que hoy es indispensable para su equilibrio psicosocial».

Pido disculpas por la extensión de la cita y abusiva utilización del texto del autor. Reitero mi creencia de que no todos los jóvenes actuales, se muestran apáticos y rehuyen la búsqueda de un maestro. Habría que plantearse la cuestión, de si no será menos cierto que éstos se han ido reduciendo en número. Interrogante que nos llevaría muy lejos, pues requeriría adentrarse en los cambios que ha experimentado la Universidad, la organización de la enseñanza, la masificación del alumnado, la despersonalización y desjerarquización del profesorado...

En lo personal, debo a Guillermo Arce —al que admiré, por el que sentí veneración, con el que mantuve disconformidad crítica admirativa, tras la que experimenté una definitiva admiración—, cuanto de valor pueda haber en mi obra profesional y docente. El despertó la ilusión y entusiasmo que procuré transmitir a unos discípulos y colaboradores, que han llegado a ser después maestros (12).

Es penoso, que al producirse el destronamiento de las admiraciones, se transfiera su equivalencia a ideologías e instituciones, en las que el fin justifica los medios, en las que imperan normas nacidas de criterios cambiantes, en las que se exigen obediencias administrativas y reglamentarismos burocráticos que surgen de autoridades otorgadas por nombramientos oficiales, y no de la verdadera autoridad moral e intelectual.

Para mayor validez en lo que vengo manteniendo, acudo al recuerdo de lo acontecido con otros compañeros generacionales en los que también fue decisiva la influencia de sus maestros. En aquella promoción, formaban parte entre otros, José del Castillo Nicolau y Luis S. Granjel. El primero es uno de los neurofisiólogos más destacados del mundo científico actual. Su labor, durante algún tiempo realizada en

forma conjunta con B. Katz, permitió a éste obtener en 1970, el premio Nobel de Medicina compartido con J. Axelrod y U. Von Euler. Si en forma individual o compartida no alcanzó a Castillo, cárguese a los azares que juegan en la gran ruleta que distribuye estos altos galardones. Constancia de sus merecimientos la recogía Katz cuando al recibir su premio pronunció el 12 de diciembre del mismo año la *Nobel lecture* (13). Al exponer «On the quantal mechanism of neural transmitter release», dejó escrito lo que debía a Castillo, al que había tenido como privilegiado colaborador.

L. S. Granjel, es una de las figuras más prominentes que ha dado la Universidad de la postguerra. Su labor en el campo de la Historia de la Medicina Española es fundamental y valiosa. Resulta difícil de comprender que su trabajo de investigación y su labor bibliográfica, puedan haber sido realizados por un solo hombre. Ha sido fundador de una escuela, con discípulos que hoy son maestros en los mismos ámbitos en que los inició su predecesor.

Resulta muy grato evocar a estos dos fraternales compañeros y amigos. A ellos les debo haber aprendido a tiempo, que no es suficiente con saber pediatría.

No fueron los únicos que consiguieron en tiempos difíciles, un bagaje científico y técnico que les permitiría destacar en diversas ramas de la medicina. Coetáneos eran J. M. Beltrán de Heredia, A. García Hernández, D. Sánchez Vega, J. B. García Sánchez... El hecho sería extrapolable a lo que tuvo lugar en el resto de las Facultades de Medicina de España. Muchos de los profesores cercanos ahora a la edad de jubilar, realizaron o completaron sus estudios en la década de los 40. En Valladolid R. Velasco Alonso, P. Gómez Bosque, O. Ortiz Manchado, etc.

A pesar de las dificultades de aquellos tiempos, era patente una gran competitividad y esperanza en el futuro. Mi período de profesorado como adjunto duró 17 años. Digo esto, para los impacientes. Y para asegurar, sin reserva alguna, que los tengo por los más fecundos en la consecución de un aprendizaje integral, de las diversas facetas que conviene concurren en el universitario. Durante este período de tiempo, realicé tres oposiciones a cátedra. En la primera, el año 1954, llevaba como ayudante a quien era mi novia. En 1957, año en que se celebró la segunda oposición, la colaboradora era mi mujer y se hallaba en su primer embarazo. Cuando accedí en 1964, teníamos seis hijos. Por

supuesto, no me sorprendería que alguien pudiera catalogarme de re-productor y no de productor. ¡No le faltaría razón!

Había transcurrido pues un largo período, no sólo biológico, sino también de adquisición de experiencia, de preparación y capacitación para dirigir una cátedra o departamento. Pues junto a un abundante caudal de conocimientos teóricos y adiestramiento técnico, suele ser necesario estar en posesión de dotes de moderador, de árbitro, de «tampón» regulador de tensiones y desajustes que pueden surgir en cualquier grupo numeroso de personas que conviven en común, y entre las cuales algunas tienen calidad egregia.

La influencia del pasado en el presente, hace difícil separar nuestras vivencias y por ello se entremezclan y en su transcripción, resultan también entrelazadas entre sí. En lo que sigue, se volverán a repetir interferencias y con ellas, conjeturas sobre el futuro.

## ENTRE LAS FRONTERAS DE AYER Y HOY

El período de tiempo acotado para nuestros fines, ha sido testigo de la sucesiva e ininterrumpida aparición de grandes cambios, verdaderas mutaciones, en distintas actividades de la vida humana, la sociedad y la medicina.

Nos falta competencia para llevar a cabo una indagación que obligaría a tener en cuenta aspectos muy diversos de la política y economía; historia en general —y de la ciencia y medicina en particular—; de sociología y evolución cultural; o de la ecología y etología, por enumerar algunos de lo que sería una relación muy amplia. Para abordar un objetivo tan ambicioso, es obvio que se precisaría realizar un estudio interdisciplinario. Aún así, es verosímil que resultaría incompleto en la pretensión de proporcionar una visión global de lo acontecido en el último siglo. Sin olvidar, que desde finales del XIX, se gestan modificaciones substanciales, a cuya consecuencia estamos asistiendo.

En forma mucho más simple, nuestro propósito se circunscribe a rememorar de manera sucinta algunas transformaciones que han tenido lugar en el intervalo fronterizo que se extiende desde el fin de la guerra civil hasta hoy. Para utilizarlas como plataforma desde donde acercarnos a la comprensión y al significado de unas reflexiones, que iniciadas en el

anterior capítulo prosiguen entremezcladas en éste de forma difícil de separar.

## **Evolución política, económica y demográfica**

### *1. Cambios en la política*

La dictadura, sistema autoritario derivado de la guerra civil, se prolonga hasta 1975. Durante tan largo período de tiempo, todo queda trastocado. Su influencia en la medicina y en la Universidad, irán revelándose en las páginas siguientes.

España, a partir del año 1975, se ha convertido en Monarquía. Se ha dado a sí misma, la Constitución que nos rige y que estructura el Estado de las Autonomías. Tras un período de transición —que se discute si debe darse por terminado o sigue inconcluso—, se han recuperado en la última década, las libertades que dan marchamo de garantía a un sistema democrático sin adjetivos. La soberanía del pueblo, ejercida a través de la implantación de los partidos políticos, ha dado legitimidad a Gobiernos que han pasado de manos de quienes tenían ideología «centrista», a socialista. En las elecciones generales de 1982, por abrumadora mayoría, España escogió esta opción y a ella siguen encomendadas las responsabilidades de Gobierno de nuestro país.

Con la obtención y el disfrute de las libertades clásicas: asociación, expresión, empresa, enseñanza..., en lo que nos atañe más de cerca, una gran mayoría de médicos propugnan, en estos tiempos de libertades plenas, la libertad en la asistencia sanitaria.

### *2. Cambios económicos*

En los años de guerra y de postguerra, la economía sufrió un dilatado período de penuria. Siguiéron dos decenios (1953-1973), que se han venido considerando los del despegue y desarrollo; también denominados los del «milagro económico español».

Desde 1973, nos hallamos inmersos en una crisis que afecta en forma global a toda Europa y que prosigue con distinto grado de intensidad y repercusiones, en unos y otros países. Durante la veintena



de «prosperidad» asistimos a la elevación de la renta real en todas las provincias, pero con reparto desigual en los distintos ámbitos de la geografía nacional. En algunos, la mejoría partió de tasas altas de desempleo agrario; este fenómeno, como el éxodo rural de algunas zonas, ha dejado huella profunda en la demografía de grandes áreas. Las secuelas han sido inevitables en la sociología de la familia, sanidad y la infancia.

Los tiempos de «bonanza» y los de «regresión», han hecho más marcadas las diferencias ya existentes, entre las regiones — Comunidades autónomas—. Las zonas más favorecidas fueron las del triángulo Madrid-País Vasco-Barcelona, costa mediterránea e islas Baleares y Canarias. Las que lograron niveles más bajos, las provincias del interior —extremeñas y castellanas—.

En la década de la crisis, el reparto en desventuras tampoco ha sido equilibrado. Entre las más castigadas se hallan algunas de las provincias castellanas. De 1975 a 1981, el listado que ordena a todas las provincias, desde la de mayor a menor grado en el descenso de la renta «per capita», sitúa en primer lugar de pérdidas a Soria, y en sexto a Segovia.

Un estudio elaborado por el Servicio de Estudios del Banco de Bilbao (14), evalúa el «bienestar social» en función de las siguientes variables: tasa de actividad de la población española, tasa de paro, saldo de la balanza de pagos con el exterior, alza de los precios del consumo, crecimiento del salario real por persona ocupada, crecimiento del PIB, tasa de crecimiento de la inversión real, y tasa de crecimiento del consumo interior. Según los datos obtenidos de este informe, la renta «per capita» que fue de 582.905 ptas. en 1974, ha pasado a ser —a los precios del mercado— de 600.334 ptas. en 1984, con incremento del 3%. Tal hecho no implica que el bienestar medio de los españoles entre 1974 y 1984 haya mejorado, pues al haberse frenado el salario real de los trabajadores y rebajado el consumo familiar, lo resultante es que en 1984 el «bienestar social» de los españoles se sitúa en situación muy deprimida con respecto al de diez años atrás.

De la valoración de estos datos que se ofrecen también en la prensa diaria, se desprende el hecho indudable de que la disponibilidad para sanidad y enseñanza, pasa por serios apuros; que con el correr del tiempo, las regiones «pobres» cada vez son más pobres; que aquélla a la que pertenecemos, tendrá grandes dificultades para remontar sus deficiencias. Debemos aprender a utilizar los recursos en la forma más racional y pedir en su administración austeridad general.

### 3. Cambios demográficos en España

Sería de gran interés estudiar los movimientos demográficos que desde 1940 hasta nuestros días se han sucedido en España. La mayor parte de ellos son bien conocidos. Traerlos aquí a colación, en su totalidad y complejidad, nos llevaría lejos de nuestro objetivo. Los seleccionados sirven a la intención de facilitar unas reflexiones que preferentemente, se refieren a la infancia y pediatría. Espero se me disculpe si quedan lagunas en la utilización de indicadores con fines muy concretos. Somos los primeros en reconocer nuestra escasa competencia.

*a. Límites de la edad infantil.* El primer problema que se plantea al iniciarse el estudio demográfico de la población infantil, es el de establecer su definición y los criterios que la determinan. S. del Campo (15) al enfrentarse con el mismo, recoge algunos enfoques que se han dado a lo que es incuestionable para los pediatras pero sigue siendo cuestión para otros.

El Código Civil Español reconoce como edad apta para contraer matrimonio 12 años en la mujer y 14 en los hombres. La Ley de Relaciones Laborales, fija la edad mínima para la admisión al trabajo, en los 16 años. Los Gobiernos tienden a establecer la enseñanza obligatoria hasta los 14 o 16 años, prohibiendo el trabajo hasta esa edad. La Legislación Penal sólo es aplicable a partir de los 16 años; ante la justicia, los infractores por debajo de esta edad, son considerados menores. La Constitución española fija la mayoría de edad en los 18 años. La UNICEF y otros organismos oficiales internacionales consideran que la infancia abarca hasta los 14 años.

En España, sólo la Seguridad Social reduce la infancia a los 7 años, en sus cuidados sanitarios específicos de los pediatras.

No vamos a perder mucho tiempo en discutir lo aberrante y absurdo de la legislación que aún perdura; que los pediatras han repudiado siempre; sobre la que tanto se ha hablado y escrito. En todo el mundo se reconoce que la Pediatría tiene unos límites, que se extienden desde el momento de la concepción hasta el fin de la adolescencia. La dificultad se halla en que la adolescencia, frontera con la medicina del adulto, no tiene edad cronológica precisa, ni en su inicio ni en su fin. Variando con

circunstancias múltiples, comienza en condiciones normales, de los 11 a los 14 años y concluye de los 19 a los 21.

A fin de acabar con interminables discusiones —y aunque en algún país como en Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría estableció los límites de la infancia en los 21 años—, la AEP la ha fijado con fines asistenciales —no biológicos— en 14 años. En ello están de acuerdo conceptualmente las autoridades sanitarias, pero en la práctica sigue sin concretarse una definitiva legislación que lo ratifique.

En las estadísticas demográficas se consideran niños toda la población que cuente con menos de 15 años, estableciendo en sus estudios tramos de población de 5 en 5 años. Esa metodología y proceder será la utilizada como criterio en la recogida de datos, con repercusión en la planificación sanitaria.

*b. Población infantil.* En valores absolutos, la cifra más alta registrada en España, ha sido la de 1981, con 9.662.113 menores de 15 años. En valores relativos, desde 1940, el más alto de los alcanzados fue el de 1970. A partir de aquí el descenso ha sido brusco; pasó del 27,8 % en 1970, al 25,6 % en 1981. Los datos de 1984 revelan que la población entre 0-14 años, es del 25 %. De 15-64, del 64 %. De 65 o más años, del 11 %.

En el censo de 1981 la distribución por sexos mostraba 310.000 niños más que niñas; 4.986.085 y 4.676.029 respectivamente. Según datos elaborados por S. del Campo (15), partiendo del censo de población de ese año, la composición de la población de menores de 15 años, es como sigue:

|                    |           |           |           | Distribución porcentual |        |        |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-------------------------|--------|--------|
|                    | Total     | Niños     | Niñas     | Total                   | Niños  | Niñas  |
| De 0-4 años.....   | 3.056.660 | 1.572.062 | 1.484.598 | 31,64                   | 31,53  | 31,75  |
| De 4-9 años.....   | 3.297.441 | 1.712.069 | 1.585.373 | 34,13                   | 34,34  | 33,90  |
| De 10-14 años..... | 3.308.012 | 1.701.954 | 1.606.058 | 34,24                   | 34,13  | 34,35  |
| TOTAL.....         | 8.662.113 | 4.986.085 | 4.675.029 | 100,00                  | 100,00 | 100,00 |

\*Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes. 1975, Tomo II. Madrid, 1979 y Censo de la Población. Elaborado por S. del Campo (15).

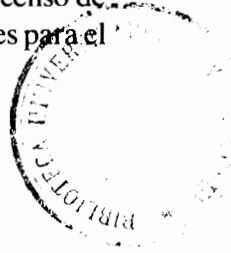
En 1981, la relación entre los sexos (varones por 1.000 mujeres) era la más alta en lo que va de siglo. En 1900 pasó de 1.018 a 1.066. El autor atribuye la situación a mejoras en la sanidad, alimentación e higiene, que han favorecido la reducción de la mortalidad infantil predominante antes en los varones.

De 1975 a 1981, es destacable en la distribución por quinquenios, que los menores de cinco años constituyen un grupo cuantitativamente inferior a los otros dos. El hecho tiene consecuencias significativas en la sanidad infantil, en las primeras etapas de la edad escolar, en los servicios, en la industria y en el comercio orientados al niño pequeño. Previsiblemente, la situación se agudizará en el futuro, con repercusión en el mercado de trabajo, donde los efectivos humanos comenzarán a notarse entre 1990 y 1995, de no producirse cambios sustanciales.

España, por el momento, cuenta aún con un considerable potencial demográfico, si se compara con el internacional, pero se halla por debajo de la media mundial. La población infantil española, para el año 2.000, se calcula en 11.418.000, con incremento del 11 % desde 1971 hasta el primer año del nuevo siglo. Estudios realizados por la ONU, sitúan a España entre los países con menor crecimiento, y prevén el descenso de los valores relativos; con bastante probabilidad, la tasa de incremento que se ha calculado, no se llegará a alcanzar, por la baja denatalidad.

Retornando a la consideración de los valores relativos, la población infantil ha sufrido, de 1970 a 1981, un fuerte retroceso. Este, ha afectado en grado diverso a las distintas Comunidades Autónomas. Son los más llamativos los de Extremadura (4,8), Castilla-La Mancha (4,4), y Castilla y León (4,1). Significativos los de Canarias y el País Vasco. Ligeros, en Cataluña y Valencia. En Baleares han crecido en el 0,2. En nuestra región, la proporción de la población infantil es del 22,2 %. La más baja corresponde a Aragón (21,2). La más alta a Canarias (30,2).

También se aprecia que en las regiones con menor número relativo de niños, el ordenamiento no ha variado desde 1975. En relación con 1970, sólo se alteró en Castilla y León. Este envejecimiento de la región castellano-leonesa, será tratado más ampliamente. Ha sido recientemente confirmado, en un trabajo realizado por el gabinete de Estudios Sociológicos del grupo «Bernard Krief» sobre personas de la tercera edad, que la provincia con más alto índice de envejecimiento es Cáceres. Siguen en cabeza, Zamora, Palencia, Salamanca y León. En el censo de 1970, en Castilla y León el índice era del 10 %. Las predicciones para el





31 de Diciembre de 1986, estiman que subirá el 15,2 %, superado en España sólo por Aragón (15,35 %).

c. *Natalidad*. A partir de 1904, España entra en situación que le asemeja a la europea. La tasa bruta, de 1901 a 1920, pasó de 34,5 por 1.000 —promedio de 1901 a 1910— al 29,8, con pérdida del 13,5 % de su fuerza; más que en los 50 años precedentes, en que la pérdida fue del 9 %.

El año anterior a la guerra, 1935, tuvimos una tasa de natalidad del 25,7. El año en que concluyó la contienda dejó huella en la historia demográfica española: 16,4. En 1960, la tasa estaba en 21,8. Desde 1974 desciende en forma drástica. De ese año a 1982, nuestra tasa pasa de 19,4 a 13,4 por 1.000. En valores absolutos, en 1974 nacieron 682.010 niños; en 1982, 509.685. Es decir, que se perdieron 172.235 niños, en relación con los nacidos nueve años antes. La baja prosigue, registrándose una tasa del 12,5 por 1.000 en 1984.

d. *Mortalidad infantil*. El número de fallecidos en el primer año por cada 1.000 recién nacidos vivos, ha experimentado desde comienzos de siglo progresivo descenso, interrumpido sólo por los años de la pandemia gripal y de la guerra. La gráfica que recoge estos hechos está ampliamente difundida. Citemos algunos hitos para la valoración de este logro trascendental. Desde 1901, con una tasa del 185,9 por 1.000 se pasó en 1940 a 108,7. En 1950, a 64,2, En 1970, a 20,8. En 1981, a 10,3. Es decir, que de 1900 a 1981, el cambio representa que si en el primer año del siglo fallecía un niño de cada cinco o seis nacidos, en 1981 moría sólo uno de cada 97. La tasa en 1982 descendió a 9 por 1.000.

Igual que sucede con otros indicadores, la distribución por provincias muy desigual. Entre las más desfavorecidas se hallan algunas castellano-leonesas. En los datos de 1979, ocupaban del lugar 3º al 15º entre las de tasa más alta, Soria (18,7), León (18,5), Salamanca (17,7), Zamora (17,3), y Burgos (17,1). La media de España fue de 14,4 y Lérica, con 10,6 por 1.000, la provincia más favorecida.

El logro de unas tasas cercanas a las mejores del mundo se condiciona a numerosos factores. N. Hallman (16), cuando analiza las circunstancias que han concurrido para que en 1983, su país, Finlandia, haya alcanzado la tasa de 6,2 por 1.000, y para que simultáneamente disminuyera el número de niños con minusvalías, destaca el desarrollo

específico de los sistemas de salud materno-infantiles, similares en todos los países nórdicos. Recojo algunos de los que enumera.

La primera Cátedra de Pediatría del mundo, fue la creada alrededor de 1845 en el Karolinska Hospital de Estocolmo. En el sigloXIX, se exigía como prerrequisito para el matrimonio, que la mujer supiera leer. Finlandia, fue el primer país del mundo que otorgó en 1906, derecho de voto a la mujer. Su elevado nivel cultural actual garantiza la igualdad de derechos a ambos sexos. La ciencia y la práctica médica, se desarrollaron ininterrumpidamente, llegando a conseguir un óptimo sistema hospitalario, un razonable grado de especialización médica, y un avanzado y arraigado hábito en la investigación. Junto a la capacitación médica, se desarrollaron programas de formación de matronas, enfermeras, y de todo tipo de personal auxiliar necesario. Las embarazadas son vistas entre seis y diez veces en una clínica, con lo que se ha logrado que la tasa de prematuridad (nacimiento con peso inferior a 2.500 g), sea de 3,4 a 4,2 por 1.000, en los países nórdicos, una de las más bajas del mundo. En Finlandia, los beneficios de la maternidad, abarcan un período pagado equivalente a 258 días de trabajo; de ellos, hasta 112 días pueden ser disfrutados por el padre si la pareja lo desea. Durante el primer mes de vida, todos los recién nacidos son vistos en sus domicilios por una enfermera entrenada. La elección del médico es libre, y el Estado, a través de seguros, retorna el coste médico hasta ciertos límites. Los costos de los servicios sociales en los países nórdicos, oscilan entre el 20-30 % del PNB.

*e. Mortalidad perinatal:* España se halla en situación favorable en algunos de estos indicadores, como los de mortalidad infantil. Sin embargo, es preciso hacer todavía un gran esfuerzo para bajar las tasas de prematuridad y de mortalidad perinatal, las más difíciles en conseguir que se modifiquen. Los datos de hace unos años, revelan en este último aspecto, lo siguiente:

| Mortalidad perinatal                    | 1970   | 1978   |
|---|--------|--------|
| Defunciones de menores de 1 semana..... | 6.534  | 5.250  |
| Defunciones fetales tardías .....       | 7.584  | 5.853  |
| TOTAL.....                              | 14.118 | 11.103 |
| Tasa por 1.000 .....                    | 21,09  | 17,43  |

Este índice de mortalidad perinatal es malo, en relación a los de Europa occidental y requiere la puesta en marcha de una política urgente y activa de cuidados materno-infantiles con programas específicos, sobre todo en las zonas en que su magnitud agrava la media nacional. Para los años 1975 a 1977, las diferencias en la mortalidad perinatal en Andalucía y Madrid eran tan significativas, que casi doblan las de un área a la otra: 21,96 y 11,04, respectivamente.

El objetivo fijado en Europa de aspirar a una mortalidad perinatal del 8 por 1.000, se ha superado globalmente en Finlandia y países nórdicos; se está a punto de alcanzar en Madrid, y se ha demostrado que es posible —algunos departamentos franceses— cuando se llevan a cabo campañas bien orientadas. Obliga —insistimos— a la conjunción de muchos esfuerzos: educación sanitaria de las madres, detección por los médicos de embarazo de alto riesgo —responsables de 3 de cada 4 defunciones consideradas evitables—, dotación de Hospitales Materno-Infantiles de nivel III, de Servicios de Neonatología con Cuidados Intensivos neonatales (CIN) de carácter regional, traslado bien planificado de prematuros y nacidos con procesos graves. En España, todo ello ha sido objeto de estudios realizados por expertos, y en Castilla y León lo venimos demandando hace muchos años (1), por hallarnos inmersos entre las zonas «negras».

*f. Índice de fertilidad.* Ha bajado en todos los grupos de edad, excepto entre las mujeres de 15 a 19 años. Desde 1971 aumenta la maternidad en las adolescentes. Los datos aportados por J. Guerra (17), revelan que de 1965 a 1979, el número de madres de 15 años se incrementó en tres veces. Las 14.763 jóvenes entre 15 y 19 años, que en 1965 dieron a luz un hijo, pasaron a 37.398 en 1975 y a 40.694 en 1979. En sólo un trienio, de 1976 a 1979, el incremento del embarazo en menores de 15 años, fue de un 36,2 %. En madres adolescentes, uno de cada tres nacidos, queda sin reconocimiento paterno. De las adolescentes que no emplean ningún método anticonceptivo, quedaron embarazadas el 91 % durante el primer año de relaciones sexuales, y las restantes el segundo.

Arbelo y col. (18) estudian el número de nacimientos de madres adolescentes o menores de 19 años en 1975 —último del que se dispone de datos—. Representaba un 6,34 % del total de nacimientos, de

madres de todas las edades. Aportan datos de gran valor, sobre los partos normales, nacimientos según actividad, ilegitimidad y abortos, en embarazadas adolescentes.

Este incremento de la maternidad en adolescentes es causa de un gran número de complicaciones durante el embarazo y parto, y da lugar, en el período de tiempo que sigue, a problemas serios.

g. *Fecundidad*. En 1967, el número de hijos por mujer era de 2,7. A finales de los 80, llegó a 2,1 —nivel de reemplazamiento generacional—. Descendió en 1984 a 1,7. Se preve que en los próximos años seguirá bajando, con estimaciones que calculan llegue al 1,5.

Para comprender los cambios demográficos que en los últimos años han experimentado la natalidad, fecundidad e índice de fertilidad —del mismo signo que los que han tenido lugar en Europa, aunque con distinto ritmo y velocidad que en España—, se especula con diversas explicaciones. Algunas de ellas, recogidas en un trabajo nuestro: tendencias en el comportamiento social, cambios en la conducta y relaciones sexuales, anticonceptivos, crisis económica, laboralización de la mujer, «estrategia de supervivencia» ante el exceso de población, descenso de recursos, aumento en la población de adolescentes por incremento de nacimientos en décadas previas, aceleración secular del crecimiento y menarquía, aumento específico de la fecundidad de las adolescentes, etc...

En el referido trabajo (7), dejamos expresada nuestra manera de pensar, y decíamos que estos cambios, junto a los que han tenido lugar en la morbilidad y en la modificación de las causas de muerte por grupos de edad, requieren reflexión por parte de sociólogos, políticos, sanitarios y la Administración. Sobre ellos quiere basarse una nueva planificación de la asistencia. Es preciso hacer una valoración adecuada de los recursos y necesidades que, además de satisfacer los avances y progresos de una medicina cada vez más tecnificada, cuente con los cambios e inflexiones de las conductas que surgen de forma no previsible y obedeciendo a motivaciones cuya naturaleza se nos escapa.

A este respecto, y a modo de ejemplo, consignábamos lo sucedido en EEUU, con el denominado fenómeno del *baby-boom*. A finales de los 70, después de varias décadas de descenso de las tasas de natalidad, se produjo un alza que se espera proseguirá. Justo cuando en España ha

comenzado la baja. ¿Por qué? Las mismas causas invocadas para el descenso de la natalidad, persisten. Pero la actividad de las mujeres ha cambiado. Son muchas las que han decidido tener hijos, y escogen edades en torno a los 30 años, cuando se hallan estabilizadas en su trabajo profesional, y en muchos casos asumen importantes responsabilidades.

Según un informe del Instituto de la Mujer, presentado en la Conferencia Mundial de la Mujer de Nairobi (Kenia) en Julio de este año, en los diez años que transcurren de 1975 a 1985, la mujer en España, ha pasado de ser el 27,6 % de la población activa al 30,1 %. También se ha incrementado el paro en la mujer, que llega a ser el 34 % del total.

*h. Otros datos:* Para concluir con los movimientos demográficos, recogemos algunos indicadores con repercusión en la salud materno-infantil (20).

Población española en 1984: 38.700.000. Esperable para el año 2000: 43.217.000. En el año 2025: 49.235.000.

Crecimiento anual de la población en España. En los períodos de 1950-55 y en el de 1980-85, fue del 0,8 %. Se calcula bajará en 1995-2000 al 0,6.

Esperanza de vida al nacer (1980-85): 74 años.

Tasa de alfabetización de adultos, hombres/mujeres: 96/91.

