

CINCUENTA AÑOS DE PEDIATRÍA GIENNENSE

Dr. Manuel Bueno Fajardo

INTRODUCCIÓN

Si entendemos por Pediatría la asistencia médica al niño enfermo, hubo Pediatría en Jaén en todas las épocas de la Medicina y era el médico general el encargado de realizárla. Pero nosotros vamos a referirnos a la pediatría como especialidad netamente diferenciada, en la que un médico pone todos sus conocimientos y actividades profesionales al servicio del niño.

En principio, la especialización no fue tan radical y eran los tocólogos los que asistían a madre e hijo. Igualmente en las Facultades de Medicina, Obstetricia y Pediatría constituían una sola disciplina. Fué a finales del siglo XIX (1886) cuando se crea en España la primera Cátedra de Pediatría en Madrid y, posteriormente, las de Barcelona, Valencia y Granada. Pero con anterioridad a todo esto, la primera institución que de un modo específico dedicó su atención exclusivamente al niño, fue el Hospital del Niño Jesús en Madrid, inaugurado en 1877 y dirigido por el doctor don Mariano Benavente, primer médico español al que, en justicia, cabe otorgar el título de Médico Pediatra.

El nacimiento de la nueva especialidad no fue fruto de un capricho o azar, sino que obedeció a razones o circunstancias imperativas:

1. **Razones científicas**

- Acúmulo de conocimientos relacionados con el niño y su Medicina.

- Incesantes descubrimientos científicos relacionados con la Medicina.
- Copiosa bibliografía relacionada con la infancia y sus enfermedades.

2. Razones técnicas

- La exploración del niño enfermo requiere técnicas y procedimientos cada vez más especializados. Igualmente, es cada vez más idóneo el instrumental y material requeridos, tanto para exploración como para tratamiento.

3. Razones económicas

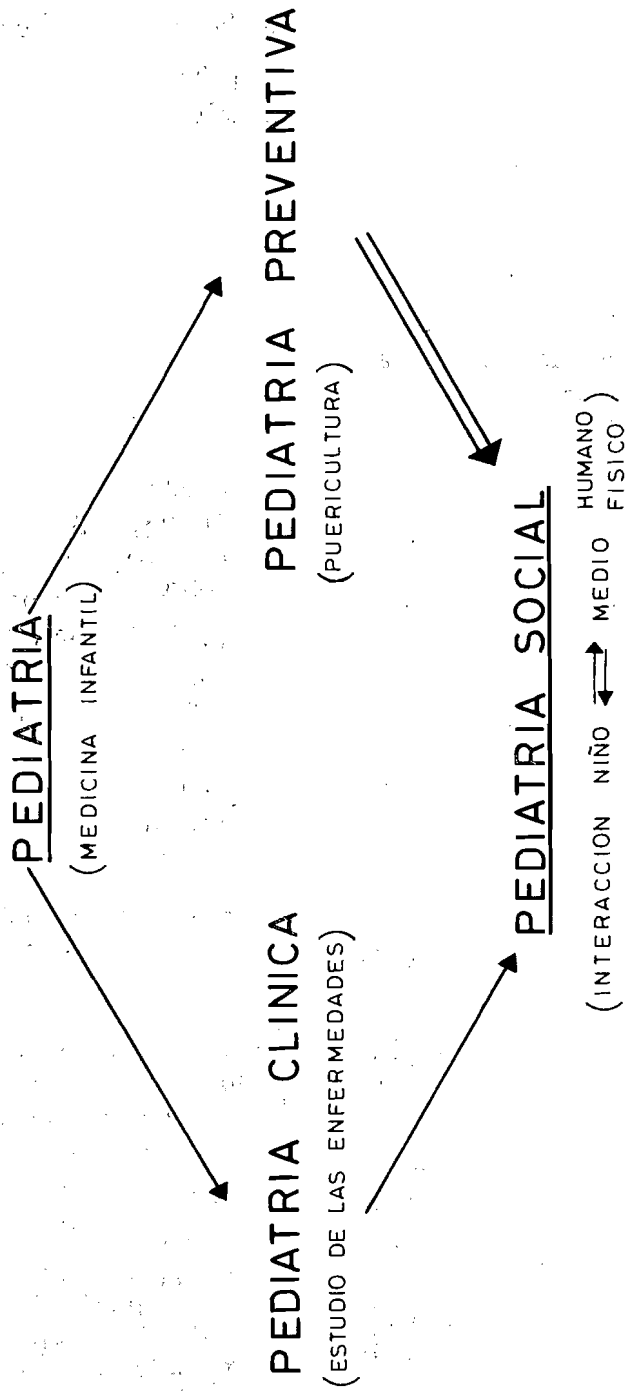
- La «revolución industrial» motivó grandes concentraciones urbanas y subsiguientes infracciones higiénicas.

4. Razones sociales

- Consecuencia de lo anterior, considerable aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad infantiles, que obligan a la sociedad a tomar medidas que protejan al niño tan gravemente amenazado. Este movimiento protector se produjo en el momento adecuado y fue una más de las inquietudes surgidas en el siglo XVIII y primera mitad del XIX, tan rico en ellas (período de la «Ilustración»). La filantropía, por un lado, y el pragmatismo, por otro, hicieron que la salud y la enfermedad se convirtieran en problemas centrales para la sociedad ilustrada. Todos los factores hicieron que se «descubriera» el niño (BALLESTER, 1977). Cristaliza en Europa con la formación de dos grandes escuelas de Pediatría, francesa y alemana, cuya influencia en España se deja sentir muy pronto.

CONCEPTO DE MEDICINA INFANTIL

Con el fin de cometer la menor cantidad posible de omisiones pensamos, en principio, trazarnos un guión o esquema de trabajo. Sin embargo, hemos creído preferible ceñirnos al formulado en el Centro Internacional de la Infancia por la doctora MASSE, recientemente fallecida, tanto por considerarlo muy completo como por merecido homenaje a su autora, por su valiosa y callada labor en pro de la infancia (Fig. 1).



Aunque suficientemente explícito, aclaremos un tanto sus enunciados.

Por Medicina Infantil entendemos la totalidad de las actuaciones o actividades que un médico puede desarrollar en beneficio o con relación a la infancia.

Pediatría Clínica, se refiere a toda actividad o estudio relacionado con el niño enfermo.

Pediatría Preventiva o Puericultura, que se refiere o actúa sobre el niño sano al que con nuestra actuación tratamos de evitar toda suerte de contingencia patológicas haciéndole crecer y desarrollarse en un ambiente francamente favorable.

Pediatría y Puericultura son, como vemos, la dos grandes ramas de la Medicina Infantil.

Pediatría Social, la integran el conjunto de actividades, disposiciones e instituciones, que acogen, protegen, educan, guían, etc., a ese niño que debe integrarse en el seno de una determinada cultura. Engloba la interacción niño-ambiente tanto a nivel individual como, sobre todo, colectivo.

En el esquema de MASSE vemos cómo la flecha que une la Puericultura con la Pediatría Social es de trazo más firme, tratando de indicar que su relación o acción sobre ella es más intensa que Pediatría Clínica.

Digamos como síntesis, que el niño, portador de un determinado «mensaje genético» e influenciado en gran manera por su «medio ambiente», adquiere, como resultado de todo ello, una serie de características propias que son las determinantes de su «personalidad o individualidad».

Aclaremos, por último, que la relación niño-ambiente no es unidireccional, sino recíproca, quedando representada en el esquema por esas flechas de doble dirección.

Perteneciendo Jaén al distrito universitario de Granada, es lógico pensar que en el orden médico, sea aquella Facultad de Medicina la que desarrolló sobre nosotros una influencia más decisiva. Pediátricamente la evolución siguió el ritmo y cronología emanados de aquella cátedra que aun siendo, como ya hemos dicho, una de las primeras que se crearon en España, por unas y otras razones (interinidad, trasladados, etc.) no fue ocupada en forma estable y por oposición hasta el año 1926, en que inicia su magisterio y docencia el doctor don Rafael García-Duarte Salcedo. Fue a partir de esta fecha cuando un pequeño grupo de médicos, formados bajo los auspicios de aquella cátedra, se inician en la nueva especialidad.

Procedente de este primer grupo pediátrico granadino y tras permanencia de un año en el Hospital del Niño Jesús de Madrid (verdadera catedral de la Pediatría española), con aquellos inolvidables maestros (Velasco-Pajares, García del Diestro, Cavengt y Cárdenas), iniciamos nuestro ejercicio profesional en Jaén, un agosto de 1930. Es en este momento donde situamos el comienzo de nuestro relato, fijando nuestra atención tanto en las circunstancias que rodean la asistencia médica del niño giennense como en el marco ambiental en que aquéllas se desarrollan. Nuestra labor se encontrará facilitada, de una parte, por lo escaso del tiempo transcurrido (48 años) y, de otra, por el exagerado protagonismo, que razones obvias, nos obligaron a desempeñar. Esta y no otra razón es la que nos fuerza a ocupar un insistente primer plano en nuestro relato, siendo, pues, determinantes de lugar y tiempo las que nos asignaron este papel de pioneros de la especialidad; papel nada fácil; sí muy incómodo; y, desde luego, poco rentable.

CIRCUNSTANCIAS AMBIENTALES

El Jaén de los años treinta era muy diferente del actual, no sólo por la menor extensión de su área urbana y número de habitantes (poco más de 35.000), sino, fundamentalmente, por ciertos aspectos ambientales francamente desfavorables que pasamos a enumerar:

a) **Abastecimiento de aguas** con diferentes puntos de procedencia (Santa María, Alamillo, La Magdalena, Los Villares, etc.) y anárquica red de distribución que, por sus frecuentes roturas, era contaminada por la red de alcantarillado. Sólo muy posteriormente fue centralizado su abastecimiento y suministrada, previa potabilización, por una red racional para su consumo. Esta gran mejora fue proyectada gracias al tesón y energía de un gran alcalde, el doctor don Fermín Palma García, que a sus grandes dotes humanas y profesionales, sumaba otras muchas, entre las que cabe destacar su visión político-social y su honestidad administrativa.

b) **Mercado de verduras, hortalizas** y demás productos de la tierra, abastecido, en su mayor parte, por las huertas colindantes (terrenos hoy del Parque de la Victoria, Avenida de la Estación, Polígono de «El Valle», Polígono industrial, Hospital «Princesa de España», Sanatorio de «Los Prados», etc.) en su gran parte regadas con aguas residuales procedentes

de la red de alcantarillado. Obvio resulta destacar el peligro y frecuencia de las contaminaciones.

c) **El suministro de leche**, realizado por cabreros y vaqueros ambulantes cuya vigilancia sanitaria se hacía prácticamente imposible. Si a esto sumamos la deficiente esterilización casera (las más de las veces «subida de la leche» y no ebullición de la misma), defectuosa conservación (en el mejor de los casos, arcaicas neveras) y frecuente «agriado», tendremos aclarada en gran parte la frecuencia de las infecciones intestinales.

d) **Temperaturas extremas, tanto en invierno como en verano**, pero especialmente en éste. La temperatura media veraniega era de las más elevadas de España, especialmente la nocturna, cuyo rigor era fundamentalmente debido a la radiación generada por ese acumulador calórico que entonces era esa gran roca pelada del cerro de Santa Catalina.

La gran repoblación forestal de dicho cerro (hoy un espléndido pinar), así como la moderna urbanización (con alejamiento hacia la llanura del casco urbano), han contribuido grandemente a que las noches veraniegas de Jaén sean, actualmente, francamente tolerables.

De otra parte, los adelantos en la construcción, la mayor frecuencia en la instalación de calefacciones, sistemas de aislamiento, etc., han contribuido a que los inviernos sean menos crudos.

El trabajo conjunto de gobernantes, arquitectos, ingenieros, urbanistas y sanitarios dieron a Jaén unas condiciones de habitabilidad prontamente reflejadas en sus índices demográficos.

Veamos ahora qué repercusión tuvo este medio ambiente, inicialmente tan desfavorable, en la demografía infantil.

MORBILIDAD

1. **INFECCIONES.**—Especialmente condicionada por los factores ecológicos y de ambiente a que acabamos de referirnos. Predominaban, por tanto, las *infecciones*; en verano, las que preferentemente tienen su puerta de entrada por aparato digestivo (grupo colítico); en invierno, las enfermedades e infecciones a frigore (procesos respiratorios). En toda estación, la tuberculosis, que en aquel tiempo epidemiológicamente se

encontraba en plena fase de tuberculización activa. Finalmente, los inevitables brotes epidémicos de enfermedades exantemáticas y tos ferina. Téngase en cuenta que, por aquella época, la única vacunación obligatoria, y no precisamente aplicada con rigurosidad, era la antivariólica.

