LABOR HOSPITALARIA

Organización y Pastoral Sanitarias

Hermanos de san Juan de Dios
Barcelona

Año 35. Segunda época. Enero-Febrero-Marzo 1983
Número 187. Volumen XV

Director
ANGEL M.ª RAMIREZ

Redactores Jefes
Joaquín Plaza
José L. Redrado

Consejo de Redacción
Amado Palou. Cecilio Eseverri.
Juan Luis Alabert. Pascual Piles.
Alfonso Mendioroz.
José M.ª Sostres. José Sarrió.
Miguel Martín

Administración, Publicidad y Distribución
José Esteve

Dirección
Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
Barcelona 34

ISSN 0211-8262
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

LH OPINA

9 EN DEFENSA DE LA VIDA, DESDE SU MISMO INICIO

10 POSTURA DE LA IGLESIA EN LA DESPENALIZACION DEL ABORTO

13 LA POBREZA Y EL PARO EN LA CIENCIA ECONOMICA
Por Benjamín Pamplona Calahorra, O. H.

ORGANIZACION DE HOSPITALES

21 ESTUDIOS FUNDAMENTALES SOBRE LA SANGRE ARTIFICIAL
Resumen del informe Takao Mitsuno, por Ramón Ferreró, O. H.

24 PROBLEMATICA Y PLANIFICACION DE LA CIRUGIA PEDIATRICA EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES
Por Isidro Claret y Santiago Ruiz

PASTORAL SANITARIA

40 VIDA RELIGIOSA SANITARIA:
CRITERIOS FUNDAMENTALES Y LINEAS DE ACCION

JUAN PABLO II Y LOS ENFERMOS

44 DISCURSO A LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

45 PALABRAS DIRIGIDAS A LOS ENFERMOS EN SU RECORRIDO POR ESPAÑA

NOTICIARIO

47 HOSPITALES

51 PASTORAL

POR UN HOSPITAL MAS HUMANO

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.19

LH opina

EN DEFENSA DE LA VIDA, DESDE SU MISMO INICIO

Reiterativo podría parecer que LABOR HOSPITALARIA *volviera sobre un tema como el aborto, aunque esté tan de actualidad.*

En diversas ocasiones hemos expresado nuestra opinión clara y definida en defensa de la vida desde su mismo inicio cuando, fuera de los propios tejidos de la madre, tiene lugar la fusión de los dos núcleos de las células germinales y aparece un nuevo código genético individual e irrepetible.

Incluso hace un par de años LABOR HOSPITALARIA *dedicó al tema un número monográfico recogiendo las diversas aportaciones al symposium que tuvo lugar en el Hospital san Juan de Dios de Barcelona.*

Para la reafirmación de nuestra postura encontramos hoy recogidas plenamente todas nuestras inquietudes en la declaración de la Comisión Permanente del Episcopado cuyo texto íntegro reproducimos a continuación de estas líneas nuestras.

Queremos ahora solamente subrayar cómo nuestras posturas no son exclusivamente negativas sino todo lo contrario. Como muy bien señala el documento episcopal mencionado en sus puntos 16 y 17, nosotros que, como cristianos hemos de ser capaces de perdonar a aquellos que se nos muestran arrepentidos de haber obrado contra la vida, tenemos la obligación fundamental, como individuos y como sociedad, de comprender y ayudar a aquellas mujeres y parejas que se encuentran ante las situaciones tan dramáticas que el proyecto de ley sobre la Despenalización del Aborto pretende proteger.

Es indudable que cualquier médico ante una situación de riesgo inminente de la vida de la madre habrá de actuar a veces con riesgo de la vida del feto. Pero esta situación resulta hoy verdaderamente excepcionalísima, nunca ha constituido delito y únicamente ha de mantener la alerta permanente del médico y le obliga a obrar con toda prudencia, decisión y deseo de perfección que ha de caracterizar siempre a la actuación de los profesionales sanitarios.

Ante el supuesto del embarazo, producto de una violación, los efectos psicológicos de ésta no se van a paliar, sino todo lo contrario, por la interrupción

del embarazo. En la adopción de medidas de todo orden que hagan disminuir si no desaparecer tales atropellos, en la máxima comprensión y ayuda para la mujer que haya sido víctima de uno de ellos, en la adopción del nuevo ser cuando la madre así lo desee y en la comprensión y aceptación social de la madre soltera, se encontrarán los caminos para la verdadera ayuda de estas problemáticas.

Nos resta el caso de las malformaciones fetales sospechadas durante la gestación. Como médicos preguntaríamos a los políticos que propugnan la despenalización del aborto en estos casos: ¿Qué postura defender ante una malformación sospechada o diagnosticada después de la semana 22 de gestación, que van a ser la mayoría? ¿Qué hacer con los niños en los que su malformación sea producto de una enfermedad o accidente? Si subrayamos nuevamente el axioma de que la vida comienza en el mismo momento en que se fusionan los dos núcleos germinales, no se puede llegar a comprender la diferencia de estas situaciones.

Nuestro apoyo pleno han de merecer las parejas que se encuentren ante estas circunstancias y nuestra petición de que la sociedad busque las vías de apoyo social a estas familias que no las de la eutanasia.

Postura de la Iglesia en la despenalización del aborto

COMUNICADO DE LOS OBISPOS DE ESPAÑA

1. La iniciativa gubernamental de enviar a las Cortes para su tramitación urgente un proyecto de modificación del Código Penal incluyendo la despenalización del aborto en tres supuestos concretos, ha motivado en la opinión pública española un intenso debate social en el que se han dejado oír opiniones y argumentos de muy diversos signos.

2. También los obispos, reunidos en Comisión Permanente y como portavoces de la totalidad del Episcopado español, nos creemos en la obligación de hacer oír nuestra voz en un asunto tan grave. Como ya lo hicimos en octubre de 1974 por medio de nuestra Comisión Episcopal para la doctrina de la fe. Hablamos, pues, ejerciendo el derecho a manifestar nuestro pensamiento que, como personas y como grupo, nos reconoce la Constitución. Y lo hacemos muy especialmente, en ejercicio de nuestro ministerio pastoral que quiere ser fiel a la tradición y al magisterio de la Iglesia, tan unánime en esta materia concreta y que el propio Papa Juan Pablo II ratificó con tanta claridad durante su reciente estancia en España.

3. Al hacer pública esta declaración pastoral, nuestra intención es:

— *Clarificar,* ante la comunidad católica y la opinión pública, nuestra propia postura, que es la de la Iglesia, rindiendo así servicio de la verdad; *defender* expresamente el don sagrado de la vida, prestando nuestra voz a quienes por carecer aún de ella no pueden hacer valer el primero y más elemental de sus derechos; *fomentar* la necesaria unidad de criterio entre los fieles en asunto de tanta trascendencia; *fortalecer* la conciencia de los creyentes que se pudieran sentir afectados por algunas voces aisladas que no representan el común sentir de la Iglesia expresado autorizadamente por su magisterio; *oponernos* a la degradación moral y al desmantelamiento de importantes valores éticos y humanos que supone, a nuestro juicio, la despenalización del aborto.

4. Nuestra palabra se dirige especialmente a los creyentes católicos sobre los que tenemos una particular responsabilidad y cuya conciencia nos proponemos orientar con ulteriores enseñanzas de mayor amplitud que la que permite la urgencia de esta nota. Pero estamos seguros de que nuestra voz será también escuchada por todos aquellos que se sienten comprometidos en la defensa del hombre y del futuro de la humanidad. A todos creemos poder ofrecer una luz, dada la importancia y la universalidad de los valores que están en juego.

PUNTO DE PARTIDA

5. Nuestro punto de partida no puede ser otro que el de la sagrada dignidad del hombre y el valor supremo de su vida para toda conciencia recta. Vivir es el primero de los derechos humanos, raíz y condición de todos los demás.

del embarazo. En la adopción de medidas de todo orden que hagan disminuir si no desaparecer tales atropellos, en la máxima comprensión y ayuda para la mujer que haya sido víctima de uno de ellos, en la adopción del nuevo ser cuando la madre así lo desee y en la comprensión y aceptación social de la madre soltera, se encontrarán los caminos para la verdadera ayuda de estas problemáticas.

Nos resta el caso de las malformaciones fetales sospechadas durante la gestación. Como médicos preguntaríamos a los políticos que propugnan la despenalización del aborto en estos casos: ¿Qué postura defender ante una malformación sospechada o diagnosticada después de la semana 22 de gestación, que van a ser la mayoría? ¿Qué hacer con los niños en los que su malformación sea producto de una enfermedad o accidente? Si subrayamos nuevamente el axioma de que la vida comienza en el mismo momento en que se fusionan los dos núcleos germinales, no se puede llegar a comprender la diferencia de estas situaciones.

Nuestro apoyo pleno han de merecer las parejas que se encuentren ante estas circunstancias y nuestra petición de que la sociedad busque las vías de apoyo social a estas familias que no las de la eutanasia.

Postura de la Iglesia en la despenalización del aborto

COMUNICADO DE LOS OBISPOS DE ESPAÑA

1. La iniciativa gubernamental de enviar a las Cortes para su tramitación urgente un proyecto de modificación del Código Penal incluyendo la despenalización del aborto en tres supuestos concretos, ha motivado en la opinión pública española un intenso debate social en el que se han dejado oír opiniones y argumentos de muy diversos signos.

2. También los obispos, reunidos en Comisión Permanente y como portavoces de la totalidad del Episcopado español, nos creemos en la obligación de hacer oír nuestra voz en un asunto tan grave. Como ya lo hicimos en octubre de 1974 por medio de nuestra Comisión Episcopal para la doctrina de la fe. Hablamos, pues, ejerciendo el derecho a manifestar nuestro pensamiento que, como personas y como grupo, nos reconoce la Constitución. Y lo hacemos muy especialmente, en ejercicio de nuestro ministerio pastoral que quiere ser fiel a la tradición y al magisterio de la Iglesia, tan unánime en esta materia concreta y que el propio Papa Juan Pablo II ratificó con tanta claridad durante su reciente estancia en España.

3. Al hacer pública esta declaración pastoral, nuestra intención es:

— *Clarificar,* ante la comunidad católica y la opinión pública, nuestra propia postura, que es la de la Iglesia, rindiendo así servicio de la verdad; *defender* expresamente el don sagrado de la vida, prestando nuestra voz a quienes por carecer aún de ella no pueden hacer valer el primero y más elemental de sus derechos; *fomentar* la necesaria unidad de criterio entre los fieles en asunto de tanta trascendencia; *fortalecer* la conciencia de los creyentes que se pudieran sentir afectados por algunas voces aisladas que no representan el común sentir de la Iglesia expresado autorizadamente por su magisterio; *oponernos* a la degradación moral y al desmantelamiento de importantes valores éticos y humanos que supone, a nuestro juicio, la despenalización del aborto.

4. Nuestra palabra se dirige especialmente a los creyentes católicos sobre los que tenemos una particular responsabilidad y cuya conciencia nos proponemos orientar con ulteriores enseñanzas de mayor amplitud que la que permite la urgencia de esta nota. Pero estamos seguros de que nuestra voz será también escuchada por todos aquellos que se sienten comprometidos en la defensa del hombre y del futuro de la humanidad. A todos creemos poder ofrecer una luz, dada la importancia y la universalidad de los valores que están en juego.

PUNTO DE PARTIDA

5. Nuestro punto de partida no puede ser otro que el de la sagrada dignidad del hombre y el valor supremo de su vida para toda conciencia recta. Vivir es el primero de los derechos humanos, raíz y condición de todos los demás.

El derecho a la vida se nos muestra aún con mayor fuerza cuanto más inocente es su titular, o más indefenso se encuentra: un enfermo muy grave, un anciano, un disminuido físico o mental, un hijo en el seno materno.

6. No podrá escapar a la calificación moral de homicidio lo que hoy se llama aborto provocado o, de forma encubierta, interrupción voluntaria del embarazo; porque es verdad que el hombre transmite la vida, pero ni la crea ni es dueño de ella. Desde la fecundación de la madre, y en las sucesivas etapas de la gestación, existe ya una vida humana distinta de la suya, aunque se encuentre sostenida y protegida por la madre, como estará encomendada a sus cuidados después del nacimiento. La ciencia moderna ha venido a corroborar, con creciente firmeza y claridad, la afirmación de Tertuliano en el siglo III: «Es ya un hombre aquel que está en camino de serlo».

7. Para comprender la gravedad del aborto provocado, basta caer en la cuenta de que dos o más personas se ponen de acuerdo para causar la muerte violenta de un ser humano inocente e indefenso, so pretexto de unas situaciones que, si bien en determinados casos, como veremos después, merecen comprensión y ayuda, otras veces obedecen a oscuros planteamientos egoístas. En un aborto permitido por la ley concurre siempre la agravante de que quienes destruyen o desamparan a seres inocentes son precisamente aquellos que tienen el encargo sagrado de su protección: la madre, el médico y el Estado.

8. ¿Cómo puede una conciencia sana asistir impasible a semejante desafuero? ¿Cómo podríamos olvidar la validez permanente del *no matarás,* en los mandamientos dados a Moisés (Ex 20,13)? Para nosotros, el hombre es imagen de Dios y está destinado a vivir eternamente con El. Esta realidad de nuestra fe inunda de sentido y de esperanza la dura condición humana, que fue compartida por Jesucristo hijo de Dios, dándonos así la clave suprema de nuestra dignidad. Jesús dijo: «Dios no es Dios de los muertos sino de los vivos» (Mat. 23,32).

JUICIO MORAL

9. En consonancia con estos principios y viniendo al análisis concreto, tanto de los supuestos en que se pretende despenalizar el aborto como de los argumentos que se utilizan para justificar este proyecto, proponemos las siguientes consideraciones:

El proyecto legal en cuestión ha sido presentado como una concesión limitada a muy pocos casos que sólo modificaría levemente la situación actual. Pero una lectura más atenta de su texto revela que existen aspectos y condiciones que permitirían utilizar la norma aplicándola a un gran número de casos, que, a primera vista, no aparecen como incluidos en ella.

Cuando está en peligro la vida de la madre, el hijo sigue teniendo derecho a vivir. Afortunadamente, gracias a los adelantos de la medicina estas situaciones son cada vez más raras. Mucho menos se puede privar de la vida al hijo para remediar otros males referentes a la salud física o psíquica de la madre. El aborto es ya de por sí un trauma grave y peligroso para quienes lo padecen.

En los casos de violación no es justo tampoco desproteger la vida de un inocente indefenso para anular las consecuencias de una injusta agresión cometida por otro. Las dificultades que se siguen para la madre han de ser aliviadas y aun remediadas con otras medidas personales y sociales, capaces de pacificar a la madre agredida y dignificar a la sociedad que las procura.

Cuando se trata de previsibles anormalidades del feto, aparte de la dificultad de predecirlas con exactitud y con certeza, tampoco es justo negar la vida de un ser humano, atropellando su derecho y su capacidad de vivir. No pierde el hombre su dignidad ni su derecho a la existencia por el hecho de estar disminuido o de ser débil, como no lo pierden los enfermos desahuciados ni los ancianos. Sería, en cambio, un comportamiento inhumano tolerar el sacrificio de los débiles en pro del bienestar o del egoísmo de los fuertes.

Ante este derecho primordial del ser humano no cabe apelar tampoco al pluralismo social o al principio de tolerancia civil, puesto que se dejaría el campo abierto a patentes delitos contra la vida humana, cuyo obligado defensor es siempre el Estado.

10. A nuestro juicio, resulta inútil legitimar la despenalización del aborto esgrimiendo falsas razones, por mucho que éstas se repitan y se difundan, aprovechando las grandes posibilidades de los medios de comunicación. Con frecuencia, se aducen, además, cifras desorbitadas que nadie ha podido comprobar.

Por otra parte, la existencia de un hecho delictivo cometido en la clandestinidad no es causa suficiente para permitirlo, así como tampoco es razonable extender a todos los casos el abuso de quienes disponen de recursos para realizar prácticas abortivas en otros países.

Tampoco se puede reconocer a la mujer el derecho a disponer libremente de la vida del hijo, como si ésta fuera una parte de su propio cuerpo. No debe olvidarse que el concebido es, desde el inicio de su vida, un ser distinto de la madre. ¿Y cómo llamar progreso a una medida que favorece la inhumanidad y debilita los valores morales que sustenta la convivencia humana?

Finalmente, si el aborto llegara a permitirse en nuestro país, a muchos ciudadanos podría sonarles a incoherencia, cuando no a insinceridad la apelación a los valores éticos y al rearme moral de nuestro pueblo.

11. Como consecuencia de estas consideraciones, no podemos menos de afirmar, sin ambigüedad de ninguna clase, que la proyectada despenalización del aborto nos parece gravemente injusta y del todo inaceptable. No se puede dejar sin protección legal la vida amenazada de tantos seres humanos ni poner en peligro el patrimonio moral del pueblo. «Por ello —dijo el Papa en Madrid— quien negara la defensa a la persona humana más inocente y débil, a la persona humana ya concebida, aunque todavía no nacida, cometería una gravísima violación de orden moral. Nunca se puede legitimar la muerte de un inocente. Se minaría el mismo fundamento de la sociedad».

Pensamos, por tanto, que ningún católico ni ninguna otra persona que reconozca el derecho a la vida del otro como norma moral del propio comportamiento, podrán, en conciencia, colaborar en la elaboración de la ley y mucho menos en la realización del aborto. Es más, en nombre de las personas afectadas gravemente en su conciencia, sean o no católicos, pedimos desde aquí el derecho a obrar en conciencia para los parlamentarios, los funcionarios y los profesionales de la medicina que han tenido siempre

a título de honor la defensa de la vida como el valor más alto y sagrado que existe sobre la tierra.

Mas grave nos parecería aún que se pretendiera incluir la práctica del aborto en los casos previstos dentro de los servicios de la Seguridad Social. Ello equivaldría a considerarlo de hecho como algo legal, cuyo ejercicio debe ser facilitado por el Estado, destinando para la muerte lo que está ordenado a la vida.

LA ACCION EN DEFENSA DE LA VIDA

12. Los problemas que intenta remediar este proyecto de ley requieren, sin duda, soluciones justas pero nunca atribuyéndose el derecho a decidir sobre la vida de los seres indefensos. Las soluciones, por el contrario, han de abordarse previniendo las causas que desembocan en tan dolorosas situaciones y promoviendo una ayuda real de la sociedad a los casos y personas que se encuentren en ellas.

13. Toda acción política digna de tal nombre supone el intento de corregir los males de la sociedad, no mirando tan sólo a sus consecuencias, sino prestando atención a las causas que las originan. Por ello se impone tomar en serio, desde la niñez y la adolescencia, una sólida formación de la sexualidad humana con insistencia en la primacía del amor, en la finalidad procreativa, en el valor sagrado de la vida y en la dignidad de la persona humana.

14. Consideramos importante y urgente que se instrumenten medios y ayudas a aquellas madres para las que el embarazo supone un serio problema, y para aquellas otras a las que la eventualidad de un hijo disminuido les hace acreedoras a un mayor apoyo por parte de la sociedad.

15. Una familia normal, estable y sana constituirá siempre, sin lugar a dudas, el ambiente óptimo para la procreación y la formación de los hijos. Pero cuando, por desgracia, no es así, la sensibilidad cristiana y social ante un embarazo o nacimiento fuera del matrimonio, ha de ver en la mujer afectada, ante todo a una madre, y en el hijo que concibe o alumbra, a un ser humano con plenitud de dignidad, que merece el respeto y la protección del cuerpo social y de las autoridades que lo rigen.

16. Cuando, por circunstancias de hecho, la madre gestante o la que ya ha alumbrado, no están dispuestas a asumir la responsabilidad del propio hijo, habrá de propiciarse la agilización de los sistemas de adopción y la tutela de los poderes públicos en favor de estos niños. También los matrimonios, que, deseándolos, no pueden tener hijos, tienen derecho a ser atendidos por una sociedad que obraría mejor ofreciendo padres a ciertos niños no deseados, que aceptando su destrucción.

17. Nos sentimos hondamente conmovidos en nuestra conciencia de pastores ante las situaciones angustiosas, y a veces dramáticas, en las que se debaten algunas mujeres, tentadas de recurrir al aborto. Y convocamos a la comunidad cristiana para que busque activamente soluciones idóneas para estos casos tan dolorosos, dentro del amor y del respeto al don supremo de la vida. En esta misma línea, ofrecemos a la sociedad y a los poderes públicos nuestra leal colaboración, como ya lo vienen haciendo multitud de instituciones y de personas de la Iglesia. La defensa y la promoción de la vida encontrarán siempre en nosotros unos fervientes partidarios y servidores.

CONCLUSION

18. Al término de estas reflexiones y frente a la gravedad de la situación que plantea la proyectada reforma del Código Penal, exhortamos a los católicos a una aceptación sincera y unánime de la doctrina de la Iglesia en este punto. Les pedimos también que acepten con coherencia las consecuencias concretas de su fe, expresando su desacuerdo, como lo hacemos nosotros, con la ley que se pretende introducir, valiéndose, para ello, de los recursos legales que autoriza la Constitución y con el respeto que imponen el espíritu cívico y la ley del Evangelio, así como negando su colaboración a toda clase de prácticas abortivas.

Encomendamos a los sacerdotes, padres, educadores y agentes de la pastoral la transmisión fiel y perseverante de las enseñanzas de la Iglesia en este punto con plena fidelidad a la doctrina y a las orientaciones contenidas en esta declaración. Rogamos a los gobernantes y legisladores que ponderen en conciencia la trascendencia de sus decisiones y que no introduzcan en nuestra sociedad un principio de descomposición moral como el que supone la vulneración del derecho de todos a la vida.

19. Por nuestra parte, nos comprometemos a proseguir nuestra labor de orientar y vigorizar a los creyentes en consonancia con nuestro deber pastoral, convencidos como estamos de que, obrando con claridad y coherencia, prestamos un señalado servicio a toda la comunidad española.

Quiera Dios, autor y fuente de la vida, que el respeto a tan sagrado don aumente y se fortalezca entre nosotros.

LA POBREZA Y EL PARO EN LA CIENCIA ECONOMICA

INTRODUCCION

Al plantearme la posibilidad de hacer una incursión en el mundo de propuestas económicas concretas, que determinados autores habían hecho, para combatir el problema de la pobreza y el paro, no pensaba en la dificultad de la heterogeneidad derivada del avance en el pensamiento económico.

A esta realidad económica cambiante y progresiva, hay que añadir las diferentes perspectivas que en estas páginas se analizan. Desde la visión cristiana de Domingo de Soto, a mitad del siglo XVI, sobre la limosna y los pobres, llegamos a las propuestas alternativas de Owen y Blanc en pleno siglo XIX que toman una mayor perspectiva de organización social y cambio de mentalidad en la forma de estructurar la sociedad.

Por medio están incluidas las originales aportaciones de Ortes, en la segunda mitad del siglo XVIII, sobre la teoría del desempleo y la más estudiada Ley de Pobres de 1834 en Inglaterra, que quizás sea el estudio que aun estando localizado en el siglo XIX enlace más directamente con las disquisiciones teóricas de Domingo de Soto y con la realidad de los hechos en que, en pleno siglo XVI y principios del siglo XVII, parecían encontrarse tanto España como Inglaterra, que son los países sobre los que tenemos referencias más directas.

Esta complejidad e indefinición es la que me impide sacar conclusiones claras para poder hacer una concatenación evidente de épocas, teorías económicas, propuestas concretas, que vayan un poco más allá de la evidencia y lógica que pueda verse en el progresivo avance de una preocupación, desde la moral cristiana hasta un modo de organización productiva, que incida más directamente en la solución del desempleo.

Naturalmente, como idea central está la preocupación por la situación de unos hombres sin recursos, abandonados a la mayor o menor generosidad pública o privada, como manifestación de una sociedad que no es capaz de cubrir las necesidades de los individuos que no se ajustan al modo *normal* de desarrollar su vida en la sociedad.

Evidentemente, hoy el problema sigue existiendo, y los diferentes planes de fomento al empleo, presentación de datos de población no empleada, subsidios de paro, como consecuencia de la aspiración antigua, ya de la Seguridad Social o los bonos de comida que, en la recesión del 29, se repartieron en Norteamérica, no son sino manifestación de una situación de deterioro en la sociedad que encuentra en el tema de la mendicidad callejera, instituciones benéfico-sociales, necesidades de provisión de albergues, los ayuntamientos en las grandes ciudades, su expresión más concreta y sencilla de seguir dando respuesta a la situación de pobreza y marginación que hoy está tocando vivir a tanta gente.

VISION DE SCHUMPETER EN «HISTORIA DEL ANALISIS ECONOMICO»

Al inicio del siglo XVI, el problema de los mendigos, vagabundos, empezaba a ser importante y los efectos de la ruina del mundo medieval y la revolución agraria eran notorios. «El creciente número de mendigos y vagabundos en completa miseria rebasaba las posibilidades de la caridad privada, y en todas partes había de ser ésta sustituida por la organización pública de la beneficencia».

La Ley de Pobres isabelina de 1601, sistematizó en Inglaterra las primeras medidas: en la parroquia (municipio) se ponía una tasa de pobreza que servía para atender a los miembros pertenecientes a ella y estaban sumidos en la miseria.

Hasta el Poor Law Amendment Act de 1834 estuvieron en discusión dos aspectos: Paso de la administración de los recursos así obtenidos desde los funcionarios locales honorarios a comisarios centrales; ¿socorro a domicilio o internamiento en casas de misericordia? En los siglos XVII y XVIII se profundiza poco el tema de ayuda a los parados y apenas hay aportaciones a nivel de gobiernos.

En España, los escolásticos tardíos (Soto, Medina) en el siglo XVI, insisten en la función de la caridad y defienden a los mendigos contra las rudas reacciones del medio social. Del *derecho a la mendicidad* inicial pasan a discutir y entrever posibilidades ofrecidas por la legislación y administración pública, debido a la gran extensión del problema del paro que rebasaba las posibilidades de la beneficencia privada.

Frente a esta situación de paro, pobreza, mendicidad, ¿qué ha hecho la ciencia económica hasta mitad del siglo XIX? Antes de entrar en el análisis, de los diferentes autores y países en que se insertaban las propuestas, hay que destacar 3 aspectos que ayudan a clarificar y comprender el planteamiento *deslabazado* del trabajo:

1. Inadecuación teórica de los autores que escribían sobre las leyes de pobres (en Inglaterra) para comprender y explicar el fenómeno social de la pobreza en general. Su idea es que el parado, dejando de lado los enfermos, sumido en la miseria, es personalmente responsable de su destino. Esto explica las restricciones a la atención fuera de las casas de pobres, condiciones subóptimas de éstas.
2. Los autores que profundizan en el tema, citan factores causales del desempleo o de condiciones inferiores, pero no hacen una elaboración contrastada en la que aporten datos. Ni siquiera se desarrolla una teoría de la mecanización del proceso productivo, aunque a lo largo del siglo XVIII se atribuye a las máquinas una causalidad en el paro, salarios bajos.
3. En el último cuarto del siglo XVIII se afirma una tendencia a explicar el desempleo mediante el principio de la población. Si la gente, se creía, no puede encontrar trabajo

a salarios que permitan vivir porque hay demasiada gente, es lógico que la consecuencia inmediata es que el «ayudar más generosamente a los pobres corporalmente capaces» empeoraría la situación de la clase obrera en su conjunto, o lo que es lo mismo: «La ley de pobres, tal como entonces existía, alimentaba la pobreza porque promovía el aumento de población».

Quizás es la ayuda que se prestaba, tanto a las personas sin empleo como a los empleados a salarios inferiores al mínimo de subsistencia, —práctica que se rompe con la ley de 1834— lo que impidió el desarrollo de una teoría de subsidios salariales. Curiosa y tristemente para la teoría económica, la ruptura de la deformación ideológica que consideraba el trabajo de los niños en condiciones inhumanas más como solución para muchas familias, que como explotación, no viene influido por análisis económicos, sino por sentimientos humanitarios.

ESPAÑA. SIGLO XVI. DOMINGO DE SOTO

Domingo de Soto escribe en 1545, época de Felipe II, la *Deliberación de la causa de los pobres.* Se le podría calificar como «defensor de los pobres, de la sopa de los conventos, acusador del avariento, de los abusos de los poderosos y del mismo Príncipe, sin merma del respeto debido». No acepta la distinción entre pobres nacionales y extranjeros, por ser injusta y anticristiana, y propone una más radical: pobres verdaderos, que han de ser remediados, pobres fingidos, que han de ser punidos. Hace una defensa general de los verdaderos pobres, que no sean fingidos ni vagabundos, a los cuales hay obligación de dejar pedir, caso de no socorrerles en sus necesidades.

Argumenta el derecho de los pobres a pedir:

— Las instituciones, los ricos no lo hacen con igual interés que ellos, pues no les va la comida y el vestido en hacerlo.

— Es un bien para los cristianos, ya que ejercitan mandato de misericordia y caridad.

— Además, no hay bastantes hospitales donde puedan recogerse los pobres, ni es posible que encerrados vivan sino en mayor ociosidad que si los dejasen andar a pedir.

Conocedor y aportador de la legislación española, de lo que posteriormente indicaré algunas cosas, es sorpresiva también su postura frente a las soluciones que en su época se debían estar llevando a cabo en el extranjero. Ahí van dos párrafos explícitos:

— «Ni los de Chipre, ni los alemanes, pueden ser bastante ejemplo para nosotros. Porque, allende, como tenemos dicho son gente más política, tienen grandes rentas públicas, de donde apartan gran parte para los pobres (como aparecen en las constituciones de Chipre, Colonia, Señoría de Venecia y Génova)».

— «No acepto la solución de atender y recoger a los pobres que existen en Chipre, Colonia, porque el carácter español no gusta de «estar atados a las leyes» y porque la limosna, la misericordia, el desprendimiento, están en lo más profundo del cristiano».

Frente a esta peculiar negativa a un modo de hacer, que a mí me parece reduccionista y un poco simplista, tiene dos posturas muy claras frente a dos problemas:

1. El fin de las *Instituciones* es que los legítimamente pobres sean más cumplidamente remediados en sus pobrezas y fatigas, y necesidades temporales.

2. Respecto a los extranjeros dice: «Ninguna ley puede prohibir a los pobres, ni hacerles raya que no salgan de sus naturalezas a pedir limosna, si justamente no obligase y cumpliese a los naturales que mantuvieren bastante a sus pobres. Porque de otra manera, sería obligarles a pasar necesidades». «Unas tierras han de hospedar los peregrinos que de otras vinieren, y no han de ser contentas con darles para el camino y compelerles a que pasen, si son legítimamente pobres».

Su filosofía respecto a estas situaciones la contrasta y señala como una de las contradicciones que la sociedad cristiana de su época está viviendo: «Demasiada defensa de la sociedad frente a los posibles engaños y habilidades de los pobres, y despreocupación de los abusos y fraudes de los oficiales públicos que viven de los derechos públicos. Que seamos misericordiosos con los pobres, no queramos ser contra ellos tan justos que les hagamos injurias».

APORTACION REFERENTE A OTRAS EPOCAS

1. Ley del rey Don Juan en 1387, en Briviesca: «... por causa de los vagabundos faltan trabajadores para las labores y oficios, y moderando la ley común de los mendicantes válidos, manda que cualquiera pueda tomar al vagabundo, que es sano para trabajar, y servirse de él un mes sin soldada; o que le den 60 azotes y los destierren».
2. Su Majestad dice a raíz de la petición 117: Los vagabundos sean echados y castigados; los legítimos pobres que sean curados en los obispados donde son naturales, y si siendo bastante proveídos, tornaren a mendigar, sean castigados.
3. Comenta una ley de ordenamiento de 1440, en que se decía: «Si se pudiese hacer que los pobres se alimentasen sin que anduviesen a pedir por las calles..., y pusiesen diligencia cómo los hospitales se reformasen para que allí fuesen alimentados y curados».

Como puede verse, latía en el ánimo de los legisladores una preocupación por el problema de los pobres en la calle, y a su medida, se intentaba dar respuesta.

Sólo quisiera antes de finalizar con Domingo de Soto, señalar una diferenciación que él ya plantea con claridad, y en torno a la cual se estructuran y explicitan las posturas personales y sociales que a lo largo de la historia, y actualmente, se toman frente a los pobres, los que piden.

Soto distingue entre:

Pobre: El que tiene de suyo para vivir, aunque miserablemente y con fatiga.

Mendigo: El que de sí no tiene nada, sino que vive de la limosna; siquiera la pida, siquiera le den en su casa.

SIGLO XVII. FRANCISCO MARTINEZ DE MATA

Francisco Martínez de Mata fue natural de Motril. Escribió los *Memoriales y discursos* entre 1650 y 1660. Es uno de los autores más expresivos de la creciente preocupación en el siglo XVII, por el socorro y recogimiento de mendigos, a medida que el país se sumía en el estancamiento económico. Hacia 1648 parece que fue procurador de galeotes, y es ahí desde donde trata de buscar una solución para las gentes que veía vivir y morir entre tanto sufrimiento, y por eso no sólo pide clemencia, sino que analiza los orígenes de la situación. Desde aquí elabora la idea más profunda de cambiar una economía que gene-

raba tanta pobreza y sufrimiento. Gastó su vida en buscar «los prójimos más pobres y afligidos, para darles el consuelo y remedio».

Planteamientos: Su sistema

«La subsistencia de la población proviene de la agricultura y de las manufacturas. Aquí la importación de manufacturas extranjeras y su competencia con las del país, arruinó la producción nacional, y los *naturales* quedaron sin ocupación. Si se disminuyen los fabricantes en las ciudades, se pierde la labranza y cría que habrían de consumir».

Señala que desde mitad del siglo XVI y en el siglo XVII se ha producido una concentración en la propiedad de la tierra y una refeudalización y deserción de la burguesía, con lo que se ha impulsado el régimen señorial. Todo ello agravado con la desaparición de 30 gremios a raíz de permitir la entrada de mercancías. Su postura al respecto es muy clara: «en la Corona de España, existen todas las habilidades y materias primas para fabricar todos los géneros de las mercaderías, sin buscarlas fuera».

Propuesta: Fundación de los Erarios y Monte de Piedad que tendrían el monopolio de los depósitos y de los créditos.

«El montepío socorre sin objeto de ganar, atiende sólo a conservar la suerte principal y a sacar por vía de la limosna de los socorridos, únicamente aquellos salarios o gastos que son precisos para sostener los dependientes del monte». Lo ve como el único medio de restaurar el comercio, la población, y las rentas reales públicas y privadas.

Fin de los erarios: «Conservar con su caudal el de todos», para realizar: Inversiones en regadíos y manufacturas, funciones interventoras del comercio exterior.

— Que las mercaderías extranjeras paguen ciento por ciento todas las veces que se vendieran y revendieran, y... protección frente a los extranjeros y facilidad para lo español.

— Se han introducido más de 120.000 franceses en los oficios serviles y otros ministerios, con sus estratagemas de pobreza de ropa y desaliño. «... se hacen con la limosna de los naturales pobres que por lisiados o vejez, no pueden adquirir para sustentarse, y los haraganes, vagabundos de Francia y otros reinos, como no les consienten en sus naturalezas, andan en España como en país común, que tiene escala franca...».

Su propuesta es que no se les niegue la entrada, sino la salida: obligándoles a pagar medio real cada día; si se quedan y se casan por quedar libres de pagar redundará en beneficio de la población...

— En torno a los gremios articula una de las causas de la pobreza y una de las salidas a la situación.

«De haberse destruido los gremios de las Artes, que son el nutrimiento de la República, se ha originado... la pobreza común...».

«El remedio... y pidiendo cada gremio el cumplimiento de les leyes se hallará la joya perdida... como lo conoció el Señor Don Felipe II, pues en el año 1552 mandó que no entrasen en estos reinos cosas fabricadas en los extranjeros, con lo cual España estuvo rica, lúcida y muy poblada, y como se fue olvidando el cumplimiento de este mandato, se ha ido sintiendo este daño..., y todos los reinos juntos en Cortes en 1622 y 1626 han tratado el tema de la pobreza, despoblación...».