Tasa de escolarización en enseñanza primaria, niños/niñas: 111/109.

#### *4. Cambios demográficos en Castilla y León.*

Entremezclados con los datos del movimiento demográfico en España ya han sido recogidos algunos que se refieren a la región castellano-leonesa. Su valoración quedaría incompleta, de no acudir a la interpretación que ha dado a los mismos J. García Fernández, en su trabajo «Sobre el concepto de “desertización” y Castilla» (21). La amplia extensión que dedica al estudio del éxodo rural en nuestra región la resumimos aquí casi a pie de letra.

A la importante emigración —tradicional en Castilla y León—

desde 1950 se sumó el éxodo rural, lo que ha ocasionado —en palabras del autor— «una hemorragia de algo más de un millón de habitantes», que por el modo en que se ha realizado, ha conducido a un descoyuntamiento de la estructura de la población.

La composición de la pirámide de edades muestra una perspectiva distorsionada. Población de menos de 20 años, relativamente alta (35 %). De adultos jóvenes —entre 21 y 40 años—, francamente baja; tanto en valores absolutos (607.638), como en lo relativo (23,7 %). Es inferior a la de los adultos viejos, compuesta por 627.628 personas, que representan el 24 %, y desproporcionadamente alta en el grupo de más de 60 años, que representa el 16,7 %.

El índice de masculinidad (relación de número de mujeres por 100 hombres), en 1975, si se descuenta la población de las ciudades, pasa del 101,9 al 98,8%. En el conjunto de la región, en edades de especial interés desde el punto de vista biológico, entre 25-50 años, revela valores del 76 %. Entre 26-30 años, del 94 %. En la población rural, para estos dos mismos grupos de edades, ambas cifras bajan al 76,8 % y el 83,4 % respectivamente.

La natalidad ha descendido a índices del 8 al 10 por 1.000, situación que califica el autor de verdadera *desnatalidad*.

Los índices de mortalidad se han elevado sensiblemente. En el medio rural sobrepasan frecuentemente a los de la natalidad, por lo que «muchas entidades de poblamiento pierden población, no porque se marche su gente, sino porque en esta dinámica contradictoria del vivir, que es el nacer y el morir, hoy triunfa éste sobre aquél» (21).

Para los años 1976-1979, el saldo de nacimientos y defunciones, en los 2.250 municipios de la región, fue nulo en 134 municipios (5,9 %), y negativo en 1.400 (62,2 %). La suma de unos y otros afectó a 1.534 municipios (68,1 %).

Examinado por provincias, este comportamiento demográfico se muestra con mayor intensidad en Soria (83,7 %), seguida de Zamora (75,9 %), Burgos (75,8 %), Palencia (69,7 %), Segovia (69,5 %), Salamanca (65,5 %), Avila (64,3 %), León (60,7 %) y Valladolid (46,9 %).

En el mismo período de años, 716 municipios tuvieron saldo positivo (31,8 %), lo que representaba el aumento en toda la región de unas 13.405 personas por año.

En palabras de J. García Fernández, la población de Castilla, tiene marcado carácter regresivo, con pérdida general de población, empe-



queñecimiento del poblamiento y aparición de despoblados. La repercusión de tan drástica reducción es muy desfavorable. «Con tan exigua población son muchos los pueblos que no pueden mantener servicios que otrora conservaban. Lo más frecuente, aunque en parte por la política educativa, es que la escuela ya no sea utilizada, y carece de maestro. Los partidos médicos han tenido que ser reorganizados, y aunque ninguno está falto de facultativo, ahora que hay una plétora de galenos, lo general es que residan en los centros comarcales, en donde se encuentran unas condiciones de habitabilidad aceptables. Sólo en los más grandes, el médico es un vecino más, pero son mucho más abundantes aquéllos en los que la casa del médico, construída por los organismos oficiales, con su aspecto de chalet un tanto detonante, acentuado por su pintura de un amarillo chillón y su vitor de almazarrón, está abandonada o en ruinas» (21).

Me resulta obligado suscribir lo que el autor califica de catastrófico, en la dinámica demografía de gran número de sectores y comarcas de la región. Me sumo a su parecer de que los factores que rigen el crecimiento demográfico, han de continuar acentuándose en el futuro inmediato. Comparto su preocupación, porque nuestros campos ya enjutados de hombres por la emigración y la falta de habitabilidad, caminan hacia un vaciamiento tal, que será prácticamente la despoblación. Pienso, al unísono, que estamos ante un grave problema, a tener en cuenta en todos los aspectos humanos, sociales y económicos.

También nosotros nos abstenemos con cautela de hacer profecías sobre el futuro, y nos retraemos a lo dicho un poco antes, cuando comentábamos lo difícil que resulta predecir el comportamiento humano y la forma en que han de producirse los acontecimientos en los años venideros.

Quedarían incompletas estas confesiones de indentificación con nuestro geógrafo, colega y amigo —con él conviví en el Colegio Mayor Santa Cruz a mi llegada a Valladolid—, si no expresara que la audición primero y la lectura después de su trabajo, despertó mi admiración por la riqueza, hermosura y casticismo de su castellano; que sirvió para esclarecer el verdadero significado del término «desertización»; y para que entendiera, por el rigor de sus razonamientos, la situación actual del ambiente rural castellano, que junto a los acontecimientos negativos que ha sufrido en estas décadas, también ha experimentado cambios de signo positivo.

## Evolución científico-técnica

De manera simultánea a las continuas modificaciones en la política y en las condiciones socio-económicas parcialmente bosquejadas, nuestro mundo, en íntima relación de dependencia con ellas, ha experimentado profundos cambios.

F. Monkeberg —pediatra chileno e investigador en el campo de la nutrición en la infancia, al que me unen lazos de afecto—, en su libro «Jaque al subdesarrollo» (22), dice que «nuestra vida es tan corta, que no nos da tiempo a percibir los cambios que experimenta la humanidad». Con frecuencia oímos decir que «nada nuevo sucede bajo el sol», que «la historia se repite», pero no es así. El hombre se modifica con aceleraciones crecientes, y la etapa actual ofrece características propias.

He aquí una primera cuestión a plantearse ¿Cuándo se inicia la actualidad? P. Laín Entralgo (23) ha dado respuesta a esta pregunta, señalando que «si por actuales hemos de entender a los distintos hábitos sociales —estimativos, intelectuales, operativos, expresivos, afectivos— que en determinada situación histórica tienen vigencia entre los hombres que en ella viven, y en el sentido más fuerte del término, a los que han surgido poco tiempo antes y que de alguna manera rompen con los anteriores, a los que hacen inadecuados... nuestra actualidad comenzó con los lustros posteriores a la I Guerra Mundial..., aunque hayan surgido fantásticos progresos desde los primeros decenios de nuestro siglo».

En los países del mundo occidental —situación bien distinta de los que están en vías de desarrollo—, puede aceptarse que los cambios en la actualidad, mediata o inmediata, se configuran con la cronología establecida por Laín y suscrita por otros muchos. De la misma manera, es ampliamente compartido que en España, aunque en distintas actividades de la vida humana los cambios eran perceptibles, en otras áreas, como en la ciencia, se retrasaron durante algún tiempo.

Puede que esta evolución intermedia entre los países situados en los dos extremos, pueda ser explicada a través de la propuesta que formulamos hace años, al considerar a nuestro país entre los que me atreví a calificar de «disdesarrollados», es decir, con un crecimiento y con un desenvolvimiento disarmónico. Si se utiliza como indicador la renta «per capita», España ocupaba/ocupa un lugar destacado en el concierto mundial. Pero esta situación no se corresponde con otros niveles que la



equiparen en lo científico, en infraestructura, en capacidad creadora, tecnología, investigación en los campos «punta», competitividad industrial, etc... con los países más avanzados.

Pero dejemos ahora esta cuestión, para plantearnos otra pregunta. ¿Cuáles han sido los cambios más significativos y trascendentes en el último medio siglo, y sobre todo en las tres décadas precedentes?

Según F. Monkeberg —al que seguiré en su revisión sobre este tema—, los cambios más significativos han sido: el desarrollo de los conocimientos científicos y técnicos, el acúmulo de los mismos en el momento presente, la velocidad con que se han sucedido, y su casi segura prosecución en el futuro. Además, el incremento de las comunicaciones y la revolución de las expectativas surgentes.

Para alcanzar una idea aproximada del desarrollo de los conocimientos científico-técnicos, puede ser ilustrativa la visión de Arthur C. Clarke, en su obra *The exploration of Space* (24). Tomando como punto de partida la teoría ampliamente aceptada que calcula para la tierra una existencia de cinco mil años, recurre al siguiente ejemplo. Compara la edad de la tierra con la altura que alcanza el edificio Empire State de Nueva York. Colocando en su vértice un libro de bolsillo, representaría el período que ha existido en ella nuestra especie; una moneda puesta en el libro, correspondería a la era de la civilización; un sello puesto sobre esta moneda, representaría el predominio científico y técnico; la goma del sello equivaldría al tiempo transcurrido desde la prácticamente ausencia de comunicaciones hasta las disponibles en la actualidad.

El acúmulo de conocimientos es de tales dimensiones que bastaría para tener una idea recordar que, si en el año 1500 se publicaban alrededor de 1.000 libros, en 1960, eran 120.000, 360.000 en 1966, y alrededor de 700.000 en 1984. Esta literatura, ya en 1974 representaba 60 millones de páginas por año. Sólo en España, en 1984 se publicaron 30.754 títulos, entre novedades y reimpressiones. Igualmente significativo es el dato de que en la actualidad conviven el 90 % de los científicos de todos los tiempos.

Los avances científicos se han sucedido a velocidad y ritmo acelerado distinto del de tiempos pasados. Recogemos algunos ejemplos documentados en su procedencia bibliográfica por el mismo autor. Apolonio descubrió la sección cónica 2.000 años antes de que el concepto se aplicara a problemas de ingeniería. Tanscurrieron más de 145 años entre el descubrimiento de la imprenta y su empleo. En 1714 se

registró la primera patente para la máquina de escribir, que se fabricó 150 años después.

Comparemos con lo que se aprecia en nuestros días. Se tardaron tres meses en poner en venta los transistores. Se aseguró, cuando se lanzó el primer satélite, que para colocar un hombre en la luna, habría que esperar al año 2000. En la electrónica y en la informática, los progresos se están sucediendo a tal ritmo, que cada vez se acortan más los plazos entre su descubrimiento y la utilización de nuevas generaciones, hasta el punto de originar una carrera innovadora que resulta desbocada. Nuestro mundo está asistiendo a la «tele-impresión de periódicos», al «tele-banco», a la «tele-conferencia», a la «tele-tienda», y a la sucesiva aparición de nuevos modelos para la acumulación de información en los «bancos de datos».

Lo que decimos es particularmente válido para los dos últimos decenios. Las nuevas conquistas tecnológicas hacen difícil prever el futuro. Representa escaso riesgo suponer que seguirán incrementándose, aunque en cada fecha parezca que se ha llegado al tope. La historia acude en ayuda de esta suposición.

En 1865 un editorial del «Time» inglés afirmaba que la gente bien informada sabía que era imposible transmitir la voz por alambres, y que carecía de interés práctico si se lograba. Bell, un decenio más tarde, descubrió el teléfono. Otro editorial del mismo periódico contaba poco después que sólo estupideces se pueden esperar de los carruajes sin caballo, y que insistir en ello no tenía sentido. Seis años más tarde, salía a la calle el «millonésimo» automóvil Ford. Otra afirmación de la época: el hombre había llegado a alcanzar el máximo de velocidad, 60 kms. por hora, de la que no se podía pasar porque se impediría la respiración, se congestionarían los ojos, y si se abriera la boca, el pasajero reventaría por el efecto del aire que penetra en los pulmones.

Es comprensible que una y otra vez se crea haber llegado a la estabilización, y que se crea que se ha completado la modernidad, como también es comprensible el «temor» ante los cambios incesantes, que originan nuevos problemas, muchas veces difíciles de asumir y de programar.

Otra característica de nuestra época es el incremento de las comunicaciones. Recordemos lo que pasaba hace sólo un siglo en la recepción o envío de noticias y en el transporte. En menos de medio siglo, al teléfono intercontinental se añadieron la radio, televisión, satélites, etc... Los

aviones supersónicos acortan sin parar el tiempo para los traslados intercontinentales. Los viajes espaciales se convierten en rutina cotidiana. En 1969 fueron cuantificados estos progresos. Se calcula que desde 1870 a 1970, la velocidad de la comunicación había aumentado en 10 millones de veces, la de los viajeros en 100, la de la elaboración de datos en 1 millón.

Asusta pararse a pensar en lo que significa la «información» que acumulan los bancos de computación. Para algunos expertos, hoy y en el futuro inmediato, el poder verdadero de las naciones no residirá ni en la potencia de sus recursos naturales ni en la de su armamento, sino en la supremacía en el manejo y en la producción de la información. Y se dice, con fundamento, que quien domine la información, dominará el mundo.

El hombre de nuestros días se ha percatado de sus posibilidades y de que no tiene que esperar a que las penurias de esta vida se vean compensadas en el «más allá». Lucha por disponer de lo inmediato que representan las ventajas alcanzadas. De esta manera se ha evidenciado la actitud denominada de expectativa surgente («revolution of rising expectation»). En la actualidad, para bien o para mal, se pretende poseer cuanto antes casa propia, que sea confortable, automóvil, televisión, vídeo, cámara de cine, ordenador personal, electrodomésticos, vacación subvencionada, seguro de desempleo, etc... Cuando estas expectativas se alcanzan, no se frena, y surgen otras nuevas.

## **Evolución de la pediatría en general**

Las modificaciones que se han ido sucediendo, trascienden a la medicina, fiel reflejo en cada momento de lo que acontece en la sociedad en que se desenvuelve. Los países del mundo occidental han configurado una situación cambiante que abarca a todos los campos. Entre las novedades, destacan las de la patología molecular, las de la sociología médica, medicina psicosomática, y las derivadas de la utilización de medios técnicos, cada vez más perfeccionados, al servicio del diagnóstico y del tratamiento (23).

El cambio ha representado claras mutaciones en el medio ambiente, en la forma de vida, en las conductas y en los comportamientos.

## 1. *Pediatría científico-técnica*

Dejamos enunciados una serie de hechos que nos ayudarán a reflexionar sobre la situación con la que nos enfrentamos, y con la que nos espera de aquí al comienzo del año 2000.

Los cambios demográficos repercuten en la sociología de la familia y en la dinámica de sus relaciones con el niño. Se ha hecho necesaria la planificación familiar. La OMS la define como el conjunto de actuaciones que tienden a equilibrar la natalidad con las posibilidades de nutrición, instrucción, vivienda y desarrollo de cada país. Se requiere que llegue ampliamente a toda la comunidad. En la medicina de la infancia influye en aspectos muy concretos de la salud materno-infantil, elección del número de hijos, espaciamiento entre los mismos, utilización de anticonceptivos, tratamiento de la infertilidad y del utópico deseo de erradicar el aborto.

De estos cometidos se derivan otros que merecen consideración especial: fertilización in vitro (F.I.V.), selección del sexo, madres «alquiladas», manipulación de embriones y fetos; actuaciones todas ellas objeto de controversia y con notables dificultades para resolver desde el punto de vista legal, ético y moral, que servirán para reflexiones posteriores.

Han sido fascinantes las posibilidades abiertas a la ingeniería genética o biotecnología, rama de la biología molecular. A pesar de que se trata de una ciencia de reciente nacimiento, estamos asistiendo deslumbrados y con asombro a un protagonismo que permite hablar sin exageración de auténtica revolución. Su repercusión en la pediatría es muy amplia, completando las posibilidades de la genética de la especie humana.

El consejo genético previene procesos derivados de la patología prenatal —genopatías, anomalías cromosómicas, malformaciones— y colabora en la detección de otras situaciones en el momento del nacimiento y en edades posteriores. De aquí a finales de siglo, será objeto de tan gran demanda, que obligarán a situar a la genética humana y sus aplicaciones en un lugar preferente dentro de los servicios de la sanidad pública y de la medicina en general.

La disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil —menos acusada en la mortalidad perinatal— ha obligado a orientar de distinta forma la atención a los recién nacidos de bajo peso. El objetivo se dirige

a promocionar programas preventivos del embarazo de alto riesgo y de los cuidados intensivos neonatales.

Se asiste a la intensificación de las relaciones madre-niño desde el momento del nacimiento. Los conocimientos que han proporcionado recientes investigaciones en el campo de la zoología y etología —sobre las leyes que rigen la reproducción de los animales, el comportamiento de la prole y la fuerza del instinto materno—, están obligando —en nuestro país más lentamente— a nuevas actitudes en la asistencia al parto y al período neonatal. Se va abriendo paso al denominado parto ecológico, natural o humanizado, bien distinto del imperante hasta hace algún tiempo, excesivamente tecnificado y medicalizado. La conveniencia de facilitar los comportamientos naturales evitará, o al menos contribuirá, a reducir las consecuencias derivadas de la tendencia a acortar tempranamente los lazos entre la madre y el hijo, que es posible se encuentre en la raíz de la crisis que atraviesa la familia.

En el mismo sentido han de valorarse los cambios en el comportamiento, que llevaron a la reducción muy marcada del amamantamiento, proceder que aseguró la supervivencia de la especie humana desde tiempos ancestrales (25). Afortunadamente se ha iniciado un llamativo incremento en la tendencia a la crianza de los niños por sus madres. Los datos procedentes de un estudio llevado a cabo en Valladolid (26) demostraron que el 86 % de los recién nacidos inician la lactancia materna. También puso en evidencia que no aumentan significativamente el amamantamiento factores como la procedencia, edad, instrucción, clase socio-económica, tradición, embarazo deseado, opinión materna sobre la lactancia, deterioro estético, patología materna o neonatal, opinión médica y consejo del marido. Aumentaron significativamente la lactancia artificial, el consejo médico en contra del pecho, la falta de opinión del marido, ingreso hospitalario del recién nacido y la falta de instrucción sobre el tipo de lactancia a la madre. La duración de la lactancia fue superior en las clases de nivel cultural inferior, sin diferencias en la edad o nivel económico. Los motivos para la elección fueron: considerarla más nutritiva (78 %), tradición familiar (10 %), y orientación médica (8 %). Y respecto al cese: hipogalactia (70 %), orientación médica (16 %), enfermedad materna (7 %), enfermedad del hijo (3 %) y trabajo (3 %).

En el período neonatal, de la actitud pasiva en espera muchas veces del certificado de defunción de centenares y millares de niños, se pasó a



la posibilidad de una atención y manejo que ha echado abajo barreras previas. Los límites considerados como infranqueables para la supervivencia del feto fuera del claustro materno, la «viabilidad», estaba fijada por el Tribunal Supremo de los EE UU en la regulación del aborto, en 28 semanas. Hace tiempo que se ha conseguido la supervivencia de un niño que nació con 22 semanas y con peso de 484 grs. Un logro parecido se ha registrado en Barcelona.

En la alimentación del lactante, cuando no es posible la materna, se ha llegado a la obtención de productos adaptados y dietéticos especiales, que consiguen resultados óptimos y permiten el tratamiento de diversas metabolopatías, que así sobreviven tras la eliminación de los nutrientes específicos que actúan de forma nociva.

En las diarreas agudas los avances son excepcionales. Se deben, entre otras cosas, a la mejora en la realización de análisis de sangre y heces, a la práctica de técnicas de inmuoabsorción, inmunolectroforesis, fijación del complemento, coprocultivos muy selectivos e hibridación del DNA. Su terapéutica se ha beneficiado del mejor conocimiento del desarrollo de las funciones gastrointestinales y metabólicas del recién nacido y pretérmino, de la terapéutica de la deshidratación mediante la técnica de rehidratación oral por la fórmula propuesta por la OMS, de la sofisticación de las infusiones aportadas por vía endovenosa y de los avances en la alimentación enteral y parenteral.

Se ha llegado a la casi erradicación de los estados malnutritivos, en particular de aquéllos originados por carencias de nutrientes específicos. Se ha llegado también a la práctica desaparición de la subnutrición extrema del tipo de la distrofia láctea —marasmo o caquexia—, y de la distrofia farinácea —kwashiorkor—. Sólo persisten en forma reducida, malnutriciones energético-proteicas de condicionamiento secundario: malformaciones congénitas, intervenciones quirúrgicas, metabolopatías hereditarias, tumores, diarreas graves rebeldes, etc...

Los cambios sociológicos, nutricionales, culturales y sanitarios, han conducido al denominado «fenómeno de la aceleración secular del crecimiento». R. Tojo Sierra (27), autor de un excelente estudio sobre esta materia, referido a Galicia, y con aportación de datos del resto de España, recoge en la tabla que reproducimos la favorable influencia —en los países desarrollados— que estos factores han tenido en las condiciones de vida, salud, crecimiento y educación, desde finales del siglo XIX y en lo que va de siglo.



**TABLA I**  
**ACELERACION DEL CRECIMIENTO HUMANO**

| Causas               | Consecuencias                            |
|----------------------|--|
| Nutricionales .....  | Mayor talla neonatal                     |
| Genéticas.....       | Mayor talla del lactante                 |
| Higiénicas.....      | Mayor talla preescolar                   |
| Sanitarias.....      | Mayor talla escolar                      |
| Sociales.....        | Mayor talla adolescente                  |
| Económicas.....      | Aceleración de maduración esquelética    |
| Neuroendocrinas..... | Aceleración de maduración sexual         |
| Familiares.....      | Aceleración de maduración psíquica       |
|                      | Más temprana edad conclusión crecimiento |
|                      | Mayor talla adulto                       |

S.R. Tojo Sierra (27)

Estos cambios se pueden interpretar como un fenómeno de microevolución genética y de adaptación fenotípica, cuyas causas parecen ligadas a los avances de la revolución industrial (27). De 1860 a 1960, estudios realizados en Europa y en EE UU, demuestran que el incremento de la talla asciende en un promedio de 1,5 cms. por década en niños, de 2,5 cms/década en adolescentes y de 1 cm/década en adultos. O lo que es lo mismo, un incremento de 2-3 cms. por generación. Para períodos más cortos, los incrementos de talla en niños escolares y en soldados españoles pueden apreciarse en las tablas II y III.

**TABLA II**  
**EVOLUCION DE LA TALLA DE LOS NIÑOS ESCOLARES ESPAÑOLES**  
**(Muestra representativa) (28)**

| Edad         | Talla X (cms.) |       | Δ cm<br>1954-1968 |
|--------------|----------------|-------|-------------------|
|              | 1954           | 1968  |                   |
| 6 años.....  | 115,0          | 120,2 | 6,2               |
| 7 años.....  | 119,8          | 125,0 | 5,12              |
| 8 años.....  | 124,8          | 130,7 | 5,9               |
| 9 años.....  | 129,4          | 135,7 | 6,3               |
| 10 años..... | 134,2          | 140,2 | 6,0               |
| 11 años..... | 139,9          | 143,2 | 3,2               |
| 12 años..... | 144,3          | 147,9 | 3,6               |
| 13 años..... | 150,1          | 154,3 | 4,2               |
| 14 años..... | 155,9          | 161,8 | 5,9               |

TABLA III  
EVOLUCION DE LA TALLA DE LOS SOLDADOS ESPAÑOLES (1965-1981)

|                        | Talla (cm) |             |       |             | Incremento talla |             |
|------------------------|------------|-------------|-------|-------------|------------------|-------------|
|                        | 1965       |             | 1981  |             | 1965-1981        |             |
|                        | X          | % >170 (cm) | X     | % >170 (cm) | cm X             | % >170 (cm) |
| Galicia.....           | 166,6      | 26,7        | 170,3 | 3,7         | 3,7              | 28,0        |
| Cantabria .....        | 168,8      | 42,3        | 171,5 | 62,1        | 2,7              | 19,8        |
| P. Vasco .....         | 170,7      | 54,5        | 172,9 | 70,6        | 2,2              | 16,1        |
| Castilla y León .....  | 166,9      | 30,5        | 171,0 | 59,3        | 4,1              | 28,8        |
| Madrid .....           | 166,7      | 46,5        | 172,8 | 72,6        | 6,1              | 26,1        |
| Extrem.-La Mancha..... | 166,7      | 29,1        | 170,6 | 56,3        | 3,9              | 27,2        |
| Aragón-Rioja.....      | 168,4      | 38,6        | 171,9 | 64,4        | 3,5              | 25,8        |
| Cataluña.....          | 170,0      | 49,9        | 172,4 | 67,6        | 2,4              | 17,7        |
| Levante .....          | 168,0      | 36,8        | 171,6 | 62,6        | 3,6              | 25,8        |
| Andalucía.....         | 166,8      | 29,7        | 170,5 | 55,7        | 3,7              | 36,0        |
| Canarias .....         | 169,4      | 45,4        | 172,0 | 64,6        | 2,6              | 19,2        |
| España .....           | 167,7      | 35,5        | 171,4 | 61,7        | 3,7              | 26,2        |

El fenómeno de aceleración secular del crecimiento en talla —y en peso— ha sido coetáneo al de la menarquía o primera regla.

En los países del mundo occidental ha bajado de un promedio de 15,5-17,4 años en el siglo XIX, a 12,5-14 años en los últimos 100 ó 150 años. Equivale aproximadamente a una anticipación de 3-4 meses por década, y cerca de 1 año por generación. Por supuesto, su ritmo e intensidad no ha sido semejante en todos los países de Europa, guardando dependencia con períodos de tiempo estacionarios o incluso negativos, como las dos Guerras mundiales y los períodos de depresión económica.

Las consecuencias de esta maduración más temprana son considerables, ya que no implican de manera obligada un grado paralelo de maduración en el desarrollo intelectual —aunque se ha apreciado mayor nivel de C.I. en relación al progreso—, emocional o psicosocial. Uno de sus efectos más perceptibles es su contribución al aumento de la maternidad juvenil, por la libertad actual en los comportamientos sexuales.

En patología infecciosa, terrible azote para la infancia durante siglos, se ha conseguido la reducción drástica de endemias y epidemias, y la práctica erradicación de enfermedades como la viruela, cólera, difteria, poliomiélitis, etc... Han contribuido a ello los avances en la higiene, la inmunoterapia, quimioterapia y antibioterapia. Basta con recordar

que han transcurrido sólo algo más de 40 años desde que la producción masiva de penicilina abriera una nueva era en la medicina. Este hecho se ha convertido en uno de los de mayor repercusión en la vida del hombre. Entre los años cincuenta y setenta, la mortalidad por enfermedades infecciosas, se redujo a casi el 70 %.

Sería interminable la enumeración de los avances en otros campos: patología respiratoria, cardiaca, renal, hematológica, oncológica, neurológica, etc... Los interesados pueden obtener buena información sobre lo que ha sido su repercusión en la última década, acudiendo al número monográfico de *Medicine* citado (7).

## 2. *Pediatría psicosomática*

El florecimiento deslumbrante y los logros que adeudamos a la concepción científico-natural de la medicina, son reconocidos universalmente. Sin embargo, estos avances, que han tenido lugar de forma simultánea a la tecnificación y colectivización de la asistencia, han permitido apreciar de forma patente sus limitaciones, y su fracaso a la hora de resolver problemas del hombre sano y enfermo. Víctima de una relación cada vez más ténue y distante con el médico, queda indefenso en algunas vertientes de la condición humana integral.

P. Laín Entralgo (29), con su inigualable capacidad de síntesis, resume algunas de las deficiencias que fueron detectándose en las investigaciones llevadas a cabo a lo largo de lo que va de siglo: valoración insuficiente o desconocimiento en la génesis y configuración de la enfermedad, de los componentes psíquicos, de los distintos factores sociales, de la influencia de la situación histórico-social, de la esencial condición ética del acto médico, y de la comprensión en la relación entre el saber científico y su historia.

En nuestro tiempo se requiere el cultivo de las disciplinas que se incluyen en las denominadas Humanidades médicas. El nuevo «humanismo médico» obliga al conocimiento matizado en su intencionalidad, de la psicología médica, sociología médica, antropología cultural de la medicina, ética médica, antropología médica general e historia de la medicina.