En cuanto a las enfermedades parasitarias, encontrábamos bastantes casos de paludismo (más tarde enormemente aumentados como consecuencia de la guerra civil) y, entre ellos, algunos especialmente rebeldes a todo tipo de tratamiento. En Granada habíamos estudiado en la Escuela de Parasitología del doctor Fernández Martínez, el Kala-azar. Sospechando su presencia, en estos casos resistentes, algunos de ellos etiquetados como de «paludismo crónico quininoresistentes», realizamos, en uno de ellos, punción esplénica y el frotis procedente de la misma fue estudiado en Madrid por el doctor Pittaluga en su laboratorio de la Cátedra de Parasitología y así se hizo el *primer diagnóstico de Kala-azar en la provincia de Jaén*, según consta en el fichero de aquel laboratorio.

Estos diagnósticos posteriormente se fueron multiplicando, colaborando en ello en primer lugar el doctor don Eduardo Arroyo con su laboratorio de Análisis Clínicos, y más tarde, ya en la década de los cuarenta, el doctor Herrera Martínez. Entre este último y nosotros logramos reunir, en poco más de diez años, una casuística que rebasó los doscientos casos, dándose en algunos de ellos la asociación en un mismo enfermo de Paludismo-Kala-azar. Pudimos determinar un área endémica en su producción, situada entre Jaén capital, Mancha Real y la Casería de Grañena (carretera de Madrid), de forma triangular y aproximadamente de 15 kilómetros de lado.

Tratamos de iniciar un estudio epidemiológico en colaboración con las Secciones de Veterinaria y Lucha Antipalúdica del Instituto Provincial de Sanidad, buscando la relación perro y niños enfermos y como posible transmisor el mosquito, sospecha acentuada por los casos de asociación Paludismo-Kala-azar y la frecuencia de casos de Kala-azar en zonas reconocidamente palúdicas. La falta de apoyo oficial unido al desinterés originado por la guerra y sus calamidades, impidieron la realización de un estudio que hubiese resultado importante.

En el período postbélico, la intesificación de la lucha antipalúdica (antimosquito) de una parte, y el abastecimiento del mercado farmacéutico con los antimoniales específicos, de otra, hicieron que, paralelamente, descendieran los índices de incidencia de ambas enfermedades, cuyo diagnóstico en la actualidad constituye una rareza, según informan de la Jefatura Provincial de Sanidad.

2. ENFERMEDADES NUTRICIONALES.—Como consecuencia de una alimentación infantil irreglada o carenciada en determinados bioelementos, eran frecuentes las vitaminopatías, malnutriciones y trastornos del equilibrio hidromineral, que abrían el camino, del brazo de la infección, a los más graves síndromes diarreicos y, a la larga, como consecuencia de la degradación metabólica, a toda una gama de estados de malnutrición, víctimas propiciatorias de cualquier infección aguda.

Por fortuna, este conjunto de circunstancias adversas solamente afectaban a un sector limitado de la población infantil, dado que la lactancia artificial era minoritaria. Únicamente en caso de agalactia o formal contraindicación para ello, era privado un niño del pecho de su madre. La arrolladora y, no siempre veraz, propaganda de la industria dietética, así como la incorporación laboral de la mujer, aún no se había iniciado, prevalecía el criterio, firmemente asentado, de la primacía incuestionable de la lactancia natural. Decíamos entonces que por la leche pasaban al niño toda una gama de elementos vivos constituidos por vitaminas, fermentos, hormonas, etc., específicos de la especie, que contribuían a elevar el índice vital y defensivo del niño frente a las agresiones microbianas, independientemente de que por su carácter homólogo, le resultaba el alimento de más fácil digestión. Han tenido que pasar más de cuarenta años para que estas ideas, aparentemente tan claras, fuesen nuevamente revalorizadas, tras un eclipse duradero provocado por las «modas científicas».

En estos últimos seis años abundan trabajos que destacan nuevamente las ventajas de la lactancia materna, en base a su calidad inmunitaria. En efecto, el calostro y la leche definitiva son ricos en inmunoglobulinas, especialmente IgA secretora, fracciones de complemento (C₃ y C₄), lactoferrina (proteína ligadora de hierro), polisacáridos nitrogenados (favorecedores del crecimiento del lactobacilo), antiestafilococina (un ácido graso), interferón y leucocitos, principalmente linfocitos secretores de inmunoglobulinas. Los estudios de HANSON y col. (1974), demuestran la importancia defensiva en la mucosa intestinal de la IgA secretora, lo que explica la rareza de infecciones por Coli enteropatógeno en niños alimentados al seno materno. En nuestro país se vienen ocupando de estos aspectos BALLABRIGA en Barcelona y BUENO en Zaragoza.

3. ENFERMEDADES DEL RECIÉN NACIDO.—Si el ambiente jaenero de los años treinta resultaba desfavorable para un recién nacido normal, fácil es imaginar cómo resultaría para un prematuro o para un afecto de malformación congénita, tanto más por la inexistencia de Centros adecuados para su tratamiento.

La sífilis innata de importante incidencia antes de la guerra, sufrió con ésta un agudo incremento, tanto por razones sociales (mayor promiscuidad y descuido de la higiene sexual) como por dificultades en el tratamiento, dada la escasez de medicación específica, especialmente salvarsánica.

La tuberculosis constituía otra grave amenaza para el R. N. por la frecuencia del contagio intrafamiliar, tanto más peligroso si la enferma era la madre. Al igual que para la sífilis, la guerra, por razones obvias, se erigió en circunstancia agravante. Entre las causas de morbilidad neonatal jugaban un importante papel los problemas derivados de la alimentación cuando la lactancia materna resultaba imposible. Corregido y empeorado es aplicable aquí todo lo citado con anterioridad.

Del mismo modo, cabe interpretar la problemática de la infección en el R. N., muy fácil de adquirir y difícil de tratar, dado que la mayoría de los partos se producían en el medio hogareño, no siéndolo en clínica adecuada más que en las grandes distocias.

MORTALIDAD INFANTIL.—Por lo dicho hasta ahora sobre morbilidad podemos deducir un fuerte índice de mortalidad. El frío laconismo de las cifras no puede ser más aleccionador (Tabla I).

TABLA I

MORTALIDAD INFANTIL EN EL AÑO 1930

Jaén (Provincia)	135 fallecidos por mil nacidos vivos
Jaén (Capital)	129 fallecidos por mil nacidos vivos

Nos resultó imposible obtener datos oficiales sobre las causas de tan elevada mortalidad infantil, puesto que el «Movimiento Natural de Población» recoge dichas causas referidas tan sólo al total de las edades. Igualmente ocurre con la «Reseña Estadística de la Provincia». En cambio, sí pudimos sacar una impresión general, absolutamente concordante, al informarnos directamente de palabra o por escrito con los colegas de la capital y provincia.

Así pudimos, siguiendo la nomenclatura habitual de «Peligros», agrupar éstos en orden a su importancia en los cuatro grandes capítulos:

- 1.º Peligro Alimentario
- 2.º Peligro infeccioso
- 3.º Peligro congénito
- 4.º Peligro accidental y yatrogénico

Creemos innecesario repetir a este propósito cuanto hemos expuesto al hablar de morbilidad.

Como impresión de conjunto referida tanto a la capital como a la provincia, podemos decir, siguiendo la nomenclatura de ARBELO CURBELO (1975), que la cifra de mortalidad infantil tenía un valor «Muy fuerte» que en un transcurso de tan sólo cuarenta años fue declinando rápidamente a «Fuerte», «Moderado» y «Débil» (Tabla II).

TABLA II

MORTALIDAD INFANTIL EN JAÉN AÑOS 1930 y 1972

Año	Jaén capital (‰ nacidos vivos)	Jaén provincia (‰ nacidos vivos)
1930	129	135
1972	11 *	18 *

* **Mortalidad infantil «débil»** = < ‰ nacidos vivos (ARBELO).

Estas cifras comparativas revelan, mejor que todas las palabras, la labor que, durante esos cuarenta años de intervalo, necesariamente hubo de ser realizada para alcanzar tan brillantes resultados. Ahora bien, así como en las cifras globales de mortalidad, basta con observar el progresivo descenso fácilmente exteriorizable con una sencilla gráfica, no ocurre lo mismo con las causas de esa mortalidad, que no sólo pueden disminuir por su menor incidencia, sino también por alterarse el orden de su importancia al ser modificadas unas más que otras. Así podemos observar cómo la actuación de la Puericultura en materia dietética infantil casi erradicó el *peligro alimentario*. En forma parecida, como la actividad sanitaria al implantar los calendarios vacunales y demás medidas profilácticas, unido al enriquecimiento terapéutico que supusieron los sucesivos descubrimientos de DOMAGK y FLEMING (sulfamidas, penicilina), contribuyeron si no a erradicar, sí, al menos, a disminuir, en forma bien ostensible, el *peligro infeccioso*.

No ha ocurrido lo mismo con el *peligro congénito*, el cual se mantiene en unos límites de casi irreductibilidad. A primera vista resulta esto un tanto paradójico. ¿Cómo siendo más correcta y amplia la asistencia perinatal ya extendida, gracias a la S. S., a todos los estamentos sociales, no disminuye la mortalidad neonatal? La réplica es que la mejor técnica, el mayor número y mejor calidad de los centros asistenciales, hacen que lo que antes eran nacidos muertos, muchos de ellos, son hoy nacidos vivos pero en condiciones precarias de supervivencia (prematuros, débiles congénitos, portadores de malformaciones o enfermos graves de toda índole), por lo que muchos de ellos fallecen en sus primeros días de vida y vienen a engrosar las cifras de mortalidad neonatal o fallecidos de menos de un año. Igualmente, las tasas de prematuridad (6-20 %) no han descendido ostensiblemente. Por esta misma razón, la mortalidad de recién nacidos es mayor en Jaén capital que en Jaén provincia, dado que las grandes distancias son evacuadas a los centros asistenciales de Jaén capital para su intervención; engrosando su posible ulterior fallecimiento la estadística pertinente, correspondiente a estos Centros. Cabría también citar que los factores genéticos y teratogénicos han aumentado (índice de mutación génica, fármacos y tóxicos). El cuarto peligro, *causas accidentales y yatrogénicas*, evoluciona aún en forma más desfavorable, como consecuencia de la mayor densidad de población, del aumento del transporte rodado, de la progresiva electrificación doméstica, del abusivo almacenamiento de medicamentos en el hogar (muchos de ellos peligrosos, otros francamente tóxicos). Un sinnúmero de motivos de peligrosidad, derivados de las condiciones actuales de vida, constituyen una verdadera amenaza para la seguridad del niño, incrementando en forma incesante su porcentaje en el índice de mortalidad infantil. Ello ha condicionado una nueva patología infantil.

ASISTENCIA MÉDICA INFANTIL

En este medio ambiente y en tal circunstancia demográfica, ¿cómo se realizaba la asistencia médica al pequeño giennense en el año 1930? Oficialmente, a través de las Corporaciones Municipal y Provincial con sus respectivos cuadros médicos. Privadamente, a cargo de Sociedades de Asistencia Médica, en pequeña escala, y, sobre todo, por el ejercicio libre de la Medicina. En cualquiera de las formas, por un médico general o médico de cabecera, dado que, como ya dijimos en principio, la especialidad Pediátrica, ni oficial ni privadamente, aún no se encontraba establecida ni reconocida.

Un cierto grupo de médicos generales, por una inclinación natural, dedicaban preferentemente su actividad profesional a la infancia, lo que, a la larga, les dio un conocimiento y práctica de la medicina infantil muy superior al del resto de sus compañeros.

Tres fueron los médicos giennenses en los que se dio esta circunstancia, siendo muy justo dedicarles un recuerdo, tanto por su indudable competencia como por la gran comprensión y camaradería que nos brindaron desde un principio.



Colegio Internado de «Santa Teresa» (1930).

Carlos Romero, Alberto Moreno, Juan Nogales: tres nombres que serán recordados con cariño por muchas familias giennenses, tanto por sus dotes profesionales como, sobre todo, por el afecto y paciencia con que supieron realizar su quehacer médico.

Con uno de ellos, don Juan Nogales, ya nos ligaba una común afición deportiva, el fútbol. En el año 1925, con motivo de un encuentro amistoso entre el Once Rojo de Jaén y el Colegio Mayor de San Bartolomé y Santiago de Granada, él como presidente del Club jaenero y nosotros jugando en el equipo granadino, establecimos un contacto amistoso incrementado años más tarde al establecernos profesionalmente en Jaén.

Recordamos con verdadera nostalgia aquellas tertulias vespertinas siempre animadas por él (Bar Covadonga, Confitería de «Los Rubios») tanto con temas deportivos como profesionales. Un busto en el Estadio Municipal, y el recuerdo emocionado en tanto corazones agradecidos y amigos, son el tributo permanente de Jaén a este hombre inteligente y bueno.