¿Qué opina Martínez de Mata de la *limosna?* ¿Hay puntos de contacto con Domingo de Soto? «Se han alzado con la limosna de los naturales pobres... vagabundos de Francia y otros reinos, como no los consienten en sus naturalezas, andan en España, como en país común..., robando la limosna a los naturales y legítimos pobres, sin que nadie les pida cuenta de su modo de vivir contra las leyes que ordenan a los naturales que fueren holgazanes sean excluidos, como enemigos de la República». «... en los hospitales se hallan ordinariamente de tres las dos partes de extranjeros porque no quieren curarse a costa de los que han adquirido por pasarlo todo a Francia...».

Parece como si se doliera de que los vagos del país no hayan dado con este secreto, y pudieran reintegrarse al cabo del tiempo como ciudadanos acomodados.

Campomanes en los Apéndices explicita el tema de la legislación que el autor sólo indica, y recuerda que: «las leyes prescriben las precauciones y licencias con que se puede permitir pedir la limosna. Su observancia es uno de los encargos más serios de la justicia. No se cumple; véase el modo de que cada parroquia tenga, como las leyes lo quieren, diputados autorizados que lo celen. Los jueces sin denunciadores legítimos, ¿cómo pueden atender a tantos ramos de policía como tienen sobre sí?

Si bien no hay una defensa tan explícita como en Domingo de Soto, se entrevén implícitamente los recursos que derivados de ella se aplican a la vida de los pobres, como solución a su situación de su pobreza. Lo que está claro es sus restricciones a esta amplitud que el autor del siglo XVI defendía en cuanto a la libertad de movimientos de las gentes, justificándolas desde la necesidad de recibir las atenciones vinieren de donde vinieren. Lógicamente, ésta es la postura que a nivel de manufacturas se sostiene por Martínez de Mata, y la que debía estar en el ánimo en dicha época.

ITALIA. SIGLO XVIII
GIANMARIA ORTES

En el siglo XVIII hay un resurgimiento de algunas industrias en Verona, Venecia, propiciado más por una intensa acción del estado que por iniciativas espontáneas. Esta nueva industria no se funda ya en el régimen restrictivo de las corporaciones cerradas, sino en la libre demanda y oferta de trabajo. Tiene también el propósito de emplear, al menos parcialmente, a los infinitos desempleados de modo que no estén privados del todo de bienes y no constituyan un motivo de amenaza al orden público, y particularmente a las clases superiores.

En conjunto, este resurgir de la industria veneciana tiene tres características esenciales: su disposición técnica es libre; por su origen no es una creación espontánea, sino del Estado con la ayuda de los economistas; quiere ser una rémora al amenazante desempleo.

Los escritores venecianos se proponen la solución de un problema fundamental: aumento de la producción, pero en el fondo subsiste una idea similar a Sismondi, cual es la nefasta influencia que la disminución del número de propietarios tiene sobre el funcionamiento de la vida económica, en esta época de los principados.

Antes de entrar en el desarrollo de la teoría de Ortes, voy a transcribir dos párrafos de Zanon (contemporáneo) especialmente significativos.

«Todos los sabios escritores de política ven a los ociosos como muy perjudiciales y peligrosos para la ciudad, y quieren que sean expulsados o empleados. Este mal es gravísimo en Venecia, donde hay muchísimos ociosos voluntarios, pero también muchísimos en ocio involuntario».

«Se necesita promover las artes y manufacturas ya que si no tendremos al final que excusar y tolerar los ociosos y los mendigos y todos los desórdenes causados por ellos».

Desarrollo de la teoría de Ortes

Partiendo de que hay dos razones por las que el hombre se emplea: para ganar bienes que no tenía, para conservar aquello que ya tiene, y de que cuando el hombre posee bastantes bienes para mantenerse desiste de su empleo, el autor se centra en la realidad concreta de Venecia, que inmovilizaba en la propia familia la riqueza, y elabora una teoría conformista, muy descriptiva de la situación, pero poco proyectiva o motivadora de cambios sociales.

El se adapta a la realidad de los hechos, y al contrario que los economistas de su época, no se preocupa de transformar la realidad, o aconsejar medidas proteccionistas para resistir la competencia extranjera, sino que da carácter de perennidad a estos meros cambios de distribución de la riqueza entre los pueblos, sin importarle los cambios que la riqueza puede producir.

«Cada sociedad tiene lo que necesita», y por tanto, él protege los fideicomisos y la libertad de comercio. Para él, no todos los hombres pueden participar en las ocupaciones económicas, algunos por falta de fuerza e inteligencia (niños, ancianos, enfermos), otros, aun siendo capaces, no encuentran trabajo. Y estos parados por falta de empleo «son objeto de escándalo, murmuración y desprecio por parte de los que están empleados, sin reflexionar que aquéllos están en paro y son pobres, porque ellos están empleados y son ricos».

Llegados a este punto, es donde se hace más evidente el nulo planteamiento agresivo, y donde lo absurdo de la propia inmovilización que a nivel de bienes se producía entre familias, parece que se trasplante a Ortes que acepta que los fideicomisos laicos son el resultado de la voluntad de los ricos de perpetuar en la propia familia las riquezas acumuladas y de evitar la dispersión, creando así, lo que él llama los *parados ricos.*

Al mismo tiempo, se muestra compasivo o condescendiente con los parados y pobres, a los que reconoce el derecho de no quedarse absolutamente privados de bienes, por lo que han de recurrir a los ricos, o se han de emplear en condiciones serviles con ellos, o han de obtener de los mismos ricos gratuitamente los bienes *para sobrevivir* por sentimientos «más justos de humanidad desinteresada y virtuosa».

Es desde esta *tranquila* perspectiva, desde la que se entiende la ligazón que establece entre una causa histórico-jurídica: el ordenamiento financiero, y el paro sistemático, ya que «los impuestos, y menos los excesivos, no pueden caer sobre los parados y los pobres, sino sobre los empleados y los ricos, con lo que éstos pueden asistir menos a los pobres».

En este análisis estático, poco ambicioso, en el que no se encuentran propuestas de superación de las situaciones de paro, se echa en falta un ponerse de lado más abiertamente a favor de actuaciones económicas o sociales que ayuden, más que compadezcan, las realidades de pobreza que tan abundantemente se estaban viviendo. Parece mentira cómo un intento omnicomprensivo y globalizador del paro, puede terminarse con una llamada en favor de una disminución de impuestos que posibilite una mayor asistencia de los ricos a los pobres.

GALES, 1771-1858
ROBERT OWEN

Hijo de padre ferretero, niño precoz, autodidacta, educado en un ambiente rural, a los 10 años abandona el hogar con 40 chelines en el bolsillo. Desde 1800 en que compra la fábrica de New Lanark, ejerce un notable influjo personal, compaginando el ser de un patrono autodidacta y director inspirador del movimiento sindical obrero. En 1819 realiza grandes mejoras en las condiciones higiénicas y de trabajo de New Lanark, reduciendo el horario, instalando economatos, etc.

Especial interés tiene su preocupación por la preparación al niño para la vida, desarrollando su carácter y personalidad, para lo cual le es indispensable empezar a mejorar las condiciones de los pequeños, hasta ir consiguiendo por etapas que en la fábrica no quedaran niños más jóvenes de 10 años. Luego, ya vendrían su experiencia de vida comunal en New Harmong, su desencanto de los sindicatos, pero a estos aspectos no voy a referirme más.

Encuadre histórico

Al final de la guerra contra la Francia imperial, entre 1814-15 aparecieron millares de soldados y marinos desmilitarizados en el mercado de trabajo. El desempleo alcanza niveles sin precedentes; había alborotos y desórdenes y un problema que requirió cuidados inmediatos fue el creciente número de pobres (se organizó la ayuda tomando como centro las parroquias).

En 1816 se celebra una reunión en Londres para discutir el problema de los pobres del distrito, y Owen expone su plan: «... en vez de desperdiciar el dinero en la ayuda a los necesitados, el gobierno debería hacer una colecta para establecer colonias a modo de pueblos, cada una de ellas con unos 1200 habitantes, en que los desempleados pudiesen vivir manteniéndose a sí mismos y aumentando la riqueza de la nación. Sólo necesitarán tierras para producir sus propios alimentos». No se lo aceptan, y desde 1817 empieza sus ataques contra la religión, y empieza a caer en descrédito.

Creo que es importante destacar esta forma de cooperación, que aspiraba a un tipo de vida en común que habría de producirse mediante acción voluntaria de los adheridos, y no mediante legislación.

Medidas propuestas

Su filosofía de la actividad económica se centraba en la pretensión de que el capital recibiese sólo un dividendo (ingreso razonable) fijo o máximo, y que todas las ganancias se dedicasen al desarrollo de los servicios sociales, en beneficio general, para fomentar el bienestar de los trabajadores empleados.

Pero, ¿cómo articular esto?; él propone dos tipos de acciones paralelas: servicios educativos para niños y proyectos de educación de adultos para la formación del carácter. Establecimiento de aldeas de cooperación (hacia 1810), para intentar mostrar a la sociedad que se disponía de medios para evitar que los sin trabajo fuesen una carga. Esta actitud venía a cuenta, porque además del problema en sí, con la crisis de falta de trabajo, se produjo un clamor en favor de un trato más duro hacia los pobres, a lo cual él se opuso.

Transcribo del libro de Morton, lo referente a la estructura de un pueblo, porque también va implícita su filosofía.

«Este plano representa un complejo rural para acomodar a unas 1.200 personas. Estas personas serán hombres, mujeres y niños de todas las edades, habilidades y disposiciones, la mayoría muy ignorantes, y no pocos con costumbres malas y viciosas. Como no poseen más que las facultades físicas y mentales más vulgares, hoy día necesitan ser mantenidos a expensas de

las colectas para los pobres: son individuos que en el presente no sólo son inútiles y representan una carga para el público sino que son causa de inmoralidad, pues constituyen el medio en que se crían y perpetúan en la sociedad la ignorancia y cierta clase de crímenes y costumbres viciosas.

Es evidente que mientras los pobres se vean obligados a vivir en las circunstancias en que han vivido hasta ahora, ni ellos ni sus hijos, salvo raras excepciones, podrán cambiar ni aun en muchas generaciones.

Si se quiere conseguir un cambio radical beneficioso, habrá que arrancarles de sus ambientes y situarles en circunstancias que, por ser apropiadas a la vida humana y al bienestar social, tengan que producir necesariamente tal mejoría en sus caracteres que todas las clases deberían estar interesadas en que se consiguiese. El costo inicial sería de unas 100.000 libras esterlinas.

Hay diversas formas de realizar este plan. Puede ser llevado a cabo por individuos, por las parroquias, por los gobiernos locales o por distritos que comprendan más de un centro de administración local, o por la nación entera a través del gobierno. Unos preferirán un método, otros otro, y sería muy ventajoso experimentar con métodos muy diversos para saber cuál es el que da mejores resultados y poder adoptarlo por norma general.

Lo primero que hay que hacer es reunir la cantidad adecuada para adquirir un terreno, para construir el cuadrilátero de edificios, las fábricas, las granjas y sus dependencias, para comprar animales y provisiones y para poner en marcha el establecimiento. Se deberá contar con las personas adecuadas para gobernar las distintas secciones. Más tarde se entrenará a un grupo de personas del establecimiento para que las sustituyan. Según vayan llegando personas al establecimiento, su trabajo se irá organizando de forma que proporcione un modo de vida confortable para ellos y para sus hijos, y para ir pagando si fuese necesario, el capital que se invirtió en el establecimiento.

Si se aprovecha el trabajo de forma conveniente y regular, siguiendo un sistema inteligente y fácil de practicar, pronto se descubrirá que es más que suficiente para poder cubrir todas las necesidades humanas... Además, se ha llegado a un punto en que la sociedad exige que se adopten ciertas medidas con el fin de liberar a los ricos y a los trabajadores de los impuestos para mantener a los pobres, de su creciente miseria y degradación».

Este sistema no lo extendía al principio a la actividad industrial porque el paro era enorme y no era *político* proponer competencia de los parados con los obreros industriales. Aunque sólo nos interesa el ser un medio para remediar la falta de trabajo, Owen pretendía más: la emancipación rápida del sistema de ganancia por competencia, y persuadirlos a vivir a base de cooperación mutua.

FRANCIA, 1811-1882
LOUIS BLANC

Nacido en España, hijo de un emigrante francés y de madre española, toda su vida la desarrolla en Francia. En 1839 publicó *Organisation du travail*. Moderado, no creía en la revolución violenta, atribuía al Estado la posición principal en la planificación económica y en el desarrollo de los servicios sociales: «El Estado ha de asegurar a todos los ciudadanos capaces, empleo en condiciones razonables de retribución»; no obstante, no es partidario de que se encargue de dirigir la industria.

Justo, demócrata, y buen conocedor de la historia, como demuestra cuando habla de los sufrimientos de los pobres, tanto en Francia como en Inglaterra, aportando datos concretos referentes a los gastos que suponen en Inglaterra las atenciones. Influyó en los socialistas cristianos de Inglaterra, y les ayudó en su denuncia de las condiciones sórdidas de los talleres, hacia 1850.

¿Cuál es su filosofía acerca del trabajo? «Queremos que el trabajo sea organizado de manera que se suprima la miseria, pero no solamente a fin de que los sufrimientos materiales del pueblo sean aliviados, sino también, y, sobre todo, para que cada uno sea devuelto a su propia estima».

«La miseria retiene la inteligencia del hombre en la noche, cerrando la educación en vergonzosos límites. Crea una dependencia de condición a aquel que es independiente por carácter. Un día vendrá que será necesario un gobierno fuerte y activo, porque no habrá más en la sociedad clase inferior y minera. Se trata de elevar, para la felicidad de todos sin excepción, el nivel de la humanidad». «Hay que hacer que el cultivador sea feliz, independientemente, y lo más activo posible, interesarlo directamente en el fruto de su trabajo».

Plan propuesto

Hace cálculos de la superficie cultivable en Francia, y según él, a cada familia le corresponderían 10 hectáreas. El Estado tendría que establecer progresivamente un taller social agrícola por departamento, para la explotación unitaria del suelo por familias asociadas. Esto exigiría por parte del Estado adelantos considerables, sea en adquisiciones de terrenos, útiles de laboreo agrícola; pero estos adelantos deberían ser devueltos por las asociaciones admitidas a su aprovechamiento. Existirían diversos servicios para aprovechar las inclemencias del invierno y las intemperies del tiempo; debería haber talleres de forja, serrería, carpintería, hilados, etc.

Organización. El director sería nombrado por el Estado, y existiría también un consejo de la asociación compuesto por 7 miembros, incluido el director. Este consejo tendría la función de distribuir los trabajos según las aptitudes, fijar la duración del trabajo, supervisar la contabilidad, etc. Para satisfacer las necesidades de todos, se pondrán en común los productos del trabajo de todos. Igualmente, el sistema de consumo en común podría ser practicado, echa la reserva para cada uno, de la libertad de consumir en familia su parte de víveres comunes.

Reparto del excedente. Un cuarto para amortizar el capital aprovisionado por el Estado; un cuarto para la formación de un fondo de seguros destinado a los viejos, enfermos...; un cuarto a compartir entre los trabajadores proporcionalmente al número de jornadas de trabajo, y un cuarto para la formación de un fondo de reserva para la realización del principio de mutua asistencia y solidaridad entre los diversos talleres sociales.

En cada taller agrícola habría una escuela donde se educaría a los niños en los principios de la asociación. Lejos de ser motivo de exclusión, las enfermedades, la vejez, serían objeto de mayor atención y solicitud. Quien abandonara voluntariamente la asociación, no podría reclamar nada.

Ventaja de este sistema. La fuerza del sistema consiste en su elasticidad, en el convencimiento moral que le permite irradiar, propagarse, absorbiendo poco a poco las explotaciones aisladas, por la voluntad misma y el interés de los propietarios de cambiar el sistema general del país. En los talleres cada uno es su amo y no tiene superiores, más que aquéllos que él considere por su interés

como tales; la dignidad de cada trabajador no tendrá que sufrir la dominación feudal, ni el despotismo de la usura.

Después de estos trazos sueltos, referidos a organización, filosofía, acción social, etc., creo que merece la pena intentar recopilar esta propuesta bajo un doble aspecto:

1. La adopción en las granjas colectivas de las últimas innovaciones científicas, para difundirlas a los aldeanos hasta que el nuevo sistema destierre al antiguo.
2. El incremento de producción viene dado por el nuevo espíritu de servicio autónomo: «De cada uno según su capacidad, a cada uno según sus necesidades».

Sólo falta remarcar un hecho curioso, y a la vez triste, y es que, cuando Blanc en la década de los 40 era un gran defensor de la planificación estatal para dar trabajo a todos, no se le hizo ningún caso; es hacia 1850 cuando el gobierno adopta la idea de los talleres nacionales *desvirtuados*. Se conciben como meros lugares de ayuda a los que llegan obreros sin trabajar, y a los que se les pone a trabajar mezclándolos sin tener en cuenta su especialidad, o en el peor de los casos, se les pagaba sin que hiciesen nada a fin de apartarlos de la calle.

LEY INGLESA DE POBRES DE 1834

El socorro público gozaba de gran tradición en Inglaterra, y los pobres, enfermos y parados eran atendidos en sus situaciones de necesidad. Las leyes de la época de Isabel I, entre 1597 y 1601, como se ha insinuado previamente, insisten en que cada parroquia es responsable de sus propios pobres, trato diferente según sean capaces de trabajar o no, obligando a los primeros a alguna prestación personal.

Así las cosas, cuando se plantea en una comisión en 1830 el problema de una ley de pobres, existen entre los economistas dos posturas: necesidad de desaparición de la ley, como paso para la emancipación de la clase obrera (Senior). J. S. Mill y la mayoría de los economistas, defienden la utilidad de una ley de pobres bien planeada y administrada, que modifique la organización del socorro y atienda a las necesidades físicas de los pobres, para que el pauperismo no sea vergonzoso, sino poco deseable.

Se plantean problemas y críticas derivadas de:

— Coexistencia mixta en casas de trabajo de niños, locos, ancianos.

— Por otra parte existen una serie de razones que Malthus propugnaba: la seguridad de ser socorrido en la miseria era un incentivo al crecimiento de la población; no se podía conceder socorro *fuera de puertas* y había que eliminar esta concesión, (aspecto que se recoge luego en la ley).

— La decisión de una *menor elegibilidad* del socorro y el control desde el centro se imponen con el fin de aumentar la severidad para los socorridos, disminuir los gastos para el país.

El contraste que se intentaba crear era: comida abundante y correcta, porque no había que hacer pasar hambre a mujeres, niños, enfermos. Disciplina rigurosa, molesta, *intolerable* para los indolentes, desordenados y para que los capaces de trabajo se vean obligados a trabajar.

Aplicación

Existieron diferencias sustanciales entre las recomendaciones de la comisión y la aplicación, sobre todo en lo referente a dar por sobreentendida la necesidad del internamiento para el socorro, la discriminación que había que hacer según tipos: niños, mujeres, locos, útiles para el trabajo, etc. En realidad, se continuaron con las antiguas casas en las que la mezcla era lo habitual, sin ningún esfuerzo importante por crear casas especializadas para tratamientos diferentes, y continuándose con prestación de ayudas fuera de puertas.

La aplicación fue menos severa, porque los comisarios encargados vieron, sobre todo en el norte, que mucho paro era cíclico y de corta duración, y los necesitados en esa zona no estaban dispuestos a ingresar, humillándose, en las casas de los pobres, con lo que la solución de socorro fuera de puertas, era mejor solución. El mayor problema fue que sólo se adaptaron las casas viejas, sin construir nuevas, y no hubo personal educador de niños, con lo que no se hizo la distinción real de clases de pobres, y además se aplicó un régimen de dureza, que parecía interpretar el principio de menor elegibilidad como una exhortación de matar de hambre a los pobres. Las críticas más notorias a la implantación vinieron del lado de Charles Dickens en *Oliver Twist* y Thomas Carlyle, inspirador del cartismo con una frase tan significativa como «si a los pobres de solemnidad se les hace la vida imposible, inevitablemente declinarán en masa».

LA LEY DE POBRES Y LA SOLUCION DEL PARO

Partiendo de la base de la existencia de 4 tipos de paro:

— Tecnológico y subdesarrollo: Origen en lado de la oferta.

— Cíclico y estacionario: Origen en lado de la demanda.

La ley no resolvía el tecnológico, no permitía combatir el cíclico, y sólo tuvo claros efectos sobre el de subdesarrollo, al suprimir el socorro a todo trabajador empleado a salarios ínfimos (sistema de Speenhamland), purgando al sur agrícola de mano de obra de baja productividad y colocándola en las obras de infraestructura, con lo que se destruían las barreras al proceso de capitalización de la agricultura. Aquí reside la eficacia de la ley de 1834.

No creo que el espíritu que animaba la ley fuera el de dar una respuesta válida, que incidiendo en la situación de paro de los *marginales* de la sociedad, intentara plantear una solución global al problema del parado. Más bien, existe una necesidad de tener que hacer algo por aquellos que, siendo limitados sus recursos, necesitan pedir o que les den; y es por esto, que las discusiones se establecen en el cómo articular la atención, para que siendo correcta para los *débiles*, no sea atractiva para los «que pueden ser fuertes».

Finalmente, merece la pena destacar la filosofía de la época, con una visión de la sociedad en la que el individuo es soberano, racional, previsor, se gobierna a sí mismo *orgulloso* en sus situaciones de necesidad. Sólo así, se entiende este miedo a una ayuda generosa que desmoralice a la clase obrera y disminuya sus incentivos a buscar independencia en el ahorro.

Porque, ¿cómo cultivar individualmente la personalidad si se está atado por la enfermedad, la pobreza, el hambre? Pienso que esta perspectiva un poco más amplia se les escapó a los impulsores de esta ley.

CONCLUSIONES

A pesar de que se intente un estudio de la pobreza y el paro, la concreción a estos autores y no a otros, lleva

a que conforme avanza el trabajo exista un sesgo final hacia los intentos de solución de los que no tienen recursos por sí mismos, más que a un análisis alternativo del paro.

Por esta razón, puede parecer incoherente o contradictorio que se finalice con la ley de pobres de 1834 que tiene un planteamiento mucho más limitado que las propuestas, realmente interesantes, de Owen y Blanc, que aunque utópicamente, pretenden cambios en las estructuras productivas y en la organización social, precisamente a raíz de la situación de los pobres y parados.

En relación con esta ley del primer tercio del siglo XIX, recojo en el Anexo I las actuales Ordenanzas Municipales del Ayuntamiento de Barcelona, de 1947, vigentes hoy, y que suponen una toma de postura por parte de los organismos públicos ante los mendigos y los que piden por las calles.

Evidentemente, la acción social de los ayuntamientos democráticos pretende políticas más amplias y profundas, pero la puesta al día de los albergues municipales todavía necesita cambios ideológicos profundos desde su antigua acción represiva antimendicante y callejera a la más nueva de apoyo y orientación social.

El tema es más rico y profundo, pero sólo me interesa recoger cuál ha sido el tipo de actuación pública concreta que, hasta hace unos años, se ha mantenido en España.

La no inclusión de autores que puedan incidir en propuestas similares y específicas: problema de la limosna, desarrollo de comunidades cooperativas, atención a los que piden por la calle, etc., se justifica por desconocimiento de desarrollo de dichas alternativas, y básica y principalmente porque el trabajo pretendía sólo una visión de diferentes tomas de postura, ante un problema: el paro y la pobreza, que han acompañado la evolución de la ciencia económica.

En la posterior recapitulación y resaltamiento de las posturas más llamativas de los diversos autores, lo que pretendo es resaltar, cómo a pesar de las diferentes épocas, países, visiones de la realidad, hay un avance progresivo en el lenguaje, en las formas de pensar de los economistas.

Domingo de Soto. Creo que es interesante empezar por recalcar la clara postura del autor, que desde una perspectiva religiosa proclama el derecho a la limosna, si no son socorridos y la distinción entre pobres verdaderos y falsos, que incluso hoy está en el fondo de cualquier toma de postura personal frente a la necesidad o no, de emprender acciones caritativas, socio-estructurales u otras.

Martínez de Mata. Más conocedor de la actividad económica de su época, y dentro de una perspectiva religiosa, realiza un análisis más estructural de la situación e incluye elementos que van en contra de la atención a los naturales del país y que son necesitados, proponiendo acciones concretas y defendiéndose frente a la *invasión* de pobres que quitan «los recursos de los naturales». Las discriminaciones raciales, de procedencias, siguen siendo hoy un fuerte factor de marginación, agravado en aquellos individuos en que la ley es más confusa y sus recursos más escasos.

Ortes. Quizás pueda sorprender la poca fuerza que el autor, ya en el siglo XVIII, imprime a sus propuestas, pareciendo como si se conformara con intentar una explicación racional de la situación de su época. Más que sus parcheos (disminución de impuestos a los ricos para favorecer las ayudas de éstos a los pobres) y explicaciones de la situación de los parados, nos interesa el conocimiento que nos aporta por contraste de las posturas de los economistas de la época: transformadores de la realidad social, proteccionistas de las manufacturas.

Owen y Blanc. Encontramos entremezclados los dos problemas principales que en el análisis presente se examinan: el parado y el pobre-marginado. Y en ellos, es esta realidad la que les hace trascender el problema del cómo de la asistencia a estas personas, para, precisamente desde ellos y desde sus capacidades y posibilidades, plantear formas de estructuración que den respuesta a su situación de pobreza, desde la organización social en grupos que sean capaces de integrar las peculiares personalidades de los que están viviendo al margen del *modo de hacer* normal.

Los aspectos más destacables son:

1. En ambos, hay un sentido utópico, algo idílico en el planteamiento, sobre todo desde la perspectiva del largo plazo, porque, ¿se permitirá nuevamente la automarginación, la vida bohemia?
2. Los dos exigen un esfuerzo educativo previo, que haga tolerante la convivencia y estimulante el interés por el trabajo que se realiza, pero ¿cómo realizar esto, precisamente en aquellos que participan de opiniones y valores socialmente marginales? En Owen es evidente la pretensión psicagógica: todo un reaprendizaje y nuevo troquelado de actitudes y comportamientos, de cara a una autonomía (economía y sociopsicológica) personal y un redescubrimiento de un proyecto vital.
3. Aun no siendo equiparable a la actitud que el gobierno francés desarrolla posteriormente a la propuesta de Blanc, creo que merece la pena hacer referencia a una medida concreta que últimamente se ha desarrollado en España para aliviar la situación de los parados. Me refiero a los fondos que se han destinado al empleo comunitario a nivel del Estado español, y que en Cataluña se han llevado adelante entre la Generalitat (aportación para mano de obra) y Ayuntamiento (aporte de materiales).

Destinado a personas sin recursos y sin percepción de subvenciones, el orden de prioridades se establece en base a: ingresos familiares (60 %); situaciones familiares (33 %); tiempo en paro sin cobrar desempleo (7 %).

Habitualmente es por períodos de 3 meses, y con acumulación de cotizaciones de cara al cobro de subsidio de desempleo después de los seis meses de trabajo en 2 períodos.

Ley de Pobres de 1834. Hay 3 aspectos a destacar, que al mismo tiempo que son constataciones derivadas de la propia legislación, son actualmente un reto para cualquier tipo de acción socio-económica que se pretenda realizar en el controvertido tema de los parados y de la marginación:

1. La plena seguridad de ser socorrido en una situación de miseria, estoy con Malthus, puede llevar peligrosamente a una mayor improvisación o a acentuar una irresponsable filosofía del presente en las épocas en que se es autónomo económicamente.
2. Está demostrado como contraproducente la mezcla confusa de poblaciones asistida en los albergues o internados de corte social.
3. Apretar duramente el cerco puede llevar a movilizar y desenmascarar a los falsos pobres, pero puede hacer llegar a situaciones límite inhumanas a los que verdaderamente pasan necesidades sin posibilidad de salir de la misma.

En cualquier caso, ¿hasta qué punto la sociedad tiene que

cubrir las necesidades de los individuos en el desarrollo de sus vidas?

Por supuesto, el trabajo queda incompleto en lo referente al problema del paro, en sus más recientes aportaciones teóricas y propuestas alternativas.

Creo que existen dos tipos de situaciones problemáticas similares y paralelas, pero diferentes, que quizás hoy más que nunca se están entrecruzando:

1. El paro masivo que está afectando a millares de personas y familias, imposibilitando la realización personal y social en núcleos de convivencia que con un trabajo estable hacían posible su autonomía.
2. Consolidación y ampliación de las situaciones preexistentes de marginación y *transeuntismo,* a las que se han visto abocadas personas sin unas vinculaciones sociofamiliares fuertes, y en las que el trabajo era su único medio autónomo de realizar su vida.

Naturalmente, esta preocupación por el pobre, parado, escaso de recursos, ha seguido estando viva en el siglo XX, y cada vez más se emprenden acciones puntuales o se realizan declaraciones de principios que intentan incidir sobre el problema desde diferentes perspectivas.

A las situaciones antiguas de si dar o no al que pide en la calle, a la puerta de las iglesias, etc., hay que añadir el incremento en la cobertura de pensiones, los intentos de progresivización del sistema fiscal como acción redistribuidora de la renta, y algunos intentos que a nivel de legislación se han planteado. Para finalizar recojo dos muestras que a nivel de España se ha legislado para *entrar* en el problema, y la más internacional propuesta del impuesto negativo sobre la renta:

1. La ley 50/1977 de 14 de noviembre, sobre *Medidas Urgentes de Reforma Fiscal,* recoge el fomento al empleo, aligerando los costes de la mano de obra para las empresas: deduciendo la cuota de los impuestos que graven los beneficios empresariales; reduciendo en la base de los impuestos que graven los beneficios empresariales.
2. Igualmente, la ley 51/1980 de 8 de octubre, *Básica de Empleo,* desarrolla en 45 artículos los objetivos de la política de empleo, prestaciones por desempleo, política de colocación, etcétera.

Transcribo el artículo 6 porque creo que expresa en profundidad las interrelaciones que se establecen entre el perceptor de la ayuda y la sociedad como donante de la ayuda:

«Trabajos temporales de colaboración social. El Instituto Nacional de Empleo podrá exigir de todo trabajador desempleado, siempre que perciba la prestación de desempleo o el subsidio previstos en esta ley, un trabajo de colaboración cuando el mismo: sea de utilidad social y redunde en beneficio de la comunidad; se concierte con un organismo público o privado de utilidad social, o de carácter benéfico o asistencial sin ánimo de lucro; tenga un carácter temporal; se realice en el ámbito de la oficina de empleo en la que esté registrado; coincida con las aptitudes físicas y profesionales del trabajador desempleado».

3. Hacia 1943 Rhys-Williams realizan la propuesta de un contrato voluntario entre el ciudadano y el Estado, el *dividendo social,* que ha de respetar unas condiciones: el Estado tiene obligación de garantizar una renta mínima; el ciudadano tiene obligación de trabajar o estar dispuesto a ello.

Cada ciudadano puede firmar, y el Estado pasa una renta semanal, tanto si se trabaja como si no. En los años 60 reaparece la idea bajo la forma del impuesto negativo sobre la renta, que intenta incentivar el trabajo, con una progresividad en los tipos de manera que «se ayude a los que se ayudan a sí mismos», o sea los cercanos a los mínimos exentos.

Se han argumentado posiciones a favor y en contra de estas medidas concretas y de otras, se han expuesto problemas técnicos, económicos, pero en el fondo está siempre el hecho de una toma de postura personal frente a las situaciones de carencia, desprotección, que en la sociedad está tocando vivir a una mayoría.

Anexo

ORDENANZAS MUNICIPALES DEL AYUNTAMIENTO DE BARCELONA

Se dictaron en 1947 y continúan en vigor. En el título VIII regula la beneficencia, y en la sección 6.ª están recogidas las normas que se refieren a los albergues nocturnos, algunas de las cuales se detallan:

Art. 1.917. — Tienen por objeto recoger durante la noche a las personas que con escasos medios de vida carecen de domicilio propio.

Art. 1.918. — Mediante una rigurosa inspección facultativa, se evitará que puedan albergarse personas que sufran enfermedades contagiosas o agudas que requieran hospitalización.

Art. 1.921. — Teniendo los albergues un fin social e higiénico, los que a ellos concurran deberán someterse a su entrada y salida a las operaciones de desinfección y aseo necesarias.

Art. 1.923. — El plazo máximo que podrá concederse para el uso de estos servicios será de quince noches consecutivas.

Art. 1.924. — Se establecerá una absoluta separación entre los departamentos de hombres, mujeres y niños.

En lo que se refiere a la actuación de la policía municipal y la de asistencia social se dice:

Art. 1.933. — De acuerdo con las disposiciones de general aplicación, se declara terminantemente prohibido el ejercicio de la mendicidad pública en el término municipal de esta ciudad. Todos los agentes de la autoridad municipal o aquéllos a quienes se encargue especialmente el servicio, conducirán a las personas que se encuentren mendigando en la vía pública al establecimiento destinado al efecto.

Art. 1.935. — La estancia de los recogidos en la comisaría municipal será transitoria y durará únicamente el tiempo necesario para determinar el destino ulterior de los allí conducidos según sean lisiados o inválidos, sanos o enfermos, verdaderamente necesitados o profesionales de la mendicidad, jóvenes o ancianos, nacionales o extranjeros, y habitantes de esta ciudad o de otro punto de España.

BIBLIOGRAFIA

SCHUMPETER, JOSEPH A.: *Historia del Análisis Económico.* Ed. Ariel, Barcelona, 1982.

COLE, G. D. H.: *Historia del Pensamiento Socialista.* Fondo Cultura Económica, México, 1957.

DOMINGO DE SOTO: *Deliberaciones sobre la causa de los pobres.* Instituto de Estudios Políticos, Madrid, 1965.

Memoriales y discursos de FRANCISCO MARTÍNEZ DE MATA. Edición de Gonzalo Anes. Ed. Moneda y Crédito, Madrid, 1971.

MORTON, A. L.: *Vida e ideas de Robert Owen.* Ed. Ciencia Nueva, Madrid, 1968.

BLANC, LOUIS: *Organisation du travail.* Ed. Nouveau Monde, París, 1850.

SCHWARTZ, PEDRO: *Ley de pobres inglesa de 1834.* Rev. Moneda y Crédito, N.º 101, junio 1967.

ARIAS, GINO: *Teoría del Paro construida por Ortes.* Rev. Giornale degli Economiste, Septiembre 1908.

BENJAMIN PAMPLONA CALAHORRA, O. H.

Resumen del informe Takao Mitsuno

ESTUDIOS FUNDAMENTALES SOBRE LA SANGRE ARTIFICIAL

Emulsión perfluoroquímica como portadora de oxígeno

Mitsuno, uno de los primeros del mundo que aplicó en la práctica clínica los perfluoroquímicos como sustitutivos de la sangre, es Director del Hospital Nacional de Kobe, Profesor Honorario del Departamento Médico-quirúrgico de Kobe, Presidente de la Sociedad Japonesa de Cirugía y Gastroenterología, miembro de la Sociedad Japonesa para la Terapia del Cáncer y de la Neurocirugía, Presidente de la Sección Japonesa del Colegio Internacional de Cirugía.

Los compuestos sintéticos conteniendo flúor tienen la capacidad de ligar, transportar y ceder el oxígeno sustituyendo la hemoglobina de los glóbulos rojos, destinada a proveer de oxígeno a los tejidos del organismo. Los estudios sobre el particular se iniciaron en 1946, pero con escasos resultados.

«En la segunda mitad de los años 60 —dijo Mitsuno— el doctor Clark, el doctor Sloviter y el doctor Geyer iniciaron su investigación sobre la sangre perflúor químico artificial porque los *perfluoros químicos* (que abreviamos en adelante como PFC) disuelven una gran cantidad de oxígeno. Hemos iniciado nuestro estudio a últimos de 1968 y hemos sustituido la sangre con transfusión de PFC en los perros en 1970, habiendo sido este el primer éxito en los grandes animales.