Con estos puntos de partida, y concienciando las carencias que se apreciaban en la concepción de lo que debe saber un médico actual, la

revista española JANO, inició la publicación quincenal en 1985 de una serie monográfica, coordinada por D. García Guillén, que cuenta con la colaboración de expertos conocedores de una amplia diversidad de secciones. Es de valor impagable la documentación que nos están proporcionando.

La reivindicación de los aspectos biográficos, antropológicos, sociológicos, culturales, etc. en la concepción nosológica de la enfermedad, no está reñida con los de la utilización más refinada de los medios que pone en nuestras manos la medicina científico-natural. Desde muy antiguo fueron asumidos por los pediatras, y F. Escardó ha sido paladín destacado en la valoración psicosomática de la infancia (30, 31, 32, 33, 34).

F. Angulo García (35) escribe que es posible afirmar en forma intuitiva, y a menudo no exenta de razón, que «nadie que trate con enfermos querrá verse excluido de una concepción psicosomática de los mismos, así como de la enfermedad. Ahora bien, este enfoque sólo hallará límite definitorio, y en cierto modo, su triunfo, con la desaparición del término, ya que lo absurdo sería hablar de enfermedades no psicosomáticas».

De ésto somos testigos de excepción los pediatras clínicos cuando nos percatamos de la gran cantidad de niños que plantean alteraciones en su maduración, comportamiento, inserción familiar y escolar; cuando nos damos cuenta de que los padres consideran al pediatra como un consejero educativo y psicológico, de que la acción psicológica del médico se ejerce en cada paso de la práctica médica.

De aquí ha surgido la atención que dedicamos, cada vez en forma mayor y más refinada, a la valoración del desarrollo psicomotor, a la de la interrelación madre-niño, padres-hermanos, y a la personalidad de unos y otros. Desde esta perspectiva se comprenden mejor los aspectos psicológicos de la alimentación, del sueño, de los aprendizajes, de la elección de custodia para el niño pequeño, de los aspectos psicológicos de la enfermedad, de una intervención o de una hospitalización (L. Kreisler) (36). También en la patología que motiva consulta en el 90 % del quehacer médico práctico: infecciones, situaciones febriles, convulsiones, abdominalgias, etc... Si no se tienen en cuenta los factores psicosomáticos y sociales, socio-económicos y socio-culturales, se cometen errores; a veces tan graves, que pueden tener tanta o más trascendencia como la enfermedad que motiva la preocupación inicial.

La pediatría ocupa posición clave y privilegiada al considerar al



niño como un ser en desarrollo. Los acontecimientos que tienen lugar en los primeros meses y años de vida pueden dejar consecuencias irreversibles en su futuro normal y patológico. Nuestra participación, pues, acertada o desacertada, llega a ser tan decisiva como para que algún autor —a mi juicio en forma un poco exagerada— piense que si hace una docena de años hubieran existido más pediatras con preparación idónea, los geriatras, los psiquiatras, y los que se ocupan de cuestiones sociales y del bienestar público, tendrían que soportar una carga menos pesada, que la que ahora cae sobre sus hombros, al enfrentarse con problemas de rehabilitación y de inserción.

### 3. *Pediatría preventiva y social*

A la medicina de la infancia no le ha costado esfuerzo integrarse en los conceptos actualmente vigentes y que reclaman prioridad, para el desarrollo de los aspectos preventivos y sociales.

Desde mucho tiempo atrás, la Puericultura formaba parte de la Pediatría y los pediatras estuvieron en la vanguardia en este tipo de actuaciones.

Los logros alcanzados harían inacabable su enumeración. A los más clásicos, —prevención de las carencias alimentarias, vitamínicas, profilaxis vacunal, etc.—, se fueron añadiendo poco a poco, las de consejo genético, *screening* masivos para la detección de portadores heterocigóticos, diagnóstico antenatal y neonatal, despistaje precoz de la subnormalidad, atención temprana de las deficiencias psíquicas, del lenguaje, sensoriales, adaptativas; y las más recientes como las de estimulación precoz en recién nacidos y en lactantes.

La pediatría social, no ha de considerarse como una disciplina o especialidad, sino como una actividad peculiar del médico en su actividad de promover la salud, prevenir la enfermedad y curarla cuando surge. N. Masse (37) señala que el pediatra se encara «con el niño sano y enfermo, en función del grupo humano del que forma parte y en los medios en que el mismo se desenvuelve». Su quehacer, cobra actitud social ante determinado niño, cuando además de atender a su diagnóstico y tratamiento, valora los factores familiares, económicos...; o cuando notifica enfermedades de declaración obligatoria, expide certificados veraces o colabora en encuestas.

Los aspectos colectivos de la pediatría social, son superponibles a los de la salud pública aplicada a la infancia: obtención de estadísticas de morbilidad y mortalidad, epidemiología de las malformaciones, infecciones, accidentes, intoxicaciones, suicidios, tratamiento y readaptación de grandes grupos de población, etc. De la misma manera, que cuando en el terreno preventivo, indaga sobre el crecimiento y desarrollo de la comunidad, hábitos dietéticos, polución del medio ambiente, realización de programas informativos de educación sanitaria para los propios padres o para los médicos... Colabora en grado no menor, cuando contribuye a la programación de consultorios, Hospitales, centros de readaptación y rehabilitación, de formación profesional, etc. En definitiva en los muchos aspectos que incumben a la responsabilidad social y comunitaria, de cada hombre y del pediatra en particular.

Llegado este momento se hace necesario subrayar que los problemas que se plantean en la pediatría preventiva y social, son radicalmente distintos según el nivel de desarrollo de cada país. Actuaciones justificadas en aquéllos que todavía se hallan inmersos en el llamado «tercer mundo», son inadecuados, innecesarios, costosos e inaplicables, a países industrializados. Salvo que se llegue a temer que van a involucionar y con la pérdida de los niveles alcanzados, caminar al «tercermundismo». Merece la pena que tengamos también en cuenta otra consideración: valorar de acuerdo con estudios rigurosos, los logros que cabe esperar de una serie de servicios primarios dentro de medios ambulatorios.

En los países desarrollados se parte de unos hechos necesarios a tener en cuenta. Resumimos algunas de las consideraciones que con respecto a esta cuestión han merecido la atención de A. Magevand y P. Hazeghi (38).

El desarrollo trae consigo una prosperidad general aunque se mantengan diferencias entre diversas partes de la población, y el reparto no sea justo. Persiste marginación en determinados grupos humanos. Entre nosotros: habitantes de los suburbios, comunidades mal comunicadas ó «cerradas», determinados subgrupos étnicos, etc. La prosperidad permite a casi todos el acceso a la atención médica, pero puede contribuir a una preocupación excesiva por el bienestar material. Las alteraciones profundas en las costumbres plantean el tema de la libertad en cada cual, y en especial en la de los niños pequeños.

La adaptación del hombre a los progresos, también de los médicos, en la facilitación de ciertos actos técnicos, puede llevar a usos abusivos,

rutinarios, o a la falta de discernimiento claro de dónde y cómo han de establecerse los límites de determinantes iniciativas y terapéuticas.

Una vez más nos topamos con problemas que reclaman el «nuevo humanismo» a que nos hemos referido, un nuevo progreso moral, una nueva visión de interrogantes relativos a la libertad, la vida y la muerte y a la renovación de nuestra ética profesional en algunas de sus aplicaciones.

Cuanto llevamos antedicho, ha traído como consecuencia una modificación de los conceptos clásicos de la protección maternal e infantil, que ahora tiene que enfocarse de forma más global hacia la «salud de la familia». Quedaron más atrás recogidas las características que en el presente, revelan el deterioro de algunas estructuras familiares, y de la cautela que debe emplearse al programar determinadas actuaciones sanitarias.

Los programas de protección maternal e infantil para el presente y para el futuro, tienen que contar con los indicadores de la salud «comunitaria», dada la influencia directa que ejercen en la elección de los objetivos en materia de sanidad pública.

Han de tenerse en cuenta los cambios demográficos; la desaparición en medios muy amplios de las deficiencias consecuentes a la falta de higiene y del hambre; de la antibioterapia que a título preventivo ha disminuído ciertas enfermedades epidémicas y endémicas; de la alimentación industrial, con aporte excesivo de ingesta y en especial de hidratos de carbono —responsable en parte de la caries dental y obesidad—; la colocación abusiva, inapropiada y reiterada de niños, en medios dislocados —madres solteras muy jóvenes, divorcio—; de factores diversos como la civilización mecánica, urbanización salvaje concurrente con el aumento de la delincuencia y la depresión disfrazada; de los accidentes, responsables de la mayor parte de la mortalidad infantil; de las intoxicaciones —secuela de la denominada sociedad de consumo— y del medio ambiente o lo que es lo mismo, de la importancia de la ecología en el cuidado del niño.

Habíamos anunciado y queda pendiente, referirnos a algunos datos que permitan conocer el valor real de los servicios de salud sobre la enfermedad. Seidel y Hoekelman (39), aluden a un trabajo, realizado sobre 273 niños indígenas de Arizona que nacieron en 1970. La mitad, fueron tratados con prácticas de la «Indian Health Services». La otra mitad, con seguimiento más completo: visitas domiciliarias, contacto después de citas fallidas, revisiones periódicas, expedientes para conocer logros, etc.

El resultado demostró que los niños con atención más integral, tuvieron inmunizaciones más completas, más análisis y visitas. Entre los dos grupos no había diferencias significativas, en términos de morbilidad, mortalidad, índices de hospitalización, número de visitas para el cuidado de la salud y hallazgos obtenidos de exámenes físicos y del laboratorio.

La conclusión a que se llega confirma trabajos realizados en sociedades muy primitivas de América Central, que revelan, que el cuidado de la salud a nivel primario, ha tenido poca influencia en la enfermedad, aunque los servicios fueran bien aceptados.

En estas sociedades los mayores determinantes de la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil, fueron el abastecimiento alimentario —particularmente de las proteínas ingeridas—, los cambios y mejoras en la vivienda, higiene, alfabetización, enseñanza, etc.

En las sociedades más industrializadas, el cuidado de la salud, en general, salvo en lo que atañe a la inmunización universal, tampoco se ha revelado como fuerza positiva en los índices de enfermedad cambiante. Se llega a la evidencia, a través de algunos estudios de ramas relacionadas con el cuidado de la salud, de que: a) los servicios sociales a largo plazo, brindados a familias con múltiples problemas, no producen mejoría significativa en su funcionamiento social, b) que la intervención de la guardería es ineficaz cuando ha habido una relación madre-hijo negativa y c) que la psicoterapia no mejora la posibilidad de recuperación del paciente más allá de lo que se hubiera logrado sin ningún tratamiento de este tipo.

La conducta, culturalmente determinada, ofrece rasgos muy diferentes y no sólo en los distintos países del mundo, sino en las diferentes regiones de cualquiera de ellos. Existe un flujo y reflujo, en cuanto a la conducta, determinado por la cultura; y la capacidad de comunicarnos, influye en los demás de forma muy decisiva. A título de ejemplo, bastaría con fijarnos en la difusión de los juegos, y en ciertas modas que pueden llevar a enfermedades nunca vistas. Así las del patín del diablo y la del «hula hoop» (arco de la cadera). Las dermatitis por la sandalia apretada y uretritis por los pantalones muy ajustados. La sordera esteofónica que han traído los ensordecedores ruidos de las discotecas. Los accesos de violencia estimulados por la luz. La rotura de huesos, parálisis de las mochilas, o hemoglobinuria del karate, cuando se ejercitan deportes que tienen sus consecuencias, si no se practican en buenas condiciones.

Los autores citados, han dejado escrito que en nuestra «calidad de proveedores del cuidado de la salud, debemos siempre analizar el papel que jugamos y la contribución que ofrecemos en la ecología del cuidado de la salud del niño, con mezcla de interés, realismo y buen humor» (39).

## **Evolución de la pediatría en España**

Aludiremos a los acontecimientos que han tenido lugar en diversos aspectos de la pediatría preventiva y asistencial.

### *1. Pediatría preventiva y social*

La pediatría preventiva, puso sus esperanzas en la Ley de Sanidad Infantil y Maternal promulgada en 1941. Incluía un abundante y ambicioso conjunto de principios. Se le asignaban cometidos demográficos, de maternología e higiene prenatal, de puericultura de la primera y segunda infancia, de higiene y protección escolar, de asistencia al niño enfermo, de recuperación de inválidos, deformes y con anomalías psíquicas. Se preveía la creación de dispensarios y centros de tratamiento especializados que habían de ubicarse estratégicamente por toda la nación. Dos años después de terminada la guerra, sobre el papel, estaban previstas y coordinadas teóricamente todas las vertientes necesarias para la atención de la infancia.

Cuestión espinosa la de evaluar la eficacia y eficiencia de esta ley y su grado de cumplimiento. Por lo pronto, algunos de sus artículos, señalaban que la acción de la misma, alcanzaba a niños desde el nacimiento hasta los 15 años; que todos los niños españoles y habitantes de España, poseerían un cuaderno sanitario y que los consultorios y hospitales de niños quedaban sujetos a las prescripciones contenidas en lo legislado.

Todavía no ha tenido reconocimiento oficial la asistencia específica por pediatras a los niños de más de 7 años beneficiarios de la Seguridad Social, ni en el medio extrahospitalario ni en el hospitalario. Aunque se permita por ciertas normas de régimen interior desde hace tres o cuatro años, es irrefutable que fue nulo el grado de cumplimiento de este



precepto. La cuestión fue y sigue siendo grave, pues seguimos siendo excepción en toda Europa. La encuesta realizada en 1975 por Burgio y col. (40), utilizando datos de numerosos centros de 24 naciones, puso en evidencia en en todas ellas, salvo en las instituciones de la Seguridad Social en España, los límites superiores para la hospitalización en Unidades de pediatría eran de los 14 a los 18 años.

Tampoco tuvo cumplimiento la implantación con carácter obligatorio del Documento de Salud Infantil. Hubo de esperarse al año 1980 para que se promulgara el modelo autorizado. Su uso, cumplimiento y generalización se está haciendo en forma lenta e incompleta.

Otro tanto puede decirse de los objetivos marcados por la ley con relación a la sanidad e higiene infantil: red dispensarial por el ámbito rural, Centros Maternales y Pediátricos en las cabezas de partido. Hace diez años, J. Plaza Montero calificaba de despilfarro económico —sólo admitido en países subdesarrollados—, el que no se hubieran evitado multiplicidades y lo que ello acarrea de bajos rendimientos y derroche económico (41).

En la actualidad estas duplicidades o multiplicidades siguen sin ser corregidas. Basta con mirar a nuestro alrededor para apreciar que perduran instituciones estatales, gestionadas por el INSALUD y que en algunas Comunidades sin transferencias, no sólo siguen sin condición autonómica sino que cada vez son más dependientes del centralismo de Madrid. Persisten las de carácter provincial y han surgido otras, que reiteran o se interfieren en sus competencias con las que cumplían objetivos similares, ¿no hubiera sido deseable conservar, potenciar e integrarlas o en otro caso cancelarlas?.

En los últimos dos años, un amplio grupo de personal que prestaba sus servicios en la dirección y gestión de instituciones sanitarias, se ha visto desplazado a cargos honoríficos, de asesoría, consejería, ó se halla en vía muerta, conservando derechos adquiridos. Las plantillas se han multiplicado en forma desorbitada. Cuesta decirlo, pero en bastantes ocasiones, las sustituciones han tenido más en cuenta motivaciones ideológicas que la competencia técnica. El acceso de un personal, cumplidor estricto de normas emanadas del INSALUD central, y a veces sin formación adecuada para las misiones que desempeñan, ha contribuido al deterioro en la función sanitaria. Difícil de negar, por mucho que se trate de enmascarar mediante estadísticas elaboradas con datos económicos sobre rentabilidad.

La valoración de los resultados de la Ley, ha merecido para algunos observadores comentarios favorables. J. Nadal (42), al estudiar los datos demográficos y la evolución de la mortalidad infantil, concede primacía a la generalización del progreso médico, del pediátrico y farmacológico; considera, que los avances de la puericultura han concluido en unas posibilidades sorprendentes. Basándose en datos aportados por los puericultores A. Arbelo Curbelo (43) y J. Bosch Marín (44), destaca la fundación de los Centros Maternales y Pediátricos de Urgencia, que dispuso la Ley. Junto a esta labor, valoran los logros alcanzados por la intervención de los poderes públicos que «han echado el resto» (42).

En nuestra opinión, los Servicios de Higiene Infantil, participaron de manera destacada en la educación sanitaria, instauración de reglas dietéticas, y campañas emprendidas por la Sanidad Nacional. En el presente, su misión ha quedado bastante difuminada, y hace tiempo venimos reclamando se reajusten a las exigencias nuevas. Algo parecido a lo que ha sucedido en la Escuela Nacional de Puericultura y las Departamentales o Provinciales. Prueba de ello es la depreciación que desde los años 50 ha sufrido el Título de Puericultor del Estado, al que se accedía a través de rigurosa oposición codiciada por los pediatras más destacados.

Para no caer en una crítica personalista, dejo que Ferrer Masip, —destacado cultivador de esta disciplina—, enjuicie los logros que en su tarea preventiva le está encomendada a la medicina escolar. En 1972 escribía: «hasta hace muy poco tiempo, las revisiones médico-escolares, estaban consideradas como un evento sin trascendencia alguna; desde los padres de familia hasta el personal docente, los exámenes de salud eran considerados como mera rutina, que se realizaban si quedaba tiempo, y a los cuales no se daba más importancia que a cualquier otra circunstancia anecdótica que sucede en el desenvolvimiento del curso académico». En el parecer de este autor, tampoco dió respuesta efectiva a las necesidades reales, la Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa de 1970, ni la aprobación en 1975 del Reglamento Provisional de Sanidad Escolar (45).

Tengo noticias de que actualmente se está llevando a cabo una buena labor en la Medicina escolar de algunas comunidades autónomas —Cataluña, País Vasco, Galicia—, y que otras tratan de poner en marcha actividades dirigidas a potenciar sus objetivos.

Permanece en el mundo de los buenos propósitos el reiterado deseo

de dar primacía y potenciar la medicina y pediatría preventivas. La Seguridad Social, hasta el presente, había desatendido todo aquello que no fuera labor asistencial al paciente. Es de justicia reconocer que los responsables que rigen ahora la gestión sanitaria, están promocionando una política más acorde con las tendencias modernas, si bien es pronto para evaluar resultados.

## 2. *Pediatría clínica o asistencial*

La pediatría clínica o asistencial, en el tiempo que estamos considerando, se ha visto sometida a significativas innovaciones, que afectan de forma distinta y con resultados dispares, a la vertiente extra e intrahospitalaria.

a. *La pediatría extrahospitalaria* no experimentó novedades hasta 1947. Ese año se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) sin cobertura de la infancia, pues aunque se daban normas sobre la asistencia médica de los niños, no quedaron recogidas en la disposición legal. Su incorporación al SOE sucedió en 1950, desechándose las peticiones que para su buena estructuración y funcionamiento habían formulado los pediatras. En 1958 se reconocieron dos modalidades: la del pediatra-puericultor de familia, que prestaba asistencia facultativa en el ambulatorio ó a domicilio a niños hasta 7 años —requerida a petición de otros especialistas— y la del pediatra-consultor.

Pasaron muchos años hasta que se produjeran algunas modificaciones. Durante decenios los pediatras exteriorizaron quejas, protestas y tramitaron peticiones para cambiar un sistema que había nacido viciado. Se llegó a considerar inevitable, trabajar sobre unas bases normativas y asistenciales que no permitían exigir responsabilidad moral. Bastaba con salir como se pudiera de unos ambulatorios, donde se pasaba «consulta ametralladora» y donde era imposible llevar a cabo labor alguna de carácter preventivo. Hasta hoy, la asistencia primaria en ambulatorios sigue siendo muchas veces detestable (J. A. Tovar) (46).

Recientemente, se han puesto en marcha Centros de Salud, con participación de pediatras. Con independencia de lo que pueda ser su rendimiento en el futuro, es evidente que varias circunstancias han

favorecido el que las cosas vayan mejor: factores sociales —mejor nivel de vida—, demográficos —descenso de la natalidad—, cobertura más amplia de la población infantil... Pero sobre todo, el acceso de las nuevas generaciones de pediatras jóvenes, formados con rigor en centros acreditados para la docencia. En posesión de gran competencia y entrenamiento excelente, han logrado —y están logrando—, resolver a nivel primario múltiples problemas que eran evacuados innecesariamente a los hospitales. Estamos convencidos, que hubiera bastado con la ampliación de la jornada de trabajo y la dotación de algunos medios más, para realizar una verdadera revolución, sin necesidad de reformas espectaculares sobre el papel. Por supuesto, generalizando los cuidados pediátricos a áreas geográficas carentes de los mismos, aunque estuviera previsto en la Ley de 1941.

Coexisten en la atención a los niños, Mutualidades, Sociedades de Seguros y Consultorios privados. La mejoría en la calidad de los servicios públicos, debiera conducir a que progresivamente su significación cuantitativa, vaya reduciéndose.

*b. Pediatría hospitalaria.* Desde el fin de la guerra civil, la asistencia al niño en medio hospitalario, se prestaba en las Salas de los Hospitales Clínicos, provinciales, de la beneficencia y sanatorios privados. El cambio se inicia, cuando disposiciones emanadas de la Seguridad Social, autorizan el internamiento de los niños en las Residencias Sanitarias; al principio por motivos casi exclusivamente quirúrgicos y en todo caso, con el límite cronológico de los 7 años. De aquí se pasa al hecho trascendente y de significado ciertamente histórico, de la creación de las Ciudades Sanitarias y nacimiento de los Hospitales Infantiles. Este revolucionario acontecimiento tuvo lugar en Julio de 1965, con la inauguración del Hospital Infantil de «La Paz» en Madrid. Significa, nada más y nada menos, que España, tras un siglo de retraso, inicia la consecución de lo que existía en Europa.

Al de Madrid, siguen los Hospitales Infantiles de Barcelona, Valencia, Bilbao, Zaragoza, Sevilla, Córdoba,... Así hasta los de más reciente apertura en Málaga, La Coruña y San Sebastián. En forma simultánea, tuvo lugar la jerarquización de numerosos servicios —entre ellos los de Pediatría—, la dotación de numerosas plazas, mayor dedicación horaria y mejoría en la calidad asistencial. Dejemos consignado que estos logros



se debieron a la lúcida visión del ministro Romero Gorriá y al Director General Guerra Zunzunegui.

El acontecimiento sirvió de revulsivo para la renovación de algunos hospitales universitarios, como el Clínico de Madrid. En el período rectoral de Laín Entralgo, a través de un «crédito extraordinario, —ciento y pico millones— pasó a ser, de un montón de gloriosas ruinas bélicas a lo que hoy es» (48). Se construyeron también hospitales clínicos en Zaragoza, Santiago, Valladolid, Salamanca...

Hasta tal punto se impuso el espíritu renovador, que llegamos a concebir la esperanza de que la Universidad intentara ponerse a la altura de unos medios con que ya contaba la Seguridad Social. El Ministerio de Educación y Ciencia autorizó la creación de los hospitales Materno-infantiles en Valladolid, Santiago y Valencia.

Influencia decisiva tuvieron los Convenios suscritos en 1970 entre los Ministerios de Educación y Ciencia y Trabajo, para la financiación, administración —y a veces dirección— de los Hospitales clínicos por la Seguridad Social. Estos acuerdos, potenciaron sus posibilidades económicas, pero a expensas de tan sustanciales cambios, que fueron dando al traste con su personalidad peculiar.

A partir de enero de 1985, los Hospitales universitarios han pasado a la adscripción demanial del INSALUD, y con ellos, los tres hospitales Materno Infantiles no-natos. La reglamentación para su funcionamiento se preveía que debía producirse en un plazo máximo de seis meses, que finalizaban con el mes de junio de este año. Ignoro cuando esto escribo, si la reglamentación ha sido publicada en el Boletín Oficial. Sí conozco, las enconadas polémicas que ha encontrado esta integración y la reglamentación pendiente.

El examen y análisis de la Medicina hospitalaria desde 1965, ofrece aspectos muy positivos, otros negativos y algunos de catalogación aleatoria.

Sin exageración puede decirse, que aunque en las décadas anteriores se estuviera gestando lo que se ha hecho patente en los últimos veinte años —de no existir un cierto potencial no habría surgido como generación espontánea—, en estas dos últimas décadas, hemos vivido una etapa, que por evitar maximalismos no catalogamos «de oro» pero sí de «dorada». La medicina española, en este tiempo, ha conseguido progresos en la capacidad asistencial, en la formación de las nuevas generaciones, incremento en la producción bibliográfica y aportaciones a la inves-



tigación científica muy estimables. Sin género de duda, el salto es de tal importancia, que ha permitido acortar distancia y colocarnos en situación cada vez más cercana a la medicina europea y mundial. Es destacable el papel jugado por múltiples médicos españoles que trabajaban fuera de nuestras fronteras y que con el atractivo de la jerarquización y la nueva estructura de los hospitales, retornaron, entregando lo mejor de sí mismos a un ilusionado quehacer, básico en la formación de las nuevas generaciones.

El hecho es generalizable a la Pediatría hospitalaria, a la Cirugía pediátrica y a todas las Especialidades. Su perfeccionamiento nos ha permitido asistir, con admiración, a logros que se extienden desde la genética a los cuidados intensivos, por escoger dos entre ellas que sirven de límites fronterizos en los problemas del niño al nacer y al morir.

Los postgraduados procedentes de los países de habla hispana, que habían olvidado y borrado del mapa sus preferencias por España, giraron en sus predilecciones, convirtiendo en abrumadoras las peticiones de venir a nuestro país.

Gradual y progresivamente han ido apareciendo trabajos en mayor número y con mejor calidad, en revistas españolas y extranjeras, que habían sido coto limitadísimo por la alta exigencia de los Comités de selección. Los médicos españoles incrementaron su participación activa en Congresos Internacionales, logrando reconocimiento mundial de sus avances.

La investigación fue despegando, gracias a la ayuda cada vez más eficaz del Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social (FISS) y de la comisión Asesora del Ministerio de Educación y Ciencia. También de otras Fundaciones e Instituciones varias, permitiendo la puesta en marcha de trabajos experimentales, y evidenciando la capacidad creadora en campos muy diversos hasta entonces vedados.

El denominador común que hizo posible una situación tan privilegiada, tuvo su punto de partida, tanto en los hospitales de la S. Social como en los Universitarios, gracias al esfuerzo, deseo de perfeccionamiento, ilusión, libertad para tomar iniciativas y programar nuevas técnicas. Se contó con el apoyo económico de la Administración, que aportó dotación económica para proveer medios y financiar personal.

En el ámbito circunscrito a la pediatría universitaria de Valladolid, vivimos este período «dorado», sintonizados con el clima propicio y el ambiente general del resto del país. Los frutos quedaron patentes en un

notable incremento en la calidad asistencial, y la consecución de niveles más altos en la satisfacción de las necesidades pediátricas; se abrieron posibilidades hasta entonces inalcanzables en áreas como la Cardiología, Hematología, Oncología, Inmunología, Endocrinología, Gastroenterología, Nefrología, Neurología, Neonatología, Psicología, y Psiquiatría infantiles... En la realización de numerosas tesis doctorales, presentación de observaciones clínicas y trabajos de investigación, que encontraron reconocimiento general. Y en la promoción, a los más altos niveles de la docencia, de un número considerable de colaboradores.

Desde hace un par de años somos muchos los que tenemos la impresión —por no decir seguridad— de que las cosas han cambiado. Se detecta restricción progresiva en los medios, lentificación en la reposición del material y congelación de plantillas. Los que permanecen están siendo víctimas de una preocupación, que al principio era minoritaria pero que se ha generalizado. Bastantes pensamos, que si se mantienen los niveles asistenciales se debe a que estaban establecidas «rutinas» satisfactorias que prosiguen, pero no se mejoran y a veces se cancelan. En el ámbito de la investigación científica y en el estímulo para la creación, se ha pasado de un ritmo ralentizado a otro de estacionamiento, de inercia, gradual deterioro y desaliento. En una palabra: estamos viviendo de las rentas de veinte años «dorados». El último bienio se ha tornado grisáceo, con sombras que amenazan tornarse en cada vez más negras. Ello es grave, pues nos hace temer, que concluyamos con la «gallina de los huevos de oro».