Aun no siendo pediatra, sino médico internista, no podemos silenciar a un hombre que marcó un verdadero hito en la historia de la Medicina giennense. Nos referimos al doctor don Eduardo Arroyo Sevilla. Fue un verdadero precursor de la moderna medicina. Sin salir de Jaén, mantuvo estrechos contactos con las principales escuelas de medicina del mundo gracias a sus conocimientos del esperanto (este lenguaje, que aspiraba a ser universal, constituía un «hobby» para muchos intelectuales, especialmente médicos). Su comunicación con Zurich, Heidelberg o Rochester era tan habituales como con Madrid o Barcelona. Recibía con regularidad, además, la Revista de la Clínica Mayo y estaba completamente al día de cualquier descubrimiento o nueva técnica, especialmente de Laboratorio.

Licenciados nosotros en Granada en 1929, llegamos a Jaén sin haber visto aún un Electrocardiógrafo. Don Eduardo practicaba ya la Electrocardiografía dominándola y de él recibimos las primeras nociones para interpretar un electrocardiograma.

Todo esto en cuanto a Medicina, pero la dimensión intelectual de este hombre era mucho más amplia: música, literatura, fotografía, etc., múltiples actividades o inquietudes que tuvo la virtud de inculcar en sus amigos. Por eso pudo ser nuestro maestro en tantas cosas, y por eso nuestro reconocimiento y recuerdo no podía faltarle en este momento.

Todas estas razones serían motivo suficiente para destacar a este hombre, pero pediátricamente también hemos de hacerlo. Su colaboración con nosotros fue importantísima. En cuantas ocasiones solicitamos su ayuda, puso a nuestra disposición todas sus técnicas y valiosos consejos en forma absolutamente desinteresada, resolviéndonos problemas que sin su concurso hubieran resultado insolubles.

INSTITUCIONES MÉDICAS Y ASISTENCIALES PARA LA INFANCIA

En 1930 no existía en Jaén ninguna Institución especialmente dedicada a la Medicina Infantil.

La Beneficencia Municipal realizaba esta asistencia ambulatoria mediante sus médicos generales.

La Beneficencia Provincial atendía los niños enfermos, especialmente los quirúrgicos, en las Salas Generales del Hospital Provincial de San Juan de Dios. Los niños abandonados eran asistidos en dos internados con las características de los antiguos Hospicios: Casa Cuna e Internado de Santa Teresa, que acogía recién nacidos, niños hasta los 6 años y niñas en todas las edades; Internado de Santo Domingo, que recibía niños varones a partir de los 6 años, incluidos los que se trasladaban de Santa Teresa al cumplir esa edad.

La atención médica a los enfermitos de ambos Internados era prestada por un médico del cuerpo general.

Los servicios generales y asistencia en Hospital e Internados eran prestados por sendas Comunidades de Hermanas de San Vicente de Paúl.

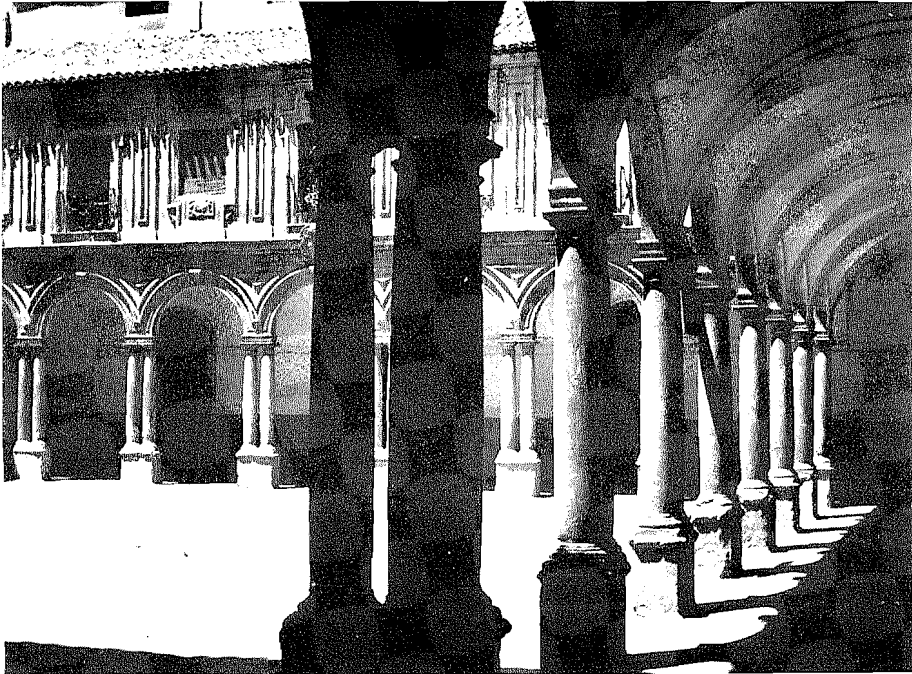
En un local integrado en el edificio de la Diputación Provincial, muy próximo al de la Cruz Roja, funcionaba una Gota de Leche servida por la misma comunidad religiosa, pero sin control médico alguno.

En principio, consideramos como medida más urgente perfeccionar «pediátricamente» lo que ya funcionaba, organizando paralelamente una consulta de Pediatría. Con este fin nos ofrecimos tanto a la Diputación como a la Cruz Roja, organizando en los Servicios de ésta, una consulta de Pediatría, y en la «Gota de Leche», dependiente de aquélla, una consulta de Puericultura en la que previo reconocimiento, fichaje, apertura de una cartilla, etc., se realizaba vigilancia semanal de peso y estado nutritivo, así como, mediante charlas de divulgación a las madres, se las iniciaba en los rudimentos de la higiene infantil, preparación de alimentos y asesoramiento vacunal.

Dada la proximidad de ambas consultas se nos hizo posible la radical separación de niños sanos y enfermos. Las cartillas facilitadas a las madres simplificaron tanto las instrucciones como las órdenes de tratamiento, como la constancia gráfica de la nutrición, desarrollo y morbilidad.

La organización de estas consultas nos resultó particularmente fácil, pues encontramos apoyo y aliento de todo tipo, y sus excelentes resultados pronto se dejaron sentir.

Las cosas no fueron tan bien en cuanto a los niños abandonados. Aunque para ser más eficaces, concentramos nuestra atención en los más pequeños (Casa Cuna e Internado de Santa Teresa), no encontramos el suficiente apoyo moral ni material. De una parte, la estructura del edificio



Patio del Colegio Internado de «Santo Domingo» (1930).

(conventual, fría, casi carcelaria); de otra, la insuficiencia de medios materiales, incluido el presupuesto para su mantenimiento, verdaderamente ridículo; pero, sobre todo, la falta de concienciación del problema tanto por parte del Organismo Gestor como de la Comunidad Religiosa, dificultaban al máximo cualquiera de nuestras iniciativas. Pudimos entonces darnos cuenta de la fuerza que encierra una resistencia pasiva y cuán difícil resulta quebrar una conducta rutinaria, que hace casi imposible implantar una nueva norma o mejora. La tristemente famosa frase, «¡angelitos al cielo!» definía mejor que nada el modo de pensar y actuar de todo un medio social, referido no sólo a la Inclusa de Jaén, sino a las de toda España.

Al tratar de informarnos del movimiento demográfico de aquella Casa, quedamos verdaderamente aterrados. De los niños ingresados con menos de un año, apenas si uno o dos cumplían los seis y pasaban a Santo Domingo. Lo que comprobábamos no eran cifras de mortalidad, sino de «mortandad», por otra parte, similares a las de los restantes Hospicios de nuestro país.

Después de un detenido estudio de tan grave situación, redactamos un informe que fue enviado a la Corporación Provincial; en el mismo llegaba-

mos a la conclusión, como única solución aceptable, de la necesidad de construir un edificio de nueva planta, con exteriores adecuados, dependencias y utillaje, etc., de acuerdo con las directrices de la nueva Medicina Preventiva.

De momento nuestra propuesta no tuvo éxito, pero conseguimos dar a conocer la existencia del problema e inclusive que fuese discutida la viabilidad del mismo, siendo solamente razones económicas las que impidieron su realización.

Como compensación se nos dieron algunas facilidades presupuestarias, para ir mejorando, en lo posible, la marcha de aquella Casa (comida, menaje, asistencia médica y profiláctica), consiguiendo poco a poco, incrementar el presupuesto para la misma.

Servicio de Puericultura en el Instituto Provincial de Sanidad.—Al tiempo que realizábamos lo anterior, en conversaciones sostenidas con el Jefe-Provincial de Sanidad, conseguimos interesar a éste en la creación de un Servicio de Puericultura. Tras las pertinentes consultas a Madrid, conseguimos al fin autorización y consignación para el montaje de dicho Servicio, el cual pudo ser puesto en marcha en mayo de 1931. Fue denominado «Servicio de Puericultura e Higiene Escolar», con lo cual conseguíamos extender sus beneficios a un campo mucho más amplio con grandes posibilidades para el futuro.

Ya en el año siguiente (1932) alcanzamos que «La Gota de Leche», fuese subvencionada y controlada por el Instituto de Higiene, pasando a éste la consulta y asistencia de todos sus beneficiarios. Con esto obtuvimos no sólo la siempre beneficiosa concentración de nuestra labor, sino mejor aún, contar con la colaboración de los restantes Servicios del Instituto (Laboratorio, Radiología, Odontología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Tisiología, Vacunaciones).

El siguiente paso consistió en extender nuestra actividad a la segunda y tercera infancia organizando un SERVICIO DE HIGIENE ESCOLAR por el que, en turno rotativo, hacíamos pasar, en grupos de 15 alumnos, a todos los escolares de Jaén capital. Al contar con las importantes colaboraciones enumeradas anteriormente el trabajo policlínico resultaba muy completo y, gracias a él, pudieron ser descubiertos y corregidos muchos defectos sensoriales, así como lesiones tuberculosas y, lo más importante, los focos de origen, de las mismas, que, a su vez, motivaban la ulterior investigación familiar. No creemos necesario insistir en la importancia que nuestro Servicio adquirió en la Lucha Antituberculosa. La eficacia y entusiasmo con que nos prestaron su colaboración, fuerza a mencionar los nombres de los

doctores Fernández Horques, Vena, Segovia, Galán, Santos Ascarza, Sagaz y algún otro que lamento no recordar.

Rápidamente se nos planteó otro problema: nuestra actividad sanitaria sólo beneficiaba a Jaén capital. Era necesario extenderla a la provincia y se nos presentó, para ello, una coyuntura inmejorable. La Dirección General de Sanidad presionaba a la Jefatura de Jaén para la organización de un plan de Centros Sanitarios (Primarios, Secundarios y Terciarios, según la densidad de población de los puntos en que radicaran). Como la función primordial de estos Centros sería proyectada sobre madres e hijo era necesario, ante todo, la preparación del personal médico que se encargase de ello. Con este fin organizamos unos Cursos de Maternología y Puericultura (año 1933), en los que de la parte Maternal se encargó el doctor García Triviño, al que desde entonces nos ligaron, no ya lazos de fraternal amistad, sino también, esos tan íntimos que da la colaboración profesional.

A estos Cursos asistieron los médicos titulares de los pueblos dotados con dichos Centros, aspirantes a las plazas en cuestión. Estos Cursos cumplieron, aparte su finalidad pedagógica, la de establecer una relación profesional amistosa y de estrecha colaboración con unos compañeros cuya eficacia no tardó mucho en dejarse sentir.

La red asistencial constaba de:

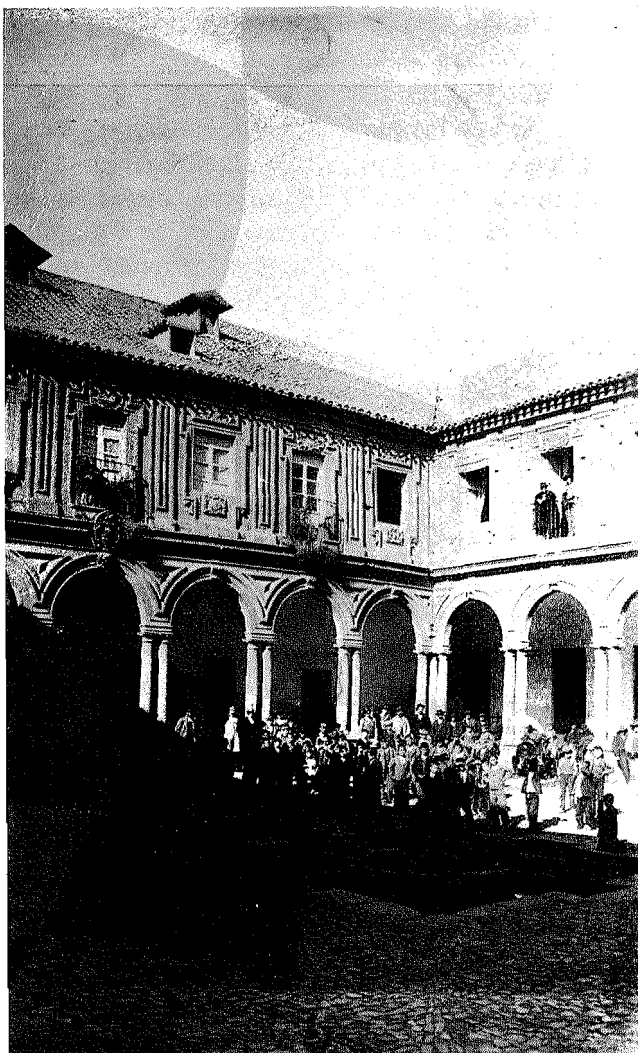
Un CENTRO TERCARIO en Jaén

CUATRO CENTROS SECUNDARIOS en Linares, Úbeda, Villacarrillo y Villanueva del Arzobispo

NUEVE CENTROS PRIMARIOS (denominados Maternales y Pediátricos de Urgencia)

Andújar	9 camas
Alcalá la Real	10 camas
Cazorla	5 camas
Martos	10 camas
Orcera	7 camas
Villacarrillo	6 camas
Villanueva	10 camas
Úbeda	10 camas
Baeza	6 camas

Poco más pudimos hacer durante los años 1934 y 1935, dado que las inquietudes y vicisitudes sociopolíticas con sus luchas internas, ocupaban casi por completo la atención de los gobernantes.