Desde entonces, hemos estudiado muchas áreas, por ejemplo las propiedades físicas de la emulsión PFC, demostrando la validez de la emulsión PFC como portadora de gas en la sangre y desarrollando y mejorando los PFC para reducir las reacciones negativas después de la infusión».

El Profesor Mitsuno añadió: «A causa de las propiedades físicas de estos PFC, la solubilidad del gas es aproximadamente el 40 % del volumen en el oxígeno y de 130 a 160 % en el dióxido de carbono. Puesto que los PFC líquidos no pueden ser mezclados con el agua, deberían dispersarse como una emulsión muy ligera con la ayuda de Pluronic F68 o fosfolípidos con Manton Gaulin».

El perfluordecalino (FDC) y la perfluortripropilamina (FTPA) son los componentes materiales de nuestra sangre artificial.

La emulsión de sangre artificial debería tener las siguientes características: La primera es el suficiente transporte de gas en la sangre para mantener normal el metabolismo de los tejidos periféricos, como ha sido completamente demostrado por la perfusión de varios órganos y la transfusión en animales.

La segunda es la rápida y reversible transmisión de gas en la sangre de o a partículas PFC. La inmisión o emisión de gas en la sangre por medio de partículas PFC demuestra ser 1/5 más veloz que mediante hemoglobina.

La tercera es el largo período de retención de la emulsión PFC en el flujo sanguíneo. El tiempo de retención de la emulsión PFC en el flujo sanguíneo se ha revelado estrictamente ligado con el tipo de partícula de la emulsión. Puesto que el tipo de partícula de nuestra última emulsión es aproximadamente de 0,1 μ, la media de la vida de la emulsión en el flujo sanguíneo es de 30-60 horas, según la dosis inyectada.

La cuarta es la rápida eliminación del PFC del organismo después de la realización de la función de portador de gas en la sangre.

La quinta, el problema más importante, es la no toxicidad después de la infusión. Ya hemos observado que la toxicidad aguda está fuertemente ligada con el tipo de partícula de la emulsión y la toxicidad crónica con el depósito de PFC en la sangre. Afortunadamente podemos superar todos estos problemas.

Durante la preparación de la sangre artificial, hemos aclarado que la emulsión PFC es tomada por el sistema reticuloendotelial como cuerpo extraño después de haber permanecido en el flujo sanguíneo durante un cierto período. También hemos observado que los PFC son principalmente segregados a través de la espiración pulmonar y la tasa de secreción aproximadamente proporcionada a la presión del vapor. La vida media del FDC que es segregado muy rápidamente, es de 7,2 días, mientras que la vida media del FC43 es aproximadamente de 900 días.

Contra una secreción muy rápida y positiva FDC ha revelado ser difícilmente emulsionable en partículas estables y ligeras. La emulsión fosfolipídica FDC es muy lábil no sólo en vitro sino también en vivo. Para superar este obstáculo, ha sido seleccionada una mezcla de siete partes de FDC y tres partes de FTPA como la mejor fórmula en vista de la tasa de secreción de estabilidad y de eficacia. Esta mezcla del 20 % del peso volumen del PFC es emulsionada al final con Pluronic F68 y fosfolípidos y llamada Fluosol-DA (FDA).

Habiendo observado la validez del FDA por los experimentos finales hemos estudiado los efectos patofisiológicos derivados del suministro de FDA a los monos después de una casi total sustitución de la sangre.

Los monos Rhesus bajo anestesia de alotane con inhalación de oxígeno puro fueron sometidos a una transfusión a través de hemorragia (de 0,5 ml/kg/min) vía arteria femoral y simultánea infusión de aproximadamente 1 y 1/2 de sangre a un nivel normal. Después de unas seis horas desde el inicio de la transfusión los hematocritos han sufrido una caída del 1 %. No se han comprobado cambios en la respiración y en la hemodinámica. El mono puede sobrevivir después de esta difícil transfusión o extraordinaria sangría.

En 1978 llevamos a cabo la primera fase de estudio, y ahora en el proceso inicial de las pruebas clínicas sobre los efectos de socorro urgente en caso de hemorragia aguda por incompatibilidad de sangre o en los *Testigos de Jehová.*

Las *indicaciones* para el uso clínico de los sustitutivos artificiales de la sangre son:

— En situaciones de hemorragias masivas (terapia de urgencia).
— Hemorragias del digestivo con gran riesgo para el paciente.
— Cuando la transfusión sanguínea es peligrosa.
— En los casos en que es necesaria una hemodisolusión (profiláctica y extracorpórea).
— Para la conservación de órganos aislados (por ejemplo, riñón) o amputados (por ejemplo, mano, etc.).
— En la intoxicación por óxido de carbono.
— Para mejorar el flujo sanguíneo cerebral en vasoespasmos o trombos.
— Como *primeras* para la circulación extracorpórea.

Es muy importante recordar que los perfluoroquímicos están *contraindicados* en la insuficiencia respiratoria y en los casos de reacción inmunológica.

MESA REDONDA SOBRE EL INFORME MITSUNO

El informe del profesor Mitsuno fue seguido por una mesa redonda sobre el tema en la cual participaron Eraldo Antonini, docente de química, Sergio Cerquiglini, docente de fisiología humana, L. Macchiarelli, docente de medicina legal, Franco Mandelli, docente de hematología, todos de la Universidad de Roma y Duilio Poggiolini, director general del Ministerio de Sanidad. Fueron coordinadores el doctor Giuli La Greca y el profesor Mario De Bartolo.

El profesor Mario De Bartolo, Jefe de Servicio del Centro Transfusional del Hospital C. T. O. de Roma, y Miembro del Comité científico organizativo junto con el profesor Pietro Balloni del Centro Transfusional del Hospital del Niño Jesús de Roma y el doctor Giulio La Greca, Jefe de Servicio del Centro Transfusional del Hospital de los hermanos de san Juan de Dios de Roma, al presentar el informe del profesor Takao Mitsumo dijo:

«Hemos opinado que esta vez, en lugar de profundizar sobre aspectos de nuestra especialidad, sería preferible penetrar en campos más vastos y nuevos, que nos pudiesen acercar también a otras disciplinas y demostrar que los servicios transfusionales no deben ser considerados actualmente sólo como una superespecialidad por excelencia, y que al fin nos reconduzcan a aquellas líneas de fondo que estamos recorriendo desde hace años, o sea, el mejoramiento de las prestaciones asociado a una disminución del consumo de sangre.

En el ámbito de los objetivos de los C. T., y si es cierto que el producto-sangre escasea más o menos dramáticamente en más lugares, pensamos que el camino emprendido, precisamente de la mejora de las prestaciones terapéuticas, tanto técnico como organizativo, y de la reducción de la demanda, es preferible a una

solicitud siempre más urgente de aumento de la oferta que objetivamente no puede ser ilimitada.

La clase médica no puede cerrarse en un áureo aislamiento respecto al problema de la recogida de sangre, como si la cosa sólo afectara a las asociaciones de donantes o peor a los parientes de los enfermos, sino que tiene la obligación de recorrer todos los caminos que lleven a una reducción del consumo de esta defensa terapéutica, así como a un uso más concreto, más racional de la misma.

Este Comité organizador tiene la presunción de pensar que este simposio, por los temas tratados y por la competencia de los informadores y de los asistentes, demostrará que nos hemos movido en el camino acertado dentro de la óptica antes indicada».

Profesor Sergio Cerquiglini. «Todo cuanto se ha dicho sobre los resultados alcanzados por el profesor Mitsuno y sus colaboradores respecto a la obtención de una sangre artificial de nueva formulación, fundada en el empleo de fluorocarburos (compuestos emparentados con los conocidos propelentes de los spray, como el *freon* y con el conocido *teflon*), representa el alcance de una etapa histórica en la *invención* de estas ayudas, sobre todo porque los investigadores japoneses han suministrado la prueba de haber experimentado con éxito terapéutico su hallazgo sobre alrededor de 200 pacientes e, incluso, sobre un considerable número de sujetos todos sanos, entre los cuales figuran también algunos de ellos.

Entre las muchas dudas que puede suscitar en la mente de un médico la suministración de tal preparado artificial, la más importante es ciertamente la de su inocuidad, no sólo a breve sino sobre todo a largo plazo. El profesor Mitsuno, basándose en rigurosas pruebas experimentales llevadas a cabo sobre animales y sobre el hombre, ha proporcionado datos sobre este particular que parecen muy alentadores.

Es evidente que la introducción en el campo médico de sucedáneos artificiales de la sangre no sólo está destinada a potenciar las posibilidades de la terapia intensiva y de las intervenciones transfusionales, sino también a ampliar de manera imprevisible las posibilidades de la cirugía electiva y las del progreso de los conocimientos fisiológicos referentes a la sangre».

El *profesor Franco Mandelli,* hematólogo de la Universidad de Roma, hizo una importante puntualización sobre el problema de los sustitutos artificiales de la sangre:

«La sangre artificial, hoy, no significa una menor demanda de donantes y de donaciones de sangre, por diferentes motivos:

1. Es un sustituto tan sólo de los glóbulos rojos y no de todos los demás componentes de la sangre (plaquetas, leucocitos, plasma y sus proteínas).
2. Deberá ser ulteriormente documentada la falta de toxicidad de la sangre artificial sobre todo en las suministraciones crónicas.
3. Deberá pasar aún mucho tiempo antes de que los sucedáneos de los glóbulos rojos estén disponibles.
4. También cuando la sangre artificial esté disponible tendrá indicaciones limitadas, terapias urgentes en casos de falta de glóbulos rojos en aquellos que rechazan la sangre, como los *Testigos de Jehová* o bien en ocasiones de catástrofes».

LOS PERFLUOROQUIMICOS PARA VENCER A LOS TUMORES

En el informe del profesor G. Bianchini, jefe de servicio radiológico del hospital de la Isla Tiberina pronunciado en el simposio sobre las *Nuevas técnicas de la transfusión de sangre,* aparecen nuevas perspectivas en la lucha contra los tumores.

El tema de dicho informe ha sido *La oxigenación en la radioterapia de los tumores.* He aquí un resumen de su intervención:

«Uno de los problemas más dramáticos que los médicos radiólogos encuentran en el tratamiento de los tumores, a través del uso de las radiaciones X producidas por el acelerador lineal o por el cobalto, consiste en la presencia de células no oxigenadas y por consiguiente muy radiorresistentes. En la práctica, en muchísimos casos la aplicación de los rayos X resulta poco eficaz para destruir gruesas masas tumorales porque en ellas existen zonas poco oxigenadas, muy resistentes y capaces de reformar el tumor después de la radioterapia.

Para destruir estas zonas se pueden seguir tres caminos:

— Empleo de substancias radio-sensibilizantes que son algo tóxicas para el sistema nervioso.
— Empleo de aceleradores de partículas, que son instalaciones difíciles de encontrar en Italia.
— Aprovechar el efecto oxígeno.

Este tercer final es el que sigue el equipo del profesor Bianchini del hospital de los hermanos de san Juan de Dios en Roma. En este centro radiológico ha sido experimentado el empleo del H202 (la normal agua oxigenada) introducida por vía intra-arterial después de una compleja preparación quirúrgica del paciente, que es cateterizado. Esta técnica presenta algunos inconvenientes, entre ellos la complicada preparación, los frecuentes casos infectivos y posibles complicaciones vasocerebrales. Tales inconvenientes podrían ser superados con el empleo de los perfluoroquímicos que no son tóxicos y transportan una grandísima cantidad de oxígeno a todos los tejidos. Así pues, sería posible superar la mayor resistencia de las células tumorales no oxigenadas.

El centro de terapia de los hermanos de san Juan de Dios se está preparando para utilizar —será el primero en Italia— esta nueva técnica que podría representar un paso adelante en el tratamiento del cáncer».

Resumió: RAMON FERRERO, O. H.

PROBLEMATICA Y PLANIFICACION DE LA CIRUGIA PEDIATRICA EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

Presentamos el trabajo de los doctores Claret y Ruiz Company y sus colaboradores como extracto de la Ponencia al XVII Congreso Nacional de Pediatría de Valencia en noviembre pasado.
Se trata de un loable intento de clarificación en el maremágnum de la Sanidad Española que, con toda la carga emocional de unos *duros* cirujanos pediátricos que permanecen en la brecha, se asienta sobre unas bases muy firmes y a nuestro juicio imprescindibles en todo intento de Ordenación Sanitaria:

- Descentralización, con acercamiento real de los recursos a la población que los requiere.
- Concentración que permite mantener los máximos niveles asistenciales y científicos en los equipos.
- Diferenciación de niveles asistenciales para una adecuada aplicación de los recursos.
- Interconexión entre los niveles y con las restantes ramas de la medicina tanto dentro como fuera del hospital en una nueva reafirmación de que la medicina es única y sólo la necesidad de llegarla a comprender nos obliga a considerarla desde distintos puntos de vista.

RECUERDO HISTORICO

Durante muchas décadas, la cirugía del niño fue considerada simplemente como una parte de la cirugía general, aunque en 1860 Cooper Foster había publicado un tratado sobre *Las enfermedades quirúrgicas de la infancia* y posteriormente otros libros hicieron referencia a esta materia, entre los cuales destaca el publicado por T. Holmes en 1869. Aunque no se pueden olvidar ilustres figuras como Broca en Francia o Drachter en Alemania, se debe reconocer que los verdaderos fundadores de la especialidad son William Ladd de Boston y Sir Dennis Browne de Londres, cuando alrededor del año 1920 establecen los principios fundamentales de actuación quirúrgica sobre el niño. No obstante, la Cirugía Pediátrica no tuvo total reconocimiento hasta 1941 con la publicación del texto de Ladd y Gross, quienes recalcaron posibilidades y resultados de la cirugía abdominal en los lactantes y niños.

Desde los comienzos, la Cirugía Pediátrica ha basado su actuación en la edad del paciente, a diferencia de otras especialidades quirúrgicas cuyos límites de actuación están circunscritos a un área anatómica o sistema. Este camino es el que inició la especialidad en todas las partes del mundo y su atención dentro de hospitales infantiles.

Como toda innovación, esta rama de la medicina ha encontrado en todas las latitudes grandes resistencias, pero las palabras de Potts adquieren carácter profético cuando dice: «... existe mucha incertidumbre y confusión sobre el lugar que corresponde a la cirugía de los niños en el concierto de las grandes especialidades que han madurado y ocupan posiciones inexpugnables en el mundo médico. Sin embargo, poco se duda de que en los próximos 25 años toda escuela de medicina y todo centro médico importante contarán con una sección de Cirugía Pediátrica».

La Cirugía Pediátrica en España se ha desarrollado de forma más retardada en relación con otros países, si bien sus inicios fueron también muy precoces.

En el siglo XIX aparecen tres figuras para calibrar históricamente el progreso de esta especialidad, en Madrid. El primero y más importante, sin duda alguna, fue don José Ribera en 1889; formó parte del primer equipo médico-quirúrgico en el aquel entonces recién fundado hospital del Niño Jesús (1877). Con gran ímpetu y afán de investigación, orientó la Cirugía Pediátrica, que en aquel tiempo florecía ya en otros países europeos, hacia la osteo-artropatología, hemofilia y traumatismos; la resección de la rodilla en el niño y la esplenectomía. Su fama se extendió por toda España e incluso presentó trabajos en congresos extranjeros, falleciendo en 1912.

Don José Ortiz de la Torre ganó las oposiciones de cirujano del Hospital Provincial de Madrid en 1892 y fundó una Sala de Cirugía Infantil, contribuyendo notablemente al desarrollo de la Cirugía general y osteoarticular del niño. Don Pablo Lozano y Ponce de León fue uno de los colaboradores que con el profesor Rubio fundaron el Instituto de este nombre, dedicándose desde su comienzo a la Cirugía Pediátrica exclusivamente. Salvo el doctor Ribera, que creó una escuela en el Niño Jesús, los demás pasaron

y con ellos su obra. Al doctor Ribera le sucedió el doctor Arquellada (1912 a 1925) y a éste el doctor don Juan Garrido-Lestache Díaz, que funda una estirpe especializada. Arquellada, en 1907, fundó el Servicio Médico-Quirúrgico Infantil en la Cruz Roja y, en 1912, la Sociedad de Pediatría de Madrid, en unión de Tolosa Latour y otros célebres pediatras.

En 1914 se celebró el I Congreso Español de Pediatría dividido en 4 Secciones, una de ellas de Cirugía Pediátrica. El II Congreso se celebró en 1923 y se sigue la misma norma que se continuara en todos los siguientes catorce Congresos Españoles de Pediatría, donde siempre la Cirugía Pediátrica ha figurado en primer nivel.

La benéfica obra de los Hermanos de San Juan de Dios introdujo en España, ya en el siglo pasado y a comienzos de éste, una serie de Hospitales especializados en niños en Barcelona, Valencia, Calafell, San Sebastián, Madrid, Santander, Bilbao, Gijón, Vigo y Sevilla. Aunque el objetivo de estos hospitales fue en un principio asilar a niños con problemas de extremidades y osteoarticulaciones, muchos cirujanos generales actuaron en ellos y resolvieron la mayoría de lo que en aquel entonces se consideraba Cirugía infantil.

Se debe reconocer que el primer hospital infantil de España fue el que inauguraron en septiembre de 1867 los Hermanos de San Juan de Dios en Barcelona, y que comprendía residencia sanitaria para 50 niños, quirófano y sala de urgencias para accidentados, pero dedicado fundamentalmente al tratamiento de afecciones óseas congénitas o adquiridas y traumatología infantil. Por aquel entonces primaban en Europa el Hospital de niños radicado en la calle Ormond de Londres y el de «Enfants Malades» de la calle Sevres de París. Este fue el primer Hospital pediátrico del mundo ya que se fundó en 1802 y entre 1840-1860 M. P. Guersant inició la Cirugía Pediátrica francesa y recopiló sus trabajos sobre el tema en un volumen de Cirugía infantil. En este Hospital empezó la cirugía pediátrica, propiamente dicha, se desarrolló en la primera década de 1900 por Kirmisson y alcanzó gran resonancia por la figura de Ombredanne a través de su magnífico volumen de cirugía pediátrica publicado en 1920. Ambos profesores estuvieron mayormente orientados hacia la ortopedia pediátrica, pero sin olvidar en ningún momento la cirugía pediátrica general y así vemos cómo algunas de las técnicas de Ombredanne siguen todavía vigentes en su concepto e incluso en su realización. En 1908 se trasladó el primitivo Hospital de San Juan de Dios de la calle Muntaner a la Avda. Diagonal con la inauguración de un moderno edificio con 250 camas. En esta época se hizo famoso el doctor Rivas que murió en 1917 después de haber desarrollado una gran labor. En 1958 se inaugura un Servicio específico en Cirugía Pediátrica a cargo del doctor I. Claret Corominas, que posteriormente se transforma en Departamento en el nuevo Hospital de San Juan de Dios de 400 camas pediátricas, inaugurado en 1973.

También en Barcelona y en el Hospital de Niños Pobres, comenzó a aparecer la Cirugía Pediátrica con el siglo xx de manos del después famosísimo don Sebastián Recasens, que trabajó ocho años en dicho Hospital donde hizo una meritoria labor y publicó el primero, aunque muy elemental, libro que sobre Cirugía Pediátrica existe en nuestro país.

En la historia de la Cirugía Pediátrica contemporánea barcelonesa no se puede olvidar la enorme labor desarrollada por el doctor don Emilio Roviralta, nacido en 1895. En su comienzo fue cirujano osteoarticular pero pronto se inclinó a la cirugía pediátrica y así, junto a su hermano y el doctor Juan Córdoba, funda un dispensario quirúrgico en una pequeña torre sita en la calle Balmes de Barcelona, a la que puso el nombre de *Clínica de la Infancia.* En 1927 es socio fundador del Instituto Policlínico donde a principios de 1936 constituye un patronato benéfico dedicado a crear una sección de cirugía pediátrica que fue truncada por la guerra civil. Concluida ésta, se inaugura aquélla bajo el título de *Camitas Blancas.* Contaba con la escasa cantidad de 21 camas pero en realidad es la primera institución que se puede considerar fidedigna de la especialidad en España. Colaboraron y aprendieron en ella gran número de actuales cirujanos pediatras que constituyen ya una escuela que, a buen seguro, hará perdurar el nombre de Roviralta en todos quienes practican la especialidad en España. Recordemos, entre muchos otros, los nombres de J. Picañol, I. Claret en sus primeras etapas y J. Martínez Mora y J. Cassasa sus últimos y brillantes colaboradores. Son todavía vigentes sus magníficos libros sobre *Abdomen quirúrgico en el niño* y *El lactante vomitador* así como espléndidas monografías y más de 300 trabajos en revistas españolas y extranjeras.

El doctor Gubern Salisachs, en el Hospital de Niños Pobres, no puede ser olvidado en un análisis de la historia de la cirugía pediátrica española especialmente por su inquietud y afán de investigación en la cirugía neonatal con la publicación de innumerables trabajos y documentadas monografías.

En 1961 el malogrado Monereo inaugura el Centro de Cirugía Neonatal de la Maternidad Provincial de Madrid y se convierte en portavoz de la especialidad. También en 1961 el doctor Agra Cadarso es confirmado Jefe de Cirugía Neonatal de la Maternidad de Santa Cristina, donde ya inicio su labor en 1955. Este mismo trabajaba en Cirugía Pediátrica en el Hospital de la Cruz Roja desde 1951, donde es nombrado Jefe de Cirugía Neonatal en 1959. Por aquel entonces se crearon Servicios de Cirugía Pediátrica en las Facultades de Medicina de Madrid, Barcelona, Santiago de Compostela y Granada. En Barcelona, y privadamente por un grupo fundamental de cuatro entusiastas pediatras y dos cirujanos (I. Claret y J. Picañol), se fundó en 1960 una clínica especializada de 60 camas pediátricas *Clínica Teknon* y asimismo en Tenerife y Córdoba se practicaba cirugía pediátrica general en sendos hospitales infantiles.

En 1965 teniendo como promotor al profesor E. Jaso, inicia la Seguridad Social en España la construcción de hospitales infantiles; se puede decir que es entonces cuando ha comenzado el auge de la cirugía pediátrica al unísono que el de la pediatría hospitalaria. Madrid, Julio Monereo; Barcelona: Boix Ochoa; Valencia: Ruiz Company; Sevilla: Martínez Caro; Zaragoza: Alba; Málaga: López Pérez, entre otros, han sido los promotores de la gran eclosión de la cirugía pediátrica en España.

Los comienzos de la cirugía infantil hemos visto que fueron principalmente lesiones osteoarticulares y cirugía de poca envergadura, pero desde que la especialidad fue tomando carta de naturaleza, y podemos decir que fue desde los primeros éxitos en la cirugía neonatal, se dividió como dice Petit, una parte que trata lo *duro* y otra lo *blando,* siendo ésta la primera subespecialización. A partir de este momento y con los avances técnicos ha sido nece-

sario seguir los pasos de la cirugía del adulto, con la aparición de subespecialidades con el fin de atender más adecuadamente a los pacientes.

La cirugía pediátrica desde el principio se desarrolló en los hospitales infantiles, formando parte íntima de los mismos y estos caminos han sido seguidos tanto en nuestro país como en el resto del mundo, ya que el niño debe ser tratado en el hospital pediátrico por la persona mejor cualificada y prueba de ello es que los cirujanos pediatras formaron y forman parte de las sociedades de pediatría en la mayoría de países. Clara demostración de ello es que ambos Ponentes son respectivamente, en la actualidad, Presidente de las Sociedades Catalana y Valenciana de Pediatría.

Una de las primeras asociaciones de Cirujanos Pediátricos fue la sección quirúrgica de la American Paediatric Asociation en 1948, pero la primera entidad científica aislada de la especialidad fue la British Association of Paediatrics Surgeons en 1953 bajo el patrocinio de Dennis Browne y un numeroso grupo de cirujanos ingleses. En España en junio de 1961, durante la celebración del Congreso de Unión Médica Mediterránea, reunidos los doctores Claret y Raventós de Barcelona, Agra y Monereo de Madrid y Gomar de Valencia deciden solicitar la creación de una Sección de Cirugía Pediátrica dentro de la A.E.P. por lo que se pueden considerar a aquellos como los verdaderos promotores-fundadores de dicha Sección. Este grupo fundador decide proponer como miembros natos de la Sección, además de ellos, a los doctores Roviralta, Picañol, Gubern y Martínez Mora de Barcelona, Garrido Lestache Díaz, Garrido Lestache Cabrera de Madrid, Moreno de Orbe de Santiago de Compostela, Lardelli de Granada y Comet de Zaragoza. Finalmente en 1962 adquiere carácter legal la actual Sección de Cirugía Pediátrica de la Asociación Española de Pediatría.

Hasta 1970 en Estados Unidos no se logra crear la American Paediatric Surgical Association, pero no es hasta 1975 cuando el American Board of Surgery expide los certificados de especialidad en cirugía pediátrica con el mismo reconocimiento que las otras especialidades quirúrgicas. En España en 1977 se logra finalmente el reconocimiento oficial de la especialidad como tal.

Como bien dice Potts en 1958 «El objetivo primordial de la Cirugía Pediátrica es sencillamente un mejor tratamiento de las enfermedades quirúrgicas de la infancia con una especial atención a corregir las malformaciones congénitas, que representan un grave handicap en muchos recién nacidos». Esta afirmación sigue vigente de forma total en la actualidad.

La Cirugía Pediátrica, con su desarrollo y maduración, ha obtenido notables avances en los últimos años y ha contribuido poderosamente al progreso de la pediatría. Muy recientemente Santulli resumía estos hechos en ocho puntos:

1. Total regularización en la cirugía neonatal.
2. Especial contribución a la alimentación parenteral básica.
3. Tratamiento de las atresias de vías biliares.
4. Aclarar el confusionismo sobre la etiología y tratamiento de la enteritis necrotizante.
5. Nuevos conocimientos en la cirugía esplénica infantil y su relación con la inmunología.
6. Tratamiento del reflujo gastroesofágico y su relación con el síndrome de muerte repentina infantil.
7. El perfeccionamiento de las intervenciones endorectales por disección, en el tratamiento de las malformaciones anorectales y enfermedad de Hirschprung.
8. El desarrollo de la revista *Journal of Paediatric Surgery*, que ha influido poderosamente en el reconocimiento de la especialidad.

Creemos que Santulli ha sido muy modesto al enjuiciar la contribución de la cirugía pediátrica en el progreso de la ciencia médica. Consideramos que no deben ser olvidados aspectos tan importantes como:

— Contribución a la cirugía oncológica y criterios de tratamiento.
— Reconstrucciones cráneo-faciales en graves síndromes malformativos.
— Técnicas de reconstrucción en Urología, aceptadas y seguidas en Urología de adultos.
— Colaboración en el campo de la microcirugía y cirugía experimental.
— Tratamiento del onfalocele y gastrosquisis.
— Eficaz asociación con la cirugía plástica y maxilo facial para el tratamiento de labio leporino, fisura palatina, etc.
— Participación en el estudio de la medicina preventiva tanto en el campo de la genética como de los accidentes.
— Inicio de cirugía fetal.
— En unión con los cirujanos cardiovasculares desarrollo total de la cirugía cardíaca neonatal.

Creemos, además, que en otros muchos campos de la ciencia médica, pediátrica y quirúrgica, los cirujanos de niños con su estudio, entusiasmo, dedicación y afán de investigar han abierto brecha para iniciar nuevos objetivos. No podemos terminar este breve recuerdo histórico de la cirugía pediátrica sin mencionar a alguno de aquellos que han sido durante muchos años las estrellas donde se han mirado todos los que cultivan la hermosa especialidad de intervenir niños. Los ingleses Forshall, Waterston y Rickham, el alemán Rehbein, los franceses Fevre, Duhamel y Pellerin, el italiano Soave, el suizo Grob, el finlandés Sulamaa, los japoneses Kassay y Suruga. El sueco Ehrenpreis, los americanos Swenson, Koop, Ravitch, Hendren y Kieseweter y tantos otros que no mencionamos, han sido los pilares donde asentar de modo definitivo la cirugía pediátrica.

PLANIFICACION FUTURA

PLANIFICACION TEORICA

Una correcta planificación sanitaria en Cirugía Pediátrica ha de considerar en primer lugar las características particulares del país en que debe desarrollarse y las especiales condiciones del patrón sanitario existente o bien futuro. En las líneas generales de la reforma sanitaria de nuestro país se dice literalmente que «se debe considerar el destino ulterior y las posibles funciones que puedan desempeñar en el futuro los numerosos sanatorios del sector público o privado, pequeños y medianos hospitales de ámbito local, preventorios, institutos de tipo monográfico, etc., de desigual calidad y rendimiento en el momento actual, y que sin duda han de suponer en muchos casos una valiosa contribución a la nueva ordenación de la asistencia. Una vez definidas las necesidades asistenciales en cada región o provincia, se estudiará cada Centro individualmente para conocer su situación y posibilidades de adaptación a las funciones que se les asigne,

utilizando los que sean útiles y amortizando los demás. De esta forma podrán establecerse hospitales monográficos o residencias de cuidados medios y mínimos para enfermos crónicos, o centros médico-sanitarios. Será conveniente que estos Centros transformados o adaptados en su función estén estrechamente relacionados en el hospital regional o provincial. Igualmente, hospitales pequeños, de tipo local o municipal, si tienen razón de ser en el futuro, deberán asociarse funcionalmente con el correspondiente hospital provincial o regional».

La Cirugía Pediátrica especializada exige unas especiales condiciones de funcionamiento en hospitales de alto nivel, con inversiones cada vez más costosas de utillaje y con un personal en permanente expansión por dedicación unidimensional; anestesiología, radiología, cuidados intensivos, rehabilitación, laboratorio, anatomía patológica, ecografía, isótopos radiactivos, manometrías, etc., dedicados exclusivamente a la vertiente pediátrica de diversas especialidades médicas.

Ante una planificación futura ideal, se han de considerar dos puntos básicos: *a)* Número de cirujanos pediátricos en virtud de función asistencial y formación continuada, y *b)* Número, tipo y localización de centros donde deben trabajar dichos especialistas.

La experiencia nos induce, en un principio, a presentar clara diferenciación en dos tipos de cirujanos pediátricos: *Cirujanos Pediátricos cualificados,* que según Ravitch estarían encuadrados a trabajar fundamentalmente en 9 parámetros: Atresia esófago, Atresia intestinal, Malformaciones anorectales, Onfalocele, Hernia diafragmática, Enfermedad de Hirchsprung, Tumor de Wilms, Neuroblastoma y Rabdomiosarcoma. Este tipo de cirugía, por su escaso poco número relativo, justificaría su agrupación en muy pocos Centros, ya que de esta forma se podría garantizar un entrenamiento eficaz de futuros especialistas y evitar el deterioro de la especialidad por la dificultad que supone la instauración de nuevas técnicas o el estudio crítico de resultados con una estadística no significativa. Pero por otro lado la C. P. no se termina en estos simples nueve parámetros y si se desease que todos los niños en cualquiera de sus operaciones fueran tratados por Cirujanos Pediatras sería imprescindible practicar cirugía asistencial de forma muy amplia y dando cabida a gran número de *cirujanos pediatras generalistas.* Sentadas estas dos premisas de actuación nos damos cuenta de la dificultad de cuestionarnos con certeza el número exacto de cirujanos pediatras, tanto de tipo generalista como especializados a tener en nuestro país.

El primer problema que se plantea es si el cirujano pediátrico, como decíamos antes, debe intervenir a todos los niños y de todas sus afecciones ya sea por ellos mismos o bien por subespecialidades provenientes y en dependencia de los propios servicios de Cirugía Pediátrica. Si esto fuera así veríamos que la actual población española se puede estimar en 37.600.000 habitantes, de los cuales, en términos generales, la población infantil es de 25 %, es decir que existe una población de 9.700.000 individuos de 0 a 14 años. Si contáramos un cirujano por cada 5.000 habitantes, proporción generalmente aceptada, habría 7.520 cirujanos de los cuales un 25 % deberían ser cirujanos pediátricos, si aceptamos la misma proporción en la cirugía que en el reparto de la población. O sea, debería haber, en líneas generales, 1.880 cirujanos pediátricos. Es evidente que esta cifra es ilusoria y desproporcionada, ya que la patología quirúrgica de la población adulta es muy superior a la infantil. Si nos atenemos a estas cifras habría 1 C. P. por cada 5.100 niños cuando, con reservas, por muchos autores se acepta como máximo la cifra de 1 C.P. por cada 25.000 niños, que en España nos daría una cifra de 376 C.P. que está mucho más cerca de las necesidades reales.

Es difícil poner el listón de edad y de patología que debe incumbir propiamente al cirujano pediátrico para que la especialidad responda a su completa aceptación. Todos los países tienen parejos problemas al intentar planificar la cirugía pediátrica de una forma justa, correcta, eficiente y bajo un patrón sanitario debidamente racionalizado.

En los estudios iniciados en 1972 por la S.O.S.S.U.S. (The Sutody on Surgical Services for the United States), la American Pediatric Surgical Association intentó colaborar con el siguiente programa:

— Número actual y distribución de los cirujanos pediátricos en Norteamérica.
— Determinar el número necesario de C. P. y dónde deberán estar ubicados.
— Estudiar la existencia y necesidad de hospitales con staff y equipos completos.
— Determinar el número de especialistas en C.P. a formar en EE. UU.

Es decir, efectuar un estudio similar a los fines de nuestra ponencia. Después de un detallado y tabulado estudio, Neills en 1974 reconoce la inseguridad de poder dar datos ciertamente exactos y la dificultad de extrapolarlos para años sucesivos, dado el alto descenso de la natalidad en EE. UU.

Un índice de cálculo de cirujanos pediatras, comúnmente reconocido, es el de Cirujano Pediatra por 100.000 habitantes. En nuestro trabajo nos referimos siempre a una densidad de población española de 37.600.000 habitantes en 1981, según el Instituto Nacional de Estadística. Si basamos el cálculo de un C.P. por 100.000 habitantes debería haber *376 C.P.* y si lo basamos en uno por 200.000 nos da un resultado de *188 C.P.*

En un estudio teórico, sobre las intervenciones habituales de 25.000 niños correspondientes a una población total de 100.000 habitantes, vemos en la tabla I, que se precisan 565 horas de cirugía pediátrica para la asistencia directa e indirecta de estos niños.

Si consideramos que estas intervenciones representarían el 50 % de la función asistencial, debemos multiplicar por 2 la cifra de 565, apareciéndonos 1.130 horas de función asistencial pura. A ello hay que añadir, como mínimo, un número igual de visitas en niños que no deben ser operados, es decir, 247 horas más, totalizando 1.377 horas. A este tiempo debemos sumarle también un 10 % de formación continuada y otro 10 % de preparación científica y organización, que nos da un total de 1.647 horas de C.P. por 100.000 habitantes, que divididas por 275 días hábiles anuales, nos dan 6 horas diarias por C.P. más dos horas día para el trabajo de urgencias. Este cálculo permite confirmar la validez de un C.P. por 100.000 habitantes. Para este cálculo hemos partido de los tiempos (ratios) establecidos por Asenjo, y confirmados por otros autores y nosotros mismos, de media hora para una primera visita, 15 minutos para las segundas y las de hospitalización, media hora para una operación pequeña, y una hora para una mediana.