J. A. Tovar (46), en un artículo que tuvo gran resonancia, mantiene estos mismos puntos de vista. Asegura que nuestra red hospitalaria es bastante completa; que está suficientemente equipada y dotada de personal, cuya eficacia, ha acercado, en pocos años, nuestra medicina a la de otros países industrializados. A pesar de sus deficiencias, nuestros hospitales públicos son lo mejor del sistema sanitario actual; lugar donde se resuelven, a veces con gran calidad, la mayoría de los problemas médicos complicados del país.

El médico, vive hoy —en su opinión— una crisis de desmoralización, desesperanza y escepticismo, que afecta a su rendimiento y mina su moral. Las causas de estas situaciones las sintetiza en: ausencia de incentivos, carencia de estímulos profesionales y científicos (46).

La jerarquización, que prima la seguridad en el empleo sobre la eficacia en su desempeño, ha bloqueado las plantillas para muchos años

y cerrado las posibilidades de promoción. La inaudita inseguridad jurídica, propiciada por la incompetente gestión de nuestros administradores, —que arbitrariamente se han saltado cada día las leyes y sus propios reglamentos—, obliga a los médicos a desenvolverse sin saber mañana, como van a trabajar, cuánto les van a pagar, o cuál es su techo profesional.

Nuestro sistema, burocrático y poco imaginativo, permite difícilmente que un profesional brillante se destaque de los demás.

J. A. Tovar reconoce también, que puede haber médicos corruptos, como hay ejemplos de corrupción en cualquier otro sector profesional. Valora los problemas existentes para terminar con una asistencia primaria «tercermundista». Es consciente de las dificultades económicas del país, y después de ofrecer su ayuda a cualquier intento que mejore la situación, deja traslucir su desaliento por la ineficacia del «cambio», en el que se pusieron muchas esperanzas —demasiadas— y que no ha afectado a los hospitales. Recuerda finalmente, que nuestra medicina hospitalaria, es la única que tenemos.

Estoy de acuerdo. La medicina y la pediatría hospitalaria han tenido aspectos negativos, antes y ahora. Los inevitables de una medicina socializada que alcanza a más del 90 % de la población. En la que los pacientes han pasado a ser beneficiarios; los facultativos, personal sanitario; y el trabajo en los centros se equipara a la jornada laboral. La colectivización y la tecnificación, limitan las relaciones entre paciente-médico, dificultando que nazca este contacto íntimo, que en páginas anteriores denominábamos «empatía», y que no es posible imponer con reglamentos y leyes. El médico no es más que una pieza dentro de un complejo mecanismo, en el que intervienen múltiples personas y donde se trabaja con complejos sistemas mecanizados, computadoras, ordenadores, robotización, etc.

Lo que separa lo real a lo ideal, será todavía más distinto a partir de que la Administración integre en su red a los Hospitales Universitarios. El INSALUD estableció siempre distinción entre las Instituciones propias y «ajenas». Estas, las de los Clínicos —ahora entregadas más que integradas—, fueron consideradas como extrañas, rechazables y discriminadas. En forma parecida a lo que sucede en el organismo con la reacción injerto huésped. Para obviar la producción de «anticuerpos», las instituciones «ajenas», han pasado a ser «propias». Se pretende igualar a todas por el mismo rasero. Se ha impuesto la uniformación y la

descaracterización de los centros, cuando es bien sabido que en la diferenciación y estímulo competitivo, es donde se halla el secreto del progreso y perfeccionamiento.

Para llevar a cabo esta empresa se invocan derechos a la salud, suscribibles, pero inalcanzables. En la misma forma que al humano, no le está otorgada la posibilidad de nacer, escoger sexo, padres, hermanos, situación económica o geográfica, tampoco nacemos con el derecho de estar exentos del riesgo del cáncer ó de sustraernos a los accidentes de circulación. ¿Por qué no se propugna el derecho a ser alto, guapo, rico, rubio, y feliz? Otra cosa es el derecho a la asistencia.

*c. El pediatra y la sociedad actual.* Se ha dicho, con razón que «el médico ya no es el personaje tan enigmático que manejaba y distribuía una ciencia misteriosa, sino que es un simple intermediario entre los remedios conocidos y el dolor del paciente». Como el farmacéutico, que ya está en trance de olvidar el arte de las recetas —para convertirse en un comerciante despachando sus específicos—, así también, el médico está a punto de perder —ha perdido—, su prestigio de experto en la naturaleza del hombre. Es decir, su prestigio de artista o quizá mejor de artesano, para pasar a ser «un burócrata que propone casi automáticamente sus recetas, las cuales son discutidas por el paciente, enterado de los últimos progresos, de la misma forma que se discuten los platos diversos de la carta de un restaurante». Esto no lo digo yo. Lo decía Marañón (47) hace 30 años.

No es llanto lastimero, sino evidencia de una realidad. Tengo una anécdota muy reveladora de lo que significaba en la consideración de la sociedad, el médico del pasado y el actual. Me contaba un amigo, que en su pueblo, había un médico que permaneció allí toda su vida profesional. Conocía a los habitantes, no sólo como pacientes, sino como personas. Por eso les atendía, médicamente, y además actuaba a modo de consejero y asesor en problemas familiares, estudios de los hijos, bodas, cosechas... Su prestigio era tan grande, que cuando fue haciéndose anciano, sus limitaciones físicas —hipoacusia, pérdida de la agudeza visual—, no contaban para sus clientes, por la fe que todos depositaban en él. En esta etapa de senectud, fue llamado para atender a un paciente. Le vió en estado de extrema gravedad, respirando con angustia, disnea y

cianosis. Lo exploró, lo auscultó, —probablemente más con la intención que utilizando sus sentidos—. Al final dijo: «Está mal, pero lo importante es que no deje de respirar. Tengo que hacer otras visitas. Volveré más tarde. pero por lo que más quiera, ¡que no deje de respirar!». Cuando horas después pasó por la casa, el paciente había fallecido. La familia le explicó: se murió, porque toda la vida fue un «cabezota», empeñado en llevar la contraria a toda la gente. Mira que le dijo Ud. bien claramente: ¡no dejes de respirar! Pues nada, al cabo de un rato de Ud. irse, por llevar la contaria, «se paró».

Estaba claro. El médico no tenía nada que hacer con personas tan tercas. Igual que ahora. Cuando a veces, el médico tiene que llevar a cabo su trabajo protegido por la policía nacional.

En lo económico, el médico ha pasado de una situación que se consideraba privilegiada a la incertidumbre. El paro, afecta a millares de colegas. Otros, se hallan en subempleo. Los más favorecidos, se debaten con problemas de toda índole: devaluación del salario, incremento del coste de vida, pérdida del valor adquisitivo, incompatibilidades, jubilación acortada, recorte de pensiones, etc. Se van esfumando las posibilidades que tuvieron muchos jóvenes médicos, en las dos décadas anteriores, de vivir de su sueldo y entregarse con dedicación exclusiva, al quehacer que les ilusionaba. Son bastantes, los que partiendo de una situación que mantuvieron durante años, ahora tienen que plantearse buscar otros ingresos, o aceptar un descenso notable en su nivel de vida y familia. J. A. Tovar, señala que para «el médico hospitalario la remuneración cada vez es más baja». Por la inflación de los diez últimos años, el descenso de su valor adquisitivo ha sido del 50 %. Es la carencia económica, la causa mayor del puriempleo médico y de la tan temida *privatización*, que continuará desgraciadamente en auge, quiera o no, nuestro Gobierno, si no se comprende tan elemental principio. (46).

Por supuesto la situación afecta no sólo a los médicos, sino que es generalizable a otras profesiones.

## **Evolución de la formación médica**

La situación en la Universidad durante el Régimen anterior experimentó cambios, muchos de ellos de signo negativo. El problema es complejo y demasiado trascendente para que lo abordemos aquí, con



premura y superficialidad. P. Laín Entralgo, (48), en 1976 resumía así las principales deficiencias: económicas —porque es pobre—, de estructura, en lo científico y en lo moral. Refiriéndose a este largo período, la Universidad se enmarca dentro de una «sociedad y un *establishment* político, poco sensible a la ciencia y receloso frente a ella, que no esperaba más que estas dos cosas: una positiva, anual suministro de títulos profesionales, y otra negativa, la carencia de disturbios estudiantiles en las aulas o en la calle».

### *1. Facultades de Medicina*

Dejo a un lado esta ardua y desazonante cuestión, para referirme en concreto a las Facultades de Medicina. A las tradicionales, se sumaron otras que fueron surgiendo en la década de los 70. En 1975 eran 21. En 1985, han llegado a 23. Habrá que añadir probablemente, la que está proyectada en la comunidad de Castilla-La Mancha.

Este incremento ha sido insuficiente para evitar la masificación del alumnado. La explosión demográfica estudiantil, comenzó por los años 60. Carreres y col. (49) escriben que de los 76.000 estudiantes de enseñanza superior que entonces teníamos, se pasó a 223.000 en 1970. En la actualidad, los alumnos matriculados en las Universidades públicas (Escuelas, Facultades, Colegios y Escuelas Técnicas) son 670.377. En las privadas suman 21.775. Entre unas y otras, se ha llegado en 1984 a 692.152 universitarios (50).

El número de solicitantes para iniciar Medicina fué de 26.500 en 1977-78, cifra diez veces superior a la de una década antes. Ese año, el número de los inscritos en el primer curso fue de 22.564, (que representa un 60,1 % estudiante por cada 100.000 habitantes), relación lejana a la registrada en el Reino Unido (6,7 %), y en la República Federal Alemana (17,9), por citar las que tenían valores mínimos y máximos en Europa.

Fueron muchas las voces que se levantaron para denunciar el fraude de unos estudios que iban perdiendo calidad en forma alarmante y progresiva. A. Sols (51), entre otros, recordaba que el número de estudiantes de primer curso en las Facultades de Medicina de España en 1975, superaba la suma de los inscritos en Alemania, Japón e Inglaterra.

La Facultad de Medicina de Valladolid, en la primavera de 1976

tomó el acuerdo —por unanimidad—, de propiciar una reunión de Decanos y plantear con rigor la exigencia de *numerus clausus*. Como Decano en aquellos momentos, defendí lo que veníamos pidiendo desde hacía tiempo, y era sentir generalizado entre los médicos docentes. El Estado puede, si así lo desea, autorizar la entrada libre de cuantos alumnos lo soliciten. Esa es su responsabilidad. Pero tal opción obliga a multiplicar y a dotar adecuadamente cuantas nuevas Facultades sean precisas. De no hacerlo así, el Estado no debe hacer cómplice a las Facultades y a sus docentes del fraude que significa aceptar un número de alumnos superior a sus posibilidades; a los que no se puede garantizar un mínimo de calidad en la enseñanza, aprendizaje y entrenamiento.

En la reunión a que asistimos en Madrid, unos doce Decanos, se tomó un acuerdo: solicitar de las Juntas de Gobierno de las respectivas Universidades la limitación en el número de admitidos de primer curso. Si estas Juntas no apoyaran tal acuerdo o no fueran autorizadas por el Ministerio, el compromiso asumido fue expeditivo: dimisión simultánea de los Decanos comprometidos.

Lo que pasó después, es posible que algunos lo hayan olvidado. No podrá sin embargo, alejarse de mi recuerdo por muchos años que pasen. En los meses de verano tuvo lugar uno de los frecuentes cambios ministeriales. Se hizo cargo de la cartera de Educación el Prof. Meléndez. Ajeno y desconocedor de la cuestión, convenció para rectificar a la mayoría. Llegada la hora de la verdad, el compromiso sólo lo mantuvieron dos Facultades y dos Decanos. La Complutense de Madrid, —Prof. L. Zamorano— y la de Valladolid —quien os habla—.

La Junta de Gobierno de la Universidad de Valladolid, al frente de la cual se hallaba como Rector, Juan A. Arias, dio el visto bueno a nuestras demandas, autorizando una reducción notable, —no toda la necesaria— en el alumnado de entrada. La «batalla de Madrid» permitió que de los 2.000 alumnos ingresados en 1975-76, se bajará a 900 para el curso 1976-77. En la «batalla» de Valladolid, durísima, tuvimos que enfrentarnos a la prensa, corporaciones, partidos políticos, sindicatos, asociaciones: a «toda» la sociedad de la capital y del distrito universitario. No tuvimos el éxito perseguido y el Decano dimitió. La Junta de Facultad, solidariamente, acordó no reelegir Decano y regirse por una Comisión Gestora.

El esfuerzo no fue baldío. Con el acuerdo del Consejo Nacional de Universidades, el Ministerio de Educación y Ciencia fijó para toda

España, en el curso 1978-79, una cifra de 7.500. En el curso 1980-81 se redujo a 6.100. Sigue siendo excesiva. A. Gallego (52), buen conocedor de estos problemas, sugiere como cifra deseable la de 4.000 ingresos por año, que proporcionaría un número promedio de 177 nuevos ingresados por Facultad.

Han pasado siete años desde la aprobación del *numerus clausus* y los efectos no se aprecian, ni se ha producido la depuración de los «remansos» acumulados. En el curso 75-76 el número de graduados fue de 5.800. En 1980, llegó a 11.000. Siguen en las Facultades, alumnos de los planes de 1959 y 1969.

La consecuencia de esta plétora es conocida y la padece toda la comunidad. (53). En la década del 1970-80, el término medio de graduados por año fue de 5.100, para unas necesidades estimadas en este mismo período de 2.500; se produjo un exceso de 20.000 médicos. En la década 1980-90 que llevamos mediada, se graduarán un promedio de 7.800, para unas necesidades anuales que se evalúan en 2.500. Para 1990, se prevé un excedente que alcanzará a cerca de 60.000 médicos (52).

El problema originado es grave. A él se ha llegado por permanecer cruzados de brazos y dejar que nos «coja el toro». La responsabilidad es del pasado y del presente. Viene de lejos la falta de coordinación entre las políticas sanitarias y educativas pero se sigue también manteniendo en los dos últimos años, y probablemente seguirá produciéndose. La coordinación está prevista en la Ley de Sanidad, pero ¿se llevará a cabo? Nos gustaría dejar abierto un portillo a la esperanza.

## 2. Enseñanza a pregraduados

La enseñanza de Medicina a los pregraduados es motivo de preocupación para autoridades, docentes y discentes. Los alumnos se quejan de que su paso por las aulas es poco formativo. Comparto su opinión pero no el grado de intensidad con que la evalúan, comparable al que teníamos hace 40 años, y que resultó exagerado.

Se plantea la cuestión de cambiar los planes de estudio. Una y otra vez se pregona que la decepción de los alumnos se debe a su anacronismo, y a que se están formando médicos distintos a los que necesita la sociedad actual.

No negamos que en parte pueda aceptarse, pero con una advertencia. En mi opinión, fracasará el plan de estudios mejor elaborado para las necesidades que vivimos y las que se preven en el futuro inmediato, si la relación entre alumnos a profesores/consultas/camas/laboratorios/bibliotecas, etc. no se ajusta a módulos correctos. Cualquier plan de estudios servido por profesores, ni egregios ni excelsos, pero dotados de vocación, capacitados en su saber y en su labor, conseguirá frutos óptimos si las relaciones se adecúan.

Asistimos a una tensa polémica sobre los planes de enseñanza médica y su renovación. Personalmente, me identifico en gran parte, con el trabajo de Ian C. Roddie (54), del Departamento de Fisiología Queen's University de Belfast.

Este profesor ha enseñado a estudiantes de medicina durante muchos años. No se considera experto en educación médica, pero como él dice, ha desarrollado un instinto especial para distinguir los enfoques que en este terreno pueden funcionar adecuadamente, frente a tópicos usados por quienes abordan la educación médica a nivel teórico más que práctico. Sorprendido por la inquietud generalizada del daño que puede hacer a la educación médica la aceptación gratuita de las nuevas ideas, expresa su temor de que los neo-educacionistas no tomen la evolución como el proceso normal para el cambio, sino que fuercen una revolución para ejercer sus teorías. Basado en sus experiencias hace una réplica, que extracto, recogiendo algunos puntos.

La «Educación médica debería ser una experiencia multidisciplinaria y totalmente integrada a lo largo de toda la carrera». Roddie piensa que los argumentos que se emplean no son excesivamente convincentes. Es difícil de planificar y poner en práctica; exige una gran dedicación por parte de los organizadores y profesores; es confusa para los estudiantes, y es nociva para los Departamentos, al eliminar su estímulo y razón de ser más poderosa: la responsabilidad de sus propias enseñanzas. Considera que se ha gastado mucho tiempo y esfuerzo para promover la integración completa de la enseñanza con obtención de un éxito tan nimio, que la responsabilidad de probar su viabilidad, debe incumbir ahora a sus protagonistas. Cada disciplina requiere un diálogo y consulta constante entre profesores y estudiantes, que debe originarse en el afecto mutuo, la confianza, el respeto y la idea común de fomentar el conocimiento, las técnicas y los atributos mentales requeridos para una larga carrera.

Somos muchos los que así pensamos y mantenemos que la enseñanza y aprendizaje son procesos basados fundamentalmente en una relación afectiva. Si ésta falta, se convierte en ingrato lo que para ambas partes debe ser estimulante y enriquecedor.

A los estudiantes, se dice, «no debería enseñárseles porque les vuelve mentalmente perezosos. Tendrían que descubrir por sí mismos sus propias lagunas y reaccionar de manera apropiada ante ellas». Eterna cuestión. A este respecto, cuenta el autor que una de sus hijas, pasó una mala temporada intentando por sí misma descubrir las lentes. Le dieron espejos, fuentes de luz, y lentes y le propusieron que recapitulara sobre los descubrimientos de Galileo, como parte de su curso de física. Por supuesto, le faltaba el ingenio para descubrir las soluciones. Lo que necesitaba era que alguien como Galileo, le explicara las lentes con el conocimiento, confianza y entusiasmo que generan los años de dedicación a un problema científico. Con el sistema seguido por otro profesor —que compartió con sus alumnos la sabiduría acumulada durante años de experiencia— aún no sabe gran cosa de lentes, y la materia que realmente le gusta es la química.

Otros muchos aspectos trata este trabajo. Entre ellos, la afirmación de que «es tan importante proporcionar a los estudiantes de medicina conocimientos acerca del funcionamiento de la sociedad y de la mente, como acerca del funcionamiento del organismo», con necesidad de intensificar los estudios sobre antropología, sociología, bioética, economía sanitaria, etc. O el tópico de que «la anatomía es en general una pérdida de tiempo: se olvida la mayor parte de lo que se aprende»; la «inutilidad de las lecciones», con el aserto de que nadie recuerda nada después de transcuridos los veinte primeros minutos; que los «estudiantes deberían tener más edad»; que «los estudiantes de medicina son en la actualidad demasiado inteligentes para ser buenos médicos», con la propuesta de que debieran ser seleccionados atendiendo a su sentido común y capacidad de compasión en vez de serlo por la inteligencia; la «no utilización de la memoria» en la enseñanza médica, o el supuesto de que «el aprender ha de resultar agradable y no doloroso».

Invito a todos a que lean al autor. Aunque no se coincida con él, resultará provechoso meditar sobre lo que dice, y contrastarlo con la propia experiencia.

El impacto que produjo se evidencia en la prontitud con que también en «The Lancet», respondieron otros autores: Alwyn Smith



(55), Mathews (56), y P. L. Schawrtz (57). A todos ellos replica Roddie (58). En teoría, nadie discute la importancia de enseñar psicología y sociología a los estudiantes de medicina, pero en la realidad se tienen dificultades para diseñar cursos con valor práctico; entre otras cosas, porque se trata de materias de las que apenas se conocen sus mecanismos básicos.

En su parecer, el problema real reside en cómo afrontar la enseñanza de estas importantes asignaturas sin trivializar o sin infravalorarlas.

Al reproche de hasta qué punto los planes de estudio deben basarse en conclusiones derivadas del instinto, la tradición y la experiencia personal, en vez de hacerlo con hipótesis pedagógicas verdaderamente valoradas, responde que la política educativa debe fundamentarse en ambos aspectos: que su opinión sobre los métodos pedagógicos, no es inmutable y que «si una técnica experimental puede demostrar la superioridad de un método dado, de manera científicamente convincente, estará encantado en adoptarlo». A lo que no está dispuesto «es a realizar cambios radicales y tirar por la borda un sistema de educación médica que ha evolucionado lentamente durante milenios, para decantarse por un sistema poco investigado y de moda» (58).

Sigo suscribiendo las opiniones de Roddie, y como tantos más estoy abierto a la necesidad de que los planes de estudio vengan determinados racionalmente; se coordinen materias reiteradas en los programas; se reduzca la extensión de algunas y amplíe la de otras; se adecúen los objetivos en la enseñanza y aprendizaje con las necesidades cambiantes de la sociedad; se dé prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad; y se proporcione a los médicos y alumnos una formación que les impregne del «nuevo humanismo».

El propio Laín Entralgo (29), propone que el cultivo y la enseñanza de las Humanidades médicas, ha de ajustarse «a los métodos propios de cada una de las disciplinas que se integran en este concepto. Más también por vía de ensayo, tanto inquisitivo como inquisidor, porque así lo aconseja y aún lo exige, el hecho de que todas ellas se hallan en niveles de consecución y no han alcanzado el nivel de realización canónico».

Esto es razonable y debe no sólo intentarse, sino ponerse en marcha y conseguirse, pero sin precipitaciones ni «snobismos», sin espejismos, ni deseo de ponernos rápidamente al día. Así evitaremos resultados parecidos a los que trajo consigo en Francia, la reforma de algunas

enseñanzas. Imagino que conocerán el comunicado de un grupo de profesores de Grenoble publicado en «La Figaro Magazine» (59) en enero de 1985. Traducía la falta de unanimidad en la reforma de la enseñanza y la preocupación que motiva en la mayoría de los profesores. Para analizar la evolución de los métodos pedagógicos en el planteamiento de un problema matemático, hacen algunas comparaciones. Su ejemplo es tan ilustrativo que me permitirán transcribirlo para aquellos que no hayan tenido ocasión de disfrutar de su lectura.

### *El Problema*

*Enseñanza 1960:* Un campesino vende un saco de patatas por 1.000 ptas. Sus gastos de producción se elevan a los  $\frac{4}{5}$  del precio de venta. ¿Cuál es su beneficio?

*Enseñanza tradicional de 1970:* Un campesino vende un saco de patatas por 1.000 ptas. Sus gastos de producción se elevan a los  $\frac{4}{5}$  del precio de venta, ésto es, a 800 ptas. ¿Cuál es su beneficio?

*Enseñanza moderna 1970:* Un campesino cambia un conjunto P de patatas por un conjunto M de monedas. El cardinal del conjunto M es igual a 1.000 y cada elemento M vale 1 pta. Dibuja 1.000 puntos gordos que representan los elementos del conjunto M.

El conjunto F de los gastos de producción comprende 200 puntos gordos menos que el conjunto M. Representa el conjunto F como subconjunto del conjunto M y da la respuesta a la cuestión siguiente:

¿Cuál es el cardinal del conjunto B de los beneficios? Dibujar B en color rojo.

*Enseñanza renovada 1980:* Un agricultor vende un saco de patatas por 1.000 ptas. Los gastos de producción se elevan a 800 ptas. y el beneficio es de 200 ptas.

*Actividad:* Subraya la palabra «patata» y discute sobre ella con tu compañero.

*Enseñanza reformada 1990:* El Tío Ebaristo lavriego burgues latifundista i intermediario es un kapitalista insolidario que sanriquecio con

200 pelas al bender espekulando un costal de patata. Analiza el texto y busca la falta de sintaxis ortografía de puntuación y desorden de lo que tu digieras de estos abusos antidemocráticos.

En definitiva y para concluir suscribo lo dicho por Torrente Ballester, en una conferencia pronunciada en el Congreso de los Diputados de España. El Estado tiene la obligación de ofrecer la mejor enseñanza posible a cualquier nivel; de considerar que la enseñanza es difícil, y que con la enseñanza no se juega. Se han llevado demasiados ensayos en virtud de principios periclitados y no es lícito que las consecuencias las paguen los alumnos. Decía M. de Unamuno que «no se pueden hacer experiencias sobre alumnos, porque son experiencias sobre seres vivos».(60).

En Medicina es preciso, como muchos propugnan, y entre ellos A. Gallego (52), que España adapte sus sistemas de salud, a los de parte de los miembros de la C.E.E., que «en los últimos veinte años lograron objetivos que incrementan la medicina primaria e introdujeron cambios en sus sistemas de atención sanitaria, y en los procesos educativos del médico y personal sanitario complementario».

Suscribimos esta propuesta teniendo en cuenta que no hay que confundir la medicina primaria con la primaria aplicación de planes y reformas que podrían llevarnos a «primitivismos», y no olvidando que cuanto más y mejor se desarrolle la atención en los primeros escalones, más necesario se hace el contar con servicios de atención secundaria y terciaria, los únicos de que disponemos con calidad, y que deben integrarse en vez de considerarlos como casi incompatibles.

A medida que se generaliza la detección de embarazos de alto riesgo, se crea mayor demanda en Hospitales del nivel III y cuidados intensivos neonatales. Si se detectan gestantes portadoras de hijos con patología prenatal, incrementará la necesidad de investigaciones que sólo pueden realizarse en centros muy bien dotados; si se diagnostican más niños afectados de fibrosis quística —la genopatía más frecuente en Europa— habrá que dotar mejor las unidades de Gastroenterología pediátrica, pues su supervivencia actual hasta un promedio de 18-20 años, requiere asistencia compleja. Si se multiplica el descubrimiento de cardiopatías congénitas, precisarán ser intervenidos y quirúrgicamente salvados, la mayoría de los que fallecen ahora con diagnósticos falaces. Así hasta el infinito.

Lo he dicho y lo repito una vez más. Estamos convencidos de las ventajas de potenciar la Medicina primaria, de que sea mejor estructurada y dotada, pero siempre que se haga compatible con la hospitalaria a cualquier nivel: comarcal, provincial o regional.

### *3. Enseñanza a postgraduados*

En el primer capítulo esbozamos las posibilidades que a los recién licenciados, se ofrecían al término de su carrera. La situación para los médicos generales se mantuvo con mínimos cambios hasta hace unos siete años.

La Ley de Especialidades Médicas, que se promulgó en 1955 parecía un avance. Hacía pensar que podría clarificar la hasta entonces anárquica situación. Preparada con «todo esmero» por P. Láin Entralgo, Díaz Caneja, Fernández Castro y J. García Orcoyen, «pronto pudo contemplarse, cómo una conjura de intereses poco defendibles impedía la publicación del oportuno reglamento, y hacía inútil el texto legal que veinte años más tarde —1975— todavía era necesario para el total decoro de la profesión médica» (48). Ordenes y decretos posteriores —1957, 1968, 1972—, introdujeron retoques que no lograron hacerla más satisfactoria. Durante una época asistimos a escasez de oportunidades ofertadas a los médicos y a la titulación de un número superior a las necesidades del país. La falta de empleo o el subempleo, impulsó la emigración de varias generaciones. Algunos buscaron trabajo en Hispanoamérica, Europa, Africa y EEUU. De los 1.800 médicos que se graduaron en las Facultades españolas durante 1969-70, el 30 % realizaron las pruebas del comúnmente llamado «foreing» de EEUU. En 1971, el número de médicos españoles con ejercicio en EEUU, era de 1.684, L. Azancot (61) calificaba el hecho como «expresión del escándalo de la servidumbre del subdesarrollo que permite que los países pobres sufraguen los gastos de los ricos». Bastantes se quedaron allí, ocupando en muchos casos situaciones destacadas en la docencia o el ejercicio de la práctica médica. Uno de mis colaboradores de Salamanca, A. Rodríguez Hervada es profesor de Pediatría en el Jefferson Medical College, de Filadelfia.