Otro aspecto del patio del Colegio Internado de «Santo Domingo» (1931).

Con el año 1936 llegó la gran catástrofe. Gran parte de lo conseguido quedó paralizado, desarticulado o destruido. Objetivo primordial: la contribución a la guerra y la supervivencia. Las necesidades de la población civil quedaron reducidas, en cuanto a asistencia médico-sanitaria, a las

situaciones de verdadera emergencia y así pasó a ocupar un primer plano en Jaén la asistencia a los refugiados que incesantemente acudían de las zonas evacuadas en los frentes de guerra. Con este fin, el municipio improvisó un consultorio en la calle Ancha (edificio en el que más tarde estuvo el Gobierno Militar) y un Hospital en la Carrera de Jesús (un gran caserón hoy derruido). En condiciones verdaderamente precarias, por falta o escasez de medios de todo tipo, fueron atendidas familias enteras desplazadas de sus hogares y, con ellas, muchos niños, que todo lo esperaban de la solidaridad y caridad de sus semejantes. Muchas veces las palabras no alcanzan a expresar la realidad de una situación. Cuando decimos «escasez de medios», por ejemplo, en materia dietética, sólo disponíamos de leche materna (casos extraordinarios de solidaridad en que madres lactantes próbidas, cedían su leche para atender enfermitos carentes de ella), leche de burra o yegua, en muy escasas proporciones; un poco de Agar-Agar encontrado en alguna farmacia y con el que preparábamos Lecha-Agar. Manzanas o peras para una dieta de frutas en los mayorcitos y como arsenal medicamentoso, Piramidón, Aspirina... y poco más.

Un ejemplo de a qué extremos llegaba aquella penuria de medios: un niño gravemente enfermo de sarampión tiene una complicación ótica. La supuración incesante hace temer una posible complicación meningea. Es necesario operarle, pero... ¿dónde encontrar el anestésico? Como favor especial, un médico militar amigo nos facilita medio frasco de cloroformo, resto de una anestesia en el Hospital Militar. Se realiza un vaciamiento petro-mastoideo con medios caseros, en el propio domicilio. El final de la intervención en un puro grito, se había terminado el anestésico y se operaba, como vulgarmente se dice, «a lo vivo». Gracias a Dios, todo terminó felizmente. Operador y ayudantes: doctores Segovía Morón, Hispán Quesada y Navarro Funes, fallecidos actualmente. El operado, hoy catedrático de Pediatría en Zaragoza. El «padre de la criatura», este improvisado cronista.

Terminado el conflicto bélico, una recuperación de obligada lentitud. En principio es Auxilio Social, con sus comedores, consultorios, etc., quien se ocupa de la asistencia infantil, labor dirigida con toda eficiencia por el doctor don Tomás Herrera Martínez, pediatra establecido en nuestra ciudad a la terminación de la guerra.

En 1939 se celebra en Madrid un concurso-oposición turno restringido (méritos de guerra) a Médicos Puericultores del Estado. No concurriendo en nosotros los méritos exigidos, nos vimos privados de momento, de la posibilidad de ingreso en dicho Cuerpo.

El Instituto Provincial de Higiene es trasladado de su antiguo emplazamiento (carretera de Madrid) al que tiene en la actualidad en la Plaza de las Batallas, cambiando su denominación por la de «Jefatura Provincial de Sanidad». La plaza de Puericultor del Estado es ocupada por el doctor Herrera Martínez ingresado en el Cuerpo en el mencionado concurso-oposición. Al frente de dicho puesto realiza una eficacísima labor de la que tan necesitado se encontraba el Jaén de la postguerra.

Entre tanto la Diputación Provincial, al fin convencida de la necesidad de sacar, al menos a los niños más pequeños, del horrible lugar en que se encontraban, habilita un hotelito (hoy desaparecido), emplazado en la Plaza de las Batallas, y nos encarga su montaje, organización y puesta en marcha. Con toda ilusión acometimos esta tarea convencidos de los resultados que ello reportaría. El cambio, desde un punto de vista material, fue verdaderamente fantástico. Pero la tarea más difícil no era ésta, sino la de formar el espíritu de personal asistencial y aquí es donde la fortuna colmó nuestras aspiraciones.

Después de explicar nuestros propósitos, solicitamos en Madrid de la superiora general de las Hermanas de San Vicente de Paúl, el destino al nuevo hogar de una religiosa ampliamente capacitada con título de enfermera puericultora y las suficientes dotes de paciencia, bondad, inteligencia y amor a la infancia, que le permitieran salir adelante en la difícil tarea que se le iba a encomendar. Portadora de una elogiosa carta de presentación, un buen día llegó a Jaén sor Gregoria Manrique. Lo que esta mujer supuso para el nuevo hogar del Niño Jesús; su total entrega al servicio de aquellas criaturas y, sobre todo, a la formación técnica y moral tanto del nuevo y joven grupo de religiosas como del resto del personal femenino, incluidas las madres lactantes, sólo nosotros pudimos valorarlo. Siempre hemos tenido el convencimiento de que sin su valiosa ayuda no hubiésemos podido nunca alcanzar el logro de nuestros propósitos. Esta mujer, aún hoy abrumada por sus muchos años, todavía en activo, sigue entregada a su tarea con toda eficiencia y amor.

Asistir en pocos meses al increíble cambio de aquellos treinta pequeños seres, desnutridos, pálidos, tristes e indiferentes a todo cuanto les rodeaba; entregados exclusivamente a sus movimientos estereotipados (balanceo rítmico de la cabeza, chupeteo de dedos e interminables llantos) en otros tantos niños, sanos, de excelente aspecto, alegres, juguetones, corriendo y gritando por aquellos jardines, es algo tan emotivo que no acertamos a describir.

Por fin en 1940 sale a concurso-oposición, en turno restringido (según la legislación vigente) la plaza de Médico-Jefe de los Servicios de Pediatría

y Puericultura de la Beneficencia Provincial de Jaén, que al no quedar provista en éste alcanzamos nosotros en el turno libre, pasando por fin a ocupar en propiedad el puesto que durante tantos años se mantuvo en forma interina.



Hospital de San Juan de Dios. Fachada antigua. Entrada principal (1931).

Poco después se convocan en Madrid las primeras oposiciones a Puericultores del Estado en turno libre, consiguiendo, tras una afortunada actuación, nuestro ingreso en dicho Cuerpo.

En 1943 se crea en Jaén, por disposición ministerial, una nueva plaza de Médico Puericultor con destino en su Jefatura Provincial de Sanidad, la que pasamos a ocupar tras el oportuno concurso de méritos.

La puericultura en Jaén se encuentra ya satisfactoriamente atendida, pues contamos con un nuevo, joven y entusiasta colaborador, el doctor don Rafael Maza Selas, que, en distintos puestos de trabajo (Auxilio Social, Obra 18 de julio, Consultorio de la Cruz Roja), prueba su competencia, eficacia y entusiasmo. La colaboración y lealtad de este fraternal compañero y entrañable amigo fueron para nosotros, en todo momento, algo inapreciable e inolvidable.

En la Jefatura Provincial de Sanidad funcionan a partir de 1943 unos Servicios completos de Puericultura, divididos en dos Secciones: primera infancia a cargo del doctor Herrera Martínez; y segunda y tercera infancia de la que nos encargamos nosotros, realizando con las mismas colaboraciones que anteriormente el control sanitario de la población escolar.

Las campañas de vacunación en general fueron intensificadas al máximo, pero particularmente prestamos atención a la BCG, que fue aplicada a todos los escolares tuberculinonegativos. En esta labor y en todo lo relacionado con Tisiología, siempre trabajamos en estrecha colaboración con el Dispensario Antituberculoso.

En la Beneficiencia Provincial aparte de todo lo referido respecto a los niños abandonados, iniciamos la organización asistencial para los enfermos. Para ello pusimos en marcha, en el Hospital de San Juan de Dios, una consulta externa y dos salas de encamamiento Pediátrico con doce camas cada una: Sala de San Ildefonso, destinada a Patología Quirúrgica Infantil y Ortopedia, al frente de la cual se encontraba el prestigioso cirujano doctor don José Comas Tarragona, y Sala de San Tarsicio para Medicina Infantil, de la que nos encargamos nosotros. Por necesidades del Servicio fuimos a poco dotados de dos plazas de médicos internos, en las que sucesivamente se iniciaron en la Especialidad, numerosos pediatras actualmente en ejercicio, algunos de ellos en nuestra capital.

En 1950 el Hogar del Niño Jesús resultaba ya prácticamente insuficiente. Su bajo índice de mortalidad (inferior al general de Jaén) provoca una superpoblación que nos colma de alegría y... ¡de problemas! Se hace necesario un edificio de mucha más capacidad y en este sentido insistimos ante la Presidencia de la Diputación. Don Juan Pedro Gutiérrez Higuera, que en aquel momento ocupa dicho puesto, hombre decidido y emprendedor, rápidamente se hace cargo del problema y en resolverlo aplica todo su entusiasmo. Para ello adquiere un amplio solar frente al

Parque de la Victoria, en el que se habían iniciado las obras para otro edificio oficial del que se había desistido. Sobre esta estructura, y con las consiguientes modificaciones, ese gran profesional que es el arquitecto provincial don Francisco López Rivera, supo plasmar en un gran proyecto el programa de necesidades que elaboramos conjuntamente con él, el doctor don Eduardo García Triviño y nosotros, pues en el nuevo establecimiento Provincial se agrupaban tres servicios: Maternidad Provincial, Hogar Infantil y Colegio Internado de Niñas.

Esta reagrupación de Servicios encerraba ventajas bien evidentes, no sólo por la simplificación y economía derivadas de la centralización de los servicios generales, sino, sobre todo, porque al quedar establecida la colaboración TOCÓLOGO-PEDIATRA, adquiría en Jaén, desde aquel momento, carta de naturaleza, lo que ya, en la actualidad, constituye una nueva especialidad o subespecialidad dentro de la Pediatría: la Perinatología.

Esta colaboración obstétrico-pediátrica supuso otro gran avance en lo que ya podíamos denominar Pediatría Social: al encontrarse en un mismo edificio la madre y el lugar en donde podía abandonar a su hijo. Reteniendo a esta madre, generalmente soltera, como nodriza retribuida de su propio hijo, lográbamos muchas veces mentalizarlas para que no se produjese el abandono, pues si bien resulta fácil abandonar a un recién nacido que apenas se ha visto, pocas eran las que realizaban este abandono, del ser al que ya amamantaban y habían visto sonreír. Desde este punto de vista, el actual traslado de Maternidad al Hospital «Princesa de España», nos parece un error. Sin negar los beneficios materiales y técnicos que en otro orden de cosas se hayan podido producir, moralmente tal separación no era admisible. Es cierto también que en los tiempos actuales el índice de recién nacidos abandonados ha disminuido ostensiblemente.

En honor a la brevedad no nos extenderemos en detalles sobre distribución y funcionamiento del nuevo Hogar de la Victoria, limitándonos a exponer el esquema funcional que aún hoy es válido para cualquier internado similar.

- Número total de niños acogidos: 350 (lactáneos, destetes y párvulos).
- Distribución en pequeñas unidades de 10 ó 12 cunas separadas en sistema semi-box. Con baño y armarito ropero incorporado.
- Una cuidadora especializada por unidad, en la que se hace vida familiar.



Hospital de San Juan de Dios. Ampliación y nueva entrada (Década 50'60).