TABLA I

Intervenciones habituales y horas que ocupan

Frecuencia		Casos	1.ª visita a 1/2 h	Horas operación	Visitas estancia a 1/4 h	Controles posteriores a 1/4 h
Fimosis	1/10	150	75	a 1/2 h 75	1 = 37,5	37,5
Hernia	1/20	150	75	a 1/2 h 75	2 = 75	37,5
Criptorquidia	1/100	15	7,5	a 1 h 15	3 = 11,25	3,75
Apendicitis	1/100	15	7,5	a 1/2 h 7,5	6 = 22,5	3,75
		330	165,— h	172,5 h	146,25	82,50 h
					Total	565 h

Tomamos como ejemplo el Servicio de Cirugía pediátrica de la Clínica Infantil de Sabadell, situada en el centro del Vallés, área sanitaria de 800.000 personas, con tres ciudades importantes: Sabadell con 180.000 personas, Tarrasa con 155.000 y Granollers con 45.000. Sabadell es la más cercana a Barcelona y está entre las otras dos, distantes diez y veinte kilómetros, respectivamente. Tarrasa y Granollers tiene Hospital General con Servicio de Pediatría, pero no de Cirugía Pediátrica, por lo que parte de sus enfermos son drenados a Sabadell, parte a Barcelona y otra parte es atendida por Cirujanos Generales.

El Servicio de la Clínica Infantil de Sabadell, formado por tres Cirujanos Pediatras, atiende a una población de unas 400.000 personas, cálculo establecido estimativamente, mediante el estudio de la proporción de casos de las otras ciudades del Vallés y fuera de éste y, por otro lado, mediante la ponderación de la patología asistida con las estadísticas de otras escuelas. El Servicio efectuó durante el curso 1981, 2.761 visitas, de las cuales 1.096 eran primeras, y 815 intervenciones, entre las cuales se practicaron: 115 Fimosis, 137 Hernias, 47 Criptorquidias y 66 Apendicitis, con 74 urgencias operatorias.

Si se tiene en cuenta que la traumatología se hace sólo en una mínima parte, parece que está totalmente justificado un cirujano por cada 100.000 habitantes, si se pretende cubrir la patología quirúrgica de todos los niños en las ciudades de más de 100.000 habitantes.

Distinta forma de cálculo sería efectuar el estudio, según preconizaba ya Dennis Browne, de la necesidad de un Servicio de Cirugía Pediátrica Especializada por millón de habitantes. Si efectuamos los cálculos vemos que en España podría haber 37 servicios que dependiendo de que el Staff fuera de 5 ó 10 personas tendríamos *185 C.P.* o *370 C.P.*, cifras que son muy similares a las obtenidas en la forma de calcular por miles de habitantes.

El cálculo pues, por estos parámetros, viene a indicar que la especialidad de nuestro país permitiría todavía una cierta expansión si nos incluyéramos dentro del 1 C.P. por cien mil habitantes ya que en la actualidad a los 140 socios numerarios de la Sección de la A.E.P. debemos añadir 20 socios agregados, más los residentes en formación en los centros docentes que son exactamente 42 en el año 1982, según datos de la Comisión Nacional de Docencia, que nos daría una cifra conjunta de *202 C.P.* Esta cifra estaría en consonancia con los índices de 1 C.P. por 185.000 habitantes, sensiblemente superior a los que podríamos considerar como óptimos en nuestro medio.

Por el contrario, si se efectúan los cálculos por recién nacido vivo, los resultados a estudiar son totalmente distintos, ya que si nos atenemos a las cifras más generalmente barajadas que están entre 1 C.P. por 5.000 a 1 C.P. por 20.000 vemos que en España, en 1980, según cifras oficiales, se han contabilizado 565.401 recién nacidos lo que nos daría *103 C.P.* si nos atenemos a un C.P. por 5.000 recién nacidos y que sólo llegaría a *28 C.P.*

Si efectuamos los cálculos por los antes mencionados parámetros de Ravitch (Tabla II) extrapolados a nuestro país, observamos que en España anualmente se verían unas 1.200 malformaciones, posiblemente con tendencia a bajar si sigue el descenso de natalidad. Si consideramos conveniente para la enseñanza y la formación continuada el tratar un mínimo de una de esas anomalías por 7 días, vemos que en nuestro país la frecuencia de estas alteraciones, 20 por semana, justificaría como máximo de 18 a 20 centros, que practicarán cirugía pediátrica especializada. Ello estaría en contrapartida con los 37 centros que debería haber si hacemos el cálculo de 1 por 1.000.000 de habitantes.

Es evidente que este cálculo tampoco es exacto porque en estos 9 parámetros deberían añadirse, con seguridad, como mínimo las Enteritis necrotizantes, Malrotaciones, Estenosis hipertrófica de píloro, Extrofía vesical, Higroma quístico, Esplenectomías, Hipertensión portal, Atresia de vías biliares, y toda la patología cardíaca, urinaria, maxilofacial y plástica, que de un modo aproximado deberían estar de 4/1 en relación con los 9 parámetros de Ravitch (según estadística computarizada del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona). La suma de ambas patologías vendría a proporcionar una intervención diaria de tipo especializado por cada uno de los 18 centros que debería haber en España y que corresponderían a un centro por 2.000.000 de habitantes con afecciones pediátricas graves drenadas al hospital regional de referencia. Toulouquian de la Universidad de Yale, en un detenido estudio, declara que se precisa un mínimo de tres intervenciones mayores por semana, en un centro regional, para una eficaz formación de postgraduados con posibilidades de investigación. Este trabajo, así como otras

consideraciones, clarifican que las cifras objetivas de nuestra programación, aunque discutibles, se integran dentro de las líneas genéricas de la cirugía pediátrica mundial.

Con estas premisas consideramos que en España una planificación ideal básica sería la existencia de 18 centros regionales con 200 a 220 C. P. en que se practicase una completa cirugía pediátrica, a los que habría que añadir una serie en número a determinar de servicios asistenciales adscritos a los mismos y que deberían constituirse en relación a densidad de población, distancia al hospital de referencia, deficiencias asistenciales locales, o bien a necesidad de conservar estructuras ya preexistentes. En estos hospitales se incluirían los 150 a 170 C. P. restantes hasta completar los 370 que consideramos como óptima en nuestro país de 1 C. P. por 100.000 habitantes, si consideramos que todo niño debe ser intervenido por un especialista en cirugía pediátrica.

Un estudio sanitario efectuado en Conecticut con datos estadísticos muy pormenorizados constata que un 75 % de todos los cirujanos del Estado consideraban imprescindible en un futuro próximo la función, dentro de la cirugía pediátrica, de los hospitales regionales o de referencia.

Basándonos en las ideas de regionalización hospitalaria, de diferentes países y adaptándola al nuestro, ya que Gobierno y Parlamento parecen tender hacia esta posible reforma, nos planteamos cómo la cirugía pediátrica podría acercarse más a comunidades pequeñas, sin perder la posibilidad de enseñar e investigar. Ello es imprescindible para una buena medicina, ya que la excesiva atomización de recursos técnicos y humanos puede comprometer seriamente el desarrollo de la ciencia médica. Imaginemos que colocásemos un cirujano pediatra en comunidad de menos de 100.000 habitantes, operaría una atresia de esófago cada dos años y un tumor cada tres, quizá nunca operaría un onfalocele y tendría que estar permanentemente de guardia, pero tampoco es lógico que todos los niños de una población de 6.000.000 de habitantes tengan que ser operados por el mismo equipo y que otros niños deban desplazarse 100 km o más para ser operados en un gran centro infantil de una intervención de las consideradas de cirugía general básica.

Por ello consideramos como la solución más idónea en nuestro país una distribución de centros y cirujanos que permitiera al mismo tiempo que una completa y total asistencia de la patología quirúrgica del niño en centros adecuados la presencia de unos hospitales de referencia en los cuales se efectuara la cirugía pediátrica de alto riesgo y superespecialidades y ejerciera la función de formación de futuros especialistas mediante adecuada docencia así como llevase a cabo las labores de investigación de la especialidad.

Partimos pues de la base que, para efectuar el trabajo de planificación futura, se deberán de contemplar en cirugía pediátrica española tres tipos de hospitales fundamentales:

HOSPITAL TIPO III O REGIONAL

Este centro drena una densidad de población alrededor de 2.000.000 de habitantes en un área no superior a 300 km de distancia, de la que se encarga como hospital de referencia para cirugía especializada. Debe tener correctamente organizado el sistema de transporte por avión, ambulancia o helicóptero o en su defecto por coche ambulancia con equipo médico perfectamente adiestrado. Al mismo tiempo se ocupa de la cirugía pediátrica general de su área local de influencia, o sea, que efectuará las funciones del Hospital Provincial para sus 100.000 habitantes más próximos y de comarcal para los 10.000 vecinos. Ello evita el doblar los servicios médicos y sirve para que los cirujanos en entrenamiento se formen asimismo en la cirugía general de tipo más simple. La cirugía pediátrica en estos centros debe de estar considerada como Departamento o Servicio autónomo dentro de un Hospital Infantil o Residencia General. Debe contar con todo tipo de subespecialidades y actuar como Hospital Docente. El Staff está compuesto por un mínimo de ocho cirujanos pediátricos cualificados y cuatro residentes en formación. Tiene guardias permanentes en presencia física y su Staff se desplaza de modo alternativo a los hospitales tipo I o II que dependen del mismo. Estos hospitales tienen que cumplir con toda la normativa descrita en el

TABLA II

Nueve parámetros de Ravitch

			España	Cataluña
1. Atresia esófago	1/5077	R.N.*	111	16
2. Onfalocele	1/2461	R.N.*	229	32
3. Malformación ano-rectal	1/2523	R.N.*	224	31
4. Atresia intestinal	1/2710	R.N.*	208	29
5. Hernia diafragmática	1/4776	R.N.*	118	16
6. Hirchsprung	1/8333	R.N.*	67	9
7. Rabdomiosarcoma	1/202741	14 años*	90	7
8. Willms tumor	1/101370	14 años*	90	14
9. Neuroblastoma	1/128048	14 años*	71	11
	Total		1.163	165

* Referido al año 1980, según datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística.

apartado de la ponencia destinado a la formación de Residentes.

En definitiva la planificación teórica de la Cirugía Pediátrica en un hospital básico de tipo III, debe contemplar fundamentamente cuatro aspectos que se imbrican entre sí y que no puede desgajarse ninguno de ellos sin que todo el conjunto sufra un grave detrimento. Nos referimos a Función Asistencial pura; labor *Docente, Investigación* y *Rehabilitación* que vamos a desarrollar «in extenso» posteriormente, de forma detallada, para dar la visión, de lo que a nuestro criterio, debería ser una actuación ideal en Cirugía Pediátrica.

HOSPITAL TIPO II O PROVINCIAL

Asiste a un núcleo de población entre 100.000 a 300.000 personas con un radio de distancia máxima de 100 km. La cirugía pediátrica actuará como Sección independiente en relación con el servicio de pediatría y cirugía general de un Hospital General. Efectuará todo tipo de cirugía programada y de urgencia excepto a la superespecializada que drena al Hospital de referencia. El Staff es de tres C.P. cualificados que efectúan las guardias conjuntamente con el servicio de Cirugía General. Su existencia está generalmente justificada por densidad de población o distancia al hospital de referencia.

HOSPITAL TIPO I O COMARCAL

Se localiza en un núcleo urbano de menos de 10.000 habitantes a una distancia máxima de 50 km. No tiene Staff propio de Cirugía Pediátrica, sólo un adjunto del Hospital de referencia que se desplaza de modo alternativo para integrarse en el equipo de cirugía general para la cirugía menor programada y colaborar en la evacuación de los casos especializados.

En la figura 1 se representa de forma esquemática el funcionamiento de una de estas zonas sanitarias que junto con las 17 restantes constituirían la red asistencial total.

Es evidente que estos datos son sólo para sentar unos criterios y por tanto variables aunque siempre manteniendo la línea de escalonamiento hospitalario. Antes de programar deberemos conocer ampliamente los recursos de la zona a estudiar y a partir de ellos estableceremos los mínimos necesarios para normalizar la situación y orientar criterios a largo plazo. Es preciso evitar que aparezcan más centros de los necesarios, puesto que posteriormente para subsistir generan demanda innecesaria. La programación no será posible solamente con criterios técnicos, sino que también se interferirán acotamientos económicos y con ellos los matices políticos. Creemos que la regionalización la debe ejecutar el poder central, pero la comarcalización, aunque con criterios del centro organizativo, es cada región la que debe estructurarla, porque es donde se conocen exactamente los medios con que se puede contar y el uso que hace la población de los mismos.

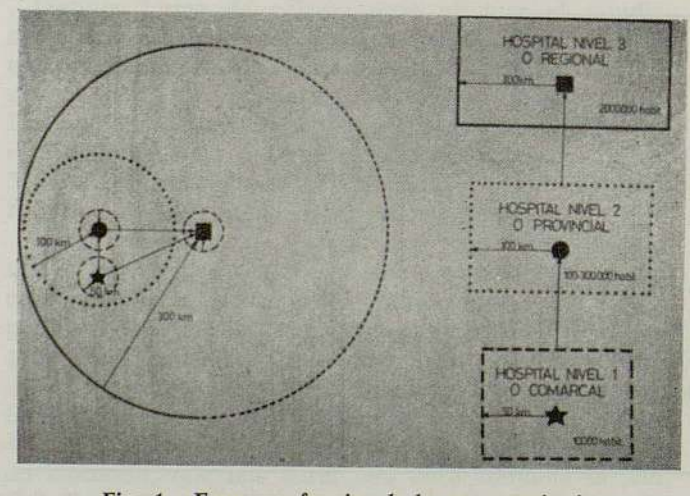


Fig. 1. Esquema funcional de zona sanitaria

La red hospitalaria de Cirugía Pediátrica estaría constituida en primer lugar por 18 centros nivel-3 distribuidos por todo el ámbito geográfico español, según dos criterios fundamentales:

— Densidad de población infantil.
— Area geográfica de cobertura de los centros.

Si consideramos como trescientos kilómetros la máxima distancia de cobertura sanitaria para estos centros especializados, observamos en la figura 2 que la cobertura es total con 18 centros. Sin embargo, dadas las especiales características de la geografía española, creemos más indicado disminuir a 150 km esta área de influencia de los centros de N-3, y ello queda reflejado en la figura 3, en la cual se aprecia la perfecta cobertura gracias a la correcta distribución de los 18 centros de N-3. Basados en esta distancia y junto con el criterio de un centro de Nivel-3 por cada dos millones de habitantes, la distribución final de las zonas o áreas hospitalarias quedaría representada en la figura 4. En esencia, pues, existen 14 áreas sanitarias distribuidas de la siguiente forma:

Area Catalana: 6,3 millones de habitantes. 1,5 millones de población infantil y 80.000 nacimientos por año. Incluye las provincias de Barcelona, Tarragona, Lérida y Gerona. Le corresponden tres centros Nivel-3.

Area Levante: Subdividida en dos subáreas: a) *Valencia,* que incluye las provincias de Valencia, Castellón y la mitad de Albacete. 2,7 millones de habitantes. 675.000 niños y 41.000 nacimientos por año. Un centro Nivel-3 radicado en Valencia. Y b) *Alicante,* con las provincias de Alicante, Murcia y medio Albacete. 2,3 millones de habitantes. 575.000 niños y 39.000 nacimientos por año. Un centro Nivel-3 radicado en Alicante.

Area Andalucía: Subdividida en tres subáreas: a) *Málaga,* con las provincias de Málaga, Almería, medio Granada, Ceuta y Melilla. 1,6 millones de habitantes. 400.000 niños y 44.000 nacimientos. Un centro Nivel-3 radicado en Málaga. b) *Sevilla,* incluye las provincias de Sevilla, Huelva y Cádiz. 2,7 millones de habitantes. 695.000 niños y 50.000 nacimientos por año. Un centro Nivel-3 radicado en Sevilla. c) *Córdoba,* incluye Córdoba, Jaén y la mitad de Granada. 1,6 millones de habitantes. 420.000 niños y 24.000 nacimientos. Un centro Nivel-3 radicado en Córdoba.

Area Extremadura: Comprende las provincias de Cáceres, Badajoz y Salamanca. 1,1 millones de habitantes. 275.000 niños y 17.000 nacimientos. Un centro Nivel-3 radicado en Badajoz.

Area Galicia: Comprende las provincias de La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra. 2,7 millones de habitantes. 700.000 niños y 38.000 nacimientos. Un centro Nivel-3 radicado en La Coruña.

Area Asturiana: Con las provincias de Asturias, León, Palencia, Zamora y la mitad de Santander. 2,2 millones de habitantes. 567.000 niños y 29.000 nacimientos por año. Un centro Nivel-3 situado en Oviedo.

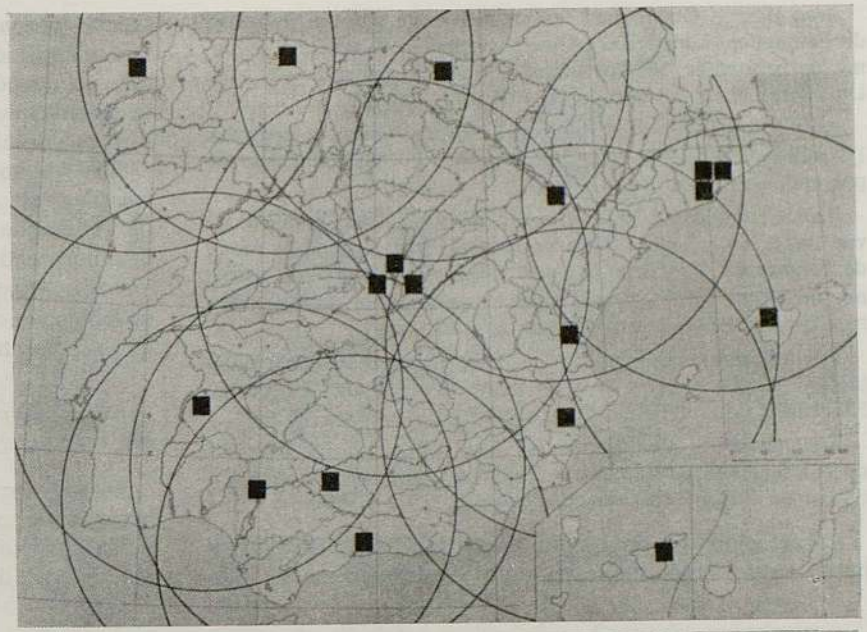


Fig. 2
Cobertura de 18 centros nivel-3

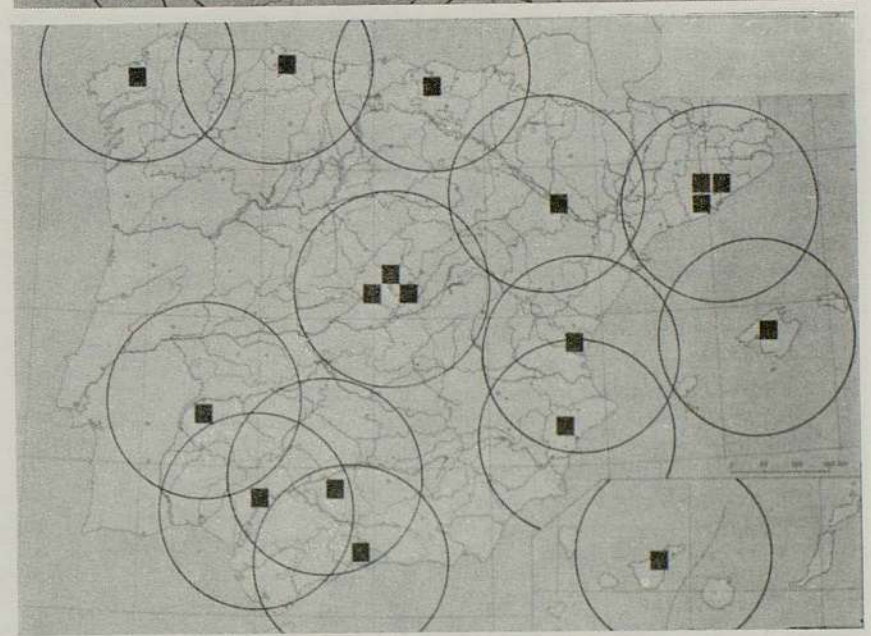


Fig. 3
Areas de cobertura
de 150 km para 18 centros nivel-3

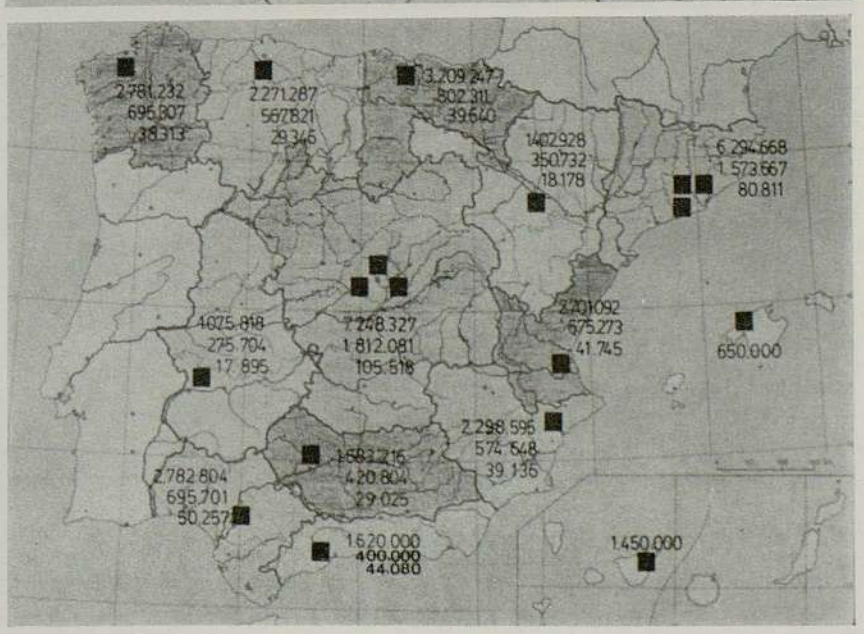


Fig. 4
Distribución
de 14 áreas hospitalarias

Area Vasca: Comprende las provincias de Vizcaya, la mitad de Santander, Guipúzcoa, Alava, Navarra y Burgos. 3,2 millones de habitantes. 802.000 niños y 39.000 nacimientos por año. Un centro Nivel-3 radicado en Bilbao.

Area Aragonesa: Con Zaragoza, Huesca, Teruel y Logroño. 1,4 millones de habitantes. 350.000 niños y 18.000 nacimientos por año. Un centro Nivel-3 situado en Zaragoza.

Area Centro: Con las provincias de Valladolid, Soria, Segovia, Avila, Guadalajara, Cuenca, Ciudad Real, Toledo, la mitad de Salamanca y Madrid. 7,2 millones de habitantes. 1,8 millones de niños y 105.000 nacimientos por año. Le corresponden tres centros Nivel-3 situados en Madrid.

Area Baleares: Comprende las Islas Baleares. 650.000 habitantes. 162.000 niños y 10.000 nacimientos por año. Un centro Nivel-3 situado en Palma de Mallorca.

Area Canaria: Comprende las Islas Canarias. 1,4 millones de habitantes. 350.000 niños y 24.000 nacimientos por año. Un centro de Nivel-3 situado en Tenerife.

La creación de todas estas áreas de Cirugía Pediátrica basan su correcto funcionamiento y asistencia en la existencia de una red hospitalaria Provincial o de *Nivel-2* con una de influencia no superior a los 100 km y con densidades de población entre 100 y 300.000 habitantes. En la figura 5 vemos la distribución geográfica de estos centros que totalizan un número de 52.

Por último, los Hospitales Comarcales o de *Nivel-1,* cumplen un papel fundamental para completar la red de Asistencia Quirúrgica Infantil. Estos centros repartidos por toda la geografía española, no deben tener un área de influencia mayor de 50 km, abarcando densidades de población no superiores a los 10.000 habitantes, hecho que representamos en la figura 6.

EJEMPLO DE PLANIFICACION REGIONAL. PROYECTO DE REGIONALIZACION EN CATALUÑA

Basadas en las ideas y conclusiones precedentes de la ponencia intentaremos proyectar una distribución idónea de la Cirugía Pediátrica en Cataluña, tanto en delimitar el número ideal de especialistas y su lugar de trabajo

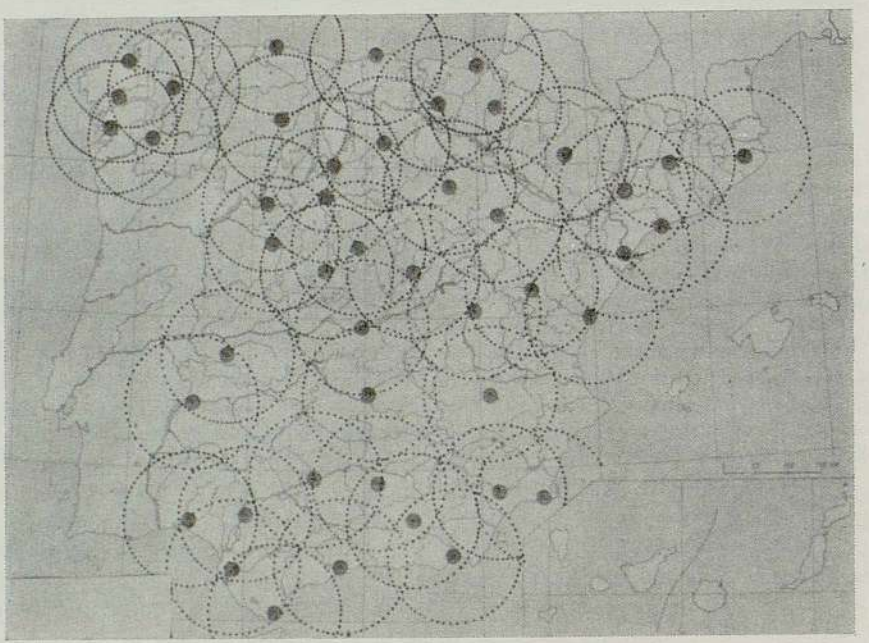


Fig. 5
Distribución geográfica de 52 centros de nivel-2

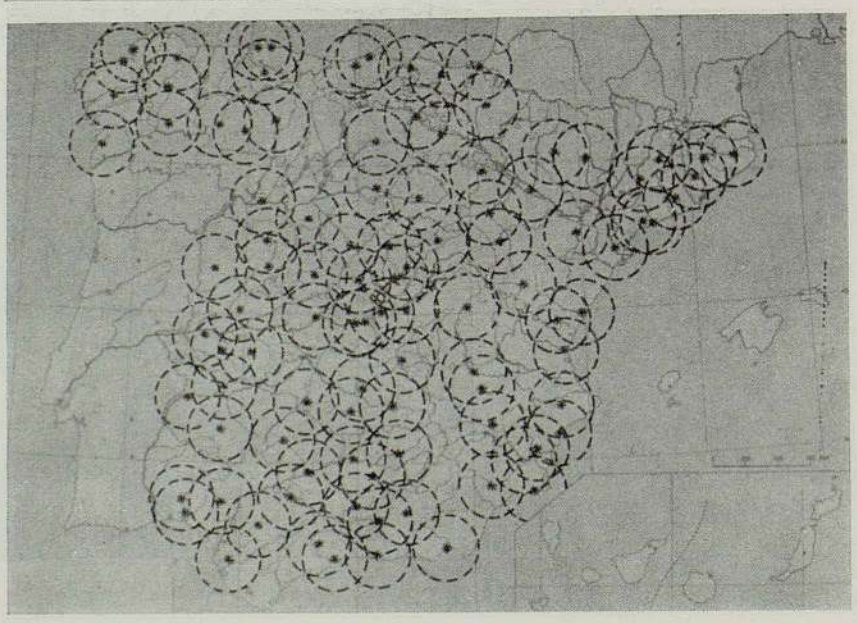


Fig. 6
Hospitales de nivel-1 con área de influencia inferior a 50 km y abarcando densidades de población inferior a 10.000 habitantes

como asimismo puntualizar el número, categoría y localización geográfica de los centros asistenciales donde se debería practicar dicha cirugía ya de forma especializada o bien de tipo general.

Iniciamos nuestro trabajo con el estudio detallado de la realidad catalana en cuanto a la densidad de población, de sus 935 municipios, su localización, distancias entre los mismos y posibilidades de acceso. En la figura 7 se puede observar la distribución nacional de los Municipios en 38 Comarcas, entendiendo por Comarcas aquellas zonas con características étnicas, históricas, económicas, de comunicación y geográficas muy afines, comparables a los Condados Ingleses o Americanos y que su traducción actual serían los Partidos Judiciales. Destaca en el gráfico una zona con una densidad de población de las más altas del globo, la Ciudad de Barcelona, que en su casco urbano residen más de un millón de habitantes, unido íntimamente a las poblaciones vecinas de Hospitalet de Llobregat y Badalona, con más de doscientos mil habitantes cada una, con lo cual se soprepasan los dos millones de habitantes. Este núcleo urbano está rodeado de las Comarcas más pobladas, que a la vez son las que tienen la tasa de crecimiento mayor, por ser población joven. Esta área está encabezada por el Vallés Occidental, con una población de 600.000 personas y el Bajo Llobregat con cifra similar. El Vallés Oriental y el Maresma con unas doscientas mil cada una, cierran el Cinturón Industrial de la Capital, que a la vez es su área de expansión, ya que Barcelona no podrá crecer más por estar encerrada entre el mar, la montaña y las dos ciudades mencionadas a las que ya se ha unido. Otras dos Comarcas conforman primeramente el gran núcleo de población catalana, son las comarcas de Bages y Osona, que aunque más pequeñas, están separadas de Barcelona más de 50 km.

Examinando el resto de la figura 8, observamos tres

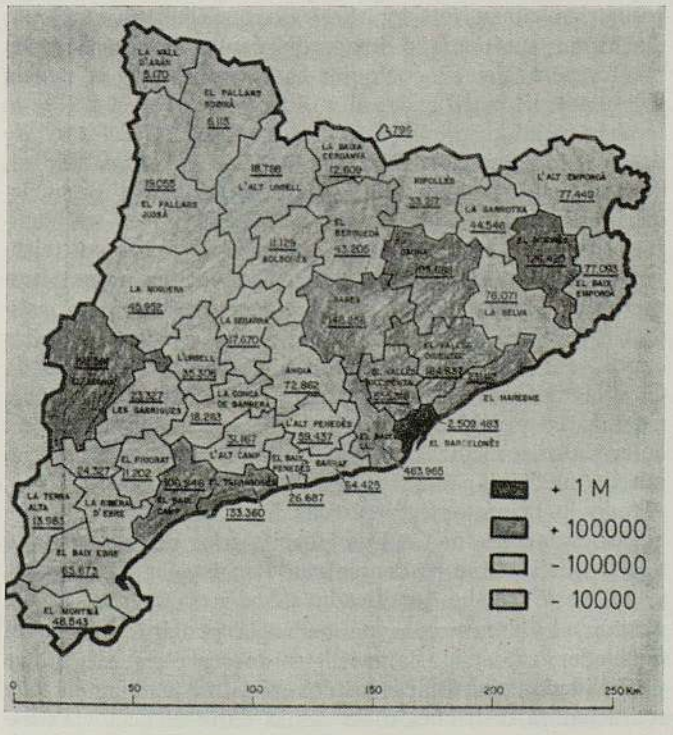


Fig. 7. Distribución de los municipios en 38 comarcas

Fig. 8. Ciudades y montañas. Carreteras principales

núcleos de alta densidad, son los correspondientes al área de Gerona, Lérida y Tarragona, que con las Comarcas limítrofes forman poblaciones de 300.000 a 400.000 personas, a la vez distanciadas sus capitales de Barcelona más de 100 km; y por último tenemos el área más distante de Barcelona, peor comunicada y además con poca población infantil, por predominar las edades altas, ya que debido a problemas varios su población joven ha emigrado, pero que no por ello sus niños deben dejar de ser atendidos por Cirujanos Pediatras.

En la figura 8 se aprecian las comunicaciones por carretera, medio actualmente de comunicación normal; se observa que, procedentes de otras áreas fuera de Cataluña, llegan a Barcelona tres autopistas, intercomunicadas por una que actúa de tercer cinturón de ronda de la ciudad, por su extrarradio y que cruza el Vallés, que como hemos apuntado es la comarca más poblada, después del Barcelonés. Estas tres autopistas cruzan las tres áreas pobladas antes citadas y se convierten en el principal medio de drenaje de los enfermos. Por otro lado podemos decir, que si la población de Cataluña es de 5.950.000 habitantes, según el Censo de 1981, aún en crecimiento, debemos programar Cirugía Pediátrica para una población de seis millones. Para ello dividimos Cataluña en tres áreas similares de dos millones cada una (figura 9), lo que permite disponer de tres Centros de referencia con su Departamento de Cirugía Pediátrica y que deberíamos situar en el área de máxima densidad de población, junto a las autopistas, para favorecer el acceso y de ser posible no en el centro del casco urbano. Cada uno de estos Departamentos serviría como Hospital de referencia del área hipotética centrada en cada una de las autopistas, y debería estar equipada para efectuar todo tipo de cirugía superespecializada, si bien una perfecta coordinación entre los tres centros sería necesaria para organizar la Cirugía Cardíaca Neonatal, la Neurocirugía y la problemática de los trasplantes, para no triplicar servicios muy sofisticados y de ocupación limitada.

El transporte de los enfermos en estado crítico, especialmente Cirugía Neonatal, debería estar en consonancia

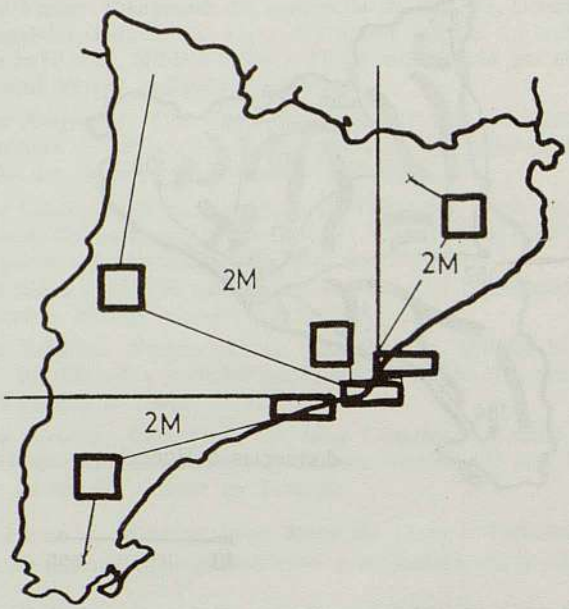


Fig. 9. División de Cataluña en tres áreas similares de 2 millones de habitantes cada una

con los servicios de transporte para neonatos graves y prematuros que obliga a disponer de ambulancias especialmente preparadas y un helicóptero para cada área de drenaje. Además deberían programarse tres Servicios de cirugía, uno para cada área de las antes descritas, que estando fuera de la zona central justifican sobradamente la existencia de Cirugía pediátrica, tanto por la distancia como por el número de población. Vemos en la figura 10 cómo quedarían conectados los tres centros de referencia entre sí y cada uno de ellos con un Servicio de fuera del área central o de Barcelona. A la vez, de estos Servicios periféricos (Gerona, Lérida y Tarragona) se remitiría un cirujano pediatra una, dos o tres veces al mes, o a la semana, a las áreas cercanas con poblaciones importantes

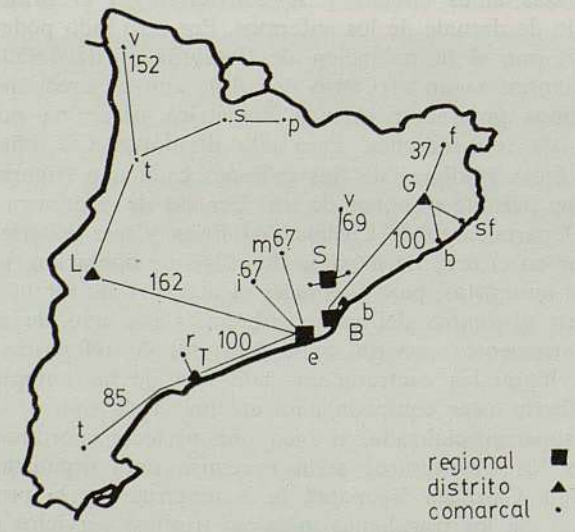


Fig. 10. Comarcas de los tres centros de referencia entre sí y de cada uno de ellos con un servicio fuera del área de Barcelona

de más de 50.000 habitantes, o bien, las distancias de más de 50 km aunque fueran menos pobladas; así quedaría que el equipo del área de Gerona visitaría temporalmente el área de Blanes, San Feliu y Figueras. Los de Lérida a los de Tremp, Seu de Urgel, Viella y Puigcerdá, que aunque con una población mínima están alejados más de 100 km, y los de Tarragona a la zona de Tortosa por su distancia y Reus por su número importante de población. Con estas premisas podemos establecer que en un proyecto de distribución equitativa y racional, Cataluña tiene que tener 60 cirujanos pediatras, repartidos como sigue:

3	Departamentos de	14 cirujanos	=	42 cirujanos
3	Servicios de	6 cirujanos	=	18 cirujanos

Es decir, 60 especialistas que vienen a corresponder al 1 C.P. por 100.000 habitantes que se puede considerar como el óptimo en un país de nuestras características.