Las cosas no podían continuar así. La situación era deprimente. Las corporaciones médicas, destacados responsables y nuestros portavoces

más significativos, escribieron y clamaron por algo que se hacía inaplazable. Por fin, el 15 de julio de 1978, se publicó el Real Decreto por el que se regulaba la obtención del título de las Especialidades médicas. La espera había durado desde 1955.

Quedaban nominadas 51 especialidades. Las enseñanzas se podrían cursar por el sistema de residencia en los Departamentos y Servicios Hospitalarios de la S. Social, Clínicos y otros Centros —y en su caso, en los extrahospitalarios—, en las Escuelas Profesionales de Especialización Médica, reconocidas por el Ministerio de Educación y Ciencia; en los Departamentos de las Facultades de Medicina para las especialidades de las disciplinas que integraban cada uno de ellos. En todos los casos, se hacía necesario que las unidades docentes reunieran requisitos para su acreditación. La obtención del título podría también conseguirse, convalidando en España la formación especializada adquirida en el extranjero.

Cada especialidad tenía una Comisión Nacional, a la que se señalaron una serie de cometidos. Se instituyó el Consejo Nacional de Especialidades, como órgano conjunto de los dos Ministerios implicados. El título de especialista se otorgaba por Educación y Ciencia.

En las disposiciones finales, figuraba un plazo de seis meses para que los dos Ministerios dictaran las normas complementarias precisas para el desarrollo del Real Decreto en sus respectivas competencias. El plazo pasó, sin que las disposiciones llegaran a elaborarse. Y durante algún tiempo, siguió vigente la vía convencional y clásica para acceder a la titulación como médicos especialistas.

En la aplicación y desarrollo surgieron dificultades. Con el fin de proceder a una regulación inmediata de lo que se disponía, era obligada su derogación y la elaboración de un nuevo «proyecto de Real Decreto por el que se regula la obtención del título de Especialidades médicas».

Me gustaría disponer de tiempo y espacio para transmitir las reflexiones que suscita en mí la experiencia vivida. Como Presidente de la Comisión Nacional de «Pediatria y sus especialidades», formé parte del Consejo Nacional, hasta su reciente disolución hace unos meses.

Se trabajó mucho hasta editar la «Guía de Formación de Médicos Especialistas». En la misma quedaban recogidos, el contenido de cada Especialidad; definición; requerimientos y condiciones para el acceso a programas formativos; contenido y desarrollo de los programas teóricos y prácticos; duración; procedimientos de evaluación final y calendario



de las pruebas finales. Concretaba asimismo que los programas de formación que implicasen interferencias en áreas de una o varias especialidades entre sí, deberían ser estudiados y convenidos por las respectivas Comisiones con el refrendo del Consejo Nacional. Se examinaron todas las peticiones de solicitud de acreditación como unidades docentes, estableciéndose las reconocidas con especificación de su capacidad.

En el seno de las Comisiones Nacionales fue bueno, en general, el entendimiento entre sus miembros: cuatro en representación de la Universidad, tres del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, tres del Consejo General de Colegios Médicos y dos de la Sociedad Científica de cada especialidad.

En el Consejo Nacional, hubo frecuentes y fuertes discusiones por los diferentes puntos de vista que, con toda legitimidad, mantenían los representantes de unas y otras especialidades —donde hay zonas fronterizas— y por las diferencias conceptuales entre docentes universitarios y no universitarios. La inteligente colaboración entre todos y la capacidad moderadora del Prof. Segovia de Arana hizo posible una labor constructiva.

Los principales problemas provenían, de las indecisiones ministeriales tras la elaboración de hasta más de veinte borradores del Proyecto definitivo, que subsanara los defectos del inicial; de la penuria económica para subvencionar el trabajo e inspección de la calidad de Centros con programas de docencia reconocida; de la toma de decisiones, que no tenían en cuenta los dictámenes del Consejo —no vinculantes—, y que llevaron a modificar sustancialmente: plazas de residentes convocadas, distribución de las mismas por especialidades y centros, y derogación de la prueba que estaba prevista celebrar al final del período formativo. Gradualmente, fue invadiendo a los consejeros, la sensación de que su trabajo se tomaba cada vez menos en cuenta y que en alguna forma iban adquiriendo condición «figurativa». Desde 1984, están vigentes las nuevas normas, y es pronto para juzgar lo que aportarán las modificaciones realizadas.

No deseo que estos comentarios sirvan para dejar la impresión de que la labor llevada a cabo en la formación de residentes en las diferentes especialidades, no ha sido satisfactoria. Puede que haya habido deficiencias, y que su calidad pueda mejorarse, pero el nivel conseguido por su práctica totalidad es excelente, mucho mejor del que se lograba con sistemas diferentes a los programas MIR. Su generalización a insti-

tuciones ajenas a la Seguridad Social, completó la labor que habían llevado a cabo desde tiempo antes. La remuneración y pago de las guardias permitió una entrega exclusiva, que resultaba imposible cuando tenían que compatibilizar la enseñanza y aprendizaje, con la búsqueda de otros medios de vida.

En el presente, asistimos a la reducción progresiva en el número de plazas que se convocan. De 3.500 en 1978 se ha pasado a 1.345 en 1983-84, y a 1.262 en 1984. Resulta desproporcionada la relación entre oferta y demanda. Desde el curso 1977-78 en que realizaron la prueba 5.841 aspirantes, el número se fue elevando, hasta llegar a su máximo en 1983-84, año en que lo intentaron 22.133. La decepción que origina el fracaso ante una prueba dura, difícil y a veces poco discriminativa —también es considerable el número de los que la realizan sin preparación conveniente—, ha conducido al descenso de aspirantes del último año: 18.701 el curso 1984-85.

La experiencia adquirida demuestra algunos hechos, que merecen comentario. Prácticamente todos los que superan la prueba son buenos, pero no es menos cierto que millares de los que no ingresan también lo son. El estudio del promedio general de aciertos por materias, y la valoración de la dificultad —muy fáciles, fáciles, normales, difíciles, y muy difíciles— y el de discriminación —muy satisfactorias, satisfactorias, aceptables, insatisfactorias y ambiguas—, revela grandes diferencias y evidencia la dificultad para elaborar tests de esta naturaleza. En la selección de la especialidad, se aprecia —prueba de 1984— marcada preferencia por escoger lo que está acorde con la «vocación» en detrimento de lo que en principio, pudiera ofrecer mayores posibilidades de «salidas» al final. La Medicina de familia y comunitaria, ocupa el lugar 40 entre 42 opciones. La mayoría de los residentes muestran su preferencia por las grandes ciudades. En 1984 escogieron Madrid, 338; Barcelona (incluido Hospitalet) 240; Zaragoza, 72; Valencia, 63; Sevilla, 53... A Valladolid, optaron 37 y a Salamanca, 26 residentes.

El problema actual, reside en: ¿qué hacer con aquéllos que no consiguen acceder a los programas de formación? Algunos que fracasan en la primera «intentona», superan la segunda, y a veces, con logro de excelentes puestos. La experiencia llevada a cabo en los últimos tres años, en la Facultad de Medicina de Valladolid, ha permitido que nuestro Centro haya trepado hacia los puestos altos: 6ª entre las 23 de toda España. En nuestra opinión, no se debe a que hayan mejorado los

estudios de pregrado, sino al empeño de un corto, pero esforzado número de profesores dedicados a entrenar, estimular y enseñar a que los postgraduados afronten en mejores condiciones la prueba.

Para los que renuncian de principio al programa MIR, y para los que fracasan tras dos-tres intentos, quedan pocas opciones. Las becas para iniciarse en la investigación, son escasas: 5 ó 6 por año en la Facultad. Las interinidades permiten trabajar un mes —a lo más dos— por año. Se ponen barreras casi infranqueables para aceptar «asistentes voluntarios», por supuesto sin remuneración y sin opción a figurar en el Registro Nacional de Especialistas en Formación, condición obligada para optar al título. Son exiguas las posibilidades de obtener ayudas o bolsas de viaje. Los parados concurren por millares a las oposiciones que se convocan. Algunos, se arriesgan al ejercicio libre, abriendo Centros de Urgencia y consultorios diversos, casi siempre con menguadas posibilidades de éxito. Bastantes se plantean emigrar al extranjero, pero países que ofrecían años atrás opción al trabajo, también se hallan saturados. La Universidad ha cerrado sus puertas para varias generaciones, con la incorporación de los profesores idoneizados y la titularidad de los interinos. En este momento está dificultada la forma en que debe iniciarse la carrera docente, para aquéllos, que hace unos años se podía prever que encerraban sobrado potencial para llegar, con sólo darles «cancha», a las máximas cotas.

La solución de este grave problema es difícilísima. En opinión del Consejo General de Médicos —que hace ofertas de «alivio» a través de una Reforma orientada según sus directrices— todo se agravará con la nueva Ley de Sanidad. El agobiante momento en que viven los parados —postgraduados y también especialistas— y que tiene condición generalizada en toda Europa, es resultado de una etapa, no de crisis coyuntural, sino estructural. No habrá gobierno que la cambie y tenemos que adaptarnos, con añoranza del pasado pero sin posibilidad —al menos para mí adivinable— de retorno, a lo que «el viento se llevó».

Lo importante sería buscar fórmulas que eviten el abatimiento de nuestros jóvenes, la frustración y tendencia a actitudes pasivas, que degraden y empeoren el horizonte desmoralizado con que se enfrentan. Ante etapas como la presente, es seguro que surgirán vías y caminos «paralelos»; si hoy no se entrevé la forma en que se van a estructurar, irán naciendo, para hacer posible que de alguna manera se salven los valores humanos que encierra la juventud actual.

Dedicaré unas líneas a la opción de que el postgraduado decida doctorarse. Desde que acabó el monopolio de realización en la Universidad de Madrid, se inició un período descentralizado. Permitió seguir, los cursos monográficos en los propios Centros, y hacer en éstos el trabajo que era juzgado por tribunales con designación regulada. En mi experiencia, el sistema, con deficiencias, ha dado frutos de calidad nunca menor que en la etapa centralista, y los resultados en general, han sido positivos.

Una regulación establecida por Real Decreto de enero de 1985, cambia todo, dejándonos muchas dudas de lo que va a significar su puesta en práctica. Por lo pronto, el Ministerio se convierte en el protagonista, y la autonomía universitaria queda olvidada; establece una complicadísima normativa para la forma de organizar cursos y seminarios; fija rígidos contenidos de los programas; criterios de puntuación para llegar a conseguir un total de treinta y dos créditos en dos cursos académicos; crea una Comisión de Doctorado para regular y preseleccionar las tesis; establece una tutoría... La elaboración de la tesis doctoral requiere emplear cinco años, prorrogables a dos más. En los tribunales no puede figurar el director.

No produce ningún entusiasmo esta Reforma, y me embarga el temor de que complique las cosas sin que sirva para potenciar el tercer ciclo universitario, de por sí tan mal atendido y maltratado.

Omito abordar la debatida Ley de Reforma Universitaria, aunque manifiesto reservas y expreso mis dudas. Algunos confían en que pueda aportar ventaja para revitalizar en forma positiva nuestros Centros. Me inclino a pensar —presentir— que en la misma no se hallan los principios que hagan posible su regeneración.

Está por ver la eficacia de unos Estatutos tan diferentes como los elaborados por las Universidades españolas. Puedo decir, que los trabajos que llevaron a la confección de los de nuestra Universidad, dejaron en mí impresión de amargura. Las discusiones copiaron, con curioso mimetismo, hábitos parlamentarios; establecieron una caprichosa catalogación entre «progresistas» y «reaccionarios». Las diferencias obligadas entre los claustrales —la utilización de los títulos académicos de doctor y profesor estuvo mal vista por algunos— se dirimieron con preferente motivación ideológica.

En síntesis, puedo agregar que lo que sucedía en aquel claustro era tan diferente a lo que esperaba, que me sentí como «gallina en corral

ajeno». No se vea en lo que expreso, reproche para quienes intentaron poner esfuerzo en defender sus criterios y en conseguir lo mejor o «lo menos malo». Soy yo quien asimismo se reprocha el no haber sabido hallar incentivos para ver las cosas de otra forma.

## **Evolución de la formación pediátrica**

Las vicisitudes de quienes decidían seguir el camino de la pediatría, se asemejan a las de cualquier otra especialidad, pero ofrecen algunas peculiaridades. He tratado el tema en varias ocasiones, por lo que resumo opiniones expuestas y reflexiono sobre las novedades acaecidas en los últimos años.

Durante largo tiempo, las únicas vías, pasaban casi de manera obligada, por las Cátedras Universitarias y los pocos Hospitales citados. La guerra civil dejó huella en el profesorado. G. Vidal Jordana —en Barcelona— fue sancionado y apartado por motivos políticos. R. García Duarte y Salcedo asesinado cuando regentaba la de Granada. De las doce cátedras existentes estaban algunas sin cubrir. De 1936 a 1948 accedieron a la titularidad dos nuevos catedráticos: A. Galdó Villegas y M. Suárez Perdiguero. E. Salazar —que regentaba la de Valladolid— quedó limitado en su salud desde los años primeros de la postguerra. G. Arce —titular desde 1944 de la de Salamanca— vio truncada desde 1953 su obra, por enfermedad que le condujo a situación invalidante desde 1955. Falleció súbitamente R. Ramos en 1955, cuando contaba 48 años. Tanta adversidad dejó en situación difícil a la Pediatría, que pasó años de indudable atonía y languidez.

Varios hechos permitieron ir remontándola. La creación de las Escuelas Profesionales de Pediatría y Puericultura desde 1955. La regulación del título con la Ley del mismo año —con portillos que facilitan nominaciones en forma muchas veces espúrea o con escasas garantías—. La creación de las Sociedades Regionales de Pediatría, que se suman a las existentes desde antes de la guerra (Catalana y de Madrid); tras el nacimiento en 1959 de la Sociedad Valenciana de Pediatría se puso en marcha un proceso, que he catalogado de decisivo en la revitalización de nuestra actividad (62). También contribuye el vigor que alcanza la A.E.P., a cuya presidencia accede en 1960 E. Jaso Roldán.



Significativas fueron otras circunstancias. Una de ellas la incorporación de M. Cruz Hernández, en 1957 a la cátedra de Pediatría de Cádiz, y desde 1964 a la de Barcelona, coincidiendo con la entrada de otro nuevo catedrático para regentar la de Valladolid.

Desde 1966 se inicia un ritmo acelerado con incorporación, en 10 años, de cinco nuevos catedráticos y nueve profesores agregados, proceso que se completa hasta satisfacer la demanda originada por la creación de las nuevas Facultades, con dotación de Cátedras, Agregadurías, Adjuntías y Ayudantes de clases prácticas.

El otro acontecimiento —al que hemos dedicado atención en páginas anteriores—, se concreta en el nacimiento del Hospital Infantil de la ciudad Sanitaria «La Paz». Desde 1965 abre camino a los que se han sucedido en la «veintena dorada» de la medicina y de la pediatría.

Al disponer de medios humanos y técnicos, la medicina de la infancia, da un paso sustancial hacia logros cada vez mayores. De entre todos, tengo por trascendente: el nacimiento y posterior desarrollo de las Especialidades pediátricas. Resulta difícil cuantificar lo que el niño sano y enfermo, en definitiva la sociedad española, debe a este acontecimiento, que llegó a nuestro país con retraso, pero que ha cubierto en las dos últimas décadas un camino tan fecundo como para asegurar, sin exageración, que nuestra actividad se divide en «antes y después de las especialidades pediátricas».

De nuevo, tendría que volver a transcribir palabras propias, pues en 1973 dejé escrito lo que significa este fenómeno, (63) y hace poco he vuelto a destacar lo alcanzado en diversas áreas (19). Prefiero dedicar unas líneas a referir las dificultades que han encontrado para su reconocimiento oficial, ya que todavía, a pesar de su excelente capacidad operativa, se debaten con la falta de aceptación oficial de su existencia.

Conozco la opinión suscrita universalmente del significado y concepción del ser humano y del niño como unidad biológica, que sólo cabe comprender en su integral totalidad. En la forma más clara posible he intentado recalcar, en cuanto llevo escrito, que así debe ser y seguir siendo. Partiendo de este principio inamovible, no es menos cierto que la asistencia al niño ha de prestarse con aplicación de todos los recursos necesarios.

El fabuloso acúmulo de conocimientos teóricos y los progresos sucesivos en la tecnología aplicada han traído como consecuencia, que resulte imposible a una sola persona estar en posesión de unos saberes y

un quehacer, que permitan llevarlos a la práctica con las exigencias de nuestro tiempo. De la misma manera que la Pediatría, en un determinado momento, se desgajó del tronco común de la Medicina, de ella han surgido las especialidades pediátricas. Estar en posesión de personal humano que ha adquirido competencia —tras entrenamiento duradero y difícil— y que aplica con rigor y precisión, los sofisticados recursos instrumentales, es lo que permitió llegar a metas que parecían inalcanzables.

Todo reside en armonizar dos evidencias: el niño es un ente indivisible, pero requiere en su asistencia la actuación de especialistas en áreas concretas, sin correr el riesgo de que se desintegre por actuaciones fragmentarias. ¿Cómo hallar fórmulas para compatibilizar ambas realidades? Esta es la cuestión.

*La A.E.P.* defendió una postura que fue reconocida por el Real Decreto de 1978. En él se incluyen la «Pediatría y sus especialidades» y la Cirugía pediátrica. Sobre el papel —del Boletín Oficial— se había conseguido la aceptación de que la Pediatría había pasado, de ser una especialidad «longitudinal» a convertirse en un *especial modo y manera de aplicar la Medicina integral a un período de la vida que se extiende de la concepción al fin de la adolescencia*. Las especialidades «transversales» es decir, las especialidades pediátricas, quedaban conceptual y «oficialmente» reconocidas.

Dice el refrán que del dicho al hecho hay mucho trecho. Tanto, que en los siete años transcurridos se han dicho muchas cosas —demasiadas—. En arduas sesiones de trabajo de la Comisión Nacional del Consejo, de la AEP, de las Reuniones Anuales, de los Congresos, de las Secciones, se ha debatido todo lo que cabía defender y contraponer en la búsqueda de fórmulas para dar cumplimiento a lo legislado. Se evidencia por lo pronto, que la solución del problema no es fácil. Se entremezclan diferentes maneras de orientar los objetivos científicos y profesionales, con cuestiones de índice asistencial, laboral, económico, de titulación y de la reconversión de Pediatras especializados en años previos, que figuran como generalistas en sus lugares de trabajo.

En nuestra opinión, defendida en distintos lugares, no es posible ampliar la relación de las 51 especialidades que reconoce la Ley, con las 17 que figuran como Secciones de la AEP. Sí sería posible, que en posesión de un solo título, se establecieran normas para que los especializados en diversas áreas, fueran acreditados como tales. De esta forma

en su título de pediatría, se incluiría, la acreditación específica: Cardiología, Neonatología y Medicina perinatal, Gastroenterología y Nutrición, etc. Esta posibilidad se reconoció en la «Guía de Formación», cuando al concretar la duración de los programas de especialización, incluyó en las observaciones, una que literalmente decía «Las acreditaciones especiales serán reguladas posteriormente».

La regulación se llegó a establecer para la formación de los MIR acreditables en Cardiología Pediátrica. El Consejo Nacional refrendó los acuerdos de las Comisiones Nacionales de las dos especialidades implicadas: Cardiología y Pediatría. Todo estuvo a punto para que encontraran vía libre en la normativa legal. Pero no se trasladó al Boletín Oficial. La constructiva labor con otras comisiones, siguiendo el mismo o parecido método (Nefrología Pediátrica, Neuropediatría y Cuidados Intensivos Pediátricos), fue difuminándose a medida que se advertían dificultades insuperables para legitimizar lo previsto en Cardiología.

En la actualidad se está trabajando en Unidades de diversas Especialidades pediátricas, pero sigue siendo necesario que se reanuden los intentos para hallar, entre todos —y con cesiones mutuas— la regulación de unas actividades que son imprescindibles en la asistencia, docencia e investigación. Resulta urgente que se reconozca como especialidad la Psiquiatría Infantil, aceptada en todos los países de Europa, salvo el nuestro, Albania y Bulgaria (64).

Quedaría incompleto este apartado, si omitiéramos algunas reflexiones sobre el reflejo que el elevado nivel científico experimentado por la pediatría de las últimas décadas, ha dejado en publicaciones y en la investigación.

Las publicaciones periódicas pasaron por varias etapas. Terminada la guerra civil, sobrevivió de las precedentes el *Boletín de la Sociedad Catalana de Pediatría*, nacido en 1926 y que subsiste. Hubo que esperar hasta 1943, para que surgiera *Acta Pediátrica Española*. De este momento hasta 1958 surgen seis más, con significado diferente en su orientación. Sólo citamos las que han perdurado: *Revista Española de Pediatría* (1945) y *Archivos de Pediatría* (1950). A partir de 1959, con el nacimiento de la Sociedad Valenciana de Pediatría se inicia una explosiva proliferación de «Boletines»; cada sociedad editaba su publicación; de calidad en la mayoría de los casos aceptable, pero que dispersaban excesivamente la producción. Entre los «Boletines», merece citarse por su continuidad el de la Sociedad Castellano Astur Leonesa, que desde

1960 ha insertado 839 trabajos en sus páginas. La mayoría de los de otras regionales fueron poco a poco desapareciendo (7, 62).

El órgano oficial de la Asociación, *Anales Españoles de Pediatría* surgió en 1968; se reestructuró en 1972 y ha conseguido desde entonces notable desarrollo. En 1984 publicó 18 números y varios suplementos. El mismo año dio cabida a trabajos que ocuparon 2.000 páginas. Se ha convertido en el portavoz de la mayoría de los Centros e instituciones pediátricas, y recoge ponencias, mesas redondas y comunicaciones de las Secciones de Especialidades. Un estudio (65) sobre distribución por orden de incidencia de las revistas españolas en que se publican trabajos de pediatría durante el período 1974-81, le sitúa con 678 trabajos, en primer lugar. Le sigue *Archivos de Pediatría* (444). *Revista Española de Pediatría* (417), el *Boletín de la SCALP* (261). En el período citado, *Pediatrka* figuraba con 23 trabajos.

La aportación de los pediatras españoles a diversas revistas especializadas europeas y de EEUU, ha experimentado gran incremento, hasta convertirse, lo que era excepcional, en frecuente.

Las publicaciones regulares españolas coexisten con algunas extranjeras traducidas a nuestro idioma, con otras comerciales, y con la edición desde 1977 de números monográficos sobre *Medicina de la Infancia*, en el tratado *Medicine*, y con la serie M.D.P. *Monografías de Pediatría*, de excelente acogida.

La falta de textos debidos a autores españoles se superó a partir de 1954, tras la aparición de la obra *Lecciones de Pediatría* de C. Laguna Serrano, —proseguida hasta la publicación del primer volumen de una nueva versión en 1974, en la que figuran como co-directores J.A. Paz Garnelo y J.A. Velasco Collazo—. Son cinco las ediciones del *Tratado de Pediatría*, dirigido por M. Cruz Hernández —la primera de 1971 y la última de 1983—; durante más de un decenio ha sido y sigue siendo utilizado por millares de estudiantes y pediatras españoles e hispanoparlantes. Se cuenta también entre otras con la obra *Pediatría Clínica* de J. Llorens y col. (1976), con la de *Pediatría Básica* dirigida por E. Sánchez-Villares (1980) y la *Patología Infantil estructurada* de F. Collado Otero (1984). Se extenderían en exceso estas notas, de recoger las monografías editadas por pediatras españoles y sobre todo de los que cultivan las especialidades; algunas de excepcional calidad. En *Anales Españoles de Pediatría* durante 1983 y 1984 se recibieron 16 obras de autores españoles (66).

La investigación ha seguido un curso paralelo al de la renovación hospitalaria, dotación de personal, incremento de plantillas docentes, mejor equipamiento en médicos y desarrollo de las especialidades pediátricas. De la etapa de investigación clínica se ha ido pasando a la realización de trabajos planeados con más rigor y nivel de exigencia. Es importante destacar que poco a poco —siempre con gran esfuerzo—, han ido surgiendo grupos que en determinadas áreas adquieren notable competitividad.

Es mucho lo que falta por hacer y en forma equivalente a lo que sucede en otras ramas de las ciencias médicas, resulta necesario rentabilizar los recursos dedicados a este fin; integrar las ayudas oficiales y las procedentes de fundaciones u otras fuentes; ampliar el número de becas a postgraduados; entrenar a personal auxiliar que figura adscrito a este empeño con dedicación exclusiva. Pero sobre todo, reducir la burocratización, inseguridad en la recepción de los fondos que se otorgan, y evitar lo aleatorio de la financiación de proyectos que muchas veces, no se sabe si podrán proseguirse o no.

Poco podríamos decir por ahora, del anteproyecto de Ley de Fomento y Cooperación de la Investigación Científica. Es justo afirmar que la labor llevada a cabo por el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social y por la Dirección General de Política Científica, a través de la Comisión Asesora de Investigación Científica y Técnica, ha sido muy estimable. Conocemos las críticas que se les hacen. La mayoría injustas y procedentes de grupos que parecen adoptar posturas resentidas. Reprochan la distribución de unos fondos, que naturalmente se orientan hacia Centros con reconocida solvencia y tradición investigadora, y no van a otros, porque... ni siquiera se solicitan.

Si queremos adaptarnos al futuro, el gobierno español —de ahora y de más adelante— tendrá que incrementar ampliamente los presupuestos que se dedican a la investigación.

A estas alturas, sólo de pasada, se ha aludido al Hospital Universitario Materno Infantil (HUMI). Imagino que son bastantes los que esperasen que aprovecharía la ocasión para salir a la palestra. No lo haré. Cuanto teníamos en su momento que decir, quedó dicho. A la Administración del Estado (en anteriores y en este Gobierno) incumbía la responsabilidad. No compartimos las decisiones que han tomado y dejado de tomar. Nuestra región estuvo discriminada en el pasado, y en el presente sigue dejada de la «mano de Dios», en la solución de algunos



problemas que atañen a la salud materno-infantil. Por nuestra parte, hicimos lo que creíamos un deber para la sociedad y Universidad, a la que nos honramos de servir. Que el HUMI siga cerrado y se ignore su destino es un error, no sé si histórico, pero sí muy grave.

Nuestro fallo consistió en olvidar que en los países, regiones, —Comunidades— «disdesarrollados» es pecado romper moldes, superar modelos establecidos por la rutina y luchar contra la falta de imaginación, pecado que impone penitencia. En tiempo venidero trataré lo que ahora se elude, aunque se aluda de forma genérica en páginas sucesivas. Ya llegará la hora de dar rienda suelta a lo mucho que falta por esclarecer de una historia y peripecia con demasiados recovecos.

## EN LAS FRONTERAS DEL HOY AL AÑO 2000

Nuestra vida es muy corta y los cambios se suceden en forma rápida. Lo dejamos ya dicho. También nos faltan dotes de adivinos. Quedó atrás el pasado, nos hallamos insertos en el presente y se inicia el futuro en cada momento que pasa. Para encararnos con éste, dice C. García Caballero (67), han de recrearse alternativas apoyadas en diversos niveles de análisis futuroológicos: la predicción —revisión del futuro por proyección del pasado—, la posidición —imaginación del futuro—, y la prospección —prefiguración y enseñanza del futuro—. No vamos a barajar estas alternativas. Nuestro objetivo, menos ambicioso, se limitará a reflexionar sobre cuestiones y problemas que están planteados a la medicina y a la pediatría de hoy y que verosímilmente seguirán proyectándose y teniendo vigencia en la quincena de años que faltan para el inicio del nuevo siglo.

Obligado a seleccionar entre la gran variedad de materias a tener en cuenta, opto por hacer algunas reflexiones en la frontera del comienzo de la vida, límite inicial de la Pediatría. Por su actualidad palpitante, otras muchas cuestiones se imponen como motivo de preocupación. Las dejaré sólo enumeradas para no ampliar lo que ya resulta extenso en demasía.