- Exteriores ajardinados abiertos, con soportales, que permiten hacer vida al aire libre.
- Se facilitan las visitas familiares y la estancia temporal para no romper el vínculo familiar.
- El régimen interior es ordenado, pero no rígido ni disciplinario.
- Personal eficiente pero, sobre todo, alegre y con amor al niño. Se considera primordial ese alegre vivir, y se prescinde sistemáticamente de la eficiencia fría sin amor (verdadera profilaxis de las psicopatías asociales tan frecuente en los antiguos hospicianos).
- Las vacunaciones BCG, antivariólica, antipolio, triple, son sistemáticas.
- Aprovechamos los servicios asistenciales del Servicio Social que nos resultan utilísimos. Algunos niños sin familia conocida son autorizados a pasar el fin de semana con algunas de estas señoritas, a las familias de las cuales quedan muy vinculados.
- Selección de juegos recreativos, juegos deportivos, artes (música, teatro, artesanías, labores, etc.).

En una visita inaugural girada a nuestro Hogar por el director general de Sanidad y el jefe de los Servicios de Puericultura (doctores Palanca y Bosch Marín) lo calificaron como el «mejor establecimiento internado de niños» que en aquella fecha (1955) funcionaba en España. Consignamos este elogio como un motivo de orgullo tanto para Jaén como para su Diputación Provincial.

El índice de mortalidad infantil del Hogar de la Victoria, continuaba siendo muy bajo, mucho más que el de Jaén población, que, ya por aquellas fechas, era bastante reducido.

En una revisión realizada en abril de 1967 con motivo de un trabajo que presentamos en la I Reunión de Avances en Pediatría de Pamplona, pudimos aportar los datos consignados en la Tabla III ¡Sólo tres fallecimientos en seis años!

TABLA III

NÚMERO DE FALLECIDOS SOBRE UN TOTAL DE 350 NIÑOS

Años	Fallecidos	Edad	Causa
1961	0		
1962	1	Lactáneo	Bronconeumopatía aguda
1963	1	Lactáneo	Síndrome neurotóxico o deshidratación aguda
1964	0		
1965	1	Recién nacido	Bronconeumopatía Consanguinidad paterna
1966	0		

En el hogar se acogen niños menores de 7 años; al cumplir esta edad, pasan al Colegio Internado de Santo Domingo.

Están distribuidos en: LACTÁNEOS - DESTETES - PÁRVULOS.

Las niñas se acogen en todas las edades, sumándose a las tres anteriores las secciones de ESCOLARES y ADOLESCENTES, realizando, todas las que tiene aptitud para ello, estudios en los Centros Oficiales de la capital.

JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD

No se queda atrás en proyectos y realizaciones. Adquiere un solar colindante con la Jefatura y en él construye una edificación que en principio se denomina INSTITUTO DE MATERNOLÓGÍA Y PUERICULTURA y que asume las siguientes funciones:



Hospital de San Juan de Dios. Primer patio y galería (1931).

1. Una primordial que consiste en preparar teórica y prácticamente, mediante cursos completos de 8 meses de duración, a grupos de unas treinta alumnas procedentes de la capital y provincia, disponiendo para estas últimas 15 plazas en régimen de internado.

2. La enseñanza teórica es impartida por un cuadro de profesores que explican las siguientes disciplinas:

- Cultura general y enseñanza del Hogar
- Moral y Religión
- Sanidad, Higiene y Legislación Sanitaria
- Maternología
- Puericultura de 1.^a infancia
- Puericultura de 2.^a y 3.^a infancia

3. La enseñanza práctica se verifica tanto en las distintas consultas y laboratorios de la Jefatura Provincial de Sanidad, como en una GUARDERÍA INFANTIL y una COCINA DIETÉTICA instaladas al efecto en la planta baja del Instituto. Encargada de esta enseñanza práctica se encuentra una enfermera puericultora titulada.

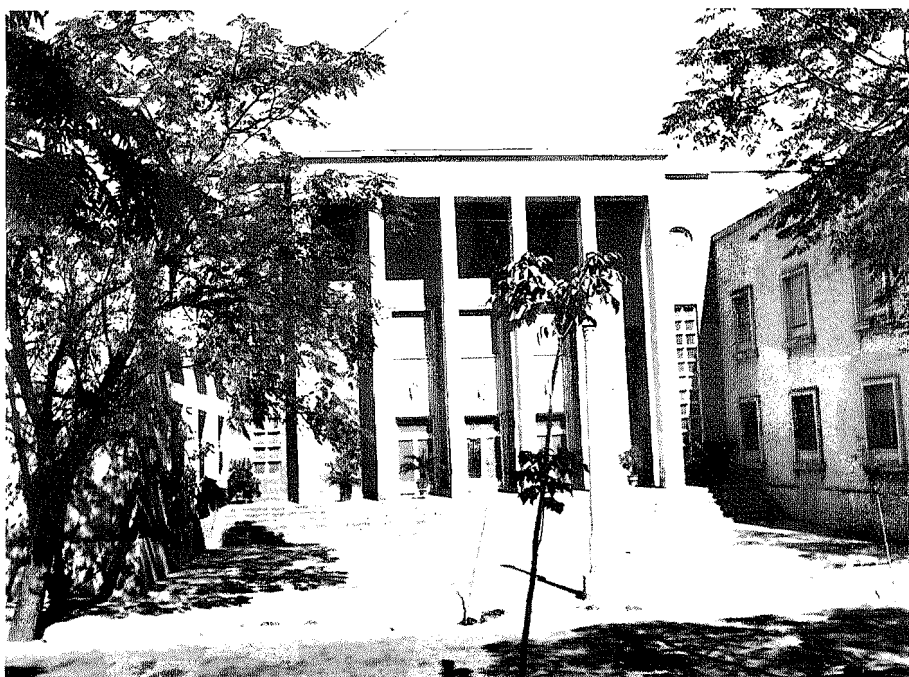
4. Aparte de este curso normal de Maternología y Puericultura, se desarrollan otros cursillos de una o dos semanas de duración, para maestros y maestras nacionales, así como también para madres y algunos otros de tipo general, como información y propaganda de Maternología y Puericultura.

Este INSTITUTO fue inaugurado el año 1945. Su reglamentación y programas, fueron elaborados por el Jefe de Sanidad y cuadro de profesores que con carácter interino fueron nombrados por éste. Se trataba por tanto de una institución local que funcionaba con plena autonomía aunque controlada por la Dirección General de Sanidad.

A partir de 1948, coincidiendo con la creación por parte del Estado de las Escuelas Provinciales de Puericultura. La nuestra pasa a denominarse, ESCUELA PROVINCIAL DE PUERICULTURA Y RURAL DE MATERNOLOGÍA y se diferencia de todas las demás en este último carácter, al seguir admitiendo 15 plazas del medio rural en régimen de internado para impartir dichas enseñanzas. Reglamentación, programas, planificación de curso y cursillos, emanan ya directamente de la Dirección General de Sanidad.

La Dirección de la Escuela, en atención a lo dispuesto en este sentido, recae en el puericultor de nombramiento más antiguo, en este caso el doctor don Tomás Herrera Martínez, y el cuadro de profesores, con nombramiento ya definitivo, quedó integrado de la siguiente forma y con las asignaturas ya normalizadas para todas las Escuelas:

Prof. de Puericultura 1.^a Infancia ... Dr. Tomás Herrera Martínez
Prof. de Puericultura 2.^a y 3.^a Infancia Dr. Manuel Bueno Fajardo
Prof. de Maternología Dr. Eduardo López García-Triviño
Prof. Epidemiología Sanidad y Legislación
Sanitaria Dr. Miguel Benedicto Fernández
Prof. Auxiliar 1.^a Infancia Dr. Rafael Maza Selas
Prof. Auxiliar 2.^a y 3.^a Infancia Dr. José Montilla Bono



Hogar Materno Infantil de la Victoria. Puerta de entrada (1950).

Al ser nuestras enseñanzas ya oficiales, iban acompañadas del correspondiente diploma extendido a favor de las alumnas que superaban los exámenes finales. Así mismo, se hacía en los restantes cursillos acreditándose la asistencia a los mismos.

En el año 1950 fuimos autorizados para dar un curso de MÉDICOS PUERICULTORES en el que obtuvieron dicho título varios médicos de la provincia y alguno de la capital hoy en ejercicio (doctor Montilla Bono).

Durante varios años a la terminación del curso de enfermeras se realizaba un viaje de estudios por diversas capitales españolas en las que se visitaban aquellos Centros de Puericultura más importantes, así como la parte monumental y cultural de más interés.

SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD

Con motivo de la puesta en marcha de dicho Seguro, el ejercicio de la Medicina y por consiguiente de la Pediatría, va a sufrir una profunda y radical transformación. No es oportuno hacer historia de dicha implantación. Se sale de nuestros propósitos y alargaría innecesariamente este relato. Solamente haremos alguna referencia relacionada con la Pediatría de Jaén.

En principio, se realizaron dos agrupaciones: beneficiarios dependientes del Instituto Nacional de Previsión por un lado, y restantes Entidades Colaboradoras de otro. Pasándose las consultas, respectivamente, en el mencionado Instituto y en la entidad colaboradora MAPFRE.

Más tarde viene la creación del AMBULATORIO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD en la calle Arquitecto Berges, al cual pasan todas las consultas (medicina, cirugía y especialidades) incluidas las dos de PEDIATRÍA

Las necesidades de encamamiento obligan al Instituto Nacional de Previsión a levantar un gran edificio de nueva planta, en la carretera de Córdoba, al que se denomina RESIDENCIA SANITARIA «CAPITÁN CORTÉS», de la Seguridad Social.

El incesante aumento de beneficiarios fuerza a la creación de nuevas plazas de Pediatría, lo que obliga a una ordenación y jerarquización del Servicio que a partir de este momento queda de la siguiente forma:

Un Jefe de Servicio de Hospitalización pediátricos, un Pediatra Consultor y cuatro Pediatras de Zona.

En forma progresiva, se fueron creando nuevas plazas de Pediatras de Zona en aquellos pueblos de la provincia con más cartillas de beneficiarios, o situados en puntos estratégicos a los que acudían en primera instancia, enfermitos procedentes de pueblos colindantes. Así ocurrió en Linares, Úbeda, Andújar, Alcalá la Real, Martos, etc.

La asistencia normal era prestada por los Pediatras de Zona, los cuales, en los casos que estimaban conveniente, remitían sus pacientes al Pediatra Consultor con fines de confirmación o aclaración diagnóstica. Éste, a su vez, si consideraba conveniente la hospitalización, enviaba al enfermito a la Residencia Sanitaria con este fin.

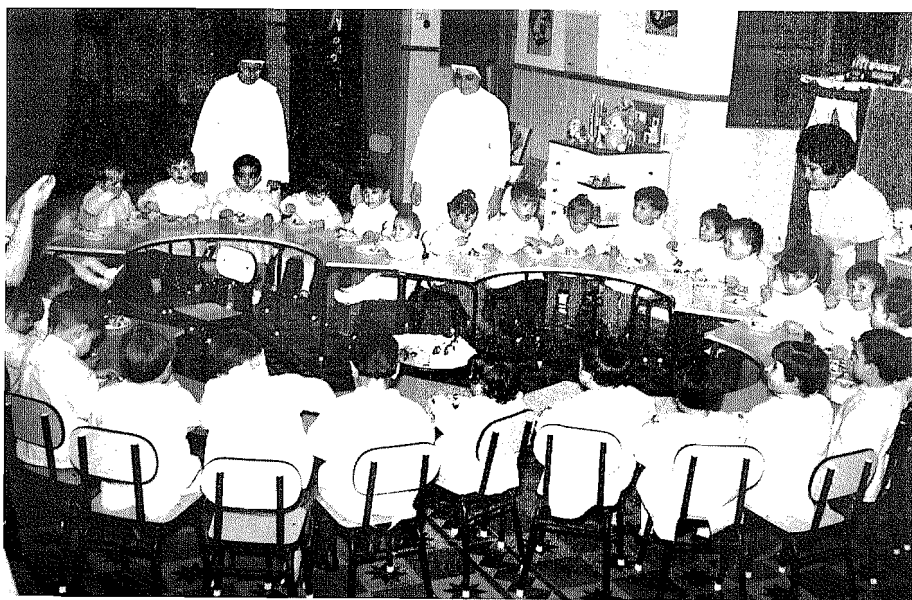
En caso de enfermedad infectocontagiosa, o con sospecha de serlo, la hospitalización se realizaba, no en la Residencia, sino en el pabellón de

infecto-contagiosos del Hospital de San Juan de Dios, dependiente de la Beneficencia Provincial, con la que el Seguro de Enfermedad había hecho, al efecto, el oportuno concierto.

El pediatra consultor realizaba su trabajo en el Ambulatorio.

Las hospitalizaciones pediátricas se realizaban en la 5.^a planta de la Residencia Sanitaria, al principio con toda facilidad, pero bien pronto con grandes dificultades, dado su incesante aumento, lo que obligaba a veces al traslado al Hospital de San Juan de Dios, aun en casos no infecciosos.