FUNCION ASISTENCIAL

Es obvio que la única forma de prestar asistencia completa al niño, es a través de un conocimiento del mismo en forma exhaustiva tanto desde el punto de vista médico-asistencial, como psicológico, social, etc.; la única forma de obtenerlo es a través de un personal formado y entrenado para este fin, y que no dispense otro tipo de atención o asistencia, además de contar con equipo e instalaciones, que difícilmente pueden servir para ser usadas por adultos y niños con éxito al mismo tiempo, ya que muchos de estos equipos son indiscutiblemente sólo de uso pediátrico.

De ahí se desprende, que si se acepta la necesidad de prestar asistencia al niño en medio pediátrico exclusivo, ya sea en un Hospital monográfico infantil o en un Hospital general con sector dedicado al niño, se deba aceptar como imprescindible la presencia del servicio de cirugía pediátrica en su interior. Servicio que deberá funcionar de forma autónoma o integrado dentro de un departamento, pero que en cualquier caso tendrá una existencia sobradamente justificada, al cubrir en general el 50 % de la asistencia hospitalaria dedicada al niño. Es muy de destacar el criterio de Peralta expuesto en Centro Médico, cuando dice que «los grandes Hospitales Infantiles sufrieron desde el principio un grave desenfoque en su planificación, porque fueron pediatras prestigiosos y no cirujanos, los que hicieron la distribución de las camas hospitalarias por servicios. Quedando reservadas para asistencia pediátrica, no quirúrgica, casi el 70 % de las camas, en tanto que para el departamento o servicio de Cirugía Infantil se dedicaban escasamente el 30 %. Cuando en realidad, numerosos pacientes infantiles con enfermedades médicas podían ser estudiados ambulatoriamente (medicina pediátrica especializada extrahospitalaria), y todo lo demás en policlínicas hospitalarias.

Curiosamente, los Centros Hospitalarios de la Seguridad Social inicialmente se denominan Residencias Quirúrgicas y en parte estaba justificada tal denominación. En la actualidad faltan camas para cirugía pediátrica de especialidades, existiendo largas listas de espera, cubiertas las posibilidades quirúrgicas a dos años vista, cuando con reordenar la distribución de camas entre el Sector Pediátrico y el Sector Quirúrgico, se obtendrían unos resul-

tados óptimos de las infrautilizadas camas de los Hospitales infantiles» y continúa que «sobre la polémica acerca de la distribución de camas y espacio físico entre Servicio de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica, creemos que alrededor de 60 % de las zonas de hospitalización debieran dedicarse al internamiento de pacientes quirúrgicos, o que de alguna manera el cirujano debe intervenir (biopsias diagnósticas)».

La cirugía pediátrica se desarrolla, esencialmente en toda su amplitud, en los Hospitales Tipo III. En ellos es necesario que la cirugía pediátrica actúe con carácter de Departamento o Servicio con plena autonomía aunque en interdependencia con el Departamento Médico-Pediátrico en un Hospital Infantil o bien con los de Pediatría y Cirugía en un Hospital general.

Es preciso que los Departamentos o Servicios de cirugía pediátrica tomen una posición *clarificada, organizada* y, por qué no, *dura* dentro de la Red Hospitalaria Española para conseguir la situación que con justicia les corresponde. Según Alexander Hill ello no puede ser logrado si no es a través de un departamento unificado y aislado de cirugía pediátrica en el que estén englobados y dependientes todos los facultativos que tienen relación con la Pediatría Quirúrgica. Es imprescindible que la cirugía pediátrica tenga una sola voz frente la administración, aunque en el departamento laboren facultativos con dependencia de otros servicios en un Hospital General como: Anestesia, Radiología, Traumatología, etc. La actuación por separado da una visión muy fragmentada y plurilocalista de la función de la cirugía pediátrica con grave detrimento de su expansión y reconocimiento.

El Departamento Quirúrgico tendrá destinada una parte de camas totales, del Hospital que da una parte del número de camas totales del Hospital, que distribuirá entre cada una de las Secciones integradas en función del volumen de asistencia de cada una de ellas, correspondiendo como es lógico la supremacía a la cirugía pediátrica general. En los hospitales generales en donde el bloque pediátrico englobe sólo pediatría general y cirugía pediátrica general, las otras especialidades podrán ser llevadas a cabo por especialistas de adultos, superespecializados en patología infantil. Aunque de todas maneras, en un Hospital Tipo III, deben contemplarse todas las especialidades pediátrico quirúrgicas sin limitación.

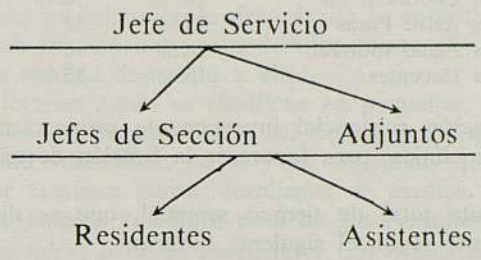
Se entiende que al Departamento o Servicio de Cirugía Pediátrica corresponden el conjunto de actividades clínicas, operatorias y científicas que hacen referencia a todos aquellos procesos de la edad pediátrica que tienen tratamiento quirúrgico incluso aquellos que puedan tener unidad estructural propia como son Oftalmología, Otorrinolaringología, Odonto-Estomatología, Ortopedia y Traumatología, eventualmente anestesia pediátrica y actividades que deben estar integradas dentro del Departamento Quirúrgico por evidentes razones de índole asistencial.

La estructura ideal en donde se va a desarrollar la Cirugía Pediátrica es el de Departamento Autónomo, organizado según un orden jerárquico, y que engloba una serie de elementos que justifica la existencia de unidades funcionales. Ello permite la asistencia global al enfermo en todas y cada una de las dimensiones que el paciente quirúrgico pediátrico pueda requerir, además de realizar una labor docente, científica, investigadora y rehabilitadora de acuerdo con las necesidades del Hospital, tanto internas como de proyección exterior.

PROGRAMADA

Intentaremos describir el funcionamiento ideal de un Servicio de Cirugía Pediátrica en un hospital público.

Dentro del organigrama ideal de un servicio jerarquizado de cirugía pediátrica, existen una serie de elementos de diferente categoría organizados según este esquema:



De entre todos ellos, el jefe de servicio es la cabeza visible del mismo y sólo a él competen las misiones de coordinación y supervisión. El resto de las funciones a desarrollar en el equipo, como son las asistenciales puras y las científicas, competen a todos los miembros del servicio. El jefe asume la responsabilidad de la realización ejecutiva de todas las cuestiones que hacen referencia a problemática entre adjuntos y residentes, distribución de trabajos no rutinizados (ya sea en quirófanos, consultorios o circunstancias especiales), revisión de epicrípticas, distribución y revisión de informes, supervisión directa de las sesiones clínicas, asistencia, puntualidad, uniformidad, etcétera. Y está asistido en todo momento por los jefes de sección con quienes mantiene una estrecha interrelación y quienes están en situación paralela pero en menor grado cuantitativo en lo que respecta a derechos y obligaciones, ya que sólo son responsables directos de cuanto acontece o está relacionado con su sección. Los jefes de sección, pues, tienen sólo categoría asistencial y carecen de poder ejecutivo.

Con todo, la verdadera unidad funcional o unidad fundamental del equipo o del servicio de cirugía pediátrica, es la pareja integrada por «adjunto + residente» a la que en su caso se puede agregar la persona de un asistente. Es en esta unidad fundamental en quien va a recaer la mayor parte del trabajo asistencial en quirófano, consultas externas y urgencias, y es la única unidad que está equilibrada en sentido de ser autosuficiente en la inmensa mayoría de situaciones que se pueden plantear dentro de la cirugía pediátrica, ya sean de tipo asistencial puro, ya sean de tipo científico o docente.

La rotación por períodos de seis meses de cada residente con cada adjunto, incluidas guardias, permite en cuatro años pasar por todas y cada una de las subespecialidades de la cirugía pediátrica y el último año dedicarlo primordialmente a aquella que le haya sido de mayor interés o pasar un año dedicado a ortopedia infantil.

Adjunto y residente, desarrollan por parejas la actividad del equipo. Las visitas de consultorios, las intervenciones y el paso de visita a los enfermos ingresados programados por y para el adjunto son realizados por ambos o por uno de los dos, siendo el primero el responsable y encargado de instruir al segundo y supervisar su técnica.

La *dedicación* ideal de todos los miembros del equipo de cirugía pediátrica es de 47,5 horas semanales distri-

buidos en 5 jornadas de 9,5 horas de lunes a viernes y una guardia de 24 horas cada 7 días.

La *distribución* ideal del tiempo se realiza de forma distinta de acuerdo con cada categoría profesional (Tabla III).

Lo que representa unos porcentajes de:

Funciones Coordinativas	20 %	10 %	10 %
Funciones Asist. Puras	35 %	52 %	63 %
Funciones Asist. Indirect.	28 %	10 %	10 %
Funciones Docentes	15 %	15 %	15 %

Dedicación asistencial inversamente proporcional a la categoría clínica, para favorecer la función docente práctica.

Cómputo total de tiempo semanal, que se distribuye diariamente según el siguiente horario:

8: Entrada.
8 - 9: Jefes y adjuntos, novedades de la guardia anterior y puesta en común de todo tipo de temas relacionados con el servicio.
8 - 8,30: Residentes y asistentes visita rápida a la planta.
9 - 13: Jefes y adjuntos, consultorios, quirófano, urgencias o biblioteca.
8,30 - 13: Residentes y asistentes, consultorios, quirófano, urgencias o biblioteca.
13 - 14: Sesión clínica o finalizar trabajo de consultorios o quirófano.
14 - 15: Almuerzo de trabajo en el hospital y descanso.
15 - 16: Pase de visita comunitaria o no y comentarios clínicos a la cabecera del paciente.
16 - 17,30: Actividad científica, estudio, asistencia indirecta.

Las funciones asistenciales puras son aquellas en las que se presta una asistencia directa al enfermo a través de cualquier forma de aplicación, realizada por los distintos miembros del equipo individualmente o en grupos reducidos. Estas funciones se realizan de tres formas distintas que son: Actividad en el bloque quirúrgico, actividad en consultas externas y paso de visita a los enfermos ingresados. No se incluye aquí la actividad en urgencias por cuanto participa de las tres simultáneamente con idiosincrasia propia.

El desarrollo de la actividad asistencial corresponde primordialmente al adjunto o al jefe de sección, quienes aun cuando disponen sobre el plano teórico de una menor dedicación que el residente, tiene toda la responsabilidad. Los asistentes deben participar con idéntico porcentaje que los residentes pero en ningún momento deben tomar responsabilidades. La actividad asistencial del jefe queda reservada a casos fuera de lo normal, momento que aprovecha para impartir las oportunas lecciones.

ACTIVIDAD EN CONSULTAS EXTERNAS

En las consultas externas se realizan varios tipos de visitas:

a) Primeras visitas. En ellas se realiza la historia clínica y exploración física del paciente, petición de exámenes complementarios y/o programación de intervención. Se destinan unos 20 minutos a cada una de ellas.

a-1) Subgrupo del anterior, corresponde a los controles posturgencia, que si bien gozan de las características de una primera visita, son de más corta duración, por ser más dirigidas. Se destinan unos 15 minutos por visita.

b) Segundas visitas. Para valoración de resultados de exploraciones solicitadas en visitas anteriores y orientación terapéutica. Se calculan unos 5 minutos a cada una de ellas.

c) Visitas de control de pacientes operados, entre las que existen dos grandes modalidades:

c-1) Pacientes operados a los que es menester realizar una pequeña cura, 5 minutos.

c-2) Pacientes operados en los que es menester hacer una anotación o comentario evolutivo en la historia clínica, 10 minutos.

Dentro de este grupo, merecen especial atención los quemados y cierto tipo de enfermos que requieren curas llamadas largas (puntos de una sindactilia, ventajes escayolados, etc.) para los que se suelen emplear unos 20 minutos.

Aun cuando la actividad global del servicio de cirugía pediátrica corresponde a los siguientes sectores: Cirugía neonatal, Digestivo, Neurocirugía, Plástica y quemados, Tórax y Urología, es perfectamente comprensible que no todas las policlínicas tendrán igual afluencia de pacientes por razones obvias. De ahí que, a fin de mantener un mínimo indispensable de cantidad asistencial, aquellas policlínicas que tengan menor afluencia de pacientes, deben tener un número mayor de pacientes de los llamados de cirugía menor u hospital de día.

TABLA III

Tiempo de:	Jefe	Jefe de servicio o adj.	Residente
Coordinación del Departamento	4,5 h	—	—
Junta del Servicio	5 h	5 h	—
Consultas Quirófano Biblioteca	12 h	20 h	22,5 h
Paso de visita planta	5 h	5 h	2,5 a 5 h
Asist. Ind. Formación Permanente	13,5 h	5 h	5 h
Sesión Clínica	7,5 h	7,5 h	7,5 h
Descanso	5 h	5 h	5 h
Total	47,5 h	47,5 h	47,5 h

* Los datos del análisis de la función de los cirujanos pediátricos han sido sacados en su mayoría de la Tesis Doctoral del doctor J. Plaza Montero: *Análisis Funcional de un Hospital Pediátrico.*

La dedicación de cada uno de los miembros del staff a la consulta externa debe ser igual, una mañana a la semana, debiendo realizar un número de visitas no inferior a 20 y no superior a 30. Para la realización de estas visitas cada jefe de sección o adjunto debe disponer de un cubículo perfectamente dotado y de una secretaria o auxiliar que colaborará con él mientras queden visitas pendientes. Tal y como se ha dicho en otro punto, cada jefe de sección o adjunto debe disponer de un residente y, si cabe, de un asistente que colaborarán con él por períodos de seis meses, en la realización del consultorio. Dedicaciones superiores a las consultas externas, salvo en caso de necesidad y en circunstancias determinadas, no es aconsejable ya que obra en detrimento del tiempo libre en el hospital que todo médico debe disponer para dedicarse a la labor científica e investigadora.

El número de cubículos o de equipos de visita simultánea variará con la magnitud del servicio y disponibilidades de consultorios, pero sirva como nota orientativa, que el número ideal de miembros del staff visitando simultáneamente, es del 40 % del equipo, sin sobrepasar en ningún caso el 60 %. Acúmulos superiores hacen presumir desorganización en la policlínica o desatención en otros puntos.

En el tiempo que cada uno de los jefes de sección o adjuntos dedica al consultorio a la semana, que es de una mañana, se realizan desde el punto de vista práctico: 4 ó 5 primeras visitas del grupo *a)* adjudicadas de acuerdo con su sector o al azar si no cubriera el mínimo indispensable por el encargado de consultorios, indispensable por el encargado de consultorios, 1 ó 2 visitas del grupo *a-1)* si así lo requieren las características de aquella urgencia, 5 ó 6 del grupo *b)* para dar resultados de peticiones realizadas por el mismo en visitas anteriores y 5 ó 6 del grupo *c)* en cada una de las dos modalidades descritas; cifras que suman un total entre 20 y 30 visitas, a realizar en un tiempo calculado entre 195 y 250 minutos, lo cual es perfectamente compatible con el horario previsto.

Por otra parte, de cada equipo en consultas externas deben proceder las debidas presunciones diagnósticas e indicaciones operatorias, de los enfermos que el mismo equipo (jefe de sección o adjunto + residente) va a operar salvo motivo especial y justificado.

En el caso de que un paciente sea remitido por error a un determinado sector, o en caso, aun sin error de que determinado grupo crea que cierto paciente debe ser visitado por otro especialista, puede pasarle el enfermo directamente o citarlo para otro día, pero dando las oportunas explicaciones a la familia y evitando toda burocracia.

En conjunto, realizar un número de visitas entre 20 y 30 por adjunto y semana, representa dentro de un equipo ideal de 6 adjuntos o jefes de sección una cifra entre 120 y 180 visitas por semana que nos parece totalmente ideal, ya que debemos tener presente que el criterio que debe prevalecer en un hospital tipo III es calidad de asistencia y huir en todo momento de la masificación y deshumanización.

La distribución ideal de equipos o sectores de trabajo es la de dos equipos visitando al mismo tiempo tres días a la semana, o tres equipos, dos días. En cualquier caso, es el equipo de guardia del sábado el encargado de realizar aquellas curas o controles que por sus características no puedan o no deban ser declinados hasta el primer día de consulta de la semana siguiente.

ACTIVIDAD EN EL BLOQUE QUIRURGICO

La labor asistencial en quirófano constituye la actividad primordial del servicio de cirugía por lo que lógicamente debe ocupar la mayor parte del tiempo hospitalario.

Respecto de los restantes equipos que integrados dentro del departamento quirúrgico comparten las instalaciones del bloque quirúrgico, al servicio de cirugía le debe corresponder un mínimo del 50 % del tiempo total de quirófano, quedando para las otras especialidades quirúrgicas el 50 % restante. El aprovechamiento de quirófanos e instalaciones debe ser del 100 %, iniciándose las intervenciones inmediatamente después de la entrada del personal por la mañana y extendiéndose hasta el final de la jornada médica destinada a ello.

Las intervenciones se clasifican en pequeñas, medianas y grandes en función básica del tiempo promedio requerido para realizarlas, en el bien entendido que tiempo superior requiere mayor despliegue de medios. En principio se emplea una hora para las intervenciones pequeñas, dos horas para las medianas y tres o más horas para las grandes. Las intervenciones pequeñas y medianas son realizadas por la pareja funcional básica de adjunto y residente, ayudados indefectiblemente por un/a auxiliar instrumentista y por otro/a auxiliar quirofanista que permanece atento/a ante cualquier circunstancia que se pueda dar o requerir. A esta unidad mínima básica, se añade otro adjunto o jefe en las intervenciones grandes.

La distribución de quirófanos por días y secciones debe ser fija.

Las intervenciones a realizar en cada quirófano son marcadas por el encargado del sector o sección, quien dispone de una lista de espera de los pacientes que él mismo visita en consultas externas. Una vez por semana, el jefe del servicio en contacto con cada uno de los responsables de sección, elabora el programa íntegro de la semana siguiente, a fin de que en todo momento y salvo circunstancias especiales sea el mismo médico que ha visitado a determinado paciente quien lo opere. La programación por bloques semanales permite un aprovechamiento mejor del tiempo de quirófano por cuanto ésta se hace acorde con las posibilidades de cada elemento y permite al personal auxiliar adquirir agilidad y destreza por repetición de las mismas intervenciones.

En un hospital tipo III, que disponga de 6 salas de operaciones destinadas a cirugía programada utilizables de lunes a viernes, el total de quirófanos por semana destinados al servicio de cirugía será de 14-16. Si calculamos que cada jefe de sección o adjunto debe disponer por semana de un mínimo de dos salas de operaciones, destinando a éstas un promedio de unas 11 horas semanales, podemos prever, que se realizarán de forma ideal: cinco intervenciones pequeñas, dos medianas y una grande, lo cual representa un mínimo de 60 a la semana o 2880 al año.

PASO DE VISITA A LOS PACIENTES INGRESADOS

En un hospital tipo III el departamento de cirugía debe disponer de la mitad del número total de camas del hospital, las cuales serán repartidas entre los diferentes servicios del departamento. Dentro de unos máximos y mínimos ideales, el servicio de cirugía debe tener una capacidad de admisión en régimen de hospitalización de un 15 % de las camas en cunas para lactantes distribuidas en boxes, un 50 % de las camas destinadas a cuidados intermedios distribuidas en habitaciones de una o dos camas, debe contar que un 8 % de las camas deben ser destinadas a

cuidado de quemados en régimen de internamiento de corta estancia u hospital de día. No se incluyen en este grupo todos aquellos pacientes operados o no, que por sus características requieren ser tratados en la unidad de cuidados intensivos general, o en la unidad de cuidados intensivos de recién nacidos, en donde ingresan procedentes de quirófano para su seguimiento postoperatorio inmediato, o bien directamente en fase preoperatoria debido a las especiales condiciones del paciente. Ello equivaldría a un 10 %, además del 100 % ya calculado como perteneciente al servicio de cirugía propiamente dicho.

El paciente ingresa en la planta a través de varios mecanismos

a) Directamente desde consultorios, para intervención y exámenes complementarios ya realizados.
b) Directamente de otra planta, para intervención y con diagnóstico y exámenes complementarios ya realizados.
c) Para estudio procedente de consultorios.
d) Para estudio procedente de otra planta.
e) Para estudio procedente de urgencias.
f) Para control postoperatorio de pacientes operados e ingresados de urgencia.

Las funciones que el médico realiza para con el enfermo ingresado en la planta son:

a) Visitas de recepción del paciente que procede de consultorios, urgencias u otra planta y que es necesario canalizar hasta llegar al diagnóstico definitivo con el que pasará a quirófano o será dado de alta.
b) Visitas de control de los pacientes del grupo anterior.
c) Visitas de control de los pacientes operados en cirugía programada o urgencias.
d) Curas postoperatorias susceptibles de ser realizadas en la planta, supervisión de las curas que en la planta realice el personal de enfermería y elección de las curas postoperatorias que deben ser realizadas por sus características en quirófano.
e) Visitas de alta de cualquier paciente de los grupos anteriores con la redacción de la correspondiente epicrítica e información a la familia.

La distribución altamente personal del trabajo en consultorios y quirófano implica, por razones naturales y de ética, como única forma de que sea el mismo médico quien controle el paciente en la planta, la sectorización de las camas totales del servicio por especialidades. No obstante, esta sectorización debe ser flexible si la programación de quirófanos no es igual todos los días de la semana, cuando existe un elevado número de urgencias, y en defintiva siempre que la demanda supera la oferta. En el orden práctico, la excesiva sectorización puede acarrear problemas de índole burocrática, pero presenta ventajas por cuanto el paciente es visitado por la misma persona que lo ha operado, el número individual de pacientes por adjunto es pequeño, lo cual permite conocerlos mejor, aumentando el interés por ellos y mejorando en definitiva la calidad en las relaciones humanas.

El control de calidad de la asistencia directa al enfermo ingresado se realiza mediante el control director del jefe del servicio, quien tiene noticia diaria de todos los enfermos en la reunión matinal y quien asiste diariamente al paso de visita de los enfermos graves.

Las funciones asistenciales indirectas, aun siendo para asistenciales, son de gran importancia por la estrecha relación que tienen con la calidad asistencial. De ahí que aun sin entrar con detalle en ellas, sí al menos se citen. Consisten en:

a) Intercambio de opiniones con los servicios centrales respecto de detalles de diagnóstico o de tratamiento de determinado paciente propio o ajeno.
b) Comentario con los mismos equipos de los resultados obtenidos.
c) Planteamientos en biblioteca o en sesión clínica de determinada actitud terapéutica o de determinada táctica quirúrgica a tomar frente a determinado paciente.
d) Instrucción del personal de enfermería sobre procederes de observación y tratamiento de determinado paciente.
e) Redacción de informes, sobre circunstancias de diagnóstico, curso y pronóstico del paciente.
f) Facilitación al máximo de la tabulación de datos en beneficio de otros pacientes.

Misiones todas ellas inherentes a todos los miembros del servicio en grupo o individualmente.

URGENCIAS

Basándonos en los datos expuestos por la Mesa Redonda celebrada en Santander en septiembre de 1981, con motivo de la XVI Reunión Anual de Pediatras Españoles, se analizaron los datos aportados por 23 de los 34 Centros en donde se realiza cirugía pediátrica en España.

Del análisis de estas cifras resultó que unos 4.000 niños menores de 7 años, por millón de habitantes se atienden al año. Resaltando la alta cifra de problemas traumatológicos, unos 3.000, siendo la cifra más alta en aquellos hospitales en donde se atienden pacientes hasta los 14 años.

Entre los datos recopilados aparece como casi constante la cifra de unas 200 intervenciones urgentes por año y por millón de habitantes, pero estas cifras sólo se refieren hasta 7 años, por lo que hay que aumentar el número, en el momento que se comiencen a hospitalizar sistemáticamente pacientes hasta los 14 años.

Respecto a las urgencias neonatales, las cifras son semejantes a las expuestas en estadísticas extranjeras y varían entre 30-40 por millón de habitantes y año, pero esta cifra podría verse menguada por la disminución de la natalidad que está sufriendo el país.

En España existen 34 Centros en la actualidad en donde existe cirugía pediátrica, y que no han sido ubicados de acuerdo con un plan sanitario nacional, sino que al analizarlo encontramos que su reparto es irregular, ya que estos Centros, primeramente se instalaron en las áreas de mayor densidad de población pero posteriormente, los Centros más modernos parece que se han creado por otros condicionamientos ya que de todos, sólo seis Centros atienden una población mayor de 3 millones de habitantes, 16 sirven a zonas de un millón y los 12 restantes a zonas menores al millón de habitantes.

De acuerdo pues con las actuales zonas de población y de las corrientes migratorias de España y con los centros ya existentes, debemos proponer los planes de urgencias quirúrgicas para atender más adecuadamente a los niños españoles (fig. 11).

Tras el análisis de la situación actual, del número de urgencias y la calidad de las mismas pensamos que debería haber tres tipos de asistencia, distribuidos por todo el territorio nacional, siguiendo la doctrina de la Organi-

zación Mundial de la Salud; según ésta, «el sistema de regionalización consiste en colocar bajo un control administrativo general y unificado los servicios hospitalarios y de salud pública de una extensa zona que comprendía hasta varios millones de personas. En esta forma, la provisión de servicios hospitalarios puede relacionarse con bastante exactitud a la población, que habría que servir, evitando así lagunas y duplicaciones de Servicios y pueden establecerse en los lugares más estratégicos, teniendo en cuenta la densidad de población y los medios de comunicación».

Tipo 1 o Comarcal, zonas que atiendan una población entre 10 a 30.000 habitantes y con un radio de acción de 50 km, como máximo.

En estos deben realizarse pequeñas intervenciones o atender la urgencia diferida o disponer del traslado del paciente según la afección al Centro provincial o regional. Estaría atendido por un pediatra, bien adiestrado en la cirugía pediátrica.

Tipo 2 o Provincial, el área de cobertura atenderá una población entre 100-300.000 habitantes y tendrá un radio de acción, como máximo, de 100 km. En ellos existirá una plantilla de cirujanos pediatras que deberán estar localizados para la urgencia.

Tipo 3 o Regional, que atenderá una población de 2 millones de habitantes y que tendrá un radio de acción de unos 300 km, y dispondrá obligatoriamente de una plantilla de cirujanos infantiles de presencia física, para las guardias. Estos centros deben contar con Departamentos/Servicios de Cirugía Pediátrica, en donde existan las diversas especialidades y con medios técnicos y materiales adecuados.

El problema de la reglamentación en cuanto a la atención de esta asistencia en las instituciones del Insalud, por el momento es difícil ya que el Reglamento para Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, que data de 1972, se obliga a realizar estos servicios de guardia por los Jefes Clínicos y Adjunto en presencia física, pero con posterioridad en el BOE 10-12-1977, se autorizan las guardias localizadas en aquellos Centros que no tienen una plantilla suficiente.

Con esta premisa y otra mucho más importante, que es la de que los niños deben ser atendidos en Centros Pediátricos y por personal cualificado para tal fin y con las características que hemos señalado de los 3 tipos de asistencia de urgencia, ésta debería de estar sectorizada con un criterio científico y no por otro tipo de presiones o favoritismos.

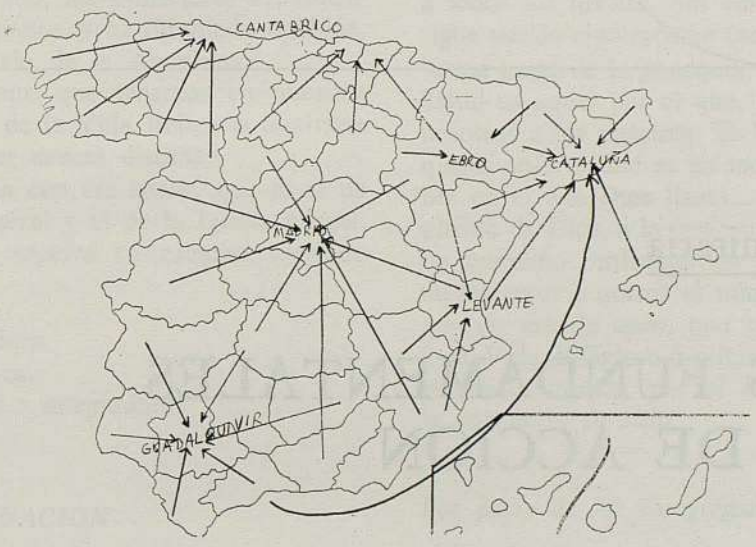


Fig. 11. Corrientes migratorias

ISIDRO CLARET
SANTIAGO RUIZ

Vida religiosa sanitaria

CRITERIOS FUNDAMENTALES Y LINEAS DE ACCION

DOCUMENTO BASE

Concienciadas corresponsablemente para seguir animando y potenciando la vida de la Federación, o lo que es lo mismo, la *Vida Religiosa Sanitaria,* la *IV Asamblea General* de la FERS, abre una ventana a la *Esperanza.*

Conscientes de los muchos pasos que se han dado hacia la única misión de la Iglesia: Evangelizar, queremos todavía asegurarnos en ese camino, despejar las sombras, empuñar con coraje las *armas* que para ello sean necesarias y emprender una marcha optimista, mirando hacia el horizonte con *ojos nuevos.*

Pese a que nuestra presencia en la sociedad que nos toca vivir puede ser molesta, la Vida Religiosa Sanitaria tiene hoy un sentido. Es *signo* y es *garantía* de la gracia dada por Dios a los hombres, cuya función es insustituible en la vida de la Iglesia.

La Vida Religiosa Sanitaria no es extraña para los hombres o inútil para la sociedad terrena (Cf. *LG* 46), antes al contrario, está capacitada para liberar a los hombres, evangélicamente hablando, de las angustias de la enfermedad y de la muerte.

La Vida Religiosa Sanitaria, encarnada en el radicalismo de las bienaventuranzas, «es un signo de total disponibilidad para con Dios, la Iglesia y los hermanos» (*EN* 69). Es así como desempeña su misión evangelizadora en la Iglesia.

Pero la fuerza de la Evangelización quedaría muy debilitada si los que intentamos anunciar la Buena Nueva en el Mundo de la Salud estamos divididos por tantas clases de rupturas... (Cf *EN* 77). Si no somos nosotras, Religiosas Sanitarias, quienes primero «creemos lo que anunciamos y vivimos lo que creemos». (*EN* 76.)

Durante los últimos diez años de la vida de la Federación, ha habido serios esfuerzos por clarificar, por definir qué es y para qué está la Vida Religiosa. Qué aporte novedoso está ofreciendo en ese complicado y misterioso mundo de los que sufren por el dolor y la muerte. Mientras tanto, otras *categorías sociales* luchan paralelamente por arrebatarnos suavemente de los campos de influencia...

¿Cuál ha sido el resultado de nuestro esfuerzo? Cada una de nuestras Congregaciones podría dar respuesta. ¿Podríamos responder como Federación?

En estos momentos ya no se trata de seguir haciendo *análisis,* ni *síntesis.* Se trata de *decidirse por una nueva forma de ser y aparecer en el Mundo de la Salud.* A la Vida Religiosa Sanitaria le está faltando actualmente un

cierto poder de *transformar,* una gran dosis de creatividad. Todo ello equivale a que muchas de nuestras formas de vida y de presencia *se pudran* para que nazcan otras más vigorosas y evangélicas (Jn 12,24-26).

Todas estas y otras consideraciones, hechas a lo largo del trienio, son fruto también de la valiosísima aportación hecha por las comunidades locales, en sus respuestas al Cuestionario pro-Congreso.

Tan rica colaboración ha sido suficiente materia para las Jornadas de Reflexión y Estudio que han tenido, sobre todo este año, las Consejeras Provinciales de Sanidad y de Ancianos, y ha orientado también, en buena parte, el trabajo de la Asamblea.

Así pues, el Documento que tenemos en nuestras manos, resume el *sentir* de la Vida Religiosa Sanitaria de España, expresada por cauces distintos.

En línea de coherencia con ese *sentir,* que es el de la Vida Religiosa en general y el de la Iglesia misma, nuestro próximo trienio seguirá básicamente apoyado en la

— Misión evangelizadora.
— Comunidad profética.
— Formación integral e integradora.

ANALISIS DE LA SITUACION

El aspecto que más preocupa es la *Evangelización desde la Vida.* Una comunidad consagrada, cualquier comunidad eclesial, debe ser necesariamente comunidad orante, comunidad que comparte la fe para subsistir como tal y realizar la misión evangelizadora confiada por el Señor Jesús.

El dualismo *Religiosa y Sanitaria* ha conducido a ésta a una tensión dialéctica entre el *Ser* y el *Hacer,* provocando fuertes *síntomas* que han dado origen a una *pérdida de identidad* que hunde sus raíces fundamentalmente en: Una falta de compromiso evangélico. Falta de profundización en lo esencial de la Vida Religiosa. Dificultades para entender, y aún más para vivir, el *envío a la misión* desde la comunidad. (Se tiene conciencia de la dimensión personal, pero no tanta de la dimensión comunitaria). Dificultad para asimilar y asumir la vertiente profética de la Vida Religiosa. No saber interpretar, y menos aún integrar, las *mediaciones* ni los acontecimientos, como el paso de Dios. Todavía *profesionalismo.* Proliferación de tiempos muertos. Actualización de conocimientos, pero no se da la verdadera formación integral e integradora.

CAUSAS DE ESTA SITUACION

Son bien conocidas y se ha escrito ya mucho sobre ellas. No obstante quizá convenga aquí recoger algunas de las que siguen siendo más importantes e incisivas.

Por parte de la sociedad

Hoy no se valora nada por lo que *es,* sino por lo que produce. La *consigna* parece ser, al menos para algunas ideologías, barrer a las religiosas de los hospitales y de las casas de ancianos.

Por parte de la Iglesia

Son bastantes los esfuerzos que se vienen haciendo a todos los niveles. Sin embargo la Pastoral Sanitaria sigue siendo algo *extraña* (acaso por desconocida) a una buena parte de la jerarquía, siendo que el Mundo de la Salud es aquel por el que, tarde o temprano, pasamos nosotros a los nuestros. Es bíblicamente documentable, que la enfermedad es un momento de la vida del hombre en el que Dios llama... ¿Qué le estará faltando al pueblo de Dios, a la jerarquía, etc., para que a menudo no queramos enfrentarnos con esta realidad? ¿Incrementaremos nosotros el número de los que sólo optan por un mundo sano, que puede producir? En cuanto a la Vida Religiosa Sanitaria se la reconoce y valora *paternalistamente,* por *el bien que hace,* pero no se le encuentra *su sitio.*

Por parte de las Congregaciones

Entre otras cosas ya dichas, lo más importante ahora es constatar que no se ha favorecido el *envío* ni la formación integral e integradora. A la Religiosa Sanitaria no se la ha preparado como misionera del Mundo de la Salud. Y esto que se dice en pasado, sigue siendo presente... Las Religiosas que trabajan al servicio de los ancianos siguen siendo vocacionadas específicamente a este campo, o con una vocación universal que se acomoda a todo, pero no se ha *pensado en ella* como elemento evangelizador para esa parcela tan marginada.