## En la frontera del nacimiento

Cada vez alcanza más interés y trascendencia cuanto se refiere al nacer: planificación familiar, fecundación artificial (FA), origen de la vida, aborto, patología preconcepcional y postconcepcional, prevención de la prematuridad y bajo peso —con ello de la subnormalidad—, asistencia al parto, atención al neonato gravemente enfermo, amamantamiento, etc.... Dedicadas previamente breves líneas a varias de estas materias, en lo que sigue, se completan con más detalle otras que también suscitaron comentario volandero.

### *1. Planificación familiar (PF)*

Para cumplir los objetivos de su definición, E. Alfaro (68) precisa que las campañas de PF, no se deben improvisar si se desean cumplir las premisas fijadas por la OMS. Han de disponer de equipos humanos de trabajo interdisciplinario —obstetras, pediatras, médicos de familia, asistentes sociales, psicólogos, sociólogos, urbanistas—, de medios técnicos —complejos— y de suficiente apoyo financiero.

La PF que se ajuste a criterios científicos tiene como meta principal mejorar la calidad de vida, y entre sus misiones se incluye: instruir a las gestantes en lo que concierne a la salud y actividad sexual, favorecer los factores preventivos y la sanidad especializada en la maternidad y los cuidados del período perinatal, analizar los elementos ambientales, asesorar en materias de contraceptivos, facilitar soluciones para parejas infértiles y aspirar a que el aborto sea erradicado (68).

A estas alturas nadie discute algo que incluyó la ONU en el marco de los derechos humanos y que es asumido por los Gobiernos de numerosos países para frenar la explosión demográfica o evitar el despoblamiento. Los problemas son distintos en unos y otros, pues también es bien distinta la situación demográfica y la disponibilidad de alimentos.

Para F. Grande Covián (69), el problema de nuestro mundo radica en que, a pesar de que se producen los alimentos suficientes para ingerir 2.570 Kcal. por persona/día, están muy mal distribuidos: siendo el promedio de 3.300 en un cuarto de la población mundial y de 2.000 a 2.300 Kcal. persona/día en los tres cuartos restantes. Se estima que para el año 2000 la población del mundo pasará de 4.500 millones actuales a 6.000 con reparto desigual —una vez más— de la abundancia y la

escasez. Hay muchas dudas sobre si se producirán los suficientes alimentos para el esperado incremento de población. El problema no se resuelve con dinero. Lo verdaderamente efectivo es enseñar a producir alimentos, y son muchas las esperanzas que se ponen en los avances de la biotecnología.

Me encuentro muy cercano a las conclusiones expuestas, por E. Alfaro en lo que considera sobre los «métodos irreversibles» y medidas que afectan a la integridad moral o física en PF. No justifica las técnicas de esterilización —sólo en áreas de la medicina preventiva—. Excluye el aborto libre y el terapéutico como medios de la PF. Propugna la libertad en la elección y la no imposición de restricciones al número de hijos en contrapartida con los premios a las familias numerosas, como medidas nacionalistas o dictatoriales. Tiene por inadmisibles que el control futuro de la natalidad pueda basarse en la manipulación artificial de la mujer, en lugar de fundarse en el estudio biológico de la pareja como unidad humana.

España tendrá que plantearse que la PF alcance a toda la población, se ajuste a los propósitos que la hicieron y la hacen necesaria y que se lleve a la práctica con rigor científico y ético. No basta con transformarla en Centros de Control de la natalidad y en el lugar donde se proporciona a la mujer métodos anticonceptivos.

Se debe valorar con rigor el actual descenso de la natalidad, lo que obliga a tener en cuenta sus consecuencias en la demografía. Creo recordar que se han hecho manifestaciones en este sentido por representantes destacados de nuestro Gobierno y acabamos de ver en los días en que esto escribo un póster editado por la Administración francesa que trata de estimularla. En igual manera es urgente potenciar la educación sexual en nuestra juventud y evitar que aumente la maternidad en las adolescentes.

## 2. *Fecundación artificial*

Es motivo de reflexión el hecho de que cuando asistimos al empleo generalizado de los métodos anticonceptivos, técnicas de esterilización y del aborto, seamos a la vez testigos de una demanda cada vez mayor, de los métodos de fecundación artificial, expectativa que es difícil prever hasta dónde llegará en años venideros.

Este concepto incluye un conjunto de intervenciones médicas que van, desde la obtención del óvulo y el espermatozoide, hasta la posible implantación del óvulo fecundado en el útero; verificándose las primeras maniobras de fecundación y primeros estadios del desarrollo de la célula germinal fuera del seno materno.

La denominada fecundación o fertilización *in vitro* (FIV) y la transferencia embrionaria (TE), tuvieron sus indicaciones médicas iniciales en el tratamiento de la esterilidad: casos en que resulta imposible la unión, en condiciones normales, del óvulo y del espermatozoide, sea por causas ligadas al hombre o a la mujer.

Desde que hace 15 años, en el Reino Unido, se llegó a decir que la donación de espermatozoide y óvulo era una práctica inmoral, ha pasado poco tiempo cronológico, pero se han producido cambios asombrosos. En 1978 nació en Cambridge el primer niño «probeta». Desde entonces más de 600 han llegado al mundo. Ha nacido algún niño de madre alquilada «por contrato» y otros procedentes de embriones congelados, —la niña de Melbourne en 1983, otro en Holanda y el 10 de Marzo de este año, el famoso Gregory Martin Jackson—.

Existen en la actualidad diferentes clases de FIV, orientadas unas a la investigación, y otras al desarrollo de los seres humanos. Con referencia a estas últimas, la jurista M.D. Vila-Coro (70) distingue las siguientes variantes:

a) Atendiendo a los sujetos: homóloga —entre miembros de un matrimonio o pareja estable—, heteróloga —embrión de otros progenitores en la matriz de la mujer que será su madre fisiológica—, y clónica —incorporación a una célula cualquiera de un núcleo de un óvulo fecundado—.

b) Según sus fines: terapéutica —subsana deficiencias de los progenitores—, y eugenésica —corregir alteraciones hereditarias sustituyendo al progenitor por un dador con mejor salud—.

c) Según su localización: ortotópica —embarazo normal en el útero materno— y ectópica —el producto de la fertilización se gesta en lugar distinto al órgano y situación natural—.

Cuando estas posibilidades se ponen en un diagrama con dibujitos de la mujer y el hombre, sujetos activos y pasivos en el «juego», parece un «damero maldito».

Los médicos por sí solos no pueden abordar las cuestiones complejas que la FA, ha traído consigo, dadas las múltiples repercusiones sociales, jurídicas, éticas, morales, etc....

El hecho carece de precedentes en la historia de la especie humana y necesita regulación urgente. El Comité Warnock del Reino Unido, aprobó el uso de la FIV en 1982, recomendando controles legales. Desaconsejaron y consideraron como no deseable el «alquiler del útero» o «madre portadora», acuerdo en el que también coinciden el Consejo Australiano de Investigaciones Médicas y el Centro Francés de Ética Médica.

En el presente, lo más acuciante es qué hacer con los embriones restantes. Las posibilidades son: transferirlos a las pacientes —riesgo de embarazos cuádruples o quíntuples—, congelarlos —para transferir a la misma paciente en ciclo posterior o a una pareja distinta—, aprovecharlos para la investigación o deshecharlos sin congelar.

Volviendo la vista al pasado, de lo que podemos estar seguros es de que no habrá marcha atrás. Seremos responsables de acertar o equivocarnos con el control de un proceso que incide en valores fundamentales del hombre; como incide la energía nuclear empleada con fines bélicos en la sobrevivencia física; o los cambios ecológicos —a veces «ecocatástrofes»— en la salud y la enfermedad, o el buen o mal uso de medicamentos muy activos.

Equipos médicos del Instituto Dexeus, hicieron posible que llegara al mundo en Barcelona, el 12 de Julio de 1984, la primera niña «probeta» española. Habían pasado seis años desde el nacimiento, el 25 de Julio de 1978, del primer inglés logrado por FIV. Las investigaciones de Patrick Steptoe y Robert Edwards habían durado 10 años. Se han conseguido con éxito FIV en instituciones de la Seguridad Social y cada vez son más numerosas las mujeres que se hallan en estado de «esperanza».

De cara al futuro, es previsible que nuestras autoridades se vean obligadas a atender exigencias que, si tienen amplia demanda, hay que ofertar a la comunidad con premura y sin distinciones. No basta con promocionar la atención primaria. Hay que dotar y financiar con medios económicos y humanos, Centros regionales de nivel III que puedan realizar con garantías, técnicas sofisticadas y costosas.



### 3. *Origen de la vida*

De existir acuerdo en la pregunta ¿cuándo comienza la vida? estarían de más las interminables polémicas y radicales posturas de los científicos cuando se plantean una cuestión, que cobra más resonancia por su repercusión en el aborto.

El Senado de los EEUU (Subcomité sobre Separación de Poderes) convocó una reunión en Abril de 1981, con asistencia de expertos de diversos países. Se mantuvieron diferentes puntos de vista. En síntesis, las actitudes expuestas permiten diferenciar dos concepciones distintas: 1) Con la fecundación, un nuevo ser viene a la existencia —el cigoto, el embrión y el feto son seres humanos—. 2) Se requiere establecer en un estadio del desarrollo, la entidad destinada a adquirir los atributos de un ser, investido de los derechos y protecciones acordes al estado del ser humano.

Los defensores de la primera de estas afirmaciones son muchos. Resumimos lo que expresan J. Lejeune y L. Zamorano.

El conocido investigador francés, descubridor de la trisomía 21, primera anomalía cromosómica demostrada en la especie humana, sostiene de manera inequívoca, como verdad experimental avalada por múltiples argumentos —que revisa— y no como afirmación metafísica, que la condición humana del ser se inicia desde la concepción y llega hasta el fin de sus días (71).

L. Zamorano (72) mantiene que biológicamente a los seres vivos se les define como «aquellos cuerpos naturales que nacen, crecen, se reproducen y mueren». En un sentido más estricto —pues las citadas propiedades no se manifiestan todas al mismo tiempo—, tal condición puede atribuirse a «aquellos cuerpos materiales que poseen ácidos nucleicos y proteínas y que son capaces de sintetizar tales moléculas por sí mismos». Cuando aparece un ser que cumple estas condiciones biológicas, la vida empieza. El óvulo fecundado tiene todas las propiedades para sintetizar y desde el primer momento está sintetizando, no sólo sus ácidos nucleicos y proteínas, sino todas las de la especie biológica a que pertenecen sus progenitores. Es por tanto un individuo completo de su especie, en etapa embrionaria. Tiene su personalidad biológica propia, como puede ser la de un adulto de la misma especie.

Los que objetan estas posturas y defienden otros puntos de vista también son muchos, y manejan argumentos diversos. Véamos algunos.

La vida empezó hace 200-400 millones de años, y por un proceso evolutivo, surgió —hace 5, 10, 15 millones de años— el homínido precursor de nuestra especie. La vida no empieza, sino que se transmite mediante los ciclos reproductores; el óvulo y espermatozoide son ambos vivos e igualmente humanos en la medida en que contienen el mensaje genético, o lo que es igual, la potencialidad del ser humano. Pero no se debe confundir la potencialidad con la existencia humana, desarrollada y plena; el cigoto es ciertamente un ser humano en potencia, pero en escala anterior al embrión y al feto. Desde su perspectiva de racionalidad científica, es absurdo conceder estado de persona humana a cualquiera de estos estadios potenciales, como es arbitrario establecer unos límites de humanidad entre los gametos y el resultado de la unión.

S. Martí y A. Pestaña (73), en su artículo titulado «Cuando empieza la vida» recogen y revisan el debatido problema de la humanización. «Si lo genuinamente humano es su condición de ser social, con una potencialidad simbólica exclusiva —representada por las estructuras y funciones cerebrales del neocórtex— cuyo desarrollo depende del entorno social que lo modela interactivamente, sobre estas bases es sobre las que sería posible precisar en términos científicos, los límites aproximados en que puede hablarse de un ser humano. El cigoto carece de cerebro; por eso, asignarle existencia humana carece de base científica y entra en el terreno de las creencias místicas o las profesiones religiosas». «Los rudimentos del cerebro no aparecen sino a partir del segundo mes, pero su organización y funcionalidad es un largo y complicado proceso, que se prolonga tras la primera infancia. Es en esta zona de penumbra donde la indagación científica podría precisar los límites exactos de la aparición de la persona».

Lo transcrito permite hacerse una idea de la extrema complicación que se origina cuando se trata de distinguir entre vida —en el sentido biológico más natural—, vida humana —la propia de nuestra especie— y vida humana humanizada —la que resulta de unas relaciones humanas adecuadas—. Todo ello, en gran parte motivado por la polémica sobre la legitimación o la despenalización del aborto.

Nuestra manera de pensar, júzguese como se quiera, se identifica con los argumentos de quienes defienden que la vida comienza con la concepción. Llegará a humano y humanizado si no lo impiden factores intrínsecos o extrínsecos.

#### 4. Aborto legal

Pocas o ninguna cuestión tan vidriosa como la del aborto legal, al que dedicamos algunas reflexiones. La sociedad, los Gobiernos y los ciudadanos están divididos en tres grandes bloques: permisivos para su regulación, oponentes radicales y eclécticos.

La historia viene de lejos. La URSS, a raíz de la revolución soviética legalizó el aborto. Desde entonces, con diverso grado de liberalidad, se han dictado normas en numerosos países. En Europa, los escandinavos fueron adelantados. Se calcula que un 60 % de la población mundial —alrededor de 2.500 millones de personas— disponen de legislación permisiva. La experiencia en algunas naciones es corta y en otras muy amplia. Su valoración es diversa y mientras en algunas se amplían las indicaciones, en otras se revisan para acortarlas o hasta abolirlas.

En España, el proyecto de Ley Orgánica aprobado por las Cortes, pasó al Senado. En Sesión plenaria celebrada el 30 de noviembre de 1983 éste aprobó el texto definitivo. El Grupo Popular interpuso recurso previo de inconstitucionalidad contra el texto definitivo, por considerar que se infringían determinados artículos de la Constitución. Solicitaba que se declarase la inconstitucionalidad total del proyecto, subsidiariamente la parcial, y que se dictara sentencia interpretativa y aclaratoria de lo que consideraban ambigüedades constitucionales.

El 16 de Abril de 1985 dictó sentencia el Tribunal Constitucional. Declara inconstitucional el proyecto de despenalización parcial del aborto y sugiere al Parlamento fórmulas concretas para que fuera modificado el texto legislativo, a fin de que el mismo contenga las garantías suficientes para conseguir al máximo que no se produzca extralimitación en la aplicación de la futura ley.

Cumplidos los trámites previstos por la sentencia, en España, a partir de la entrada en vigor de la ley del 12 de Agosto de 1985, se despenaliza parcialmente, en tres situaciones, la práctica del aborto: «riesgos para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada», «delito de violación» y «presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas». La ley señala que «el aborto ha de ser realizado por el médico o bajo su dirección».

Dejando a un lado las opiniones personales, todas respetables, dos hechos están claros: 1) En España existe una ley orgánica de despenali-

zación parcial del «aborto terapéutico», del denominado «ético» y del llamado «eugenésico». 2) El problema, de político o jurídico, ha pasado a ser sanitario. El Ministerio de Sanidad y Consumo, los Centros e Instituciones, los médicos, —en especial ginecólogos y en determinados aspectos los pediatras— y el personal sanitario, tienen sobre sí la responsabilidad de que se cumpla la ley con el máximo de garantías y sin extralimitaciones.

La opinión de los médicos está dividida. La encuesta realizada en 1983, por el Consejo General de C. Médicos, fue contestada por 23.903 facultativos. En las preguntas formuladas en torno al aborto, el 45,5 % respondió a favor. El 46,8 % en contra. La situación no ha cambiado en los dos últimos años. Una reciente encuesta entre más de 1.000 médicos realizada por la revista «Consulta semanal», sobre postura en los casos que recoge el Tribunal Constitucional, proporciona datos parecidos. A favor de los supuestos aprobados, 34,8 %. En contra 31,8 %. Un poco menos del 60 %, no está dispuesto a realizarlo nunca.

Durante este mes de Agosto con la entrada en vigor de la ley, hemos asistido a la exteriorización de algunas cuestiones que cabía esperar. Por la brevedad que impone el espacio y el tiempo, nos referimos a las que más nos afectan.

a) España carece de infraestructura y de medios humanos y técnicos para garantizar, que las presunciones de «aborto eugenésico» tengan rigor científico.

El ejemplo del aborto practicado en Oviedo a una madre de dos hijos afectados de síndrome de West es ilustrativo. Hablando con rigor hay que decir que «el West» no es una enfermedad, sino un síndrome. ¿Qué quiere decir? Que sus causas pueden ser múltiples. Unas, por factores conocidos —formas secundarias—: anoxia, isquemia, hemorragias, traumatismos, meningo-encefalitis..., antes o inmediatamente después del parto; también por enfermedades hereditarias —por tanto transmisibles—. Otras veces, la causa es desconocida —formas primarias o idiopáticas—, cuyo pronóstico suele ser mejor. En consecuencia, el síndrome de West no es siempre heredable. Cuando lo es, —caso de estar producido por un error innato del metabolismo—, como por ejemplo la fenilcetonuria, las posibilidades de que lo padezca, un niño son del 25 %. Hay otro 25 % de posibilidades con descendencia absolu-

tamente sana. Y un 50 % de sanos, portadores de la tara, como los progenitores.

En el caso de la madre ovetense, si dos de sus hijos previos padecen el síndrome de West, presumiblemente existirá una causa genética. ¿Qué habría sido lo científicamente correcto? Hacer a la madre —entre otras cosas— amniocentesis, y estudiar en el líquido amniótico si el embrión estaba afectado o indemne para alguna de las causas conocidas; y actuar en consecuencia. Si se tratase de genopatía hereditaria autosómica recesiva, que es lo habitual cuando los padres son sanos, en el 75 % de los casos cabría esperar hijos sanos o portadores. ¿Pudo no ajustarse el aborto a las garantías exigibles?

El problema empieza en ¿cómo llevar a cabo los estudios antenatales necesarios? En España, sólo en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid y algún otro centro de Barcelona pueden realizar estas investigaciones. Se prevé una demanda de 40.000 peticiones/año, fundada en que las mujeres de «alto riesgo» para engendrar hijos potencialmente afectados de patología hereditaria —por ejemplo, todas las mujeres de más de 35 años, para eventual detección de mongolismo—, representan el 11 % de todos los partos atendidos en nuestro país. Dada la incidencia de patología prenatal, se calcula en 2.400/año los abortos que tendrían que realizarse para interrumpir el nacimiento de niños con genopatías, cromosomopatías o malformaciones.

Desde su iniciación hasta hoy, el número total de investigaciones de este tipo realizadas, no llega a 3.000 entre todos los Centros. Puede argumentarse que también en otros países sucede lo propio. Pero el argumento carece de validez científica.

b) El médico puede incurrir en riesgo penal. La solicitud por presunción, puede dar lugar a discrepancias en los dictámenes de los equipos encargados del estudio de cada caso. Si se sigue a quienes emiten permisibilidad, y es demostrable con posterioridad falta de justificación, los ejecutores pueden encontrarse en situación comprometida. Entre distintos Centros de la misma ciudad o de otra distinta, surgirán tensiones, en particular en casos de presunción por riesgos para la salud psíquica. Es difícil evitar que algunas gestantes reciban informes contradictorios de médicos y psiquiatras. La medicina no es matemática. Si el ginecólogo cede a la presión para que el aborto se realice, puede incurrir



en delito. No faltarán mujeres que, pudiendo haber evitado a su tiempo el embarazo —medidas anticonceptivas—, aduzcan perturbaciones psíquicas.

c) Libertad de conciencia. Para la defensa del profesional médico y del personal sanitario, como recurso específico y subsidiario, puede hacerse uso de la objeción de conciencia. La Administración debe respetar escrupulosamente este derecho. La Constitución es precisa cuando dice «A nadie se puede, ni por tanto se debe, obligar a realizar un acto en contra de sus principios ideológicos o religiosos, salvo que exista riesgo para la vida».

Estamos asistiendo a una excesiva presión por instituciones y asociaciones, por prensa y medios de comunicación, que limitan algo tan íntimo, personal y sagrado, como la conciencia de cada cual. Bastantes centros han manifestado que no realizarán abortos; en Valladolid los 11 ginecólogos del Hospital del Río Hortega. En los que se divida la decisión, será difícil evitar situaciones enojosas, que repercutirán en la asistencia, y en la convivencia entre el personal.

En la Comunidad de Castilla y León se carece de medios para realizar en líquido amniótico estudios citogenéticos, enzimológicos, virásicos... que permitan decidir sobre el padecimiento o no de cierta patología hereditaria. Estamos a «años luz» de lograrlo. ¿Dónde irán las gestantes? Donde exista algún hospital que disponga de tales medios. ¿No podría haberse previsto esta exigencia dotando de la infraestructura adecuada algún Hospital Materno Infantil de nivel III? En eso consiste el progreso y no en la utilización del «progresismo» como mote ideológico calificador o descalificante por quien lo emite.

En el momento en que nos hallamos es razonable solicitar que se aplique con rigor y sin extralimitación lo que está legislado. Que se actúe con el máximo pudor en el respeto a las gestantes y a los médicos, en su derecho a la objeción de conciencia. Que cada día podamos ser más los que consideramos imperativo aspirar a su erradicación.

Si el aborto constituye la sima más profunda de la historia humana, como ha dicho J. Marías y suscribo, serán pocos todos los esfuerzos que se hagan para incrementar la investigación científica dirigida a encontrar

sistemas más fiables, y sin efectos tan graves, para que el nacimiento del ser humano tenga lugar en «un contexto de libertad que no degrade ni erosione la dignidad humana» (74).

## 5. *Patología prenatal*

La vida y su realización normal pueden truncarse «antes», «en» o «después» de la concepción (75). «Antes», por afecciones hereditarias —genopatías— y anomalías cromosómicas en las células germinales de un progenitor; ambas situaciones se incluyen en la patología de la etapa preconcepcional. «En», a través de alteraciones cromosómicas que se originan en la meiosis o en el mismo momento de la fecundación. «Después», por agresiones de diferente índole que determinan la patología postconcepcional.

La importancia de esta patología viene dada por su frecuencia —8 % de recién nacidos—, su incidencia en la mortalidad infantil —cerca del 33 % de las causas de mortalidad en el primer año de vida—, y la repercusión en el crecimiento intrauterino y postnatal, morbilidad en general y producción de alteraciones en el desarrollo sensorial, intelectual, psicosocial y en el de diversos órganos. Cuantitativamente es mayor su papel en la interrupción precoz del desarrollo del huevo fecundado, en el aborto espontáneo, muerte fetal e intranatal.

Son fascinantes los avances en el conocimiento de estas entidades y en el de sus causas, diagnóstico, prevención y tratamiento. En las enfermedades hereditarias monogénicas, el número de fenotipos humanos hasta el presente conocidos, es de 3.368. Se ha identificado el trastorno bioquímico responsable de más de 150 e.i.m. Las anomalías cromosómicas autosómicas, casi llegan a 100 —descrita la primera en 1959—. Las malformaciones congénitas son el grupo numérico más significativo entre los de esta patología prenatal —3 al 7 % de los neonatos, en algunas series—.

En 1977 y en 1980 dejé escrito que para abordar el estudio de esta patología se necesitan equipos interdisciplinarios altamente cualificados, y que los «rápidos y profundos cambios a que está sometido nuestro mundo, engendran expectativas que la sociedad reclama resolver de manera urgente, junto a otros problemas cercanamente relacionados: planificación familiar, crecimiento de la población en unas zonas e

involución en otras, regulación legal del aborto, selección del sexo, inseminación artificial, fertilización in vitro... Todo ello compatible con el consenso motivado, libertad de decisión, generalización universal de los logros y anhelo de mejor calidad de vida» (76).

También decía que «en España existen sólo algunos centros capaces de llevar a cabo estudios de esta clase, y sigue en elaboración el Plan Nacional, que tras establecer prioridades, sea utilizable para toda la población» (77).

Poco tengo que añadir, pero sí recalcar que es ahora cuando algunos se percatan de nuestro retraso y de lo que falta por hacer en el campo de la detección de las afecciones genéticas y malformativas, en el diagnóstico prenatal y su prevención y tratamiento, campos en los que los progresos son veloces e ininterrumpidos.

Se espera llegar en los próximos años a la detección de todas las malformaciones congénitas. En el feto, su diagnóstico se basa en el empleo de diversas técnicas: radiografía, ecografía, obtención del líquido amniótico por amniocentesis, fetoscopia, y placentocentesis, amniotografía, biopsia de las vellosidades coriales —desde 1983—... Cada vez se conocen mejor el proceder técnico, indicaciones, riesgos y resultados. A las medidas de prevención natural y social —regulación de consanguinidad, detección de portadores heterocigotos, consejo genético—, se suman las de tipo médico, entre las que cabe citar: inseminación artificial, selección del sexo, FIV, diagnóstico fetal —término recientemente propuesto por la OMS en vez de prenatal o prenatal—.

La terapia fetal consiguió un logro insospechado en 1975. Ampola y col. (78) corrigieron una grave enfermedad hereditaria —acidemia metilmalónica— en un hijo de madre portadora heterocigota, en la que se realizó amniocentesis a las 19 semanas de gestación: fue el primer caso de tratamiento prenatal de una metabolopatía. Dada su condición de vitamina B<sub>12</sub> sensible, el empleo de dosis altas en la madre, tuvo efectos terapéuticos brillantes.

En la terapéutica quirúrgica se han llevado a cabo intervenciones sobre el feto para la reparación de diversas malformaciones congénitas: hidrocefalia progresiva detectada a las 24 semanas, corrección de algunas uropatías obstructivas, etc... M. Quero escribe que no es difícil imaginar que en el futuro próximo se llegará al diagnóstico prenatal de casi todas las malformaciones cardíacas congénitas y al tratamiento médico quirúrgico durante la vida fetal (79).

En forma acuciante preocupa la reglamentación de Servicios de Consejo Genético, que de aquí a finales de siglo será cada vez más demandado. Una Comisión Presidencial para «Estudio de problemas éticos en Medicina, y en Investigación médica y de la conducta», se expresó en contra de la utilización de técnicas para elección de sexo de los descendientes y sobre la elección genética de razas humanas.

La ingeniería genética o biotecnología, en su empleo en patología humana, investiga con técnicas que intentan dominar los resortes del cromosoma de eucariotas, con el fin de introducir establemente, genes que informan para los caracteres que se quieren incorporar. Se piensa que en breve puede ser realidad el poseer —a través de esta vía— medios para aliviar o eliminar las enfermedades hereditarias. En 1980 se hicieron intentos de introducir células de médula ósea modificadas genéticamente, en dos pacientes afectos de un tipo grave de anemia hereditaria. El intento fracasó, y fue muy criticado. Pero no se detendrán. El futuro es imparable e impredecible.

La *American Academy of Pediatrics* (AAP) dio a conocer hace poco la propuesta que le trasmitió el NHI, en la que se prohíbe cualquier experimento que implique la transferencia de un rasgo genético de un mamífero, dentro de una célula germinal de otro mamífero de distinta especie. En su reunión del 29 de octubre de 1984 el *Council of Research* de la AAP, rechazó esta propuesta. Para dejar constancia ante cualquier posibilidad de nuevos intentos de este tipo, afirmó que esta prohibición sería científicamente peligrosa, y perjudicial para la investigación que trata de comprender enfermedades humanas, incluido el cáncer, y potencialmente, para el desarrollo de nuevos tratamientos. No había —según el Comité— base científica verdadera para la prohibición propuesta, y es un hecho que un gran número de estructuras unicelulares, incluyendo las complejas, son comunes para todas las especies de mamíferos, y los límites de las especies son un *continuum* y una mezcla, más que una demarcación definida. La prohibición mitigaría ciertas posibilidades de investigación en problemas relacionados con los e.i.m.: un gen para la producción de un enzima en una especie, con frecuencia es del mismo tipo que un enzima que produjera el mismo tipo de producto encontrado en el hombre, y este gen, podría funcionar potencialmente para mejorar los problemas de una enfermedad genética.