Ante el acúmulo incesante de trabajo, que obligaba al jefe del Servicio de Hospitalización a estar, por así decirlo, en guardia permanente, la Superioridad crea una plaza de Médico Ayudante y asigna a Pediatría un Médico Interno. Aunque insuficiente esta medida, alivió un tanto una situación verdaderamente agobiante.



Hogar Materno Infantil de la Victoria. Comedor de destetes y párvulos (1950).

Ya en época muy reciente, en terrenos colindantes con la Residencia Sanitaria, se construye un gran edificio en el que se instala el «CENTRO DE DIAGNÓSTICO», al que se traslada la consulta del Pediatra Consultor.

Últimamente (1978), en el mismo recinto en que se encuentran enclavados Residencia Sanitaria y Centro de Diagnóstico, se levanta un nuevo

edificio, «CENTRO MATERNAL E INFANTIL», al que se traslada todo lo referente a madre y niño, excepto la Pediatría de zona.

Dicho Centro, con capacidad total de 276 plazas, destina de ellas, 132 a Pediatría, de las cuales 20 son para recién nacidos (4 Box grandes de 4 plazas cada uno y 4 pequeños individuales). Existe una completa separación entre los nacidos en el CENTRO (zona «limpia») y los llegados del exterior (zona «sucia» o contaminada).

El personal Médico Pediátrico se jerarquiza actualmente de la siguiente forma:

Un Jefe de Servicio, cinco Jefes de Sección y ocho Adjuntos.

El antiguo pediatra consultor es ahora uno de los cinco jefes de Sección.

Los Pediatras de Zona, para Jaén capital, son siete, que trabajan distribuidos en diferentes ambulatorios.

En Úbeda, en la Residencia Sanitaria «SAN JUAN DE LA CRUZ», hay una sección de Pediatría en la que trabajan cuatro pediatras en calidad de «adjuntos».

La red de Pediatras de Zona se extiende por la provincia en la siguiente forma y cuantía:

ALCALÁ LA REAL	2
ALCAUDETE	1
ANDÚJAR	3
BAILÉN	1
BAEZA	1
LA CAROLINA	1
LINARES	5
MARTOS	2
MANCHA REAL	1
MARMOLEJO	1
PORCUNA	1
TORREDELCAMPO	1
TORREDONJIMENO	1
TORREPEROGIL	1
ÚBEDA	3
VILLACARRILLO	1
VILLANUEVA DEL ARZOBISPO	1
TOTAL	27

A MODO DE RESUMEN

Repasando lo escrito hasta ahora, se impone hacer un a modo de resumen, que clarifique un poco lo expuesto en nuestro relato y precise las diferencias, bien notorias, entre la *Medicina que se fue*, la *Medicina que poco a poco nos llegó*, y la *Medicina que en la actualidad se está gestando*. Aunque aparentemente usamos en forma indistinta los términos: Medicina y Pediatría, matizamos casi inconscientemente, lo que resulta genérico para adulto y niño y lo que es más específico de éste.

I. **AYER:** La Medicina que se fue.

Encontramos en ese ayer de la Medicina Infantil como hechos más destacables:

1. Predominio de la lactancia natural, aunque practicada en forma irreglada y empírica.

2. Predominio etiológico, en general, de las bacterias en las infecciones, banales y graves.

3. Un mayor intervalo entre esas infecciones banales, que estimamos como consecuencia de una inmunidad de restablecimiento natural y completa.

4. Entre las enfermedades infecciosas y parasitarias más frecuentes, encontrábamos *Grupo coli-tifo*, *Kala-azar* y *Paludismo*, agresiones o complicaciones de tipo *puógeno*. La gran pesadilla de los *brotos epidémicos de poliomiélitis*. Frecuentes casos de *difteria* y *tétanos*. Gran frecuencia de casos de *meningitis tuberculosa* y otras formas *generalizadas de tuberculosis*. Frecuencia de la *sífilis innata*.

5. Alto índice de *morbilidad* y *mortalidad* infantil.

6. Actuación médica menos especializada. Gran predominio del ejercicio libre de la Medicina sobre cualquier otra forma de actividad profesional, constituyendo el MÉDICO DE CABECERA el núcleo vital de la profesión. Consecuencia de la libre elección: relación amistosa médico-cliente y por tanto menos situaciones de fricción o violencia entre ambos.

7. Al disponer de muchos menos medios técnicos que en la actualidad, mejores dotes de observación y exploración, así como de valoración de las circunstancias socio-ambientales.

8. Mayor frecuencia de la visita domiciliaria, lo que indudablemente facilitaba el conocimiento socio-ambiental.

II. **HOY:** La Medicina que poco a poco nos llegó.

1. Predominio de la *Lactancia artificial*.

2. Predominio etiológico de los virus y, *en general*, de todos los agresores resistentes a sulfamidas y antibióticos.

3. Más frecuentes *infecciones banales*, probablemente obedeciendo a la interferencia inmunitaria producida por el exagerado abuso de la terapia antibiótica, así como a la acción perturbadora de ésta sobre el equilibrio ecológico, al destruir la flora de protección tanto orofaríngea como intestinal.

4. *Gran disminución en las incidencias de Paludismo, Kala-azar y grupo Coli-tifo*, como consecuencia de los progresos higiénicos realizados sobre el medio ambiente.

5. Consecuencia de las sistemáticas *campañas de vacunación*, casi *erradicación* de la *POLIOMIELITIS* y *DIFTERIA*. La gran disminución de casos de *TÉTANOS* y *TOS FERINA*.

6. Mucha menor incidencia de *MENINGITIS TUBERCULOSA* y otras formas generalizadas de tuberculosis, tanto por la acción profiláctica de la BCG como por la eficacia del tratamiento específico (Estreptomocina, Hidrazidas PAS, Rifampicina, Etambutol, etc.).

7. Disminución, verdaderamente espectacular, en las tasas de *MORTALIDAD INFANTIL*, como consecuencia de la conjunción de una serie de factores de todo tipo, pero entre los que incuestionablemente hay que destacar la actuación *Puericultora y Pediátrica*. Así, de tasas de mortalidad del 250 ‰ de comienzos del siglo, se ha llegado a un 14 ‰.

8. Actuación médica más especializada. Un mayor bagaje científico. Gran disponibilidad de medios técnicos y colaboraciones de todo tipo. Una *menor libertad en cuanto al ejercicio profesional* que «ha sucumbido» ante el *Seguro de Enfermedad* y los *Seguros Libres*. Esto implica desde ahora un cambio trascendental: *la intervención de un tercero que mediatiza e interfiere la relación médico-enfermo*. Esta interferencia se produce, tanto por la acción *inspectora o fiscalizadora* como por el *exagerado burocratismo* que desde este momento matizará nuestra profesión. Ya no será el estetoscopio el útil de trabajo que simbolice al profesional de la Medicina, más bien diríamos que el bolígrafo ha usurpado su puesto.

9. La masificación de las consultas, que perjudica la relación médico-enfermo. Casi ha cesado aquella beneficiosa relación amistosa. Hoy apenas si se conocen y, al no haberse elegido mutuamente con libertad, ello genera recelo o desconfianza. Un error, un equívoco, un mal entendido, conducen frecuentemente a la reclamación o denuncia.

En el libro de BENZO, «La Responsabilidad Médica», decía Marañón al prologarlo en 1943: «el paciente (o los padres del paciente) no van ya al médico con la familiar y noble confianza del que sabe que éste hará cuanto pueda en su beneficio y que nadie puede pedirle nada más eficaz que esta buena voluntad, sino con el papel sellado dispuesto para envolver al doctor en la red legulella si el acierto no preside su gestión facultativa».

Esta frecuente amenaza de la denuncia hizo florecer una nueva rama de Seguro: «*El Seguro de la responsabilidad profesional del médico*». Si en 1930 un agente de seguros hubiese ofertado su «mercancía» a un médico, probablemente hubiese provocado su hilaridad, su sonrojo o quizá su ira al considerarlo humillante y ofensivo. Para nuestra profesión constituye una verdadera pena, pero el acto médico ha dejado de ser «aquel acto singular de hombre a hombre» que definió GEORGES DUHAMEL. El deber del médico será el de adquirir una formación lo más completa posible, conservar un juicio claro, una conciencia pura y un corazón accesible a la piedad. Pero el paciente, ante la dedicación fraternal de su médico debe hacerle entrega de su confianza y, qué menos, de su agradecimiento.

10. CONDICIONAMIENTOS SOCIO-CULTURALES. La gran tragedia del ser humano actual es su «cambio». Cambio total, completo, al que le obligan un cúmulo de circunstancias: *Superpoblación. Choque de derechos y ambiciones* que rebasan el círculo de lo personal. *La servidumbre a la máquina. El agotamiento de las fuentes naturales de energía. La contaminación ecológica, etc.*

Cambia el escenario en que representa su vida y cambia él mismo, tanto en su *envoltura corporal* como en su cualidad más representativa: *el pensamiento*. Volamos sobre los caminos del tiempo con la opresión angustiosa de ignorar nuestro destino.

Todas estas incógnitas exigen de nosotros un gran esfuerzo de adaptación que requiere una gran elasticidad y flexibilidad en nuestro psiquismo para adaptarse a la nueva situación sin sufrimiento (angustia) ni enfermedad (psicosis).

En los aproximadamente cincuenta años de esta *biografía pediátrica*, las directrices fundamentales del *pensamiento cultural* experimentaron cambios muy sensibles. Nuestro ingreso en la vida universitaria coincidió

con un esquema mental en que la valoración de un hombre se hacía por la *altura de sus IDEALES*. Años después, cuando iniciamos nuestra actividad profesional, el baremo ideales había sido sustituido por el de *VALORES*, de carácter más dinámico, pero en cuanto a altura de nivel bastante más modesto. Ahora, desde ha poco y coincidiendo con nuestra jubilación, los más elevados móviles humanos se denominan *INTERESES*.

A. SMALL realizó una especie de inventario de los *Intereses* del hombre actual, ello nos facilita la comprensión de su mentalidad:

SALUD - BIENESTAR - SOCIABILIDAD - JUSTICIA - SABIDURÍA (o búsqueda de la verdad) BONDAD - BELLEZA.

Podemos observar que en esta enumeración aparecen, aunque algo diluidos, tres de los ideales clásicos: VERDAD - BONDAD - BELLEZA, pero falta uno de relevante importancia: A M O R. Consideramos esta ausencia alarmanamente significativa.

11. SANIDAD - PUERICULTURA - HIGIENE MENTAL. Recién creado el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, es de esperar que el retraso sanitario de tantos años y las interferencias e inclusive luchas entre ambos organismos, den paso a una época de verdadero esplendor en beneficio de la salud de los españoles.

La Puericultura tiene aún mucho que hacer en Sanidad. Sin dejar de reconocer la inmensa labor realizada en el aspecto *somático* (dietética, vacunaciones, mejora física del ambiente) que se traduce en esos excelentes índices demográficos, aún queda mucho por hacer, casi diría, todo por hacer, en el aspecto *psíquico*. El escenario en que vive el niño de hoy moviliza a sus actores con una muy desagradable dinámica:

Competitividad salvaje, que desgarrar la vida emocional.

Falta de comunicación, que facilita la neurosis.

La premura del tiempo, innecesaria las más de las veces, que origina ansiedad.

Problemas ya cotidianos: accidentes de circulación, soledad, alcoholismo, violencia, delincuencia, drogadicción, falta de apoyo en los postulados de una FE religiosa, fuente de toda esperanza.

Esta dinámica que moviliza al actor humano en el escenario de la vida cotidiana hace peligrar su equilibrio psíquico, cuya capacidad de adaptación no es ilimitada, pero hay que considerar aún de más gravedad el funesto ejemplo que se da a la infancia.

Es ya clásica la despreocupación del español por sus problemas, pero esta despreocupación no podemos hacerla extensiva a nuestros niños. Ante la salud de la infancia, cualquier desidia es un crimen, cualquier indiferencia, un delito.

En este aspecto de la Higiene Mental aplicada al niño, LA PUERICULTURA PSÍQUICA, aún nos encontramos en mantillas. Hemos de recorrer un largo camino al tiempo que hay que hacer este camino. La LIGA ESPAÑOLA DE HIGIENE MENTAL ha tiempo que inició este recorrido; es de esperar que el recién nacido MINISTERIO DE SANIDAD y SEGURIDAD SOCIAL haga realidad tan noble iniciativa, pero contando sin deserciones con la colaboración de todos nosotros.

Son estas y muchas de las anteriores, palabras del doctor don Diego Parellada, verdadero paladín de la Liga Española de Higiene Mental.