COMO AFRONTAR ESTAS CAUSAS

La IV Asamblea General de la FERS asume este diagnóstico, hecho de antemano por las propias Religiosas Sanitarias en sus respuestas a los cuestionarios, y juzga conveniente la aplicación de un tratamiento directo y urgente al agente que provoca la enfermedad. No son aconsejables los *paliativos.*

Y puesto que hoy se habla mucho del concepto *salud* más que de *enfermedad,* cabría aquí señalar antes que, en la Vida Religiosa Sanitaria, está siendo urgente una tarea de *educación sanitaria, cuidados primarios* y todos esos elementos que conocemos muy bien y que se traducen en pensar en las hermanas jóvenes y en las que pudieran venir. Formarlas en este sentido ya desde los noviciados, y no esperar a que se encuentren luego con la realidad dura e inabordable para la que no se las ha preparado. Prepararlas con

visión de futuro, sin miedo... que interesa más el *pequeño fermento* que hace crecer la masa, que no *la masa* que luego no se sabe cómo encauzar.

Y volviendo a las causas, y puesto que son distintos *los niveles* sobre los que ellas han actuado, la solución debe darse también a los mismos niveles.

Partiendo de un *objetivo general:* «Formada integral e integradoramente, la Religiosa Sanitaria *evangeliza* el Mundo de la Salud, desde una fraternidad eclesial, que vive en actitud de constante conversión, defiende los derechos del hombre enfermo y/o anciano, y anuncia explícitamente el Reino», y de un *objetivo específico* a cada nivel, la Asamblea señala las líneas de acción.

LINEAS DE ACCION

Nivel supracongregacional (FERS)

Objetivo específico. Continuar trabajando en la línea de sensibilización y motivación. Fomentar más la formación, la información y la participación.

Medios. Jornadas nacionales de estudio, reflexión y discernimiento para las Delegadas de Sanidad y de Ancianos, al menos una vez al año, donde se evalúe el trabajo que se viene realizando. Hacer un *plan urgente de pastoral* sobre evangelización en el campo sanitario y de la tercera edad. Plan de formación teológica, antropológica, moral, profesional, etc. para un mejor conocimiento del ser humano que redunde en un mejor servicio al hombre integral. Celebración de un Congreso dentro del trienio, lo más a corto plazo posible. Facilitar encuentros de religiosas que trabajan en los mismos campos. Jornadas Nacionales de Delegadas Diocesanas de FERS. Hacer un plan general urgente de estudio y atención en cuanto se refiere a las religiosas que están con ancianos. *Todo ello en clave de eficacia evangélica.*

Nivel intercongregacional

Objetivo específico. Buscar unidad congregacional en los planes de formación permanente, coincidiendo, si es posible, con el objetivo marcado a nivel de la FERS. Intensificar a este nivel el esfuerzo ya existente, sirviéndose de todos los medios posibles. (Esto no disminuye el carisma congregacional, antes al contrario ayuda a la diversidad, fomenta la creatividad y fortalece la eclesialidad...).

Medios. Ofrecimiento de hermanas preparadas en diversos campos para realizar los programas. Crear como compromiso el que las cuestiones formativas de carácter sanitario se hagan abiertas a todas las congregaciones sanitarias. Con ello se aprovecharían recursos y formación.

Nivel congregacional

Objetivo específico. Plan de formación integral e integradora: Que sea progresivo. Adaptado a cada hermana, a cada comunidad de modo que le ayude a vivir las exigencias de su propio carisma, desde y para la Iglesia. En el que los primeros implicados sean los superiores para «exigir desde la propia vida».

Medios. Programación a largo, medio y corto plazo con objetivos claramente fijados y evaluados en diversos momentos. Definir a corto plazo y potenciar criterios y líneas de acción de los centros propiedad de las congregaciones religiosas, así como de las religiosas que trabajan en centros privados, no propiedad de la Iglesia. (Ideario...). Programación de formación de superiores. Creación o potenciación de los equipos o comisiones de sanidad y/o ancianos. Potenciar la figura de la Delegada Provincial de Sanidad y/o de ancianos y crearla en la congregación que no exista. En cuanto lo permitan las Constituciones, a ser posible que sea miembro del Consejo Provincial. Convivencia prolongada de las Delegadas de Sanidad con las comunidades locales. Tarea de sensibilización de las comunidades locales, ya que la renovación tiene que venir de la base. Convivencias de profundización, jornadas de oración-discernimiento sobre puntos conflictivos; nuestra actitud ante conflictos laborales, huelgas, movimientos asamblearios, sindicación, etc. Revitalizar todo cuanto se viene haciendo y está evaluado como positivo. Hacer un estudio serio de necesidades para discernir en qué campos debe estar presente la Iglesia, a través de la Vida Religiosa Sanitaria, por ser los más desatendidos o marginados de la sociedad. Replantearse toda obra que absorba a las hermanas hasta el punto de impedir que se lleven a cabo estos planes.

Nivel local

Objetivo específico. Tender a que nuestras comunidades sean fraternidades cristianas, unidas en su acción, desde donde hemos de ejercer nuestra misión evangelizadora, con todas sus consecuencias. (Esta comunidad ha de ser interpretada desde el propio carisma).

Medios. Comunidad que elabore un proyecto apostólico con programación y evaluación a corto, medio y largo plazo, y que *asuma* los compromisos de cada uno de sus miembros. Comunidad que vivencie y comparta su fe con las hermanas que no busca, sino las que Dios le da. Urgir a la elaboración de una programación pastoral a nivel de centros sanitarios: revisión periódica de esta programación, también *en clave de eficacia evangélica.* Comunidad religiosa que con su *inserción en* e *irradiación hacia* la Parroquia, preocupa a ésta por los enfermos, por los ancianos, del centro y de los domiciliados. Tender a una preocupación por la Pastoral Sanitaria y de la tercera edad a nivel diocesano, implicando al propio obispo para que se cree

el Secretariado de Pastoral Sanitaria donde no lo haya, y donde exista una realidad que lo haga posible.

ACTUALIZACION DE LA ESTRUCTURA

Como la estructura nunca debe ahogar la vida, se propone la siguiente revisión de las estructuras siguientes:

— Con el fin de dar más agilidad a las decisiones de la Junta de Gobierno, la asamblea ha aprobado introducir en los Estatutos el que exista una comisión permanente de trabajo, estudio y decisión según los casos.

— La Secretaría General tendrá todas las competencias que los Estatutos atribuyen a la presidenta, salvo la de la autoridad y representación.

— Las congregaciones se hacen responsables de que el secretariado permanente esté siempre compuesto por hermanas competentes.

— Potenciación de las comisiones existentes: Pastoral Sanitaria. Formación Profesional. Gerontología. Convenios y estudios laborales.

— Creación de nuevas comisiones: Aquellas que se hagan necesarias en cada momento, y que la propia *vida* nos irá exigiendo.

— Potenciación de las estructuras intermedias, crearlas donde no existan.

Delegaciones Diocesanas

— Potenciación y creación donde no exista, de la estructura regional.

— Continuar potenciando la línea de colaboración e intercambio establecido entre el Secretariado Nacional de FERS y Superioras Mayores, Delegadas Generales y Provinciales de Sanidad y Ancianos. Confer. Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria. Secretariados Regionales de FERS, y Delegadas Diocesanas de FERS.

— Continuar estudiando la conveniencia de que la FERS sea mixta. Mientras tanto, seguir y potenciar, si es necesario, la colaboración con los Religiosos Sanitarios.

— Tratar de estar presentes en las organizaciones colegiales, así como asegurar de la mejor forma la representatividad en las organizaciones internacionales de enfermería, a ser posible por los propios miembros de la FERS.

— Estar presentes también en todas aquellas organizaciones que tengan que ver con el Mundo de la Salud y de los Ancianos, tanto a nivel Nacional como Internacional.

Todo esto como medio para asumir la vertiente profética de la Vida Religiosa Sanitaria, siendo «voz de los de sin voz», con la denuncia de nuestra palabra y de nuestra presencia de servicio, no de liderazgo, en medio de los pobres injustamente marginados por la sociedad.

Este *Documento* quiere ser el *instrumento de trabajo* puesto en las manos de los consejos provinciales y generales y de todas las comunidades sanitarias. La asamblea os lo entrega y a través de él os hace partícipes de las esperanzas y preocupaciones, problemas y orientaciones, experiencias, conocimientos y compromisos que a lo largo de cuatro días intensos de trabajo, profundización y discernimiento hemos tenido.

Corresponsablemente lo asumimos quienes *vivimos* la FERS, conscientes de que todas nuestras empresas nos las realiza Dios. Lo nuestro es la *esperanza* y el *coraje,* la inseguridad y la pobreza. Dios es fiel: nos dará la *fe* y nos hará *creativas.* Es la *función* del Creador, en cuyas manos estamos.

Juan Pablo II y los enfermos

DISCURSO A LOS HERMANOS DE SAN JUAN DE DIOS

En la mañana del 17 de diciembre, Juan Pablo II recibió en audiencia, en la Sala de Consistorio del Palacio Apostólico, a los miembros del Capítulo General de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, a los que dirigió la siguiente alocución:

OS AGRADEZCO DE CORAZON LA OBRA QUE LLEVAIS A CABO

Queridísimos Hermanos en Cristo:

Como colofón a vuestro Capítulo General habéis querido tener un encuentro particular con el Papa para expresar, de forma concreta, vuestra fidelidad y vuestra devoción a la Iglesia, y para recibir unas palabras de aliento para vuestra vida religiosa. Estoy muy contento de recibiros, y mientras expreso mi respetuosa salutación a vosotros y a todos los Hermanos esparcidos por el mundo, os agradezco de corazón la obra que vuestra Orden desarrolla dentro de la Iglesia. En la historia de cada Orden o Congregación, el Capítulo General es siempre una reunión de suma importancia porque, no sólo permite echar una mirada al funcionamiento total de la vida religiosa, según el propio carisma constitucional, sino que impulsa a un nuevo fervor espiritual y a una consagración más decidida hacia los propios ideales: se medita sobre el pasado, se considera el presente y se hacen propósitos para el porvenir. Cada Capítulo General debe considerarse como una verdadera gracia de Dios, y por consiguiente también una responsabilidad, no sólo de los Superiores, que tienen que decidir lo mejor, sino también para vosotros, religiosos de la Orden Hospitalaria de san Juan de Dios, que desde más de cuatro siglos cuidáis de los enfermos con amor infinito y total dedicación. Cuando el día 8 de marzo de 1550 san Juan de Dios cerró su existencia terrenal en Granada, el pequeño grupo de discípulos no dejó morir su obra, tan necesaria en aquella época en la que la sociedad era tan poco sensible hacia los humildes y los pobres, e hizo fructificar ampliamente la humilde semilla plantada por su Fundador. Después de tantas vicisitudes históricas y tantos cambios de épocas y hombres, a través de dificultades y alegrías, vuestra Orden cuenta actualmente con 191 casas, 1721 religiosos de los cuales 116 son sacerdotes.

Gracias a Dios por todo el bien que habéis hecho y también gracias a vosotros, que continuáis con valor y amor esta importante labor hacia los enfermos. Benditos seáis.

SEGUID HUMANIZANDO LA LABOR HOSPITALARIA QUE REALIZAIS

Junto a mi felicitación por la obra cumplida, os exhorto a perseverar en vuestro ideal y a que siempre sigáis en la humanización y sensibilización de la labor hospitalaria y en la profesión médica. Tenéis sin duda, una gran misión que cumplir, que supone una *vocación* que cada vez se demuestra más válida y necesaria.

Es una misión actual, como lo era en el Renacimiento y luego en la época del Iluminismo. No obstante del progreso científico y del desarrollo social, el dolor queda y quedan las enfermedades, el sufrimiento físico y moral y las desgracias: la carrera hacia el bienestar material no elimina las enfermedades y la sed de los goces terrenales topa contra el muro implacable del dolor. De esta trágica y permanente contradicción nace el peligro de marginar al que sufre, porque la enfermedad se vuelve una carga, un fastidio, un aburrimiento. Al enfermo, algunas veces, no se le considera como persona. Y la asistencia puede trocarse en un *empleo*. Por lo tanto vosotros estáis llamados a *humanizar* la enfermedad, a tratar al enfermo como hijo de Dios, como hermano de Cristo. Recordaréis sin duda la escena dramática y conmovedora de la Pasión cuando Pilatos, señalando a Jesús herido, llagado y coronado de espinas, dijo a la multitud: «Ecce Homo» (Jn. 19, 5). Pues bien, cuando vosotros veis en los hospitales, en los dispensarios, en las farmacias a las personas dolientes, desamparadas o que sufren por falta de lunz en la Fe, decid: «Ecce Christus!». Es, sin duda, una misión difícil y exigente, que obliga toda vuestra vida, día a día, a estar cerca de quien sufre la enfermedad y la desventura; pero también es una misión de consuelo

porque siempre, pero especialmente en nuestro tiempo, los hombres se preguntan el porqué del dolor y el porqué de la misma vida, y muchos, tal vez, rozan el abismo de la desesperación, no encontrando ni consuelo ni significación alguna. Vosotros, con vuestra presencia y vuestra caridad paciente y amorosa, rendís creíble la fe en Cristo y en la paternidad de Dios, abrís nuevos horizontes y nuevas perspectivas, sois la ayuda espiritual, no sólo para los enfermos, sino también para los médicos y demás personal. ¡Que allí donde haya un hombre que sufre, os encontréis vosotros siguiendo el ejemplo de san Juan de Dios! Es por lo que, dadas las actuales necesidades de la sociedad, deseo de corazón muchas vocaciones en vuestra Orden Hospitalaria. ¡Quiera Dios inspirar a tantos jóvenes universitarios a dar su vida y su capacidad en beneficio de la humanidad desvalida, en las filas de vuestra Orden!

MANTENED UN INTENSO COLOQUIO CON CRISTO MEDIANTE LA ORACION PERSONAL Y LITURGICA

Es por tanto necesario que, para ser de verdad ayuda y ejemplo para enfermos y médicos, mantengáis un intenso coloquio con Cristo mediante la oración personal y litúrgica, la meditación y la vida comunitaria con comprensión y afecto recíproco. Deseo que el Capítulo General sea apóstol y garante siempre y en cualquier lugar, de profunda vida interior, única fuente y única base de un auténtico apostolado.

RICARDO PAMPURI, EJEMPLO VIVO

Deseo concluir llevando a vuestra consideración la significativa figura del beato Ricardo Pampuri, que yo mismo tuve el honor y la dicha de elevar a la gloria de los altares en el mes de octubre del año pasado. Persona afable, delicada, sensible, simpática y heroica en su deber de médico, aseguraba a su hermana en una carta: «Cuanto más grande siento mi insuficiencia, más viva estará en mí la confianza en Dios», y algunos días antes de su muerte, acaecida en Milán el primero de mayo de 1930, a los treinta y tres años, decía a sus familiares: «Estoy contento y satisfecho por haber hecho siempre la voluntad del Señor». Esa felicidad la deseo también a todos vosotros y a todos los religiosos de san Juan de Dios; que la alegría de las próximas Navidades os acompañe siempre junto a la protección particular de María Santísima y mi bendición apostólica.

PALABRAS DIRIGIDAS A LOS ENFERMOS EN SU RECORRIDO POR ESPAÑA

CARIDAD

● Y *amor a nuestros hermanos.* Porque la autenticidad de nuestra unión con Jesús sacramentado ha de traducirse en nuestro *amor* verdadero a todos los hombres, empezando por quienes están más próximos. Habrá de notarse en el modo de tratar a la propia familia, compañeros y vecinos; en el empeño por vivir en paz con todos; en la prontitud para reconciliarse y perdonar cuando sea necesario. Será de este modo la sagrada eucaristía fermento de *caridad* y vínculo de aquella unidad de la Iglesia querida por Cristo y propugnada por el Concilio Vaticano II. *(A la Adoración Nocturna.)*

● Particular importancia tiene el compromiso de *caridad* hacia aquellos que, por una u otra razón, se hallan en necesidad. Los pobres, las personas enfermas, los ancianos, los minusválidos representan otras tantas *llamadas* contra las que Dios pulsa a la puerta de vuestro corazón. Pedidle a El la generosidad necesaria para responder con entrega, de la forma adecuada en cada caso. *(Homilía en la nueva parroquia de Orcasitas.)*

● De este modo, sor Angela estableció un vínculo, *un puente desde los necesitados a los poderosos, de los pobres a los ricos.* Evidentemente, ella no puede resolver los conflictos políticos ni los desequilibrios económicos. Su tarea significa una *caridad de urgencia,* por encima de toda división, llevando ayuda a quien la necesite. *(Homilía en la beatificación de sor Angela de la Cruz.)*

SUFRIMIENTO

● Una de las cosas que más llaman la atención en los escritos de San Juan de la Cruz es la lucidez con que ha descrito el sufrimiento humano, cuando el alma es embestida por la tiniebla luminosa y purificadora de la fe.

Sus análisis asombran al filósofo, al teólogo y hasta al psicólogo. El doctor místico nos enseña la necesidad de una purificación pasiva, de una noche oscura que Dios provoca en el creyente, para que más pura sea su adhesión en fe, esperanza y amor. Sí, así es. La *fuerza purificadora del alma humana* viene de *Dios mismo.* Y Juan de la Cruz fue consciente, como pocos, de esta fuerza purificadora. Dios mismo purifica el alma hasta en los más profundos abismos de su ser, encendiendo en el hombre la *llama de amor viva:* su Espíritu. *(Discurso en el homenaje a San Juan de la Cruz.)*

● Tiene un gran valor sobrenatural vuestro sufrimiento. Y sois además para nosotros *una constante lección,* que nos invita a relativizar tantos valores y formas de vida. Para vivir mejor los valores del Evangelio y desarrollar la solidaridad, la bondad, la ayuda, el amor.

Por eso no consideréis inútil vuestro estado, que tiene para la Iglesia y para el mundo de hoy un gran sentido humanizante, evangelizador, expiatorio e impetratorio. Sobre todo si vosotros mismos adoptáis una actitud abierta, creadora dentro de lo posible y positiva, ante la acción de la gracia que actúa en vuestro espíritu. *(Encuentro con los enfermos en Zaragoza.)*

ANCIANOS

● Es necesario que se desarrolle en la Iglesia una pastoral para la tercera edad, en la que se insista en el papel creativo de la misma, de la enfermedad y limitación parcial, en la reconciliación de las generaciones, en el valor de cada vida, que no termina aquí, sino que está abierta a la resurrección y a la vida permanente. Con ello se hará una labor eclesial y se prestará un gran servicio a la sociedad, clarificando la escala de tantos valores humanos.

● Muchos no comprenden que no se pueden valorar la vida y las cosas con un solo criterio económico o de

porque siempre, pero especialmente en nuestro tiempo, los hombres se preguntan el porqué del dolor y el porqué de la misma vida, y muchos, tal vez, rozan el abismo de la desesperación, no encontrando ni consuelo ni significación alguna. Vosotros, con vuestra presencia y vuestra caridad paciente y amorosa, rendís creíble la fe en Cristo y en la paternidad de Dios, abrís nuevos horizontes y nuevas perspectivas, sois la ayuda espiritual, no sólo para los enfermos, sino también para los médicos y demás personal. ¡Que allí donde haya un hombre que sufre, os encontréis vosotros siguiendo el ejemplo de san Juan de Dios! Es por lo que, dadas las actuales necesidades de la sociedad, deseo de corazón muchas vocaciones en vuestra Orden Hospitalaria. ¡Quiera Dios inspirar a tantos jóvenes universitarios a dar su vida y su capacidad en beneficio de la humanidad desvalida, en las filas de vuestra Orden!

MANTENED UN INTENSO COLOQUIO CON CRISTO MEDIANTE LA ORACION PERSONAL Y LITURGICA

Es por tanto necesario que, para ser de verdad ayuda y ejemplo para enfermos y médicos, mantengáis un intenso coloquio con Cristo mediante la oración personal y litúrgica, la meditación y la vida comunitaria con comprensión y afecto recíproco. Deseo que el Capítulo General sea apóstol y garante siempre y en cualquier lugar, de profunda vida interior, única fuente y única base de un auténtico apostolado.

RICARDO PAMPURI, EJEMPLO VIVO

Deseo concluir llevando a vuestra consideración la significativa figura del beato Ricardo Pampuri, que yo mismo tuve el honor y la dicha de elevar a la gloria de los altares en el mes de octubre del año pasado. Persona afable, delicada, sensible, simpática y heroica en su deber de médico, aseguraba a su hermana en una carta: «Cuanto más grande siento mi insuficiencia, más viva estará en mí la confianza en Dios», y algunos días antes de su muerte, acaecida en Milán el primero de mayo de 1930, a los treinta y tres años, decía a sus familiares: «Estoy contento y satisfecho por haber hecho siempre la voluntad del Señor». Esa felicidad la deseo también a todos vosotros y a todos los religiosos de san Juan de Dios; que la alegría de las próximas Navidades os acompañe siempre junto a la protección particular de María Santísima y mi bendición apostólica.

PALABRAS DIRIGIDAS A LOS ENFERMOS EN SU RECORRIDO POR ESPAÑA

CARIDAD

● Y *amor a nuestros hermanos.* Porque la autenticidad de nuestra unión con Jesús sacramentado ha de traducirse en nuestro *amor* verdadero a todos los hombres, empezando por quienes están más próximos. Habrá de notarse en el modo de tratar a la propia familia, compañeros y vecinos; en el empeño por vivir en paz con todos; en la prontitud para reconciliarse y perdonar cuando sea necesario. Será de este modo la sagrada eucaristía fermento de *caridad* y vínculo de aquella unidad de la Iglesia querida por Cristo y propugnada por el Concilio Vaticano II. *(A la Adoración Nocturna.)*

● Particular importancia tiene el compromiso de *caridad* hacia aquellos que, por una u otra razón, se hallan en necesidad. Los pobres, las personas enfermas, los ancianos, los minusválidos representan otras tantas *llamadas* contra las que Dios pulsa a la puerta de vuestro corazón. Pedidle a El la generosidad necesaria para responder con entrega, de la forma adecuada en cada caso. *(Homilía en la nueva parroquia de Orcasitas.)*

● De este modo, sor Angela estableció un vínculo, *un puente desde los necesitados a los poderosos, de los pobres a los ricos.* Evidentemente, ella no puede resolver los conflictos políticos ni los desequilibrios económicos. Su tarea significa una *caridad de urgencia,* por encima de toda división, llevando ayuda a quien la necesite. *(Homilía en la beatificación de sor Angela de la Cruz.)*

SUFRIMIENTO

● Una de las cosas que más llaman la atención en los escritos de San Juan de la Cruz es la lucidez con que ha descrito el sufrimiento humano, cuando el alma es embestida por la tiniebla luminosa y purificadora de la fe.

Sus análisis asombran al filósofo, al teólogo y hasta al psicólogo. El doctor místico nos enseña la necesidad de una purificación pasiva, de una noche oscura que Dios provoca en el creyente, para que más pura sea su adhesión en fe, esperanza y amor. Sí, así es. La *fuerza purificadora del alma humana* viene de *Dios mismo.* Y Juan de la Cruz fue consciente, como pocos, de esta fuerza purificadora. Dios mismo purifica el alma hasta en los más profundos abismos de su ser, encendiendo en el hombre la *llama de amor viva:* su Espíritu. *(Discurso en el homenaje a San Juan de la Cruz.)*

● Tiene un gran valor sobrenatural vuestro sufrimiento. Y sois además para nosotros *una constante lección,* que nos invita a relativizar tantos valores y formas de vida. Para vivir mejor los valores del Evangelio y desarrollar la solidaridad, la bondad, la ayuda, el amor.

Por eso no consideréis inútil vuestro estado, que tiene para la Iglesia y para el mundo de hoy un gran sentido humanizante, evangelizador, expiatorio e impetratorio. Sobre todo si vosotros mismos adoptáis una actitud abierta, creadora dentro de lo posible y positiva, ante la acción de la gracia que actúa en vuestro espíritu. *(Encuentro con los enfermos en Zaragoza.)*

ANCIANOS

● Es necesario que se desarrolle en la Iglesia una pastoral para la tercera edad, en la que se insista en el papel creativo de la misma, de la enfermedad y limitación parcial, en la reconciliación de las generaciones, en el valor de cada vida, que no termina aquí, sino que está abierta a la resurrección y a la vida permanente. Con ello se hará una labor eclesial y se prestará un gran servicio a la sociedad, clarificando la escala de tantos valores humanos.

● Muchos no comprenden que no se pueden valorar la vida y las cosas con un solo criterio económico o de

eficiencia. Por ese camino se deshumaniza la convivencia y se empobrece la familia y la sociedad. Es verdad que en tantos casos la persona en edad adulta, sobre todo si no goza de buena salud, no podrá ejercer las mismas funciones de una más joven. Pero no por ello su misión es, a veces, menos preciosa, pues puede desarrollar muchas labores complementarias y muy útiles, que la vida moderna no permite fácilmente a quien tiene un trabajo regular. Esa inserción en la vida familiar y social, según las posibilidades de los *ancianos,* será para ellos fuente de serenidad personal y de aliento —al sentir la propia—, así como de enriquecimiento social. *(Alocución a los ancianos.)*

MARGINADOS

● Sor Angela de la Cruz, fiel al ejemplo de pobreza de Cristo, puso su instituto *al servicio de los pobres más pobres,* los desheredados, los marginados. Quiso que la Compañía de la Cruz estuviera instalada *dentro de la pobreza,* no ayudando desde fuera, sino viviendo las condiciones existenciales propias de los pobres. Sor Angela piensa que ella y sus hijas *pertenecen a la clase de los trabajadores,* de los humildes, de los necesitados, «son mendigas que no todo lo reciben de limosna». *(Homilía en la beatificación de sor Angela de la Cruz.)*

PASTORAL SANITARIA

● Pero no puedo detenerme sólo en vosotros. Al pensar en vuestra condición pienso espontáneamente en vuestras familias, en los profesionales y trabajadores sanitarios, en las religiosas, religiosos y sacerdotes del mundo de la sanidad. En todos los que, en el complejo ámbito de la sociedad actual, se dedican a la atención del enfermo.

● Ahí tienen su puesto los miembros de los organismos eclesiales o religiosos, asociaciones y movimientos seglares católicos; ahí tienen su lugar las parroquias, llamadas a impulsar grupos específicos de apostolado y de voluntariado de ayuda a los enfermos. Así, la comunidad cristiana hará presente en nuestra sociedad creciente secularizada el amor cristiano. *(Encuentro con los enfermos en Zaragoza.)*

SOLIDARIDAD

● Me complazco en la dinámica actividad que esta Organización realiza en favor de los intereses turísticos de los países en vías de desarrollo para promover en ellos un turismo que se traduzca en elevación social de sus poblaciones y en crecimiento cultural para los visitantes. Función compleja y delicada, si se quiere asegurar un desarrollo del fenómeno a dimensión humana y que salvaguarde las sanas tradiciones de las diversas civilizaciones. Tal tipo de turismo será un instrumento privilegiado para reforzar y multiplicar las relaciones mutuas que enriquecen la comunidad humana (*Gaudium et spes,* 61). Y ayudará a establecer esos vínculos de solidaridad, de los que el mundo actual, turbado por las guerras, tiene tanta necesidad. *(Discurso a la Organización Mundial del Turismo.)*

● Como podréis fácilmente comprender, la primera solidaridad requerida es la dirigida a la defensa de los valores morales; a ella habrá de estar unida la solidaridad ordenada a la solución de todos los problemas humanos, entre ellos, obviamente, los de índole económica.

Quisiera añadir: la solidaridad, no sólo por los objetivos que la reclaman, sino en sí misma, es un valor ético, una obligación moral, según la cual cada pueblo, al procurar el bien propio, debe preocuparse por el bien de todos los demás. Es una exigencia del principio de la interdependencia, a la que antes me he referido. *(Discurso al Cuerpo Diplomático.)*

● Mi presencia quiere ser también una muestra de aprecio por la *solidaridad* que hasta ahora se os ha demostrado y que confío continuará en cuanto sea necesario, pues sobre todo para el hombre necesitado los demás deben ser hermanos. Junto al hombre que sufre, debe haber otro que lo asiste y acompaña. La *caridad* y el sentido humanitario no pueden permanecer indiferentes ante la muerte y la destrucción. Por eso son de alentar todas las iniciativas encaminadas a reconstruir lo antes posible vuestros hogares y a recuperar vuestros puestos de trabajo, rehaciendo así el ambiente para que vuestra vida recobre pronto la serenidad y esperanza. *(Alocución a los damnificados de Alcira.)*

SERVICIO

● El Concilio vuelve a insistir en nuestros días sobre la misma llamada al espíritu de *servicio.* Lo hace con un tono particular al hablar de los obispos. Por ello, cuando buscando luz para su camino, un obispo lee y medita estos escritos, se siente invitado a pensar —con sencillez, humildad y alegría de corazón— en su manera de ser y de actuar en relación con la diaconía episcopal. Es decir, si cumple su misión de pastor, inspirado en un real deseo de servir a los hermanos e hijos encomendados a su solicitud. Si sus actitudes concretas traducen tal deseo. Si aquellos de quienes es pastor tienen la convicción de encontrar en él un verdadero servidor. Y no puede menos de hacerse, en el fondo de su corazón, la pregunta más apremiante: Si es perfectamente sensible, en todo momento y circunstancia, a su responsabilidad, por pesada que pueda ser, de maestro y pastor. Y si trata de ejercer su autoridad en espíritu de servicio, pero sin abdicar de la verdad, aunque esto comporte sacrificios. *(A la Conferencia Episcopal.)*

● Esa alegría dejada como testamento a sus hijas y que todos admiráis en ellas. Porque la penitencia es ejercida como renuncia del propio placer, para estar disponibles al servicio del prójimo; ello supone una gran reserva de fe, para inmolarse sonriendo, sin pasar factura, quitando importancia al sacrificio propio. *(Homilía en la beatificación de sor Angela de la Cruz.)*

● En la Iglesia, la evangelización, el apostolado, el ministerio, el sacerdocio, el episcopado, el papado son servicio. El Concilio Vaticano II, bajo cuya luz camina el Pueblo de Dios en esta recta final del siglo XX, nos ha explicado magníficamente en *varios de sus documentos* cómo se sirve, cómo se trabaja y cómo se sufre por la causa del Evangelio (cf. *Lumen gentium,* 18, 20; *Christus Dominus,* 15). Se trata de servir al hombre de nuestro tiempo como le sirvió Cristo, como le sirvieron los apóstoles. Santiago el Mayor cumplió su *vocación de servicio* en el reino instaurado por el Señor, dando, como el Divino Maestro, «la vida en rescate por muchos». *(Homilía en la Misa del Peregrino.)*

Noticiario

Hospitales

BARCELONA

PRESENTACION DE LA TESIS DOCTORAL DEL DOCTOR PLAZA MONTERO SOBRE: «Organización y análisis funcional del Hospital Infantil San Juan de Dios de Barcelona»

El doctor Plaza defendió su tesis doctoral ante un Tribunal especialmente constituido con motivo de las Bodas de Plata con la Cátedra del profesor Cruz Hernández y presidido por el Decano de la Facultad de Medicina, profesor Carreras.

Dr. J. Plaza Montero

La tesis del doctor Plaza ha tenido, por parte del Tribunal, la calificación de sobresaliente *cum laude* por unanimidad. Pero para nosotros, los Hermanos de san Juan de Dios, tiene una muy especial significación. En ella se recogen todas las ideas, avatares y logros que han conducido a la organización, puesta en marcha y funcionamiento de nuestro hospital de Barcelona.

En realidad el doctor Plaza había realizado sus estudios del doctorado en Barcelona y Madrid en el año 1947 después de un brillante período de licenciatura que culminó con 20 matrículas de honor. Ya en su permanencia en el Hospital Clínico con su maestro el profesor Ramos había iniciado una tesis sobre el metabolismo del potasio en pediatría que se frustró por la prematura muerte del maestro. Posteriormente ha realizado y publicado numerosos trabajos en libros y revistas de la especialidad que culminaron en su obra *Puericultura* guía hoy para la formación de médicos, enfermeras y puericultoras.

Pero al hacerse cargo de la Dirección Médica de nuestro hospital tuvo la idea de que quizás aquel empeño pudiera llegar a ser la obra de su vida profesional y a ella dedicó desvelos e inquietudes que culminan en esta tesis que hoy comentamos.

Para los hermanos de san Juan de Dios, representa la doble satisfacción de ver premiada con todo merecimiento la obra de uno de nuestros más queridos colaboradores y de que precisamente esta obra subraye con brillantez la labor de la Orden que pretende siempre reflejar la imagen de su santo patrón.

L. H.

PRIMER CURSO PRACTICO DE ANATOMIA PATOLOGICA TUMORAL EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Los pasados días 27, 28, 29 de enero de 1983, tuvo lugar en Barcelona el *I Curso Práctico de Anatomía Patológica Tumoral en Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial*. Dicho curso representa una novedad en el tema y es el primero que se realiza en España. La idea del mismo fue concebida por el doctor Pedro Claros y desarrollada bajo el concepto de que el cirujano de cabeza y cuello no sólo conozca la clínica y la cirugía del tumor sino que, además, se adentre en el apasionante mundo de la microscopía y conozca cómo son estos tumores que invaden la esfera de la otorrinolaringología y patología cérvico-facial.

El curso fue dirigido por el profesor Antonio Cardesa, catedrático de anatomía patológica de la Facultad de Medicina de Barcelona con la colaboración del profesor José Traserra, catedrático de otorrinolaringología de Barcelona, el doctor Pedro Claros, jefe del servicio de otorrinolaringología del hospital san Juan de Dios de Barcelona y el doctor José Vila, jefe del servicio de anatomía patológica del mismo.

El acto tuvo como escenario la Facultad de Medicina de Barcelona, por precisar de grandes aulas de prácticas equipadas con los microscopios y las salas de disección de cadáver, tema básico del curso.

La asistencia fue muy amplia e internacional. La satisfacción de los organizadores fue total y el propio Decano de la Facultad de Medicina de Barcelona les felicitó por la idea brillante y la puesta en marcha de cursos en los que participan diversas cátedras y diferentes hospitales. Este entente interhospitalario, es la base para una colaboración grande y fructífera.

Los temas que se abordaron fueron principalmente el cáncer de laringe, los tumores de las fosas nasales, los tumores de cabeza y cuello en pediatría, los linfomas y un sinfín de material que son de un interés vivo para el especialista.

Por el éxito obtenido, se ha decidido entre todos los organizadores el repetir el curso anualmente. Así, la próxima convocatoria se hará en enero de 1984.

A.

CONFERENCIA SOBRESALIENTE

El jueves, día 10 de febrero, el doctor Juan Ramón Laporte Roselló, profesor de Farmacología Clínica de la Universidad Autónoma, a invitación del Servicio de Pediatría y la Sección de Inmunoalergia, desarrolló en el auditorium del hospital san Juan de Dios una conferencia sobre *Reacción adversa a medicamentos* que resultó muy interesante y fue seguida de animado coloquio.

PAMPLONA

CURSO DE ACTUALIZACION UROLOGICA PARA ATS Y DE

Se celebró en la clínica san Juan de Dios de Pamplona, el Primer Curso de Urología para ATS y DE, organizado por la Dirección Provincial de Ambulatorios de Navarra, la propia Clínica y el Colegio Provincial de ATS y DE, y dirigido por el doctor José Luis Arrondo, Jefe de Zona de Urología. Con fecha 11 de noviembre fue concedido al curso el privilegio de oficialidad.