El Comité Consultivo finalmente manifestó estar de acuerdo en que este tipo de investigaciones debe ser controlado cuidadosamente y

tener objetivos científicos muy específicos en el momento de aplicarlo. A su juicio son suficientes las revisiones actuales del NHI, y un control y regulación con referencia a investigación del DNA recombinante (80).

Ingeniería genética o biotecnología: ¿Quo Vadis? Bajo este epígrafe se ha celebrado en Mayo de 1985 un Simposio, presidido por el Premio Nobel R. Guillemin, que estuvo dedicado a la producción de agentes terapéuticos. No vamos a comentar sus sesiones. Asistieron 600 investigadores de todo el mundo. Las comunicaciones españolas fueron dos, de Giménez Pan y su grupo. La celebración tuvo lugar en Toulouse en el Centro de Investigación Tecnológica inaugurado en enero de 1985, con disponibilidad de 2.600 m<sup>2</sup> para investigación y 600 m<sup>2</sup> para la unidad piloto. Dispone de departamentos de ingeniería genética, microbiología industrial y fitotecnología y dos de desarrollo preindustrial.

¿En qué situación estamos en España? ¿Perderemos el tren de la investigación biotecnológica? ¿Se percata nuestra sociedad y la Administración de lo que significa quedar descolgados? ¿De lo que representa depender del exterior en un campo que revolucionará en el futuro la producción farmacéutica y el desarrollo de la agricultura, ganadería y veterinaria? Somos muchos los que nos formulamos estas preguntas. Entre otros, las deja enunciadas M. Castellanos (81), asistente a la citada reunión.

Si queremos dar respuesta esperanzada a estos interrogantes, tiene que potenciarse la investigación que hay —con pocos pero selectos cultivadores de estas ramas—, y sin perder un sólo día, promover el que la iniciativa privada y estatal den un paso adelante con ambición e imaginación.

En mi último viaje a la República de Cuba —dejemos a un lado la política— quedé impresionado cuando el comandante Fidel Castro —Noviembre de 1984— nos explicó personalmente en la Sala de Conferencias del Instituto o Centro de Investigaciones de Biotecnología de La Habana la gestación del mismo, su empeño en llevarlo a cabo ganando tiempo al tiempo, y sus logros en algunos campos —interferones entre otros— por un grupo competente y decidido de investigadores y técnicos que ponen allí su esfuerzo e ilusión, hasta trasladarse a las nuevas instalaciones, mucho más amplias y ambiciosas, en avanzado grado de realización. Si es posible en países de menor capacidad, no debemos perder la esperanza de que en España se adopten medidas para intentarlo.



## 6. Detección en el neonato

Hace un cuarto de siglo se iniciaron programas dirigidos al diagnóstico neonatal de determinadas afecciones hereditarias —en particular e.i.m.—, anomalías cromosómicas y malformativas. Persiguen el objetivo de salvar de la muerte, subnormalidad, invalidez o precariedad en la calidad de vida a los niños en que son detectadas a tiempo.

En el estado de Massachusetts se inició en 1962 la realización de *screening* para el descubrimiento de la fenilcetonuria. Un año más tarde se añadió la galactosemia, y en los posteriores se aplicaron tests que permitían la detección de la enfermedad del jarabe de arce, homocistinuria, tirosinemia, hiperaminoacidemia, etc... Los resultados fueron alentadores, permitiendo ampliar los hallazgos en familiares, que pueden ser portadores heterocigotos de la misma metabolopatía.

En 1976, un grupo de trabajo de la *American Academy of Pediatrics* sobre «screening» genético, dio a conocer normas de gran interés. El mismo año, Durand y col. (82), dejaron concretados los criterios aconsejables para el establecimiento de estos programas en Italia, suscribibles para España, como manifesté en su momento (77).

En España, después de realizarse algún programa piloto, hace años que se ha generalizado la detección del hipotiroidismo neonatal, con resultados gratificantes. El Estudio Cooperativo Europeo —en el que participa nuestro país— proporciona una incidencia global sobre 3.923.111 niños de 1 hipotiroideo por cada 3.138 nacidos (83). La incidencia en España es de 1/2.928. Se debe retener que cuando el tratamiento del hipotiroidismo neonatal comienza antes de la cuarta semana de vida, puede aspirarse a un cociente inelectual (CI) de 100; si se retrasa al tercero, queda en  $89 \pm 10$ ; y cuando se inicia después del 4º mes de vida, baja al  $58 \pm 30$  (84). Estos resultados son confirmados por diversos autores (85), aunque estudios longitudinales seguidos largo tiempo, descubren anomalías que pasan desapercibidas cuando se aplica sólo el CI en la valoración (86).

Teniendo en cuenta la intensidad de la oligofrenia en niños y adultos cuando escapan al diagnóstico en el nacimiento, quedan humanamente compensados los costes de estas campañas, que alcanzan eficacia máxima cuanto mayor sea la generalización del despistaje. En relación a este aspecto, M. Pierson y col. (87), que no discuten su eficacia sobre el porvenir mental y los resultados en el plano humano y familiar,

concluyen después de un estudio sobre la experiencia en Francia desde 1977 a 1984, que no debe ser empleado el argumento del beneficio financiero para apoyar la puesta en marcha de tales sistemas. He aquí los datos. El coste total, durante 20 años, de un niño detectado al nacimiento de hipotiroidismo se estima en 45.300 Fr. Incluyen el despistaje (24.455 Fr.), confirmación diagnóstica (751 Fr.), vigilancia durante el primer año (1.595 Fr) y en los 19 años siguientes (18.455 Fr.). La atención de un hipotiroidismo neonatal que desarrolló su enfermedad por falta de diagnóstico, teniendo en cuenta las tres causas etiológicas habituales

(60 % ectopías, 10 % atireosis, 24 % glándula en su lugar) tiene un coste promedio de 39.504 Fr. Incluyen hospitalización, actuaciones diagnósticas, dosificaciones biológicas, radiográficas, isotópicas, la vigilancia médica y biológica, tratamientos médicos —reeducación, cinesiterapia, ortofonía, ortóptica— y costes sociales —pérdidas de salarios, desplazamientos, etc...—.

El resultado del análisis puede criticarse, pero nadie dará a estas alturas por mal empleada la diferencia en los costes de la normalidad y subnormalidad profunda. Sí, se han de tener en cuenta cuando se considera la ampliación al despistaje de otras metabopatías. O cuando las inversiones incidan retrasando problemas pendientes mucho más frecuentes —atención al parto de riesgo, asistencia a prematuros y de bajo peso, nacidos patológicos—, opinión sustentada por nosotros hace tiempo (77).

A. Baldellou y col. (88) este mismo año, también defienden que estos programas de *screening* han de articularse: a) dentro de un plan general de Medicina Preventiva, b) estableciendo su regionalización, para que dada la organización autonómica del Estado español, los mecanismos financieros y asistenciales sean lo más fluidos posible, y c) resolviendo el dilema obligatoriedad-no obligatoriedad.

El Estado no puede obligar a los ciudadanos a someterse a estas pruebas, pero sí es obligatorio que éstas se hallen a su disposición. En cuanto a su financiación, los gastos que generan ya no pueden discutirse, siendo lo único que debe valorarse que como en cualquier otra área de la Medicina, el presupuesto sea correctamente administrado (88).

## 7. Atención al recién nacido con retraso de crecimiento intrauterino.

Tanto en países desarrollados como en los en vías de desarrollo, uno de los problemas sanitarios más serios es el de la atención a los niños con bajo peso al nacimiento (BPN) —igual o inferior a 2.500 grs. al venir al mundo—. Dentro de este concepto general se incluye a los prematuros —gestación acortada— y a los que tienen retraso en el crecimiento intrauterino para un período gestacional concreto, o niños con bajo peso para la edad gestacional (BPEG), o con desnutrición intrauterina (DIU).

En algunos países su incidencia ha sido bien estudiada. En el nuestro no existe información bien definida que cuantifique globalmente y en las distintas regiones, la incidencia y etiología del BPN y de los niños con BPEG o DIU.

Desde 1983 está en marcha el Plan Nacional «España, bajo peso al nacimiento», previsto en su duración para tres años. En el mismo participan 22 centros obstétrico-pediátricos de toda la geografía española. Están representados fundamentalmente los Hospitales pediátricos —el nuestro hasta el 1 de agosto de 1984— y los grandes centros asistenciales de la Seguridad Social. Coordinado por C. Canosa, experto en la realización de otros estudios análogos, se trabaja sobre un protocolo precodificado que recoge 225 variables cuantificadas sobre factores socioculturales, historia de la fertilidad materna, evolución del embarazo y parto, exploración del recién nacido en las primeras 24 horas, 4º, 8º, 12º y 18º meses. Obtiene, además información sobre la planificación familiar y lactancia materna.

Los datos parciales hasta ahora recogidos muestran incidencias que oscilan entre 4,5 a 8,2 % de todos los recién nacidos vivos. El 30-42 % de los mismos estarían afectados de DIU (89).

La morbilidad es grave y muy variada: ictericia no inmune, sepsis, anemia, patología respiratoria, malformaciones, dismetabolias, hemorragia intracraneal... Obliga a una asistencia rigurosa en Unidades Neonatales bien dotadas y con personal muy entrenado. Son imprescindibles los Cuidados Intensivos Neonatales.

Para juzgar sobre la alta mortalidad perinatal que determinan, puede tenerse en cuenta la tabla, elaborada con datos del Hospital Infantil «La Fe» de Valencia. Abarca una serie de 42.066 nacidos, en el período de 1973-83. Con el objeto de simplificarla, no especifico los

fallecidos en cada uno de los períodos de mortalidad perinatal: muertes fetales, muertes de 0-7 días y muertes de 8-28 días, sino que se engloban los tres, y se agrupan los porcentajes. Por supuesto, es totalmente diferente en cada uno de los tres apartados.

|                             | 1.000 gr. | 1.001-<br>1.500 | 1.501-<br>2.000 | 2.001-<br>2.500 | 2.500-<br>3.000 | 3.001-<br>4.000 | 4.000<br>o más |
|-----------------------------|-----------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| Nacidos .....               | 181       | 205             | 419             | 1.535           | 8.045           | 20.055          | 2.636          |
| % Mortalidad perinatal..... | 81,7      | 65,8            | 22,1            | 5,3             | 1,0             | 0,39            | 0,68           |

Mortalidad recién nacido bajo peso nacimiento. Departamento de Pediatría «La Fé» de Valencia. 1979-83. n: 42.066 (89).

La tasa de baja natalidad en los países del mundo occidental y la abrupta expresión con que se ha exteriorizado en España el fenómeno, es un motivo más para potenciar todos los programas dirigidos a la prevención al tratamiento del bajo peso al nacer.

En toda España y en particular en las regiones con indicadores más desfavorables de mortalidad perinatal, el desafío obliga a completar la información sobre la incidencia y las causas, a promocionar la prevención y a mejorar la calidad y posibilidad de supervivencia de nuestros neonatos.

## 8. *Asistencia intensiva al niño*

El concepto de la asistencia intensiva surge por la necesidad de prestar asistencia al niño grave o críticamente enfermo. Su comienzo en España tuvo lugar cuando se crearon los grandes Hospitales infantiles de las Ciudades Sanitarias. Desde entonces se ha recorrido un aventajado camino en la solución de problemas inabordables antes: sobrevivencia de nacidos de bajo peso, ampliación de las indicaciones de la cirugía muy especializada —cardíaca, neurológica—, y la recuperación de procesos morbosos de evolución casi siempre fatal en el pasado.

Rasgos comunes a estas unidades son: disponer de personal altamente especializado, aplicar medios técnicos cada vez más complejos, y garantizar la asistencia las 24 horas del día. Todo ello tiene gran coste. El problema que gravita sobre los Cuidados Intensivos Pediátricos (CIP),

reside en su desigual distribución geográfica. Continúan prestándose estos servicios en algunas capitales. Otras, con población más o menos numerosa, prosiguen indotadas. Para contribuir a superar esta discriminación asistencial, la Sección CIP de la AEP, después de realizar una encuesta en todas las regiones españolas, elaboró un «Informe Técnico» que fue publicado en 1984 —era conocido desde dos o tres años antes—, con el Título «Planificación de la asistencia intensiva pediátrica en España en la década de los 80» (90).

¿Cuáles eran sus principales objetivos? Asegurar la cobertura asistencial a los niños gravemente enfermos de toda la nación, mejorar su calidad en las áreas donde estaba instaurada, y evitar el crecimiento anárquico de las Unidades de CIP.

Para alcanzarlos se proponía: coordinar la oferta y la demanda, crear equipos de trabajo, acumular experiencia en las Unidades mejor dotadas, obtener resultados óptimos de los recursos disponibles y mejorar la rentabilidad social, económica y profesional. Para la dotación de estas Unidades se diseñaban tres niveles, I, II y III. Se hizo un diseño riguroso de su ubicación, teniendo en cuenta la geografía y la población española.

Antes de que este plan se pusiera en marcha, se hace necesario un replanteo por los cambios en la concepción del Hospital Pediátrico de nuestro días y del futuro. Por las autoridades sanitarias se propugna dar por finita la etapa de Hospitales Pediátricos con número elevado de camas y dar preferencia a los de tamaño intermedio —menor de 150-200 camas—, elevando su nivel tecnológico y propiciando la humanización. Ante esta perspectiva, los expertos recomiendan que se evite la proliferación de Unidades de Cuidados Intensivos generales, neonatales, quirúrgicos —existen todas ellas en la actualidad en algún hospital grande—, y transformarlas en Unidades Centrales de CIP.

Esta propuesta la defiende F. Ruzza Tarrio en un editorial que titula «Completar la asistencia intensiva al niño: un reto de esta década» (91). Fue la que mantuvimos cuando se programó el HUMI de Valladolid no-nato. En dichas Unidades Centrales serían atendidos niños de todas las edades, prestando su colaboración neonatólogos, cirujanos, intensivistas pediátricos, cardiólogos... Cada uno mantendría sus áreas de trabajo específico, apoyándose en las guardias —nudo gordiano en el que radica la sobrecarga actual del personal— y con debido respeto a todos los intereses de competencias asistenciales distintas.



Para quitar significado personal a lo que parece cantinela reiterada excesivamente, doy paso a las palabras de F. Ruzza: el «Informe Médico de la Sección, aunque carente de poder ejecutivo, aporta datos concretos y vías de solución que tienen la fuerza moral de una demanda asistencial constitucional todavía no resuelta: mejorar la asistencia intensiva o ponerla en marcha donde todavía no existe».

## 9. *Asistencia al parto*

Durante siglos los humanos han nacido en las formas más inimaginables. En países primitivos y en los en vía de desarrollo, los partos siguen siendo atendidos a domicilio, con tasas altas de morbilidad y mortalidad maternal e infantil. En los países desarrollados su atención ha ido evolucionando en dependencia con factores socio-culturales y los progresos en la tecnificación de la obstetricia.

A finales del siglo pasado, las aterradoras cifras de mortalidad infantil obligaron a los gobiernos a crear y potenciar maternidades y hospitales infantiles. Los logros alcanzados están en la mente de todos. El objetivo principal: conseguir que el embarazo culmine con la madre sana y un hijo física, mental y emocionalmente normal, se consigue en grado mayor o menor en función de los medios sanitarios de que disponen las distintas áreas geográficas.

En nuestro tiempo el parto ha llegado a institucionalizarse. En España en 1975 —los datos actuales deben ser parecidos—, se atendieron sanitariamente el 99,1 % de los partos. En Centros, el 81,4 %. A domicilio, el 17,5 %. En otros lugares el 0,2 %. Quedaron sin asistencia sanitaria el 17,5 %. Nadie discute las ventajas de esa asistencia que se utiliza como indicador de progreso y avance sanitario, pero se deben señalar algunas contrapartidas.

Los habitantes del medio rural e incluso poblaciones de 10.000-15.000 habitantes carecen, a veces, de obstetra y Maternidad. Las parturientas han de acudir a la capital de su provincia o a grandes ciudades. Salvo los que vienen al mundo en la carretera —casos excepcionales— los demás nacen en paritorios de hospitales, maternidades y sanatorios, aunque sean inscritos posteriormente en el lugar de residencia de los padres. En el futuro será difícil, si llegan a ser ilustres que pueda procederse como en generaciones previas a colocar una placa

conmemorativa que indique «aquí nació...». Ironía aparte, Camilo J. Cela dijo, que a sus paisanos les era posible satisfacer la distinción que le otorgaron, porque había nacido en un pueblo y a domicilio, que es donde nacen las personas.

Hasta hace poco tiempo las parturientas se enfrentaban al momento decisivo sin otra compañía que el personal facultativo: obstetra, comadrón/na, anestesista y reanimador. Se les obligaba a sentarse en la posición llamada ginecológica, invento de los obstetras para su única y exclusiva comodidad. Eran atadas y bien atadas por las piernas para que no pudieran moverse. Para evitarles molestias, por sucesivas concesiones, se fueron prodigando medicamentos analgésicos, sedantes, anestesia e inducción. La mujer, ajena en gran parte a lo que sucedía en su alrededor, recibía órdenes para hacer pujos o para contener profundamente la respiración. Llegado el momento, quien le asistía aplicaba sus manos con todas las fuerzas, mientras que apretaba el vientre sin misericordia. La descripción no es propia, sino referida por un buen conocedor de lo que ha sido proceder dominante hasta hace unos años y desgraciadamente sigue realizándose con igual rutina en no pocos lugares. El neonatólogo, en su primer reconocimiento del recién nacido, más de una vez se encontraba/encuentra, con dificultades para diferenciar si el recién nacido está afecto de un daño orgánico o de un estado depresivo por la anestesia o las drogas. El exceso de medicalización y farmacología, convierte a las parturientas en sujeto pasivo de un acontecimiento que debieran vivir con plenitud de facultades.

Desde los primeros años de la década de los 70 se ha iniciado un cambio sustancial que va abriéndose camino —con distinto grado de difusión— para propiciar el parto natural, humanizado, ecológico. De este movimiento ha sido pionero Caldeyro Barcia, perinatólogo de renombre internacional a cuyo Centro, auspiciado por la OMS en Montevideo, acuden obstetras y neonatólogos de todo el mundo. Con entusiasmo se ha convertido en defensor incansable del «parto en familia», ha realizado investigaciones de gran valor, y predica con el ejemplo del nacimiento, por este proceder, de sus nietos. Si el embarazo es deseado, y se prepara adecuadamente la pareja para conseguir una educación psicoprofiláctica, la visión de películas que muestran los resultados: proporciona la convicción de que el parto se convierte en un suceso que la pareja afronta con felicidad.

En España se ha introducido la humanización del parto en algunas

maternidades, constatándose su validez cuando se dispone además de los medios de vigilancia moderna, permitiendo que el médico actúe como especialista que vigila a la paciente y le proporciona garantías. Nada más, pero nada menos. Las madres están todo el tiempo despiertas y escogen la posición en que quieren parir. Casi todas adaptan la de «en cuclillas» que es la más natural y anatómica. Mientras esperan la dilatación están de pie o paseando, alternando por lo ordinario ambas posiciones. Pocas o ninguna se quedan quietas o permanecen acostadas. Científicamente están documentadas las ventajas de esta actitud frente a la posición ginecológica, para la parturienta y para el feto.

Después de conocer los resultados obtenidos por la preparación de las parejas para el parto humanizado, era inevitable que surgieran movimientos de opinión contra el parto hospitalario. En algunos países, especialmente EE UU, se han producido pequeños movimientos, muy ruidosos, que tratan de crear estados de opinión en este sentido. Tales corrientes han pasado a otras naciones.

Es obvio que se ha superado la época de las Maternidades gigantes. En la de «La Paz» de Madrid llegaron a nacer 30.000 niños por año —más de 80 por día—. Este sistema, en cierto modo parecido a los «gallineros en batería», está en descrédito, con independencia del descenso de la natalidad. Lo que ahora se propugna, quedó recogido en páginas anteriores, al proyectar hospitales materno-infantiles de 150-200 camas que subsanen los inconvenientes de la masificación, la asistencia impersonal y deshumanizada.

A nuestro juicio, es indiscutible que el niño debe nacer en el lugar más seguro para él y para la madre. El objetivo y el fin es claro y siempre el mismo, aunque la diversidad de medios de que se dispone es variable. En España hoy por hoy, la asistencia hospitalaria es la más ventajosa. El retorno al parto domiciliario sin monitorización y sin el empleo de los medios disponibles, aumentaría la morbilidad/mortalidad materna y perinatal. Estamos lejos de conseguir el alto grado de organización y de educación sanitaria, alcanzado en países como en Holanda, donde 1/3 de los partos son domiciliarios, con la exigencia de cumplir los siguientes requisitos: selección cuidadosa de las familias, enumeración de hasta cien contraindicaciones para el parto en casa, posibilidad de colaboración muy estrecha entre los servicios domiciliarios y hospitalarios y traslado inmediato en caso de incidencias o riesgos. En el país citado, las autorizadas a parir en domicilio, son transferidas en un 10 % de los casos

al hospital por complicaciones. La mortalidad maternal y perinatal, está entre las mejores del mundo.

No caben dudas sobre la necesidad de humanizar el parto y sobre la conveniencia de seguir una política parecida, en sus intenciones, a la propuesta por los denominados «Family-centered-maternity-newborn care»; poniendo el mayor énfasis en la previsión de cuidados sanitarios materno-infantiles a fin de obtener las máximas garantías de seguridad con la mínima disrupción de la unidad familiar.

Ello está de acuerdo con las campañas en favor del «nacimiento sin violencia». De esta actitud ha sido defensor destacado F. Leboyer, que con su polémica obra traducida al español en 1974 (92) consiguió, como dijo algún comentarista, que se puede estar a su favor o en contra pero lo que no cabe es la indiferencia. Su objetivo es conseguir que el niño llegue al mundo en penumbra, en silencio, con recogimiento y contando con la paciencia de quienes le atienden.

Inmediatamente después del nacimiento, debe tener lugar el primer encuentro madre-hijo, momento trascendente y cargado de emociones, que influye de manera decisiva en la calidad de las relaciones que se inician. Tan es así que se ha llamado de «vida o muerte», ya que en algunas especies animales, y aún en algunas tribus muy primitivas, si la madre, por cualquier razón, no acepta al hijo o lo repele, éste morirá pronto por falta de protección y alimento. En la primera hora que sigue al parto se establecen los marcajes afectivos primarios (*imprintings*). De aquí la conveniencia de aprovechar este «período sensitivo» dejando en contacto directo —piel en piel— a la madre y el hijo.

Ha de advertirse que decimos conveniencia, para no sacar las cosas de quicio. Si el contacto inmediato activo no tiene lugar, no por ello se impide el establecimiento de vínculos con el hijo «ni se sentencia a éste a un desarrollo por debajo de lo considerado como óptimo» (93).

De aquí al año 2.000 estas tendencias se irán generalizando.

## 10. Alimentación del neonato

En las especies de mamíferos sociales, el ciclo de la reproducción comprende el embarazo, el parto y la lactancia natural. El fracaso de ésta equivale al fallo de lo previsto por la naturaleza, que dotó a las hembras del producto secretado por las mamas para la crianza de sus hijos. La

alimentación al pecho o alimentación materna es, por tanto, un proceso fisiológico que permite la nutrición del lactante durante los 4-6 primeros meses de vida sin necesidad de recurrir a otro producto distinto. La nutrición constituye un proceso biológico en el que intervienen el ambiente —alimentos—, el agente —los nutrientes— y el huésped —el organismo—. Los tres elementos integran un ecosistema, que referido a los primeros meses de la vida permiten un estado nutricional óptimo: mantenimiento de las funciones, disponibilidad de energía, crecimiento, desarrollo y disfrute de buena salud, es decir ausencia de enfermedad, y bienestar físico-mental y social del lactante como individuo y como partícipe de la unidad biosocial que forman la madre, el padre y demás miembros de la familia.

El niño normal, maduro y a término, debe ser puesto al pecho en los primeros 30 minutos, sin demorarlo más de 60 y nunca más de tres horas. Tanto la madre como el recién nacido, tras el parto viven una situación de gran receptividad, antes de abandonarse al cansancio del esfuerzo realizado. La madre desea conocer al que durante nueve meses ha guardado en su interior, y de alguna forma, comenzado a querer. El niño, bruscamente separado del cuerpo que le ha protegido, busca establecer mediante la succión —su reflejo mejor madurado—, una relación que le permita percatarse de que no está sólo.

Los días siguientes, el contacto frecuente con la mama en respuesta al deseo de succión del pequeño, propicia la nutrición más favorable, la maduración de sus sistemas biológicos, y el desarrollo de su capacidad de independencia, en un ambiente de seguridad y de satisfacción recíproca de las necesidades más íntimas. En poco tiempo, el conocimiento mutuo es intenso, y les permite establecer intervalos mayores entre las mamas, llevándoles a un patrón de alimentación, que será peculiar para cada pareja. Más adelante, la madre será capaz de percibir las situaciones usuales, en que por motivos, a veces desconocidos, su hijo le pide aumentar la frecuencia de los contactos, con fines nutritivos, y otras posiblemente afectivos.

Para lograr éste objetivo es necesario que se modifiquen muchas rutinas asistenciales y que las Maternidades sean dotadas del sistema *rooming-in*, que debe desterrar el tradicional «nido» donde se dejan separados a la madre y al niño, para que éste a intervalos rígidos sea llevado a la habitación de la madre.

En el último siglo, una serie de factores de índole diversa, funda-



mentalmente socioculturales, y la elaboración de fórmulas artificiales cada vez de mejor calidad, indujeron al abandono generalizado de esta forma de lactar, que se inició en los países más desarrollados industrialmente, y acabó por afectar al mundo entero. La trascendencia de este cambio se ha valorado de forma expresiva por diversos autores, «El más significativo de la conducta humana que se registra en la historia» (94). «El más amplio experimento alimenticio llevado a cabo *in vivo* sin controles» (95). «Comparable a la crisis energética en sus repercusiones económicas» (96). La pérdida de la mama como órgano funcional que asegura la alimentación del niño, hasta convertirse en símbolo sexual en el contexto cultural actual. El fenómeno de la declinación del amamantamiento está afortunadamente retrocediendo y se asiste a la recuperación de la crianza al pecho, esperándose que prosiga en los años venideros. En el interesante trabajo de J. Martín-Calama (97) se analizan estos cambios.

Cuando falla la alimentación natural, se recurre a los sucedáneos obtenidos de la leche de vaca. En los países desarrollados, las garantías que ofrecen los productos de que se dispone, aseguran un estado nutricional favorable, pero es preciso cuidar los elementos del ecosistema —contacto piel a piel, etc.— para perturbar, al mínimo, la relación madre-hijo.

En la alimentación de situaciones concretas —prematuros, desnutridos intrauterinos, metabopatías, etc.— la tecnología, junto al conocimiento cada vez más preciso de las necesidades (peculiares en estos casos), han permitido la creación de los Bancos de leche modernos, en los cuales se desarrollan complicados procesos de lactoingeniería, que con derivados de leche humana obtienen la adecuada a cada una de las eventuales exigencias de la alimentación del neonato. El progreso seguirá. Buena prueba de ello la tenemos en la aparición de productos cada día, cada vez más sofisticados y seguros para una gama cada vez más amplia de necesidades.

## **Del nacimiento a la frontera de la edad adulta**

Entre el momento de la concepción hasta el fin de la adolescencia transcurre el período de la existencia humana que denominamos infancia. Tanto en el período intrauterino —blastular, embrionario y fetal—,

como en el extrauterino —neonato, lactante, reptante, párvulo, escolar, púber y adolescente—, concurren características singulares con el denominador común de estar acaeciendo el proceso biológico del crecimiento y desarrollo, que confieren personalidad propia a la Pediatría o Medicina de la infancia.