El médico puericultor juega un importante papel en la formación y mentalización de los futuros padres, ello le obliga a sopesar con gran justeza el alcance y responsabilidad de las ideas que propaga. Un claro ejemplo de hasta dónde puede alcanzar esta responsabilidad lo tenemos en lo ocurrido con el doctor Spock en los Estados Unidos:

En 1945 publica este pediatra un libro de puericultura titulado «Cómo cuidar y educar a su hijo». *Best-seller* en su país y muy leído en otros muchos (desgraciadamente también en el nuestro) tuvo muchos seguidores y prosélitos que siguieron sus «mandamientos» con verdadero fanatismo. El «sistema Spock» giraba en torno a una idea básica: la *educación permisiva* mediante la cual se trataba de evitar los traumas psíquicos y posibles psicopatías consecutivas. Cuando la primera generación «made in Spock» alcanzó la pubertad, los papás quedaron aterrorizados de sus resultados: el sistema había dado origen a la generación más indisciplinada, viciosa y violenta en toda la historia de los Estados Unidos, de cuyas hazañas nos dieron amplia noticia todos los medios informativos.

Ante tales resultados, el americano medio se apresuró a deshechar tal sistema retornando hacia una educación más racional.

Con la reedición de su libro en 1974, Spock rectifica diciendo... «que nunca había sostenido la idea de borrar de un plumazo la "imago" de los padres, y que la autoridad y vigilancia de los jóvenes durante los años difíciles en que se está formando su "superego" era transcendental, lo que había querido realmente decir es que esta autoridad debía ser en el futuro *más razonada y elástica*».

Pero la rectificación de Spock en su nueva obra «Hijos y padres de hoy» adquiere tonos desgarradores. En ella reconoce francamente sus

anteriores errores y patéticamente aconseja «...actuar con amor e inteligencia, pues vuestra misión educadora sigue siendo más importante que nunca. No se alcanza la felicidad buscándola ávidamente, sino procurando derramar el bien y la alegría en derredor nuestro».

Con este «*mea culpa*» el veterano pediatra quiere tal vez alcanzar el perdón de un daño difícilmente reparable.



Escuela Provincial de Puericultura y Rural de Maternología. Cuadro de profesores y un curso de alumnas (1945-50).

12. *Recuperación de la Madre para el hogar y para sus hijos.* Consideramos esta recuperación o reintegración como una urgente labor de la Puericultura.

Lo que antes era considerado como culminación en la vida de una mujer: HOGAR, ESPOSO, HIJOS constituyendo con la FAMILIA la clave de toda la civilización occidental, es hoy el blanco de todos los ataques que convergen hacia su destrucción.

Las mujeres en general y las más jóvenes en particular están siendo sometidas, por parte de ciertas organizaciones llamadas feministas, a un verdadero *lavado de cerebro* que las induce a creer que el matrimonio es

poco menos que *un estado servil* en provecho del hombre y que *la maternidad constituye un estorbo y otro servilismo* en su vida.

En una mujer inteligente, consciente y serena, estas propagandas tan de moda, que la asaltan por todas partes (medios de difusión, amistades, vida social, etc.), no surten efectos, pero no ocurre lo mismo con la mayoría de las adolescentes y jóvenes con un «superego» en plena formación, en que ese prometedor «edonismo» (alcohol, tabaco, drogas, promiscuidad sexual, etc.) las induce a caer en una actitud que se disfraza con el término de *liberación*.

El Pediatra dispone de argumentos con los que luchar contra tales errores:

- a) Especificidad de la lactancia materna.
- b) Bondad del clima emocional que la madre ofrece al hijo, absolutamente indispensable en los primeros cuatro años de vida (esa carencia emocional maternal resultaría reiterativo destacarla en la génesis de tantas psicopatías).
- c) Fracaso total de todos los sistemas ideados para sustituir los cuidados maternos (recuérdese al efecto lo ocurrido en los países del Este europeo y la rehabilitación que en ellos ha experimentado la familia clásica).
- d) Aquí, de nuevo, el caso Spock, como tesis argumental, y la cita para su lectura de su último libro «TU HIJO», Edit. Daimon, 1977, prolongado por el doctor BALLABRIGA, lleno de sensatez y atinados consejos educativos que contrastan enormemente con cuanto propugnó hace una treintena de años.

13. Nueva Patología. En este sentido debemos destacar la patología genética (cromosomopatías, errores innatos del metabolismo), la incidencia creciente de la patología oncológica, así como la originada por accidentes e intoxicaciones. También cabría considerar aquí la patología yatrogénica, incluida la variedad denominada «yatrogenesis imperfecta», que expresa la situación tan frecuente del niño asintomático tratado por datos analíticos aislados «anormales».

14. Finalmente debemos hacer alusión a la aparición creciente de las subespecialidades pediátricas (neonatología, cirugía pediátrica, neuropsiquiatría, psicología y psiquiatría infantil, cardiología infantil, radiología pediátrica, nefrología, etc.), consecuencia del gran progreso científico y técnico. Indudablemente esta transformación es positiva, pero plantea el problema de la pérdida progresiva del pediatra generalista y consiguieren-

temente de la visión amplia y de conjunto del objeto fundamental de nuestro quehacer médico: el niño.

Consecuencia de este progreso es también la «invasión» de libros, monografías y periodismo científico, que ponen a prueba la capacidad de lectura del pediatra, por otra parte, bajo la presión asistencial actual.



Escuela Provincial de Puericultura y Rural de Maternología. Profesores y curso de Médicos Puericultores (1945-50).

Como señala SÁNCHEZ VILLARES (1978) cada logro constituye el punto de partida de situaciones nuevas, que también dan lugar a problemas nuevos. Así, los logros de la antibioterapia en el control de las enfermedades infecciosas, han dado origen a la aparición de plásmidos y cepas resistentes. La decisiva mejora en la nutrición empieza a plantear el problema preocupante actual de la obesidad infantil, favoreciendo ulteriores hipertensiones y diabetes.

15. *El síndrome del pediatra inquieto.* En los comienzos del año 1960 en los Estados Unidos varios autores describieron el síndrome del «pediatra fatigado, o desencantado», originado por un excesivo trabajo profesional sin gran interés intelectual y humano.

Con posterioridad, en América del Norte y Europa Occidental se asiste por los profundos cambios demográficos, evolución de los problemas de

salud infantil y otros factores, al nacimiento del «síndrome del pediatra inquieto».. Traduce una situación real en la que los pediatras cada vez son más numerosos, el número de niños menor (control de natalidad y planificación familiar), las enfermedades pediátricas tradicionales en desaparición o notable regresión y los nuevos problemas aparecidos difíciles de abordar en razón de una formación inadecuada.

Recientemente ROYER (1977) se ocupa de este interesante aspecto recomendando una adaptación permanente que resolviera el que los sistemas vivos estén desajustados, abordando así el problema fundamental de nuestras sociedades.

III. **MAÑANA:** La medicina que se está gestando.

Así, al pronto, parece un poco pretencioso por nuestra parte tratar de intuir lo que será el devenir de la Medicina en los años futuros. Pero la verdad es que no tenemos mucho que intuir, sino que «deducir», pues contamos con los suficientes elementos de juicio para ello. De otra parte, todo intento de separación entre presente y futuro, entre hoy y mañana, es puro artificio que, las más de las veces, utilizamos en nuestro provecho o para nuestra comodidad expositiva.

El mañana de la Medicina se inició por los años veinte con la aparición de un importante libro «PSICOGÉNESIS Y PSICOTERAPIA DE LOS SÍNTOMAS CORPORALES», del que es autor OSWALD SCHWARZ. Traducido a nuestra lengua en 1932 y prolongado por el doctor don Ramón Sarró, en él se afirmaba claramente la necesidad de una *Medicina Antropológica* que considerase la enfermedad en su sentido integral. Un importante capítulo del libro fue confiado por SCHWARZ precisamente a un Pediatra. CARL POTORZKI, el cual deja bien sentado que al lado de S. FREUD debe colocarse el nombre de un pediatra, CZERNY, como precursor de gran valor en el descubrimiento de la psicogénesis de ciertos trastornos somáticos durante la infancia. En el mismo sentido de participación psíquica en los trastornos infantiles se habían pronunciado pediatras tan importantes como FEER, GUPPERT-LANGSTEIN, FINKELSTEIN, IBRAHIM, PFAUNDLER, SCHLOSSMANN, LUST y el mismo POTOTZKY, se refiere a la participación SOCIOLÓGICA cuando habla del «factor ambiental», especialmente de los problemas familiares y tareas escolares.

Tras el libro de SCHWARZ, ya sobre 1935, se confirma el movimiento revolucionario de la Medicina con la aparición de otro libro, éste de H. FLANDERS DUMBAR, que consiguió que gran número de médicos comprendiesen, aceptasen y tuviesen presente la tradición *HUMANÍSTICO-ES-*

COLÁSTICA de la UNIDAD CUERPO-ALMA en el hombre. Así nació la MEDICINA PSICO-SOMÁTICA en los EE.UU., precisamente el país donde la Medicina somática y de técnicas más sofisticadas había alcanzado el máximo desarrollo.

No se trata de una pura coincidencia el que estos libros y nuevas ideas coincidieron con el auge del CURANDERISMO y ciertas PSEUDORELIGIONES como: «La cura por la mente», «Fe que cura», «Cura Divina», y principalmente la «Christian Science» de MARY BAKER EDDY (de la que STEPHAN ZWEIG hace una magnífica descripción en su magistral biografía «La curación por el Espíritu»), así como innúmeras sectas y supersticiones. Se trata simplemente de que la Medicina al fin abre los ojos y se da cuenta de que curanderos, magos, etc., tratan de ocupar el *gran vacío espiritual* en que por su unilateralidad ha caído la *medicina materialista y somática de WIRCHOW, PASTEUR y EHRLICH* ya muy próxima al agotamiento.

Lo que el Médico olvida lo practican los intrusos (curanderos, etc.). EL CURANDERO NO CURA LA ENFERMEDAD, CURA AL ENFERMO, que fue lo que olvidó el médico. De aquí que la medicina se decida a arrancar de mano de los intrusos la utilización del poder del psiquismo, en el cual ellos se fundamenta, pero prostituyéndolo.

El «don de curar», peligroso en los curanderos, lo poseen también numerosos médicos. A todos nos sorprendió siempre cómo compañeros muy competentes, muy bien preparados, apenas si tenían clientes; en cambio, otros, con capacidades muy limitadas y con muy escasos conocimientos científicos, disfrutaban de abundante clientela y triunfaban en forma inesperada, incluso ante casos graves. El caso más demostrativo quizá lo tenemos en el curandero italiano RACANELLI, que para quedar en paz con la Ley, estudió Medicina que ejerció más tarde con pleno éxito, aprovechando tanto su ciencia como sus dotes naturales de *simpatía*, en el sentido más etimológico de la palabra.

Sin temor a equivocarnos podemos afirmar que la Medicina somática, científica y materialista fue, durante siglos, por esa tozuda unilateralidad, directamente responsable de la proliferación curanderil y *el curanderismo tiene, por lo menos, el mérito de haber llamado, junto con otras voces, a los médicos, hacia el camino de la verdadera medicina global, integral o antropológica.*

Justo es recabar para la Pediatría el galardón de haber iniciado estas inquietudes de la Medicina Integral, con sus tres vertientes, *Somática-Psíquica-Socioambiental*, con la aportación de POTOLSKY hace ya más de 50 años.



Hospital «Princesa de España» (1973).

Esta concepción de una etiopatogenia polidimensional en Pediatría ya está produciendo sus frutos. En Estados Unidos, por lo menos en una *gran Universidad*, las cátedras de *Pediatría y Psiquiatría Infantil* las unifica un solo titular.

Este acercamiento entre Pediatría, Psiquiatría y Sociología, ha constituido, entre otros muchos, uno de los más grandes progresos en materia de Medicina Infantil.

En Inglaterra, por ejemplo, ANA FREUD ha constituido un grupo denominado *TRABAJO SOBRE EL NIÑO*, integrado por: Pediatras, Psiquiatras, Psicólogos, Pedagogos, Sociólogos y cuantos otros elementos, según la materia a tratar, considera necesario, que celebran reuniones periódicas en las que se discuten y enfocan, desde distintos puntos de vista, y «con luces diversas», aquellos casos pediátricos que resulten difíciles de enjuiciar. Según ANA FREUD, con frase muy gráfica: «es sólo la comprensión lo que, con el tiempo, nos hace modificar nuestra conducta para con el niño».

Otra muestra de la estrecha relación entre Psiquiatría y Pediatría, ésta más amplia y profunda, sería el ejemplo de la Tisiología. Ante un niño enfermo se realiza una investigación familiar en busca del foco contagiante

y de otros posibles contagiados; igualmente en Psiquiatría, ante un caso patológico se realiza una encuesta similar, *considerando paciente a toda la familia*, tanto más, dada la frecuencia con que la tesis de que, «el individuo enfermo es, por lo general, parte de una familia enferma» la encontramos confirmada. Hasta tal punto es cierta esta nueva orientación que en Inglaterra ya funciona, que conozcamos, un Instituto de PSIQUIATRÍA FAMILIAR del que es Director el doctor J. G. HOWELLS.