En la sesión inaugural tomó primero la palabra el doctor José Luis Arrondo, quien realizó la presentación del curso. Tras expresar a todos su agradecimiento, comentó lo siguiente: «La finalidad del curso podemos desglosarla en una doble vertiente: científica y humana; siguiendo el lema por el conocimiento al humanismo. En la actualidad muchos de los profesionales de la sanidad están faltos de ilusión, alicientes e incentivos, y estos cursos suponen, muchas veces, un empuje moral; pues, cuanto más se conoce nuestra profesión, cuanto más se sabe de lo que le ocurre a cada paciente (huyendo de la medicina rutinaria, de fríos y burocráticos volantes) y cuanto mayor y más cordial es la relación entre los distintos profesionales de la sanidad, mejor funcionan las cosas, más realizado se siente uno en su profesión y, por todo ello, mayor repercusión positiva se ejerce sobre el enfermo. En cuanto al contenido, no se trata de un curso para personal especializado en urología, sino de una información básica y práctica sobre esta interesante especialidad. Es necesario resaltar que el curso fue dirigido por un cupo de urología y en algunas ponencias hemos querido reflejar fielmente nuestra actividad en este campo, con el intento de convencernos de la gran importancia de esta práctica médica y de las inmensas posibilidades que ofrece de desarrollo técnico y humano».

A continuación se celebró un emotivo acto en honor al doctor Javier Húder Domezain, pionero de la urología en Navarra, a cuya especialidad ha dedicado toda su vida, demostrando una gran capacidad científica y humana.

El hermano Alfonso Mendióroz le expresó su agradecimiento y admiración en nombre de todos los hermanos de san Juan de Dios y, a continuación, le hizo entrega de una placa conmemorativa de su 39 aniversario de asistencia a enfermos en la clínica san Juan de Dios: «Al doctor Javier Húder Domezain en reconocimiento a su total y generosa entrega al servicio del enfermo, y por su plena dedicación a esta clínicà desde su fundación».

Después el doctor Carlos Ciganda, Director Provincial de los Ambulatorios de Navarra, dio por inaugurado oficialmente el curso.

El curso se desarrolló a lo largo de cinco tardes de intenso trabajo. Como ponentes contábamos con unos veinte médicos (urólogos, radiólogos, nefrólogos, etc.) y ocho ATS, relacionados en uno u otro aspecto, con la urología. Estuvo representada toda la urología de Navarra, en sus dos aspectos: hospitalario y ambulatorio. Tenemos que resaltar el apoyo y la desinteresada colaboración por parte de la Cátedra de Urología de la Universi-

Presidencia del curso

dad de Zaragoza, representada por el doctor J. G. Valdivia Uría, profesor Adjunto Numerario de la Cátedra y doctor A. Bayo Ochoa, Jefe de Sección y encargado de la Unidad de Andrología.

El contenido del curso podemos desglosarlo en cinco capítulos:

— *Urología como especialidad.* Se delimitó, en cuanto a su concepto y contenido, esta rama médica, hablando del pasado, de los actuales avances y de la creación de futuras subespecialidades. Un representante de la Asociación Española de Urología para ATS y DE, creada en 1977, disertó sobre la incorporación del ATS en esta especialidad.

— *El diagnóstico del enfermo urológico.* Se realizó una exposición de todos los medios de que dispone la urología desde que el paciente llega a la consulta hasta que se implanta el tratamiento médico o quirúrgico; medios clínicos e instrumental, pruebas de laboratorio, estudio radiológico, endoscópico, urodinámico, etc. En todos estos apartados se puso de manifiesto el importante papel del ATS y DE, en los aspectos técnico, psicológico y humano.

— *Patología urológica y urgencias en urología.* Este apartado se desarrolló por capítulos, destacando los aspectos más importantes, prácticos y actuales de cada uno de ellos.

— *Cirugía urológica.* Descripción de las bases fisiológicas de la cirugía urológica: principios, vías de abordaje, instrumental, esterilización, etc. Se puso de manifiesto la importancia que los drenajes, sondas y catéteres tienen en el postoperatorio de estos pacientes, y cómo la misión del ATS y DE es muchas veces más importante que la propia técnica quirúrgica para el éxito final de la operación.

— *Temas monográficos.* «Endoscopia urológica»: Se hizo hincapié en el gran avance de estas técnicas en los aspectos diagnóstico y terapéutico. Es de resaltar la interesante aportación iconográfica presentada por el doctor J. G. Valdivia en esta técnica.

— *Conceptos generales de la urología infantil.* El niño tiene un organismo y una psicología diferente y propia. En muy loable la entrega y el interés de determinados profesionales de la urología por el mejor conocimiento de la problemática urológica en la infancia: criptorquidias, hipospadias y epispadias, extrofia vesical, estados de transexualismo, etc.

— *El enfermo en hemodiálisis y estado actual del transplante renal.* El doctor Unzué, nefrólogo, comentó las causas y toda la problemática del paciente que ve su vida dependiendo de una máquina y cómo el contacto humano con el ATS es fundamental. Una puerta a la esperanza queda abierta para estos pacientes, en los que no es posible un tratamiento médico ni quirúrgico, *el transplante renal.* Pero, aun reconociendo los actuales avances, queda mucho por conseguir en este campo.

— *Andrología.* Quizás sea uno de los temas que más interés suscitó por lo novedoso y desconocido del mismo. Aunque, etimológicamente, significa *tratado del varón,* en sentido estricto podemos definir a la andrología como: «la subespecialidad médico-quirúrgica que estudia el aparato genital del hombre bajo múltiples aspectos: fisiología de la reproducción y de la sexualidad masculina, infertilidad, transtornos de la pubertad y de la andropausia, alteraciones de los caracteres sexuales secundarios y disfunciones sexuales masculinas, y otro aspecto, no menos importante, por sus implicaciones sociales y humanas, el control de la capacidad reproductora del varón. En este curso se comentó, someramente, los distintos medios del diagnóstico de la infertilidad en el varón y las disfunciones sexuales masculinas, sobre todo la impotencia eréctil.

El doctor Húder dicta su lección a los asistentes al curso de urología

Según varios comentarios, recibidos días posteriores a la realización del curso, las exposiciones han conseguido un nivel, tanto teórico como práctico, de gran altura. Es de resaltar la interesante iconografía aportada: esquemas, diapositivas, películas, etc., lo que contribuyó a aumentar su amenidad, comprensión e interés.

La asistencia numerosa, superándose las previsiones. El interés por las exposiciones queda demostrado al comprobar el salón de actos totalmente lleno hasta las 20,30 ó 21 horas, en que finalizaban las sesiones. De los 160 asistentes, la mayoría procedían de Navarra.

La excesiva demanda de solicitudes y el gran interés por los temas urológicos nos obligó a planificar el II Curso de Actualización Urológica para ATS y DE, celebrado del 7 al 11 de marzo, al cual han asistido un gran número de personas de varias provincias españolas.

El curso fue clausurado por el doctor Javier Martínez Muñoz, director médico de la clínica san Juan de Dios, quien resaltó el alto nivel científico y práctico del mismo y, tras expresar su agradecimiento a los organizadores, ponentes y asistentes, se procedió a la entrega de diplomas y de un libro con el resumen de ponencias.

José Luis Arrondo

ROMA-BARCELONA

PRIMERAS JORNADAS DE PERINATOLOGIA

A modo de crónica del viaje

El día 20 de enero de 1983, fuimos a Roma el doctor Massó Barnadas, Adjunto de Clínica Maternal y el doctor L. Campos Navarro, para tomar parte en estas dos reuniones citadas en el encabezamiento. Fuimos huéspedes de los hermanos de san Juan de Dios en su residencia de Via Nocetta de Roma.

La sede de las dos reuniones fue el hospital de los hermanos de san Juan de Dios de la Isla Tiberina. El Superior de este importante hospital es nuestro querido amigo, el hermano doctor Ramón Ferreró que junto con el resto de los hermanos y médicos, hizo agradabilísima nuestra estancia en Roma.

En la primera reunión teníamos una ponencia titulada *Il parto nella Gravidanza a Rischio. (El parto en el embarazo de Alto Riesgo)*. Esta ponencia la compartíamos con el doctor Massó. El viernes 21 tuvo lugar nuestra exposición que yo leí en italiano. Hablé de conceptos generales de *Riesgo Perinatológico* con la expresión de las cuatro entidades que le componen: embarazo, feto, parto y recién nacido de riesgo elevado y en la segunda parte la coincidencia del riesgo en el embarazo con el del parto; dando a conocer nuestras pautas de actuación y resultados estadísticos, en los casos de riesgo elevado (diabetes, hipertensión, nalgas, isoinmunización Rh, placenta previa, gemelares, etc.).

El lunes, 25-1-83, después de una importante sesión quirúrgica ginecológica en el servicio de ginecología del profesor Forleo, tuvo lugar la inauguración de estas I Jornadas de Perinatología con un parlamento a cargo del Superior General de la Orden Hospitalaria Pedro Luis Marchesi, quien manifestó consideraba de mucho importancia y auguraba un éxito seguro en su desarrollo a estas jornadas de *gemellagio* Roma-Barcelona que él dio oficialmente por iniciadas.

Primero habló el doctor Campos haciendo una exposición general del concepto, extensión, organigrama y personal facultativo de una *unidad funcional de Perinatología* tal como en el hospital san Juan de Dios de Barcelona funciona. Se hizo hincapié en esta colaboración (trabajar juntos) de los obstetras y neonatólogos siguiendo los primeros al neonato para conocer su desarrollo psicomotor y viniendo los pediatras con los obstetras a cuidar del niño ya desde antes de nacer en una auténtica puericultura perinatal.

Se presentaron luego nuestros resultados en el parto de riesgo elevado a cargo del doctor Massó Barnadas, quien habló de los partos en diabéticas, toxémicas, isoinmunización, placenta previa, retraso del crecimiento intrauterino, alcoholismo materno, gestación prolongada, nalgas y gemelaridad haciendo mención expresa de nuestra sistemática de asistencia.

El doctor Baraibar presentó la estadística de la unidad funcional de perinatología correspondiente al año 1981. Al día siguiente se expuso la sistemática de cuidados del recién nacido en sala de partos, pauta de reanimación y criterios de traslado del R. N. a Cuidados Intensivos.

El equipo de obstetricia del profesor Forleo presentó sus resultados en la amenaza de parto prematuro que fueron comparados con los nuestros sacando conclusiones prácticas interesantes.

Finalizó con una *mesa redonda* de gran interés sobre *riesgo perinatal* en la que participaron los equipos del hospital san Pedro de Roma, también de la Orden hospitalaria, el del profesor Forleo (Fatebenefratelli) y nosotros.

Cerró las Jornadas el doctor Ferreró, agradeciendo nuestra colaboración e invitándonos a proseguir esta labor de intercambio entre Roma-Barcelona.

Doctor LUIS CAMPOS NAVARRO
Jefe del Departamento
de Obstetricia-Ginecología

REUNION INTERNACIONAL DE ESTUDIOS SOBRE LAS NUEVAS TECNICAS PARA LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE

En la pintoresca *Sala Assunta* del Hospital de los hermanos de san Juan de Dios de la Isla Tiberina, se celebró una Reunión Internacional de estudios sobre las nuevas técnicas para las transfusiones de sangre.

La Convención —que bajo el patrocinio de la Societá Italiana di Immunoematologia y de la Associazione Centri Transfusionali (S.I.I./A.I.C.T.) fue promovida conjuntamente por tres hospitales romanos: el Fatebenefratelli de la Isla Tiberina, el Hospital Pediátrico del Niño Jesús y el Centro Traumatológico Ortopédico (SAUB RM 11)— examinó un campo de dramática actualidad: cómo remediar la grave falta de sangre con la autotransfusión y con los sustitutos químicos de la sangre.

Los trabajos fueron abiertos por Fray Ramón Ferreró, Prior del hospital de la Isla Tiberina, quien observó la coincidencia de la importante revolución representada por el tema del simposio con una pequeña revolución del hospital tiberino: La Sala Assunta, que es el núcleo más antiguo del mismo, por primera vez después de cuatro siglos alberga a estudiosos de medicina en vez de enfermos (que han sido trasladados a otras alas en el ámbito de los trabajos de reestructuración actualmente en curso).

«Pienso que esta transformación —dijo el doctor Ferreró— puede ser considerada como un símbolo del cambio que desde hace muchos años se está llevando a cabo en este hospital. Desde su tradicional función asistencial éste ha pasado a desarrollar una triple función: de asistencia, de docencia y de investigación.»

Actividades recomendadas por la Reforma Sanitaria e indispensables para la vida de un hospital moderno, pero que en este caso asumen un particular significado: «Nosotros, los Fatebenefratelli —siguió diciendo Ferreró— que nos hemos consagrado desde siglos a la asistencia sanitaria, queremos subrayar la necesidad de asumir siempre nuevas tecnologías, sin olvidar al hombre que, como ser humano, necesita, además de tecnología, calor humano. Utilizamos pues la técnica para acercarnos al hermano que sufre con respeto y amor.»

La primera jornada del simposio fue dedicada a los sustitutos artificiales de la sangre.

Se trata de compuestos sintéticos, conteniendo flúor, caracterizados por su capacidad de ligar, transportar y ceder el oxígeno, incluso mejor que la de la hemoglobina de los glóbulos rojos. Además están faltos de toxicidad,

con tiempo de retensión en círculo variable de 36 a 60 horas y sucesiva rápida eliminación por el organismo.

Los mayores experimentadores en este campo son los japoneses que los han utilizado en el hombre en neurocirugía, urología, ortopedia, ginecología, cirugía vascular y en los trasplantes.

En el simposio de la Isla Tiberina, la relación de base fue presentada por el profesor Takao Mitsuno de Kobe, Japón. Es el cirujano que tiene la mayor experiencia mundial sobre la aplicación práctica de los perfluoroquímicos, habiéndolos utilizado en lugar de la sangre en más de 810 intervenciones sobre el hombre.

Una de las posibles utilizaciones de los perfluoroquímicos fue ilustrada a los asistentes por el jefe de servicio radiológico de la Isla Tiberina, profesor Bianchini, que se dispone a experimentarlos en la radioterapia contra los tumores al objeto de oxigenar, y por consiguiente derrotar, a las células resistentes a las radiaciones.

Las relaciones sobre estos temas fueron presentadas por el profesor Giordani del Hospital de Marino y por el profesor Balloni del Niño Jesús.

Las técnicas de la autotransfusión y de la hemodisolución, que utilizan sangre sacada del mismo paciente antes o durante la operación quirúrgica, pueden ser más actuales que los perfluoroquímicos, los cuales aún no pueden ser importados, puesto que el gobierno japonés no lo permite.

Para la autotransfusión se conocen varias metodologías, sobre todo en relación con la cantidad de sangre necesaria: desde una sola extracción al sujeto siete días antes de la intervención, a extracciones sucesivas seriadas en el tiempo, valiéndose, para la conservación de la sangre, de los métodos de congelación a temperaturas muy bajas (más de 90º bajo cero).

La autotransfusión puede efectuarse durante la operación, recogiendo la sangre perdida en el campo operatorio y reinyectándola al paciente previo acondicionamiento con equipo adecuado.

La autotransfusión intencional consiste en extraer al paciente inmediatamente antes de la intervención una cantidad de sangre compatible con su peso y con su hemocromo, sustituyendo la sangre extraída con plasma expander. Durante la operación el paciente pierde sangre diluida y la pérdida es recompensada reinyectándole sangre entera extraída al principio.

Estos métodos de transfusión, si se introducen y aplican en amplia escala, pueden contribuir a resolver la penuria crónica de sangre y los problemas transfusionales de personas con complicadas operaciones o pertenecientes a grupos muy raros o que rechacen la transfusión de sangre por motivos religiosos. Y todo ello con la ventaja del respeto total de la integridad inmunológica del individuo y de la eliminación de los riesgos relativos a la transmisión de enfermedades, particularmente de la hepatitis.

Otro momento importante del simposio —cuyos trabajos fueron coordinados por el doctor Giulio La Greca, Jefe del Servicio de Hematología del hospital de los hermanos de san Juan de Dios— fue el dedicado al análisis de la situación de los Servicios Transfusionales Italianos.

El tema fue tratado en una mesa redonda, participando ponentes políticos como el alcalde de Roma, Ugo Vetere.

«Al empezar el año —dijo el alcalde— la Administración de Roma afrontó el problema de *la sangre* bajo un punto de vista eminentemente cultural y socio-político. Vuestro simposio, que cuenta con la participación de ilustres científicos, lo afronta desde un punto de vista más estrechamente científico. Cada uno de nosotros ha pasado por la experiencia de hallarse en la necesidad de conseguir sangre para un pariente o un amigo; se comprende así la importancia de la *cosecha* que si a nivel nacional cubre el 45 % de la necesidad nacional, en la ciudad de Roma, desgraciadamente, apenas se llega al 20 %.»

El alcalde hizo mención después a los costes en el gasto sanitario, subrayando la importancia, para la reorganización de la reforma, de contar con los fondos que el gobierno parece decidido a cortar.

Por último, el alcalde Vetere puso de manifiesto que «en el momento en que el mundo aparece inquieto y la paz en peligro, un simposio sobre la sangre es un himno a la vida y búsqueda de instrumentos nuevos contra la muerte.»

F.

Pastoral

BARCELONA

EL HOSPITAL CATOLICO: NI PRIVILEGIADO, NI DISCRIMINADO

Durante los días 28 y 29 de enero se ha celebrado en Barcelona un cursillo sobre el tema *Los Hospitales Católicos.* Lo organizaron los delegados de pastoral sanitaria de Cataluña; participaron como ponentes: Monseñor Setién y los padres Corral, Abel, Cuyás y Escudé; la coordinación estuvo a cargo de José L. Redrado.

El tema despertó desde el inicio gran interés; el número de asistentes —150— es su mejor constatación, amén de muchos más que no pudieron admitirse por falta de espacio. Centrado, como estaba, para las diócesis de Cataluña, compartieron también con nosotros cursillistas de diversas regiones de España: Pamplona, Madrid, Huesca, Gijón, Palma de Mallorca, Castellón, San Sebastián, Santiago de Compostela, Valencia, Bilbao, Zaragoza, León, Oviedo.

El contenido desarrollado estos días tuvo como base el documento *Configuración del Hospital Católico,* elaborado bajo los auspicios del COHIC (Comisión Hospitales Iglesia Católica). Los ponentes iluminaron, sabia y profundamente, la realidad de los hospitales católicos, su identidad, su necesidad, sus valores y la manera de realizar la presencia de la Iglesia en este sector sanitario dentro de una sociedad pluralista y desde una perspectiva social, política y eclesiológica. Igualmente, fueron puntos de referencia las relaciones Iglesia-Estado en el campo sanitario, teniendo presente la Constitución y los acuerdos mutuos, y cómo llegar a una regulación jurídica de las instituciones religiosas.

Al final de estas dos jornadas, los cursillistas formularon unas conclusiones que incluyen una declaración de principios doctrinales y operativos, con el propósito de que lleguen a la conciencia de los responsables y se arbitren los medios que hagan efectivos estos criterios.

con tiempo de retensión en círculo variable de 36 a 60 horas y sucesiva rápida eliminación por el organismo.

Los mayores experimentadores en este campo son los japoneses que los han utilizado en el hombre en neurocirugía, urología, ortopedia, ginecología, cirugía vascular y en los trasplantes.

En el simposio de la Isla Tiberina, la relación de base fue presentada por el profesor Takao Mitsuno de Kobe, Japón. Es el cirujano que tiene la mayor experiencia mundial sobre la aplicación práctica de los perfluoroquímicos, habiéndolos utilizado en lugar de la sangre en más de 810 intervenciones sobre el hombre.

Una de las posibles utilizaciones de los perfluoroquímicos fue ilustrada a los asistentes por el jefe de servicio radiológico de la Isla Tiberina, profesor Bianchini, que se dispone a experimentarlos en la radioterapia contra los tumores al objeto de oxigenar, y por consiguiente derrotar, a las células resistentes a las radiaciones.

Las relaciones sobre estos temas fueron presentadas por el profesor Giordani del Hospital de Marino y por el profesor Balloni del Niño Jesús.

Las técnicas de la autotransfusión y de la hemodisolución, que utilizan sangre sacada del mismo paciente antes o durante la operación quirúrgica, pueden ser más actuales que los perfluoroquímicos, los cuales aún no pueden ser importados, puesto que el gobierno japonés no lo permite.

Para la autotransfusión se conocen varias metodologías, sobre todo en relación con la cantidad de sangre necesaria: desde una sola extracción al sujeto siete días antes de la intervención, a extracciones sucesivas seriadas en el tiempo, valiéndose, para la conservación de la sangre, de los métodos de congelación a temperaturas muy bajas (más de 90º bajo cero).

La autotransfusión puede efectuarse durante la operación, recogiendo la sangre perdida en el campo operatorio y reinyectándola al paciente previo acondicionamiento con equipo adecuado.

La autotransfusión intencional consiste en extraer al paciente inmediatamente antes de la intervención una cantidad de sangre compatible con su peso y con su hemocromo, sustituyendo la sangre extraída con plasma expander. Durante la operación el paciente pierde sangre diluida y la pérdida es recompensada reinyectándole sangre entera extraída al principio.

Estos métodos de transfusión, si se introducen y aplican en amplia escala, pueden contribuir a resolver la penuria crónica de sangre y los problemas transfusionales de personas con complicadas operaciones o pertenecientes a grupos muy raros o que rechacen la transfusión de sangre por motivos religiosos. Y todo ello con la ventaja del respeto total de la integridad inmunológica del individuo y de la eliminación de los riesgos relativos a la transmisión de enfermedades, particularmente de la hepatitis.

Otro momento importante del simposio —cuyos trabajos fueron coordinados por el doctor Giulio La Greca, Jefe del Servicio de Hematología del hospital de los hermanos de san Juan de Dios— fue el dedicado al análisis de la situación de los Servicios Transfusionales Italianos.

El tema fue tratado en una mesa redonda, participando ponentes políticos como el alcalde de Roma, Ugo Vetere.

«Al empezar el año —dijo el alcalde— la Administración de Roma afrontó el problema de *la sangre* bajo un punto de vista eminentemente cultural y socio-político. Vuestro simposio, que cuenta con la participación de ilustres científicos, lo afronta desde un punto de vista más estrechamente científico. Cada uno de nosotros ha pasado por la experiencia de hallarse en la necesidad de conseguir sangre para un pariente o un amigo; se comprende así la importancia de la *cosecha* que si a nivel nacional cubre el 45 % de la necesidad nacional, en la ciudad de Roma, desgraciadamente, apenas se llega al 20 %.»

El alcalde hizo mención después a los costes en el gasto sanitario, subrayando la importancia, para la reorganización de la reforma, de contar con los fondos que el gobierno parece decidido a cortar.

Por último, el alcalde Vetere puso de manifiesto que «en el momento en que el mundo aparece inquieto y la paz en peligro, un simposio sobre la sangre es un himno a la vida y búsqueda de instrumentos nuevos contra la muerte.»

F.

Pastoral

BARCELONA

EL HOSPITAL CATOLICO: NI PRIVILEGIADO, NI DISCRIMINADO

Durante los días 28 y 29 de enero se ha celebrado en Barcelona un cursillo sobre el tema *Los Hospitales Católicos.* Lo organizaron los delegados de pastoral sanitaria de Cataluña; participaron como ponentes: Monseñor Setién y los padres Corral, Abel, Cuyás y Escudé; la coordinación estuvo a cargo de José L. Redrado.

El tema despertó desde el inicio gran interés; el número de asistentes —150— es su mejor constatación, amén de muchos más que no pudieron admitirse por falta de espacio. Centrado, como estaba, para las diócesis de Cataluña, compartieron también con nosotros cursillistas de diversas regiones de España: Pamplona, Madrid, Huesca, Gijón, Palma de Mallorca, Castellón, San Sebastián, Santiago de Compostela, Valencia, Bilbao, Zaragoza, León, Oviedo.

El contenido desarrollado estos días tuvo como base el documento *Configuración del Hospital Católico,* elaborado bajo los auspicios del COHIC (Comisión Hospitales Iglesia Católica). Los ponentes iluminaron, sabia y profundamente, la realidad de los hospitales católicos, su identidad, su necesidad, sus valores y la manera de realizar la presencia de la Iglesia en este sector sanitario dentro de una sociedad pluralista y desde una perspectiva social, política y eclesiológica. Igualmente, fueron puntos de referencia las relaciones Iglesia-Estado en el campo sanitario, teniendo presente la Constitución y los acuerdos mutuos, y cómo llegar a una regulación jurídica de las instituciones religiosas.

Al final de estas dos jornadas, los cursillistas formularon unas conclusiones que incluyen una declaración de principios doctrinales y operativos, con el propósito de que lleguen a la conciencia de los responsables y se arbitren los medios que hagan efectivos estos criterios.

Conclusiones

1. La existencia de hospitales católicos, que lo sean de verdad, es decir, hospitales que sean presencia evangelizadora de la Iglesia, actualizando los valores de humanidad que se descubren a la luz del misterio de la Encarnación, es una riqueza positiva que anuncia y realiza el Reino de Dios y comprueba la existencia de una convivencia democrática.

2. Las notas fundamentales de este hospital católico han de ser: *a)* Voluntad práctica de un servicio hospitalario realizado desde la antropología cristiana y coherente con los valores que esta fe conlleva; *b)* Las relaciones todas, sanitarias y profesionales se institucionalizan en función de esta concepción cristiana del hombre; *c)* La titularidad del hospital es de tal naturaleza que permite tomar las orientaciones y decisiones coherentes con los presupuestos anteriores. Un signo de vitalidad en el hospital católico es la dinámica de constante superación en la búsqueda de la meta a alcanzar y que obliga a una conversión. Por ello, ni el nombre, ni la naturaleza de la entidad que tiene el hospital, ni la existencia de un servicio religioso, ni la observación de una norma ética concreta, definen por sí mismos el carácter católico de un hospital en su dimensión más profunda, aunque jurídicamente llevare el nombre de *Hospital Católico*.

3. Los hospitales a cargo de órdenes religiosas, que tienen el carisma de servicio a los enfermos, han de expresar claramente la radicalidad de su seguimiento de Cristo preferentemente mediante la opción por los pobres y marginados. Esta radicalidad también se manifiesta con trabajos en zonas geográficas que carecen de determinados servicios y prestaciones cuya preferencia sería más discutible en otros contextos.

4. La dimensión evangelizadora a nivel del hospital comporta asegurar el funcionamiento del servicio religioso con objetivos concretos. Han de estudiarse cuidadosamente los pasos a realizar para sensibilizar a todo el personal en el significado de este servicio evangelizador en el hospital católico.

5. Cada hospital ha de estudiar la manera más adecuada para que el espíritu de servicio que inspira la creación de un comité de ética sea comprendido y el funcionamiento de este comité tenga un carácter operativo.

6. Se urge a los Delegados de Pastoral Sanitaria que nombren un equipo operativo, compuesto por seglares y religiosos(as) y que, de acuerdo con los Superiores Mayores de las Congregaciones Religiosas, tengan representatividad decisoria para: *a)* Dar los pasos necesarios para conseguir la sensibilización de cuantos trabajan en el área sanitaria sobre la importancia de los centros sanitarios católicos; *b)* Estudiar el presupuesto y financiación para conseguir un doble dictamen, jurídico y administrativo sobre el hospital católico y otro dictamen patrimonial sobre fundaciones; *c)* Hacer llegar al Episcopado Español las conclusiones de estas jornadas con la petición de una declaración urgente clarificadora y comprometida en relación con la actividad sanitaria de la Iglesia.

7. Es necesario obtener el reconocimiento de personalidad civil para todos los hospitales católicos, así como constituirnos en Federación.

8. Se urge igualmente a los Delegados de Pastoral Sanitaria la elaboración de las normas que han de regir en los hospitales psiquiátricos y geriátricos para adecuarse a la configuración del hospital católico que no contempla estas instituciones de una manera específica.

9. Constatamos la necesidad de reforzar a nivel de todo tipo de centros sanitarios (hospitales, clínicas abiertas, residencias, etc.) las motivaciones para una formación permanente y ver la conveniencia o no de una transformación concreta de los centros propios para adecuarse a las exigencias de una presencia evangelizadora, aquí y ahora.

10. Los centros sanitarios de la Iglesia han de poder equipararse en calidad científica y en eficacia a otros centros. No han de estar privilegiados, pero tampoco discriminados.

11. El personal religioso o laico que marca la política y gestión de los centros católicos deben poseer la necesaria profesionalización. Esta exigencia de profesionalización abarca también al personal directivo.

LABOR HOSPITALARIA
prepara un número especial dedicado al
Hospital Católico

Pide con tiempo los ejemplares que deseas adquirir:

LABOR HOSPITALARIA
Curia provincial hermanos de san Juan de Dios.
Carretera Esplugas, s/n., BARCELONA 34

DERECHOS DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL

MESA REDONDA

La Unión Catalano-Balear de Hospitales organizó una mesa redonda sobre los derechos del paciente en el hospital. La mesa estuvo coordinada por Francisco Sola, presidente de la Unión Catalano-Balear de Hospitales, quien, al recordar la Declaración de los Derechos Humanos, añadió que «al hablar de los enfermos, nos olvidamos que, antes que enfermos, son personas con todos los derechos inherentes a esta condición de personas. Por ejemplo: todo el mundo reclama el derecho a la información, sin embargo, cuando ingresa en el hospital parece que el enfermo y los familiares pierden hasta el derecho a preguntar».

El doctor Francisco Abel, teólogo y médico, jefe del servicio de planificación familiar del Hospital san Juan de Dios, hizo un análisis de los «derechos y deberes» de los enfermos desde la postura liberal a la marxista. En cuanto a la doctrina social de la Iglesia constató que el «derecho del enfermo es el derecho de la persona, y éste parte de la propia dignidad humana y su carácter trascendente».

El planteamiento que hizo el doctor Abel supone para el hospitalizado, que básicamente no pierda los derechos humanos, por tanto «deberá preservarse la intimidad del hospitalizado (los dictámenes médicos son privados). Presuponen también una libertad religiosa. El enfermo tiene derecho a rehusar los medios técnicos desorbitados capaces de prolongar la vida y debe ser respetada una muerte digna cuando la vida ya no es compatible con los principios personales y éticos».

El doctor Ferrándiz de la sección plan funcional hospi-

talaris de la Generalitat, hizo unas reflexiones sobre la información que deben tener los enfermos que abarcan desde que esté informado, él o sus familiares, a que se le notifique el proyecto médico que se seguirá, e incluso si se realizará algún estudio científico sobre su caso.

La responsable de enfermería del Hospital de Terrassa, Pilar Argilés abogó por la función propia de la enfermería, es decir, aquellas atenciones que necesita el enfermo que van más allá de la mera ejecución de lo dispuesto por el médico. Saber cuidar del entorno afectivo-humano e incluso detectar aquellas inquietudes que pueden ayudar en todos los aspectos como puede ser el religioso, del paciente.

El aspecto concreto del servicio religioso fue valorado por el capellán, José Luis Redrado que ofreció el sugerente criterio de que la «curación del enfermo es un acto interdisciplinar». Para la atención religiosa del enfermo se deberá partir del «respeto a la opción religiosa del paciente, contribuyendo a la asistencia integral a la que tiene derecho el enfermo. Al agente de la pastoral le pertenece colaborar para que sean posibles las condiciones mínimas que favorezcan el mensaje religioso». Hizo referencia a los equipos pastorales ecuménicos en los que estarían presentes los agentes pastorales de distintas confesiones.

Se refirieron a la línea, cada vez más humanizadora que debe darse en los hospitales, María Virtudes Pacheco del Servicio de Reclamaciones del Hospital de San Pablo y el doctor Asenjo. Este último dibujó las líneas maestras del hospital ideal que potencie la capacidad de diálogo entre directivos, médicos y pacientes.

JOSEP M.ª FORCADA

LOS 10 DERECHOS DEL ENFERMO

1. *Ser «preferido del Reino de Dios».* El sufrimiento es signo de predilección divina. ¿Te suena exagerada esta afirmación? Escucha a los santos: «No hay prueba más clara y segura del amor de Dios que las adversidades» (San Felipe Neri). «Don es padecer por Cristo y no lo da sino a quien El mucho ama» (San Alfonso Rodríguez).

2. *Ser «hermano de Cristo paciente».* Debes ser hermano de Cristo paciente y llevar el sufrimiento por amor, con El. Recordarás que en el Calvario tres hombres estuvieron sufriendo en su cruz. Jesucristo está en la cruz con libertad y por amor... y redime al mundo. El buen ladrón está con resignación... y se salva: Jesús le dijo: «en verdad te digo, hoy estarás conmigo en el paraíso» (Lc. 23,43). El mal ladrón está con rebeldía e insultando a Jesús... y un misterioso interrogante se abre ante su destino final.

3. *Ser «corredentor con Cristo».* Esto te dice Juan Pablo II: «Queridísimos enfermos: sabed que vuestro sufrimiento, unido al de Cristo, viene a ser un medio precioso de Redención y Salvación en beneficio también de vuestros hermanos» (Audiencia General, 7-2-1979).

4. *Ser «auténtico apóstol del Reino de Dios».* En el cielo verás las grandes obras que Dios ha realizado por ti. «Se salvan más almas con el sufrimiento que con los más brillantes sermones» (Santa Teresita de Lisieux). Algo grande tendrá el sufrimiento cuando Jesús lo escogió para hacer su mayor apostolado: *Redimirnos.* «El sufrimiento, unido a la oración, es la forma más grande y sublime del apostolado» (I. Leseur).

5. *Ser «el gran bienhechor de la Humanidad».* Eres miembro activo y eficaz para el bien de la humanidad. Al padecer con Cristo, te conviertes en el «gran bienhechor del mundo», porque ayudas a los hombres en la mayor empresa que tienen: su salvación. Todo sufrimiento aceptado con amor siempre será instrumento de Redención y Salvación para toda la Humanidad.

6. *Ser «testigo de Dios».* Al aceptar por amor el sufrimiento, testificas ante el mundo que Dios te ama y que sus planes son siempre de *Padre.* ¿A quién ha amado y ama Dios más que a Jesucristo? Pues a El le dio el mayor sufrimiento que persona humana padecerá sobre la tierra, pues le hizo «varón de dolores» (Is. 53,3).

7. *Ser «signo del amor de Dios».* El sufrimiento con amor es «signo del amor de Dios». Así te lo dicen los santos: «La cruz es el regalo que Dios hace a sus amigos» (Cura de Ars). «Mucho te ama Jesús cuando te envía tales pruebas» (Teresita de Lisieux).

8. *Ser «peregrino de fe que camino hacia el Padre».* «Pues sabemos que si la tienda de nuestra mansión terrena se deshace, tenemos de Dios una sólida casa... eterna en los cielos» (II Cor. 5,1).

9. *Ser «víctima inmolada».* Ser «víctima» es ofrecerse incondicionalmente a Dios para «reparar su gloria, desagraviar a Jesús y reparar los pecados del mundo». Todo enfermo que sufre por amor a Jesús se inmola con Cristo para alabanza de Dios y salvación de las almas.

10. *«Tender a la perfección».* Has sido creado para ser santo. «El caballo más rápido para llegar a la santidad es el sufrimiento» (Eckard).

RICHARD CUADRADO TAPIA

(*Misión y sufrimiento,* n.º 35. Nov.-Dic. 1982)

CONFECCIONES
BH S. A.
Una empresa al servicio
de las empresas hospitalarias
- PRENDAS LABORALES Y PROFESIONALES
- CONFECCIONES
- SASTRERIA A MEDIDA
- TRAJES DE UNIFORME

Riera Blanca, 19-21 / Tel. 240 50 06
BARCELONA-28

Más de dos siglos administrando su dinero.

Allá por el año 1737, fuimos los primeros,
contando, cambiando y administrando maravedíes,
reales de vellón y de plata, ardites(*), doblones...

(*) Moneda catalana de cobre acuñada en tiempos de Fernando VI.

Hoy Banca Jover, en más de 70 Oficinas
en Cataluña y Baleares, brinda a sus clientes de toda la vida
la misma tradición y bien hacer bancario probado a través de
las vicisitudes de toda una historia de más de dos siglos.

Le invitamos a comprobarlo...