Dejamos anticipado la imposibilidad de reflexionar sobre las numerosas cuestiones que en el presente y el futuro suscitan las diferentes etapas del período evolutivo. Como la discreción también tiene sus fronteras, enumeramos algunas materias de análoga trascendencia a las analizadas en torno al nacimiento.

—Los sobrevivientes a la patología prenatal siguen constituyendo motivo principal de consultabilidad, internamiento y asistencia, por su gran morbilidad, mortalidad y exigencia en cuanto a rehabilitación, readaptación y reinserción social.

—La subnormalidad en su más amplio sentido, gravita y proseguirá representando un reto para toda la sociedad. Un reciente estudio de R. Palencia y col. (98), sobre la etiología de la parálisis cerebral en Castilla y León, revela que las causas perinatales (69,3 %) ocupan el primer lugar, seguidas de las prenatales (36 %), y finalmente de las postnatales (18,0 %) estos hallazgos, se aproximan a los obtenidos hace unos 25-30 años en países más avanzados y ponen de manifiesto que en la actualidad la prevención en España, de esta secuela, debe centrarse en la vigilancia adecuada de la mujer gestante y la asistencia óptima al parto para tratar de forma adecuada cualquier tipo de sufrimiento cerebral. Otro tanto puede decirse de la subnormalidad mental o psicointelectiva, asociada o no a la parálisis cerebral.

—La detección a su debido tiempo de alteraciones sensoriales —sordera, hipoacusia, trastornos del lenguaje, deficiencias visuales, etc.— o de las anomalías estáticas y posturales, desde el nacimiento —pero con especial atención en el lactante, preescolar y escolar— hará necesario el desarrollo de programas de prevención.

—Las alteraciones de la esfera psicossomática, los comportamientos presicóticos en el niño, el autismo y la anorexia mental, las tentativas de suicidio en el adolescente, el abandono, los maltratos, la drogadicción, la

delincuencia, los desajustes familiares... es de temer se mantengan en la misma forma o con mayor incidencia de lo que apreciamos ahora.

—El crecimiento físico, después del fenómeno de aceleración secular, se mantendrá como motivo de preocupación para padres e hijos; ahora es ya uno de los motivos más frecuentes de consulta en la práctica pediátrica. La posibilidad de anticipar desde los 8 ó 9 años, con poco margen de error, la talla adulta definitiva, nos ayuda a descartar situaciones patológicas, aunque cada vez es menor la aceptación de tallas bajas, en límites de la variabilidad normal, pero que no son las deseadas. Cabe la esperanza de que algunas de estas variantes puedan ser influenciadas con productos utilizados ahora en forma limitada y ensayos piloto.

—La práctica desaparición de la subnutrición por carencia exógena o ambiental, torna la preocupación hacia la malnutrición por exceso. La obesidad representa en nuestro país un 6 % de la población infantil, lo que equivale a decir que en valores absolutos afecta a 500-600.000 niños. Su importancia está ligada a que anticipa el riesgo de diabetes y accidentes vasculares. Contribuyen, el hábito del tabaquismo a edades bajas, el incremento de la hipertensión arterial juvenil, etc. Se requiere una intensa labor preventiva para cambiar hábitos alimentarios, fomentar el ejercicio, erradicar el tabaco, etc. y reducir de esta manera la tendencia advertida en décadas anteriores a la ateromatosis a edad temprana.

—Los accidentes, en países de nuestro nivel de desarrollo, son con mucho la causa más frecuente de la escasa mortalidad juvenil. Hace años se elaboró un «Plan Nacional de Prevención» que debiera estar en desarrollo.

—Las intoxicaciones irán en aumento, por el uso y abuso de productos químicos, medicamentos y el riesgo iatrógeno. A esta alta factura que se paga al consumismo, han de sumarse los riesgos de la contaminación de las aguas por mercurio, niveles altos de plomo en la atmósfera, eventuales riesgos de accidentes en fábricas y factorías. O los de la adulteración de alimentos, en forma tan dramática, como la experiencia vivida en España con el aceite adulterado. Se avencinan preocupaciones, por el empleo de aditivos y se han hecho advertencias, sobre la posible

relación entre los colorantes artificiales y la mayor frecuencia de niños con disfunción cerebral mínima o hiperactivos.

—La leucemia y los tumores malignos, tendrán todavía un período de espera hasta que se consiga medicación definitivamente eficaz. Otro tanto cabe decir de las enfermedades degenerativas.

—En la profilaxis vacunal, seguirán alcanzándose nuevos remedios que sumados a los disponibles y a los que se hallan en avanzado período de ensayo preven la erradicación de situaciones que son causa de infecciones endémicas o epidémicas, con evolución crónica y/o grave.

—Las infecciones bacterianas extrahospitalarias seguirán modificando su expresividad, originando mayores dificultades diagnósticas. Las intrahospitalarias o nosocomiales manteniéndose, con aparición de cepas resistentes —multirresistencia plasmídica transmisible de las enterobacterias, más resistencias a la eritromicina, aminoaglucoósidos y tetraciclinas— etc. La profusión de drogadictos por vía intravenosa, junto a los cambios sociales, higiénicos, del comportamiento sexual, viajes, emigración de habitantes de países subdesarrollados, serán causa del aumento de infecciones antes raras y del incremento de otras poco corrientes (99).

Ejemplo de esta situación es el SIDA. El primer caso en la infancia se detectó en junio de 1985. Hay constancia de otros cuatro casos, en fase prodrómica, el denominado complejo relacionado con el SIDA (CRS). Uno, causado por exanguinotransfusión neonatal y tres procedentes de madres drogadictas. G. Fontan (100) piensa que hay sobradas razones para temer que el diagnóstico del SIDA y CRS, no sea una rareza en plazo cercano. En España, aunque son pocos los casos, tenemos el mayor porcentaje de SIDA en el grupo de riesgo de drogadictos, y éste es el que ocasiona mayor incidencia en el niño.

—Seguirá siendo imperiosa la demanda de asistencia por las especialidades pediátricas. No podemos entrar en su consideración. Consignemos, que para ahondar en el diagnóstico y tratamiento de diversos procesos patológicos, se necesitará el incremento de los medios técnicos que se integran en el denominado «diagnóstico por la imagen»: ultrasonografía, medicina nuclear, TAC, resonancia magnética nuclear, angiografía, etc.

—La adolescencia, «terreno de nadie», y frontera que sirve de límite al fin de la edad evolutiva y comienzo de la edad adulta, requerirá prioridad en los años próximos. Desde que en 1950 se fundó el Servicio de Salud para Adolescentes en la Universidad de Harvard, adscrito al Departamento de Pediatría, han ido naciendo Unidades similares en Finlandia, Turquía, Israel, Australia, Argentina y México (101). Lo exigen los cambios demográficos y el cuantioso número de niños comprendidos en estas edades, —19-20 % de la población total según Arbelo y col. (18)—, los cambios biológicos que han traído consigo los procesos de aceleración en la maduración puberal, la falta de datos fiables sobre morbilidad y mortalidad, factores de riesgo, etc. Es urgente que se le dedique al menos la misma extensión e interés que al período neonatal en los programas de enseñanza de pregraduados y postgraduados.

En nuestro país los pediatras hemos dedicado especial atención a este período. Han tenido lugar Simposios monográficos. Ha sido motivo de una ponencia en la XVII Reunión Nacional de la AEP (21-24 sep. 1983) en Zaragoza. La obra citada de Arbelo y col. revisa aspectos conceptuales, los procesos de adaptación e inadaptación, demografía, morbilidad, mortalidad, profilaxis, y asistencia. Y en ella figura una amplia lista de referencias bibliográficas que confirman la dedicación al tema por autores españoles.

\* \* \*

Concluido este trabajo, el 13 de septiembre de 1985, se ha publicado la orden ministerial de Presidencia del Gobierno que integra los Hospitales Clínicos en la red sanitaria de la Seguridad Social. Somos muchos los que tememos que con ello culmina un proceso por el que las Facultades de Medicina pierden su personalidad universitaria, para convertirse en Escuelas Profesionales. Lo que sorprende es que se haga a propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia. Y que las Universidades y las propias Facultades, no parezcan darse por aludidas ante este importante y trascendente cambio.

En la misma orden se considera específicamente excluido de transferencia el inmueble del nuevo Hospital Materno-Infantil de la Univer-



sidad de Valladolid. Mucho nos tememos que este edificio, único en sus características en la Comunidad, deje de servir a los fines para los que fue construido y dotado. Son integrados —y nos alegra— los Hospitales Materno-Infantiles de las Universidades de Santiago y Valencia. Será que faltan camas pediátricas. Ello, a pesar de haberse inaugurado el 18 de julio de 1985 el Materno-Infantil de La Coruña y tener su sede en la capital levantina el Infantil de la C. S. «La Fe», durante muchos años considerado el más grande del mundo, después del de Montreal.

¿Dónde y cómo queda la aprobación, sin ningún voto en contra, por las Cortes Regionales de nuestra Comunidad, de una enmienda para «que por la Junta de Castilla y León, y en el estudio sobre las necesidades y recursos hospitalarios en trámite, se incluya con carácter prioritario, el de la apertura del Hospital Materno-Infantil de Valladolid...».

Anticipé el propósito de aplazar para otra ocasión cuanto se refiere al HUMI. Resulta sin embargo imposible no dejar constancia de lo sucedido después de formular tal intención. Hubiera deseado dar término a este discurso con talante más esperanzador, pero de nuevo he de expresar mi pesimismo, análogo al que percibo en la mayoría de los médicos.

Ojalá vengan tiempos mejores, y se abran nuevos horizontes. Lo deseo vivamente. Y hasta cabe esperarlo de los movimientos pendulares que se suceden en el devenir histórico.

En la espera, evoco un verso de Alfonso Candau, querido amigo al que despedimos hace poco definitivamente. No le fue posible entrever lo que dejó escrito, al concluir su mandato como rector.

*Volvamos la esperanza duradera  
hacia el mañana incierto, deseando  
«otro milagro de la primavera».*

## Bibliografía

- (1) SANCHEZ VILLARES, E.: *Medicina infantil y su problemática*. Discurso en la Sesión inaugural del curso 1978, Real Acad. de Med. y Cirug., Valladolid, 1978; pp. 28, 99-100.
- (2) MARIAS, J.: *Breve tratado de la ilusión*. 2ª ed. Madrid, Alianza Editorial, 1984.
- (3) ELOY BLANCO, A.: Cit. por Escardó, F.: «Las fronteras de la Pediatría». *Arch. Pediat. Uruguay*, 1982; 53 (1): 54 (Ref. 8).
- (4) JIMENEZ LOZANO, J. y MARTIN, M.: *Guía espiritual de Castilla*, Ambito Ediciones, Valladolid, 1984; p. 16.
- (5) MARAÑÓN, G.: «La doble vocación». *La Medicina y nuestro tiempo*, Buenos Aires, Colección Austral. Espasa Calpe, S.A., 1954; p. 96.
- (6) DELIBES, M.: «El Premio Cavour», *ABC*, 1985; 2, agosto; p. 3.
- (7) SANCHEZ VILLARES, E.: «Editoriales I a VI». *Bol. Soc. Cast. Ast. León. Pediat.*, 1970; 41:9; 42:135-37; 43:245-27; 44:345-47; 45:437-440; 46: 537-540.
- (8) ESCARDO, F.: «Las Fronteras de la Pediatría», *Arch. Pediat. Uruguay*, 1982; 53 (1): 54-59.
- (9) ESCARDO, F.: *Abandónicos y Hospitalismo*, B. Aires, Editorial Universitaria, 1981.
- (10) BION, W.R.: *Aprendiendo de la experiencia*, B. Aires, Paidós, 1966; cap. XII.
- (11) ROF CARBALLO, J.: «La era de los maestros». *ABC*, 1980; 13. Feb.; p. 3.
- (12) SANCHEZ VILLARES, E.: «La Escuela de Pediatría del Profesor G. Arce». *Bol. Soc. Cast. Ast. León. Pediat.*, 1969; (X), 17: 17-25.
- (13) KATZ, B.: «On the quantal mechanism of neural transmitter release» Nobel Lecture, 12, dic. 1970. *Nobel Lectures*. Amsterdam/London/New York, Physiology or Medicine, 1963-1970, Elsevier Publishing Co., 1972: 485.
- (14) Indicador general de actividad y bienestar social. *Informe económico 1984*, Banco Bilbao, Bilbao, 1985; pp. 122-124.
- (15) CAMPO, S. del: *Análisis sociológico de la familia española*. Barcelona, Edit. Aries, S.A., 1985; pp. 230.
- (16) HALLMAN, N.: «Development of mother and child health care in Nordic countries». *An. Esp. Pediat.*, 1985; 22 (S.23): 9-16.

- (18) ARBELO CURBELO, A., HERNANDEZ RODRIGUEZ, G., ARBELO LOPEZ DE LETONA, A.: *Demografía sanitaria de la adolescencia*. Minist. de Sanid. y Cons., Secretaría General Técnica, Madrid, 1985.
- (19) SANCHEZ VILLARES, E.: «Pediatria. La Medicina Interna en la última década. Progresos diagnósticos y terapéuticos». *Medicine* 10º Aniversario, 1985: 131-139.
- (20) «Estado mundial de la infancia». *El País*. Madrid, Ediciones El País, 1985; p. 84.
- (21) GARCIA FERNANDEZ, J.: *Sobre el concepto de «desertización» y Castilla*, Lección inaugural del curso 1984-85, de la Universidad. Valladolid, 1985.
- (22) MONCKEBERG, F.: *Jaque al subdesarrollo*, 2ª ed. Santiago de Chile, Editora Nacional Gabriela Mistral Ltda., 1974.
- (23) LAIN ENTRALGO, P.: «Cuando ha comenzado la actualidad». *El País*, 1985, 4 abril.
- (24) CLARKE, A.C.: *Exploration of Space*, 1958; Cit. por F. Monckeberg, *Jaque al subdesarrollo*, 1974; pp. 21-22 (Ref. 22).
- (25) SANCHEZ VILLARES, E., SANCHEZ JACOB, M. y ALONSO FRANCH, M.: «Lactancia materna», *JANO*, 1984; 598: 35-44.
- (26) MARTIN-CALAMA, J., VILLAR VILLANUEVA, A., ORIVE IGLESIAS, I., PRIETO JOANIN, M.J., CONDE REDONDO, F. y SANCHEZ VILLARES, E.: «Tendencias actuales de la lactancia materna en Valladolid». *An. Esp. Pediat.*, 1985; 22, 5: 371-377.
- (27) TOJO SIERRA, R.: *Evolución del crecimiento, maduración y desarrollo humano en Galicia, 1900-1980*. Discurso lido no acto da sua presentación, Academia Galega de Ciencias, Santiago de Compostela, 1984.
- (28) PALACIOS MATEOS, J.M. y GARCIA ALMANSA, A.: *El crecimiento y sus defectos*, Madrid, Sandoz, 1972.
- (29) LAIN ENTRALGO, P.: «Presentación. Humanidades Médicas». *JANO*, 1985; 643 H: 55-56.
- (30) ESCARDO F.: *Psicología del Pediatra*, B. Aires, A. Peña Lillo. Edit. SA, 1974.
- (31) ESCARDO, F.: *Moral para Médicos*, 3ª ed. B. Aires, A. Peña Lillo. Edit. S.A., 1977.
- (32) ESCARDO, F.: *El alma del Médico*, B. Aires, A. Peña Lillo, Editor SA, 1977.
- (33) ESCARDO, F.: *Pediatria Psicosomática*. B. Aires, Librería «El Ateneo». Editorial, 1974.
- (34) ESCARDO, F.: *Anatomía de la familia*, B. Aires, Ediciones Lidiun, 1985.
- (35) ANGULO GARCIA, F.: «Prólogo». La desorganización psicosomática del niño; 1985; pp.15-19 (Ref. 36).
- (36) KREISLER, L.: *La desorganización psicosomática del niño*, Barcelona, Editorial Herder, S.A., 1985.
- (37) MASSE, N.: «Introduction a la Pediatre Sociale», *Pediatre Sociale*, Mande, R., Masse, N., Manciaux, M. París. Flammarion Medicine, Sciences, 1972.
- (38) MAGEVAND, A. y HAZEGUL, P.: «Reflexiones sobre la protección maternal e

- infantil (PMI) en los países industrializados», *Med. e Hig.* (ed. esp.). Ponencia presentada al Simp. Nac. de Pediatría Social AEP, Barcelona, 1978.
- (39) SEIDEL, H. y HOEKELMAN, R.A.: «Ecología del cuidado del paciente». *Principios de Pediatría* de Hoekelman, R.A., Blatman, S., Brunell Ph. A., Friedman, S.F. y Seidel H., México, Mc Graw-Hill Book, Co., USA 1978: 3-19.
- (40) BURGIO, G.R. y LORINI, R.: «Sauwer lunité de la Pediatric, Une enquête sur l'hospitalisation et l'enseignement en Europe». *Arch. Fran. Ped.*, 1975; 32: 893-900.
- (41) PLAZA MONTERO, J. y col.: «Aspectos profesionales de la Pediatría preventiva», *Actas XI. Reunión Anual, A.E.P.*, Madrid, 1974.
- (42) NADAL, J.: *La población española* (Siglos XVI a XX). 1ª ed., Barcelona, Colección Ariel, Ed. Ariel, S.A., 1984.
- (43) ARBELO CURBELO, A.: *La mortalidad de la infancia en España, 1901-1950*, Madrid, 1962.
- (44) BOSCH MARIN, J.: «Vidas de infancia recuperables en España». *Estudios monográficos*. Vol. II, 1947; pp.23-84.
- (45) FERRER MASSIP, B.: «Problemática de la medicina escolar». *Actas XIII. Cong. Esp. Pediatr.*, Edic. Liade, 1972.
- (46) TOVAR, J.A.: «La desmoralización de los médicos». *Tribuna Libre. El País*, 1982; 27 oct.; p. 20.
- (47) MARAÑÓN, G.: Crítica de la medicina dogmática. *La Medicina y nuestro tiempo*, Buenos Aires, Colección Austral, Espasa Calpe, S.A., 1954; p. 16.
- (48) LAIN ENTRALGO, P.: *Descargo de conciencia*, Barcelona, Ed. Barral, 1976.
- (49) CARRERES QUEVEDO, J., FERNANDEZ B. de QUIROS, J.I., IBAÑEZ PUCHE, E., IÑIGUEZ LOBETO, C., de JUAN, J., RAMOS DE CASTRO, A.: «Problemática universitaria y profesión médica. *Resultados de una Encuesta*. Valladolid, 1977.
- (50) Estadísticas de Educación, *Anuario El País*, Madrid, Ediciones El País, 1985; p. 128.
- (51) SOLS, A.: «Urge regular el acceso a las Facultades de Medicina», *YA*, 20 jun., 1976; p. 6.
- (52) GALLEGO, A.: «La situación actual de la enseñanza de la Medicina en España», *JANO*, 1985; 643-H, 67-71.
- (53) VILARDELL, F.: «Medical education in Spain». *Medical Education*, 1980; 14: 184-188.
- (54) RODDIE, I.C.: «Tópicos en educación médica». *The Lancet* (ed. esp.), 1985; 6, 2: 121-124.
- (55) SMITH, A.: «Tópicos en la educación médica». *The Lancet* (ed. esp.), 1985; 6, 3: 228.
- (56) MATHEWS, A.: «Tópicos en educación médica». *The Lancet* (ed. esp.), 1985; 6, 3: 228-229.
- (57) SCHAWARTZ, P.L.: «Tópicos en educación médica». *The Lancet* (ed. esp.) 5, 1985: 369.
- (58) RODDIE, E.I.: Tópicos en educación médica. *The Lancet* (ed. esp.), 1985; 6, 5: 369-370.

- (59) El problema. Un groupe de normallens de Grenoble. *Le Figaro Magazine*, 1985; enero; pp. 19-25.
- (60) TORRENTE BALLESTER, G.: Extracto de la conferencia pronunciada en el Congreso de Diputados, Madrid, *ABC*, 1985; 21 jun.; p. 59.
- (61) AZANCOT, L.: «Ampliación de estudios médicos en EEUU. Análisis completo del "foreing" en 1969-70». *Tribuna Médica*, 1972; 18 en.; pp. 20-30.
- (62) SANCHEZ VILLARES, E.: «Problemática actual de la Medicina infantil. Introducción». *An. Esp. Pediatr.*, 1976, 9 (S.7): 13-35.
- (63) SANCHEZ VILLARES, E.: Introducción a la problemática del especialismo en Pediatría, *Libro de Actas, X Reunión Anual de la AEP*, Granada, 1973.
- (64) PEDREIRA MASSA, J.L.: «Atención de salud mental de la infancia». *El Norte de Castilla*, 1985; 22 agos.; pp. 3-4.
- (65) TERRADA, M.L. y PERIS BONET, L.: Documentación y bibliografía pediátrica, *An. Esp. Pediatr.*, 1982; 17 (S 14): 99-127.
- (66) SANCHEZ VILLARES, E.: «Sobre la bibliografía pediátrica española», *An. Esp. Pediatr.*, 1985; 22. 4: 259-263.
- (67) GARCIA CABALLERO, C.: «Perspectivas de salud del niño español en el siglo XX. Pediatría Social». *An. Esp. Pediatr.*, 1980; 13, 61 (S 10): 61-62.
- (68) ALFARO, E.: «Reproducción Humana». *Tribuna Médica nº 1000*, 1983; 22 jul.; p. 87.
- (69) GRANDE COVIAN, F.: «Epidemiología del hambre en el mundo». *Curso sobre Biotecnología de los alimentos. Nutrición humana y alimentación láctea*. Escuela Asturiana de Estudios Hispánicos, La Granda, 1985; 26-31 agosto.
- (70) VILA-CORO, M.D.: *Aspectos jurídicos de la fertilización «in vitro»*. Boletín del Colegio de Abogados, Madrid, 1985.
- (71) LEJEUNE, J.: El origen de la vida humana. Subcomité sobre separación de poderes, Senado de EEUU, 1981, *ABC*, 23 abril, 1983; 23 feb.; p. 44.
- (72) ZAMORANO SANABRIA, L.: ¿Cuándo empieza la vida humana? *Informativo Médico*, 1983, pp. 3-4.
- (73) MARTI SACRAMENTO Y PESTAÑA, A.: ¿Cuándo empieza la vida humana? *EL PAIS*, 1983, 10 sep.; p. 24.
- (74) MAYOR ZARAGOZA, F.: «Bioquímica» *Tribuna Médica nº 1000*, 1983; 22 jul.; 25-30.
- (75) FERNANDEZ TORAL, J., CRESPO HERNANDEZ, M., y MALAGA GUERRERO, S.: «Síndromes polimalformativos». *Pediatría Básica*, E. Sánchez Villares, Madrid, Idepsa, 1980; pp. 30-50.
- (76) SANCHEZ VILLARES, E., ALONSO FRANCH, A. y BLANCO QUIROS, A.: Prevención de las enfermedades genéticas y malformativas. *Pediatría Básica*. E. Sánchez Villares, Madrid, Idepsa, 1980; 81-82.
- (77) SANCHEZ VILLARES, E. y BLANCO QUIROS, A.: Detección y tratamiento de las enfermedades hereditarias. *Pediatría Básica*. E. Sánchez Villares, Madrid, Idepsa, 1980; 90-107.



- (78) AMPOLA, N.G., MAHONEY, M.G., NAKAMURA, E. y TANAKA, H.: «Prenatal therapy of a patient with vitamine B<sub>12</sub> responsive methymalinic acidemia». *N. Engl. J. Med.*, 1975; 293-313.
- (79) QUERO JIMENEZ, M.: Avances en el diagnóstico cardiológico. Ecocardiografía. *An. Esp. Pediatr.*, 1984; 21: 485-486.
- (80) COUNCIL ON RESEARCH 1984-85. Propuestas de líneas a seguir en ingeniería genética, *Pediatrics* (ed. esp.) 1985; 19, 6: 411.
- (81) CASTELLANOS, M.: *El médico*, 1985, 28 junio.
- (82) DURAND, P. y VETERE, C.: «Fundamenti scientifici aspetti organizzativi per un programma di prevenzione e terapia, XXXVII Cong. Naz. della Soc. Italiana di Pediatria. *Minerva Medica*, 1976; 1: 13.
- (83) Collaborative Study on congenital hypothyroidism. *23rd Annual Meeting of the Europ. Soc. Eur. Pediat. Endocrinology*, Heidelberg. 1984, 2-5 sept.
- (84) ROCHICCIOLI, P., DUTAUG, G. AUGIER, D. y ENJAUME, Ch.: Diagnóstico del hipotiroidismo en el recién nacido. *Tiemp. Méd. de España*, 1979; 152, 67.
- (85) New England Congenital Hypothyroidism Collaborative: Characteristics of infantile hypothyroidism discovered on neonatal screening, *J. Pediatr.*, 1984; 104: 359.
- (86) GLORIEUX, J., DUSSAULT, J.H., LETARTE, H., GUYDA, H. and MORISSETTE, J.: Preliminary results on the mental developmenon hypothyroid infants detected by the Quebec screening program, *J. Pediatr.*, 1983, 102: 611.
- (87) PIERSON, M., LEHEUP, B., GUYOT, F., CRUZ-MARIN, F.: Economía de Sante du depistage neonatal de l'hypothyroidie. *6eme Réunion Groupe Latin de Pediatrie*, Genève, 24-25 mayo, 1985.
- (88) BALDELLAU, A., FERNANDEZ, L.A., JUSTE, G. y TAMPARILLAS, M.: «Metabolo-patías hereditarias», *An. Esp. Pediatr.*, 1985; 22 (S 22); 87-94.
- (89) CANOSA, C.A., DUART, J.M., ESCRIVA, F., FERNANDEZ, C., MORCILLO, F., MUÑOZ, A. y ROQUES, J.M.: «Retraso de crecimiento intrauterino». *An. Esp. Pediatr.*, 1985; 22 (S 21); 41-46.
- (90) Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos de la AEP: «Planificación de la asistencia intensiva pediátrica en España en la década de los 80». *An. Esp. Pediatr.*, 1984; 20, 7: 657-719.
- (91) RUZA TARRIO, F.: «Completar la asistencia intensiva en el niño. Un reto de esta década». Editorial, *An. Esp. Pediatr.*, (en prensa).
- (92) LEVOYER, F.: *Por un nacimiento sin violencia*, Madrid, Barcelona, Méjico, Daimon, 1974.
- (93) CHES, S.: «Las madres son siempre el problema ¿o no lo son? Nuevos aspectos de un viejo tema», *Pediatrics*, (ed. esp.) 1983; 15, 6: 107.
- (94) HANDRICKSE, R.G.: «Socio-economic and pychologicas factors in breast feeding motivation». *Bulletin of the Int. Ped. Ass.*, 1976; 637-642.
- (95) HAMBREAU, L.: «Aspectos nutricionales de la leche humana comparada con la leche de vaca. En Tojo, R., Tormo R., Paron, P. y García L.», *Avances en Nutrición y Gastroenterología infantil*, Isla de La Toja, 1985.
- (96) BERG, A.: «Crisis en las prácticas de la alimentación de los lactantes». *Estudios sobre Nutrición*, México, Limusa, 1971; 177.

- (97) MARTIN-CALAMA VALERO, J.: *Epidemiología y asistencia al amamantamiento en Valladolid: 1985*, Tesis Doctoral, 1985.
- (98) PALENCIA, R., VALBUENA, L., SILVA, J.C., y TRESIERRA, F.: «Etiología de la parálisis cerebral. Estudio en Castilla y León», *Rev. Esp. Pediatr.*, 1985; 41, 4: 279-284.
- (99) GONZALEZ NUÑEZ, J.: «La lucha antibacteriana a la luz de los nuevos descubrimientos». «Editorial», *Atención Médica*, 1985; junio: 4-5.
- (100) FONTAN, G.: «SIDA en niños». «Editorial». *An. Esp. Pediatr.*, (en prensa).
- (101) BUENO, M.: «Medicina del adolescente. Introducción». II. Ponencia. *An. Esp. Pediatr.*, 1983, 18: 87-90.