Estas nuevas orientaciones de la Medicina implican la necesidad de una reorganización asistencial.

Resulta verdaderamente incomprensible, que un hecho tan real y ya generalmente admitido como es la necesidad de la colaboración psiquiátrica en el ejercicio de la Medicina Libre, no haya encontrado una aceptación similar en la Medicina de la Seguridad Social. Tenemos la convicción de que tal cosa necesariamente ha de ocurrir y que, tal vez en estos momentos, se está gestando su próxima realización una vez salvadas las dificultades que hasta ahora pudieron impedirlo. Mantener el *estatu-quo* resulta un verdadero anacronismo incompatible con la evolución de la Medicina.

En una Medicina actualizada se impone el trabajo en equipo; pero no un equipo restringido entre profesionales de la Medicina, sino otro mucho más amplio en que se incluyan todos aquellos profesionales cuyo trabajo puede redundar en beneficio del niño. Me estoy refiriendo ahora a lo conveniente que sería y, seguramente lo será en un futuro que deseamos próximo, la constitución en cada capital de provincia o al menos en cada región de unas juntas de TRABAJO SOBRE EL NIÑO integradas en forma parecida a la de ANA FREUD en Londres y cuya misión fuese no ya la de resolver un determinado caso clínico, sino la de orientar a las autoridades provinciales o regionales en cuanto a la elaboración de un programa de necesidades en materia de Pediatría y Puericultura en consonancia con las características provinciales o regionales, que evitase la actual anarquía que multiplica determinados Servicios o asistencias, en tanto que otros que serían necesarios, brillan por su ausencia.

Esas *Juntas de Trabajo Sobre el Niño*, al reunirse periódicamente, harían evolucionar las Instituciones y la asistencia prestada en consonancia con los avances y cambios evolutivos de la Pediatría y Puericultura, haciendo viva realidad el hermoso y profundo pensamiento de ANA FREUD sobre «*la comprensión del niño y modificación de nuestra conducta para con él a tenor de la circunstancia cambiante*». Necesariamente hubo de ser una mujer la que tuviese esa visión *total* sobre las necesidades del niño.

A modo de síntesis sobre evolución histórica de la Medicina y su panorámica, cada vez más amplia, acompañamos un esquema sinóptico que facilita nuestro propósito.

Es original del *profesor Fanconi* que lo realizó en 1970, con motivo de la lección magistral pronunciada a propósito de su jubilación; pero en él nos hemos permitido introducir algunas modificaciones y agregar algunos conceptos que creemos lo actualizaban y adaptan a la realidad del momento.

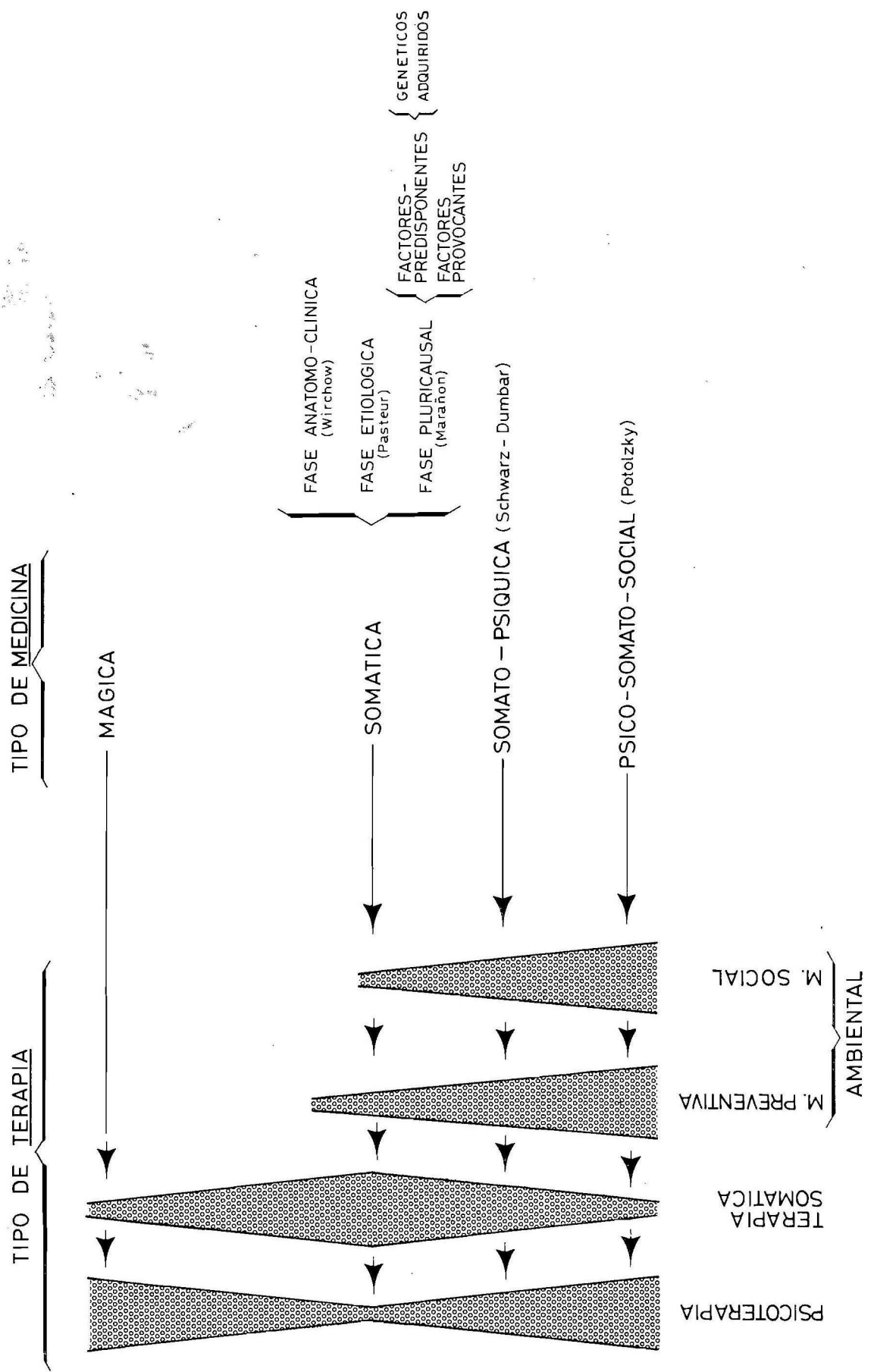
A cada *tipo de Medicina*, condicionado a su época y criterio dominante, corresponde un tipo de terapia. La flecha que une ambos conceptos nos da cuenta no sólo de la Terapia correspondiente, sino de la amplitud o cuantía de ésta. Así tenemos cómo a la *Medicina Mágica*, corresponde una *terapia somática y psíquica*, pero en bastante más cuantía esta última. En la *Medicina Somática*, lo *Preventivo* y la actuación *Social* son de un escaso contenido así como la *Psicoterapia*. En cambio, tenemos el gran auge de la *Terapia Somato-Científica*. En la etapa *Somato-Psíquica*, vemos cómo las cuatro formas de *Terapia* se encuentran mucho más igualadas. Finalmente en la *Medicina Psico-Somato-Social*, incluso en la denominación colocamos «Psico» en primer término, dando a entender su relevante importancia. Igualmente ha ocurrido con lo *Preventivo* y lo *Social* cuya importancia queda reflejada en la amplitud del gráfico. Lógicamente la *terapia Somática* ve muy disminuida su actuación, tanto por lo que ha pasado a *Psicoterapia* como por lo que «han evitado» la intervención *Preventiva* y *Social*, en fin de cuentas, el ideal de la Medicina.

Como final de este relato, estimamos pertinente algunas aclaraciones.

Esta tarea, en principio, solamente de tipo histórico, nos fue encomendada por el doctor don Fermín Palma Rodríguez con el fin de dejar un testimonio bibliográfico del acontecer Pediátrico jaenero del que fuimos testigo de excepción y en gran manera protagonista. Este mismo encargo fue dado a otros especialistas y queridos compañeros para así completar una Historia de la Medicina de Jaén que el Instituto de Estudios Giennenses se encargaría de publicar para constancia y conocimiento de los curiosos en esta materia.

De haber sido fieles al encargo que se nos hizo, nuestro trabajo debió limitarse a una crónica meramente objetiva, pero resulta tan difícil el ser objetivo, que no pudimos evitar la tentación y terminamos transcribiendo unas apreciaciones francamente subjetivas, sin más valor que el de un criterio puramente personal basado en muchos años de experiencia y una total dedicación a la infancia en lo que pusimos gran empeño, entusiasmo y sobre todo, amor.

EVOLUCION DE LA MEDICINA



BIBLIOGRAFÍA

1. ADLER, A.: *Guiando al Niño*. Paidós, Buenos Aires, 1945.
2. ARBELO, A., y MONTILLA, J.: *Estudio de la Demografía sanitaria infantil de Jaén. 1901-1970*. Publicaciones Soc. Ped. And. Oriental, Granada, 1975.
3. BALLABRIGA, A., HILPERT, H. y ISLIKER, H.: *Immunity of the infantile gastrointestinal tract and implications on modern infant feeding*. Nestlé Research News, 1974/75, pág. 24. Nestlé, Lausanne, 1976.
4. BALLESTER, R.: *La historia clínica pediátrica durante el siglo XIX*. Cuadernos Aragoneses de Historia de la Medicina y de la Ciencia. 1. Serie A (monografías). Universidad de Zaragoza. Zaragoza, 1977.
5. BASAGLIA, F. y OBIOLS, J.: *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Salvat. Barcelona, 1975.
6. BENJAMÍN, E.: *Trazado de Psicopatología de la infancia*. Nueva Época, 1947.
7. BENZO, J.: *La responsabilidad profesional del médico*. 1943.
8. BUENO, M.: *Lactancia natural e inmunidad*. Editorial. Bo. Soc. Arag. Ped., 9:1, 1977.
9. BUHLER, Ch.: *Infancia y Juventud*. Espasa-Calpe. Buenos Aires, 1946.
10. DUMESNIL, R.: *El Alma del Médico*. Ebro. Zaragoza, 1942.
11. FANCONI, G.: *Wandel der Diagnose und der Therapie der Ernährungsstörungen und anderer Krankheiten in den letzten 50 Jahren*. Schwzr. Mediz. Wchnschrft, 92:501, 1962.
12. FREUD, A.: *Las relaciones entre Pediatría y Psicología del niño*. Exag. Roche, 1:1, 1978.
13. HANSON, L. A., AHLSTEDT, S., CARLSSON, B. y JOHL, A.: *Secretory antibodies in milk and urine and their biological*. Vol. Pediatría XIV, 7:221, 1974.
14. HORN, K.: *El psicoanálisis, nexa entre la Medicina y Ciencias Sociales*. Exag. Roche, 1:2, 1978.
15. HORNEY, K.: *La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo*. Paidós. Buenos Aires, 1945.
16. HOWELLS, J. G.: *Sintomatología de la Neurosis Familiar*. Exag. Roche, 1:3, 1978.
17. KANNER, L.: *Psiquiatría Infantil*. Zig-Zag. Santiago de Chile, 1944.
18. JUNG, C. G.: *Realidad del Alma*. Losada. Buenos Aires, 1946.
19. JUNG, C. G.: *Conflictos del Alma Infantil*. Edit. Paidós. Buenos Aires, 1945.
20. KUNKEL, F.: *Del Yo al Nosotros*. Miracle, 1940.
21. MASSE, N.P.: *La Pediatría Social*. Xeme Congrès International de Pediatría. Seances Plenieres. Lisboa, 1962.
22. NAVARRO, J.: *Discurso de un Pediatra a una Madre*. Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas (Pediatría Integral) 53, 1977.
23. RECA, T.: *Personalidad y Conducta del Niño*. Ateneo. Buenos Aires, 1946.
24. ROYER, P.: *Le Syndrome du pediatre inquiet*. Arch. Franc. Ped., 34:481, 1977.
25. SÁNCHEZ-GRANJEL, L.: *Historia de la Pediatría Española Antibióticos*. Madrid, 1965.
26. SÁNCHEZ VILLARES, E.: *Medicina Infantil y su problemática*. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Discurso de Ingreso. Valladolid, 1978.
27. SUÁREZ, M.: *La Pediatría de nuestro tiempo*. Bo. Soc. Arag. Ped., 9:295, 1977.
28. SZEKELY, B.: *El Niño Neurótico* (Introducción a su reeducación y Psicoterapia). El Ateneo. Buenos Aires, 1943.
29. TRAMER, M.: *Manual de Psiquiatría Infantil*. Edt. Morata. Madrid, 1946.