BANCA JOVER

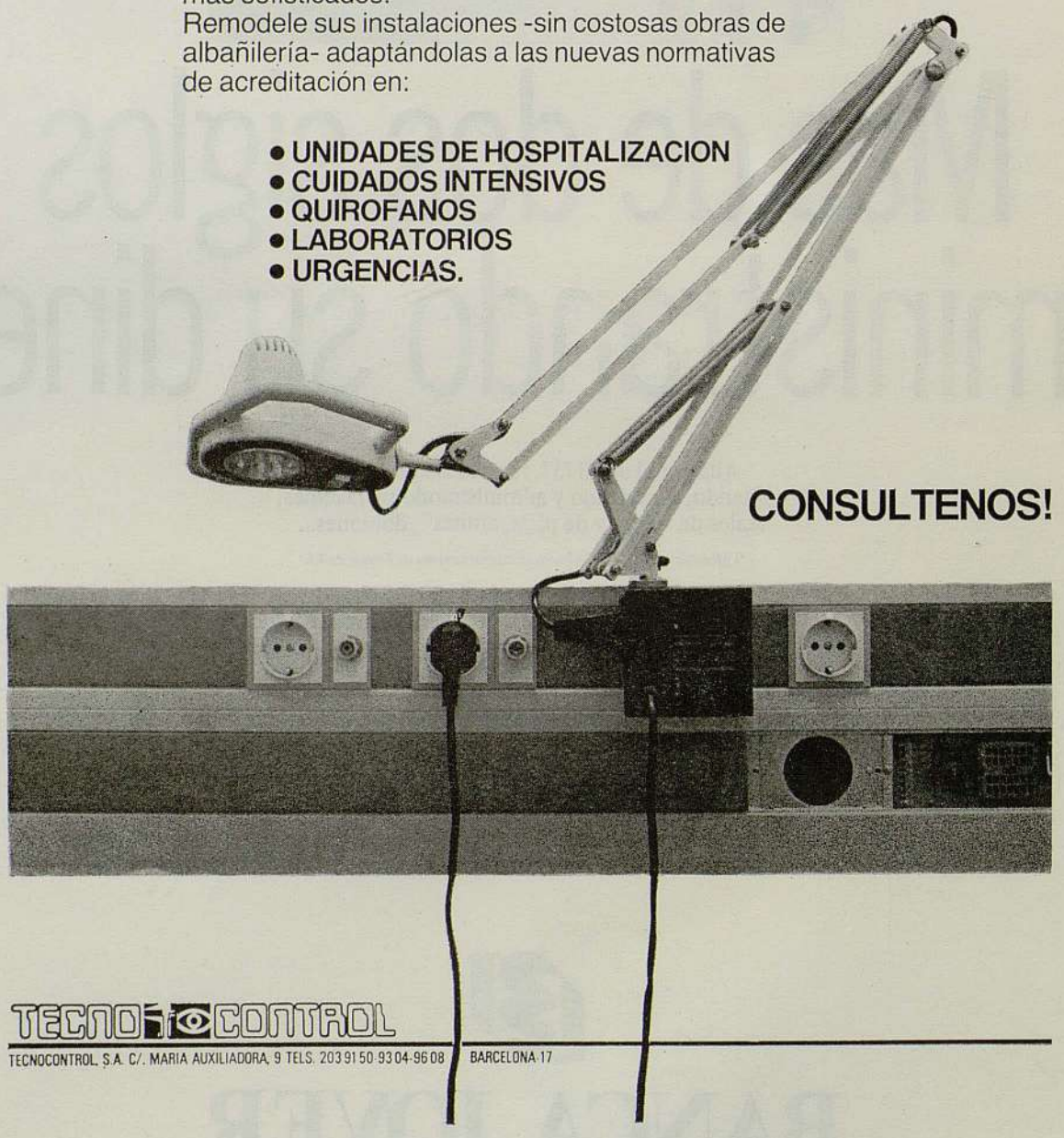
Banqueros desde 1737

VERIPANEL

SISTEMAS INTEGRADOS PARA HOSPITALES

La solución más versátil y eficaz para cualquier programa de instalación y equipamiento, desde los más sencillos a los más sofisticados.
Remodele sus instalaciones -sin costosas obras de albañilería- adaptándolas a las nuevas normativas de acreditación en:

- **UNIDADES DE HOSPITALIZACION**
- **CUIDADOS INTENSIVOS**
- **QUIROFANOS**
- **LABORATORIOS**
- **URGENCIAS.**



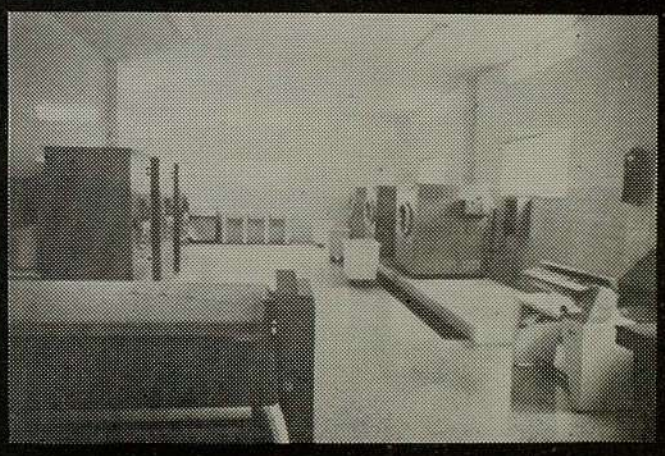
CONSULTENOS!

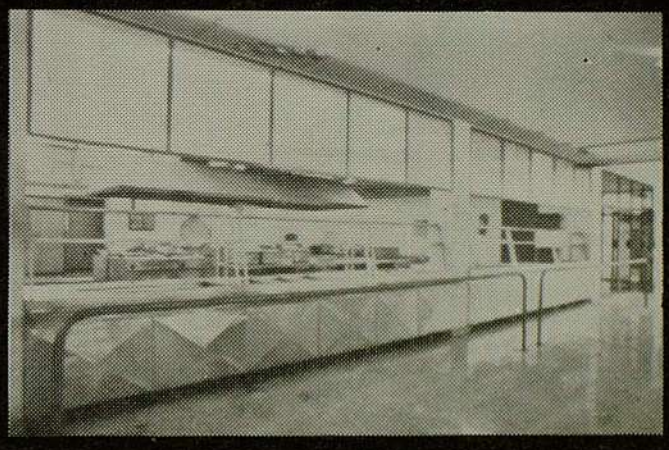
TECNOCONTROL

TECNOCONTROL, S.A. C/. MARIA AUXILIADORA, 9 TELS. 203 91 50 93 04-96 08 BARCELONA-17

Fagor Industrial

en hostelería, frío y lavandería tiene mucho que "enseñar"...





Sí, Fagor Industrial desea mostrar las múltiples instalaciones realizadas. Son más de 50.000 las referencias que actualmente están en pleno funcionamiento y que Ud. puede apreciar

Nuestra propia tecnología, más la experiencia adquirida (50.000 instalaciones) son la mejor garantía de unas prestaciones y rendimientos constatados en todos nuestros aparatos.

Fagor Industrial sabe de la importancia del servicio técnico para tener siempre "a punto" sus aparatos, por eso dispone del mejor servicio de asistencia técnica y es el único que proporciona este servicio a todos los aparatos de una instalación (hostelería, frío, lavavajillas, lavandería)

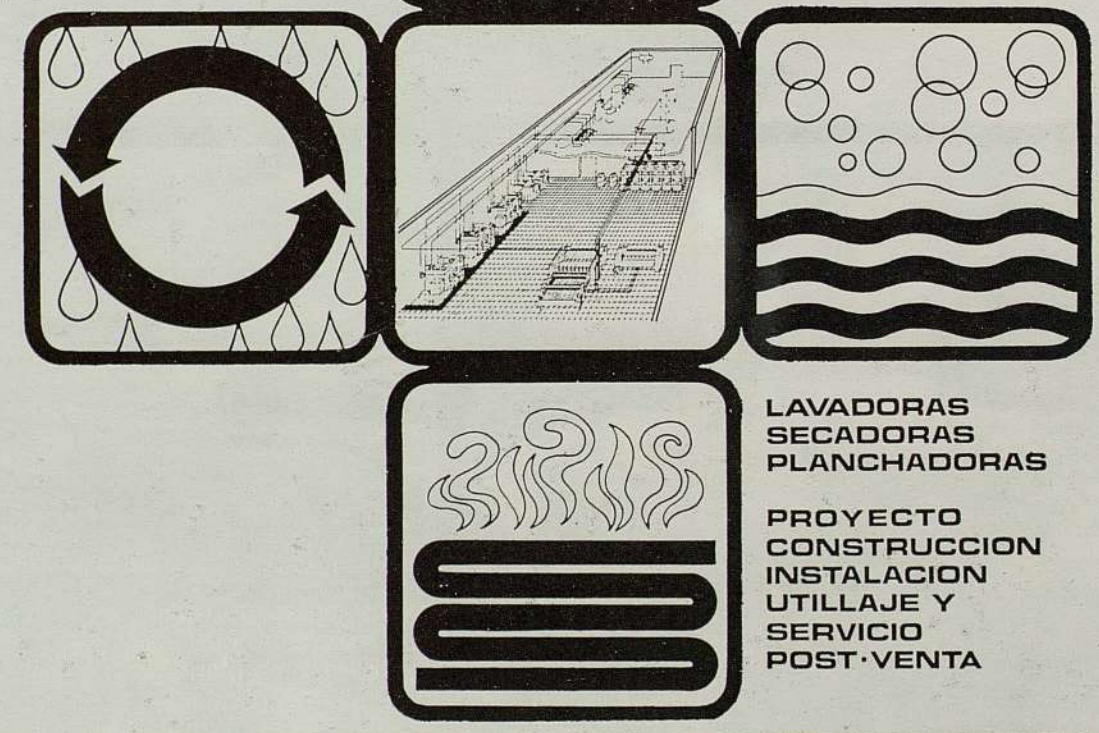
FAGOR INDUSTRIAL

La más completa gama de aparatos para cocinas, lavado de vajillas, frío y lavandería.

Fábrica y oficinas centrales: OÑATE (Guipúzcoa)
Teléfonos: (943) 78 01 51 – 09 00 – 09 90
Delegaciones, representaciones y asistencia técnica

la más completa gama de maquinaria para lavanderia hospitalaria

Golder GIRBAU
SERVICIO TECNICO POST-VENTA



LAVADORAS
SECADORAS
PLANCHADORAS

PROYECTO
CONSTRUCCION
INSTALACION
UTILLAJE Y
SERVICIO
POST·VENTA

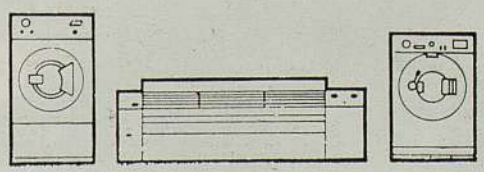
Fabricamos máquinas de gran calidad, capacidad y rendimiento para lavar, secar, planchar, etc., asi como utillaje menor.
La experiencia de las importantisimas instalaciones realizadas nos permite darles referencias y realizar el montaje de sus instalaciones con absoluta seriedad, eficacia y garantia.
Nuestros servicios Post-Venta, atendidos por Técnicos situados en todo el ámbito nacional y formados en nuestras propias factorias, les aseguran la continuidad de trabajo en todos los detalles.
Les rogamos nos consulten, tanto si están interesados en la adquisición de alguna máquina, en la renovación de sus instalaciones actuales o en la realización de una nueva planta completa

Golder GIRBAU

GIRBAU, S.A.

Carretera de Manlleu, Km. 1 - Tel. (93) 886 11 00
Telex n.º 54380 Girb e - VIC (Barcelona)

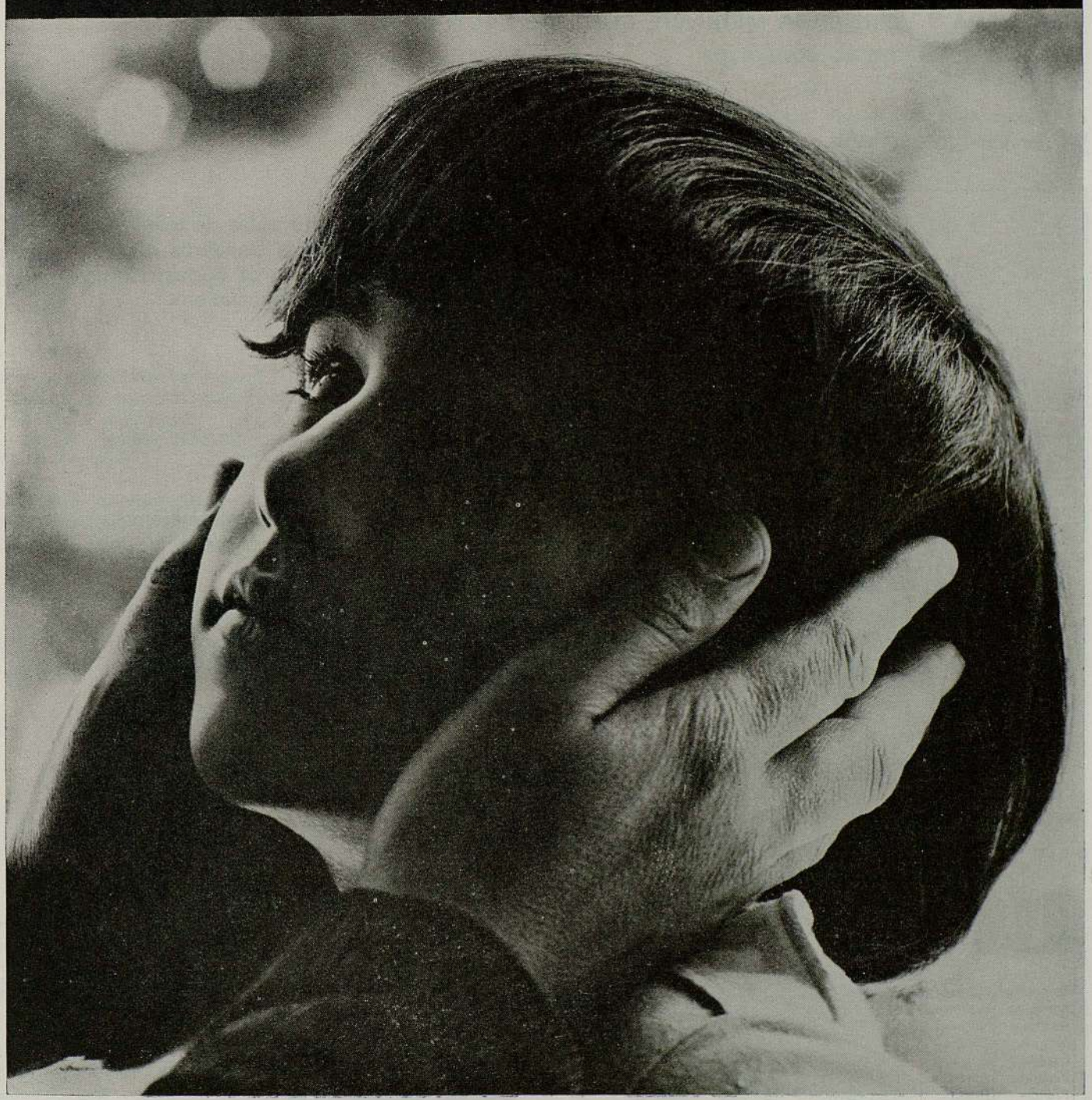
Delegación Centro - Fundadores, 31 / Tel. (91) 245 57 15/40 - Madrid - 28
Delegación Cataluña - Santaló, 95
Tel. (93) 200 33 88 - 200 93 77 / Barcelona - 21



COMO TU, PAPA

Quieres ser alto como papá, fuerte como papá, y saber tantas cosas como papá. Porque papá es el más alto, el más fuerte y el que más cosas sabe. En Nestlé nos gusta el lenguaje de los niños. Nos gustan los niños, porque ellos son los hombres altos, fuertes y sabios de mañana. Por eso en Nestlé tenemos tantos productos para niños. Y por eso nos esforzamos en que sean productos mejores, más nutritivos, más sanos. Porque son para niños y porque sus padres de pequeños ya conocían Nestlé.

Nestlé *más que una marca*



LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA, REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTEOROLOGICO.

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

  Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Helth Association».

- AREA DE PRESTACION:

  Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

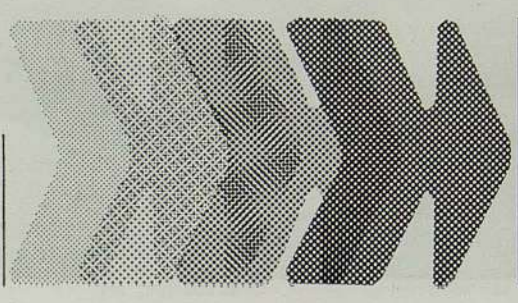
  Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

  Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.

ISS

Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil

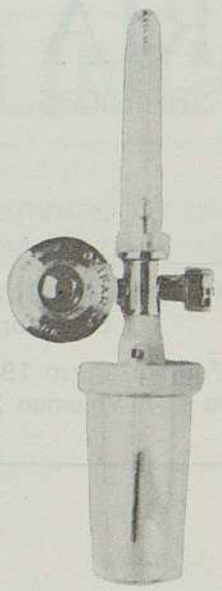


SAEL
S.A. de Entretenimiento y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16*
Barcelona - 5

MEDIDORES DE CAUDAL

aplicación y medición de cuadales de oxígeno



Caudalímetro Oxifar para acoplamiento a canalización de oxígeno.

CARACTERISTICAS GENERALES

- Reductor fijo de presión estable.
- Grifo micrométrico para regulación del flujo.
- Vaso humectador.
- El rotámetro puede ser suministrado en cualquiera de las tres escalas de lectura siguientes:
  · escala P de O,1 l/min. a 3,5 l/min.
  · escala A de 2 a 16 1/min.
  · escala PA doble de 0,1 a 3,5 y 2 a 16 1/min.
  La exactitud de la lectura no queda interferida por la acción de instrumentos o aparatos acoplados a la salida.
- Los caudalímetros se pueden suministrar con el conector adecuado a cada tipo de canalización.

OXIGENAL

la pequeña botella que salva una vida

Tipo BB 1000 Nl

Tipo BB 200 Nl

DE UTILIDAD EN:

Farmacias, Ambulancias, Botiquines, Clínicas, Hospitales, Sanidad en Campaña, Playas, Deportes, Minas, Espectáculos, Protección Civil.

CARACTERISTICAS DE LOS APARATOS SERIE OXIGENAL

Capacidad Nl	Peso Kgs.	h. mm.	Ø mm.
100	2,3	436	60
150	3,5	463	76
200	4,2	559	76
350	7,0	520	102
500	9,0	660	102
750	11,0	760	120
1000	15	950	114

LOXIFAR

respirador activo bifásico

CAMPO DE APLICACION: Respiración controlada en caso de apnea. Respiración asistida en caso de insuficiencia respiratoria. Respiración activa, ya que el respirador opera en fase positiva y negativa. **DATOS TECNICOS:** Presión entrada: 2 kg/cm^2. Presión oral posit.: hasta + 40 cm columna de agua. Presión oral neg. hasta - 6,6 cm columna de agua. Concentr. O_2: alrededor de 40 %. Frecuenc. respirat.: 12-30 min (depen. del paciente). Relac. respiratoria, Tin-Tex: 1:2.

El funcionamiento de LoxiFar es completamente automático. Es importantísimo el perfecto ajuste de la unión máscara bucal-paciente. La presión de entrada se ajustará según necesidades y comodidad del paciente.

SALUS SUPREMA LEX EST OXIFAR

OXIFAR

SUCURSAL: BARCELONA (26) c.- Enamorados, 136 - Teléfono 225 82 60.
SUCURSALES: MADRID (4) Amador de los Ríos, 1. Tel. 419 28 00; **ZARAGOZA (5)** Baltasar Gracián, 7. Tel. 25 72 53; **TALAVERA DE LA REINA (Toledo)** Sombrerería, 9. Tel. 80 60 88; **CIUDAD REAL** Rda. de los Arcos, 24 bajos. Tel. 21.26.44; **SEGOVIA** La Plata, 4-L. Tel. 42.72.61; **VALLADOLID** Santuario, 23. Tel. 29 44 77.; **LEON Pº. Condesa Sagasta, 20-22.**

"Nuestras cuentas no son nada corrientes."

Javier Peidró
Gestor de Banca Mas Sardá.

No es corriente que un banco suministre el detalle diario de los movimientos de sus cuentas corrientes, informe sobre temas socio-económicos a través de múltiples publicaciones, ofrezca nuevos servicios sobre ahorro o crédito, pueda aconsejarle sobre inversiones en arte o numismática y disponga de servicios muy especializados en Bolsa y financiación internacional.

Nuestros servicios no son corrientes, pero es que nuestras cuentas tampoco son, para nosotros, nada corrientes.

BANCA MAS SARDÁ

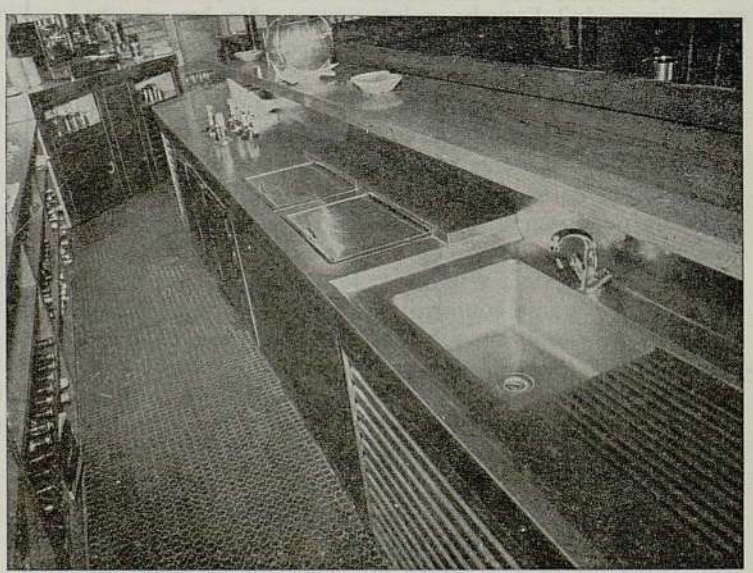
Fundada en 1844

HOSTELERIA

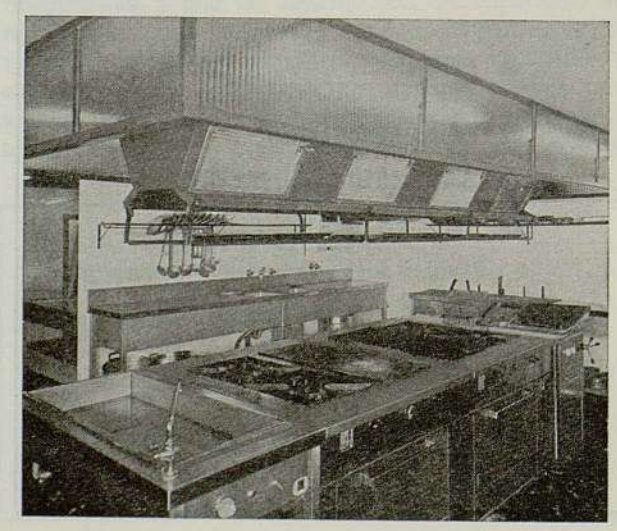
Cafeterías • Autoservicios • Cocinas Industriales

Estudiamos las obras a realizar y estructuramos, en colaboración con el cliente, los planos adecuados para lograr una instalación práctica y de calidad.

Servicio cafetería



Servicio cocinas



Antonio Matachana, s.a.

VIA AUGUSTA, 11 · TELEFONOS 2278949 · 2279935 · BARCELONA-6

GEVAERT AGFA-GEVAERT

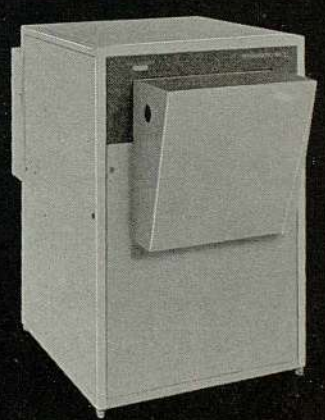
Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. NOSOTROS TENEMOS 5.

Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevamatic está compuesto actualmente de 5 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados para responder a las diversas necesidades.
No obstante todas tienen en común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

GEVAMATIC 110 U: Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC 240 U: Capacidad 240 películas/hora. Duración del tratamiento 2 y 4 min. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC R 10: Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16, 35, 70, 90, 100 y 105 mm. y para películas de 10 × 10 cm. Conducción de agua fría. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC 60: Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

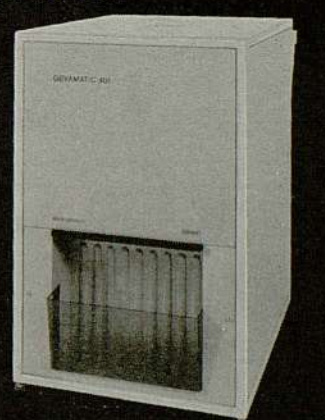
AGFA-GEVAERT, S. A.
Provenza, 392
Barcelona-25

GEVAMATIC 110 U

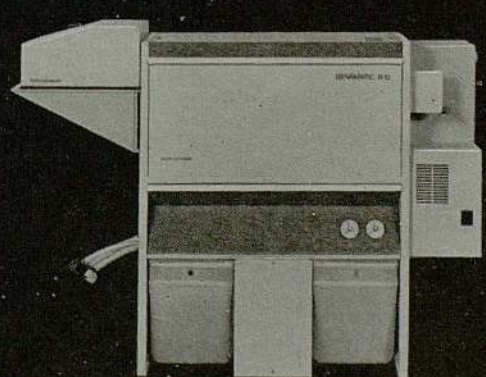


GEVAMATIC 240 U

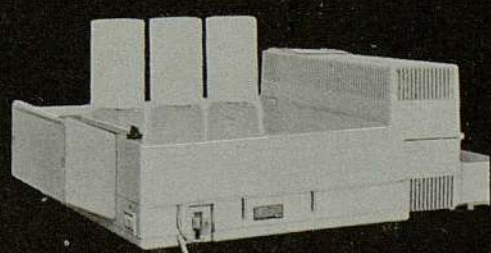
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R 10



GEVAMATIC 60



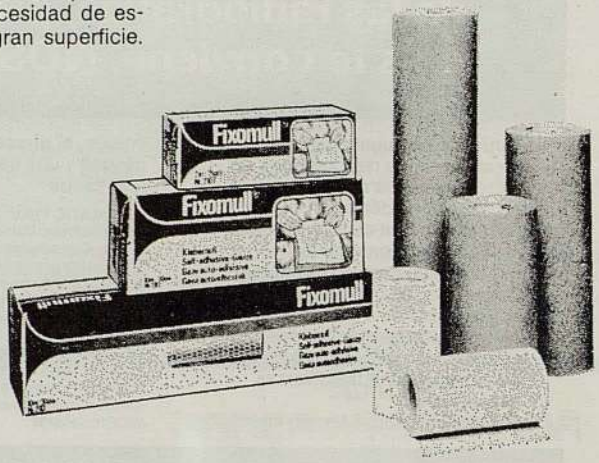
Si aún no usa Fixomull es porque no conoce sus muchas ventajas

BDF programa medical

Fixomull es una gasa autoadhesiva, porosa e hipoalérgica. Disponible en distintos anchos para cubrir de una sóla vez, y sin necesidad de esparadrapo, los apósitos post-operatorios de heridas de gran superficie.

Fixomull cubre grandes zonas post-operatorias permitiendo la transpiración y el paso de las secreciones a través de sus grandes poros.

Fixomull, gracias a su masa adhesiva acrílica no deja residuos, y se retira sin dolor incluso de pieles delicadas, sensibles, o con vello.



Fixomull®
simplifica el vendaje

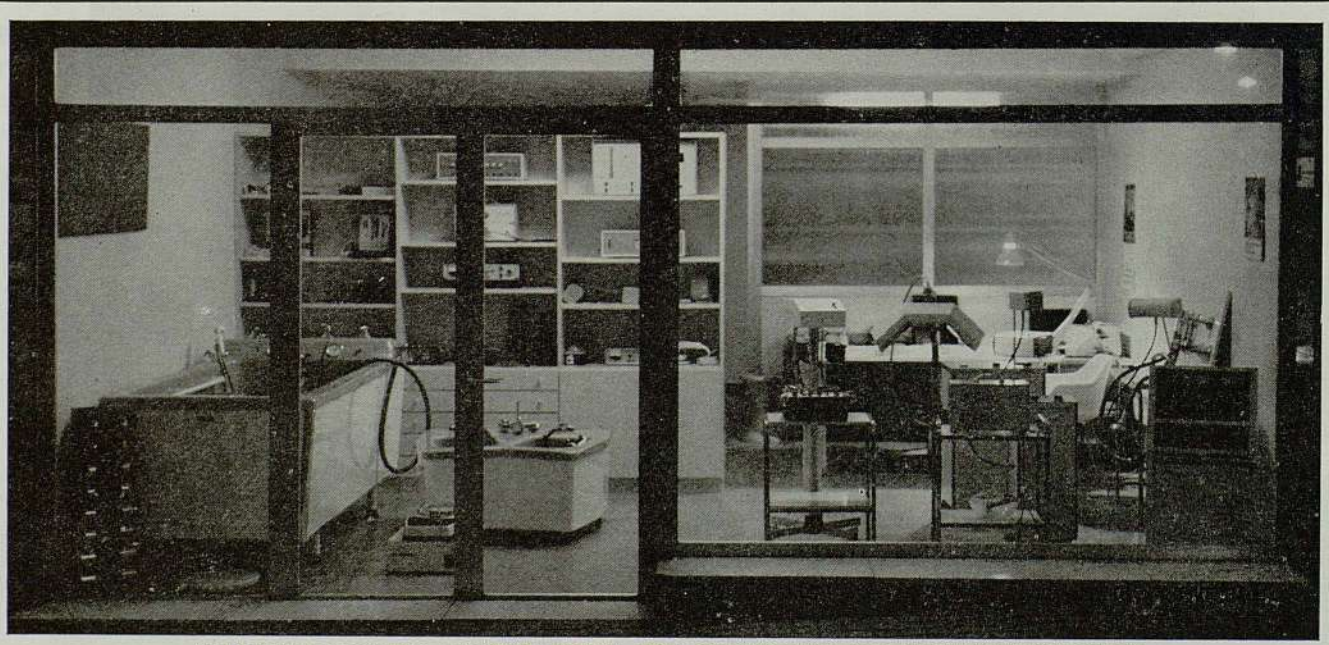
Pida folleto informativo, con más amplia información, a

BDF tesa s.a. · Pizarro, 95 Tel. (93) 798 33 00 Mataró (Barcelona)

JS

APARATOS DE MEDICINA FISICA

Exposición y venta: Bertrán, 109 - Tels. 212 81 93 - 212 28 05 - BARCELONA-6



INSTALACIONES COMPLETAS DE CENTROS DE REHABILITACION
ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL

PHONIC MIRROR® HC 500

PARA EDUCACION DE LA ARTICULACION, LA VOZ, EL RITMO Y EL LENGUAJE.

Se trata de un instrumento portátil compuesto de un amplificador de alta fidelidad y un magnetófono acoplado con cinta magnetofónica en bucle cerrado. Ambos instrumentos trabajan independientemente o de forma coordinada.

La ganancia del amplificador es de 60 dB y la potencia de salida de 128 dB de 20 $\mu N/m^2$ con los 4 cascos. La banda de frecuencias es amplísima (250 a 9.000 Hz) resaltando especialmente los agudos. Hay dos micrófonos.

Es posible grabar para reproducir una sola vez y borrar automáticamente (RECORD) o bien reproducir indefinidamente lo grabado (REPEAT). Hay dos pistas de grabación. El período de repetición depende del tipo de cinta y las hay con intervalos de 3 seg. a 15 minutos. La reproducción es automáticamente 6 dB más intensa que el nivel de grabación.

Se pueden grabar clases programadas en la pista del profesor para que el niño realice ejercicios en la otra pista, repitiendo lo que oye del profesor y escuchando luego las dos grabaciones para comparar y corregir.

Control de volumen y de balance para cada alumno. Posibilidad de salida a los cascos o al altavoz.

INSTITUTO AUDITIVO ESPAÑOL, S.A.

BARCELONA-10 - Pau Claris, 98 - ☎ 317 35 28 - 317 35 70 - 317 37 08

MADRID-14 - Zorrilla, 19 - ☎ 221 78 79 - 221 79 87

Productos MONTVIER

J. PLADELLORENS
Carretera de Moncada, 367 - Teléfono 785 90 66
TARRASA (Barcelona)

Fábrica de gasa hidrófila indesmallable, signo de:

CALIDAD - Fabricado en algodón 100%

COMODIDAD - Por su presentación en piezas 100 × 1

- Modelos cortados en: 10×10, 20×20, 25×25, 33×33, 50×50, etc.
- Modelos cortado y doblado en: 20×20, 20×25, 20×40, 33×33, small y medium
- Modelos confeccionados en 2 y 4 telas: 25×25, 40×40, 50×50, 40×60, 100×25, etc.

PORTA-BRAZOS - TIRITAS
TRAVESEROS SALVA-CAMA

PRECIO - COMPRUEBE Y SERA NUESTRO CLIENTE

ASCENSORES
PAGMO, S.A.

- FABRICACION
- INSTALACION
- CONSERVACION
- REPARACION

Delegaciones en:

Tarragona
Gerona
Palma de Mallorca

Domicilio Social y Fábrica en.

Ct.ª C. 155, Km. 11 - Teléf. 843 93 96
LLISSÀ DE VALL

Oficinas

Villarroel, 144 - Teléf 254 14 07
BARCELONA 11

HOY...

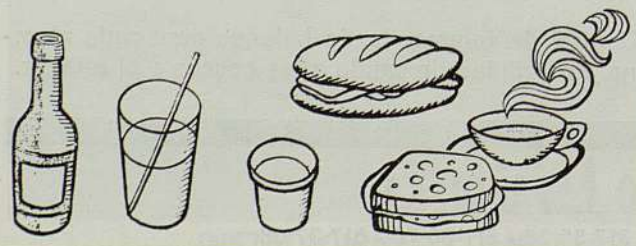
SOLO PULSANDO UN BOTON

el mejor servicio de

MINIBAR AUTOMATICO

VENDING CONDAL, S. A.

BARCELONA TELF. 339 84 00 Y 04



ALQUILER Y VENTA

Omina VIDEO

- SISTEMAS COMPLETOS
- MONITORES, CAMARAS
- MAGNETOSCOPIOS
- GRABACION PROGRAMAS EN ESTUDIO Y UNIDADES MOVILES

Omina ELECTRONICA

Vía Augusta, 99
Tel. 237 75 42
Télex 52216 - OMEL
Barcelona - 6

Su libreta o talonario de "la Caixa" es dinero al instante en toda Catalunya, Baleares y Madrid.

Más de 800 Oficinas a su servicio.

CAJA DE PENSIONES

"la Caixa"

construcciones

Guipúzcoa, 62, 11.º 2.ª - BARCELONA 20

Teléfonos 236 97 49 / 303 07 34

BANCO GARRIGA NOGUES

OFICINA PRINCIPAL: Ramblas, 140 - Barcelona

Más de dos siglos administrando su dinero.

Allá por el año 1737, fuimos los primeros,
contando, cambiando y administrando maravedíes,
reales de vellón y de plata, ardites(*), doblones...

(*) Moneda catalana de cobre acuñada en tiempos de Fernando VI.

Hoy Banca Jover, en más de 70 Oficinas
en Cataluña y Baleares, brinda a sus clientes de toda la vida
la misma tradición y bien hacer bancario probado a través de
las vicisitudes de toda una historia de más de dos siglos.

Le invitamos a comprobarlo...

BANCA JOVER

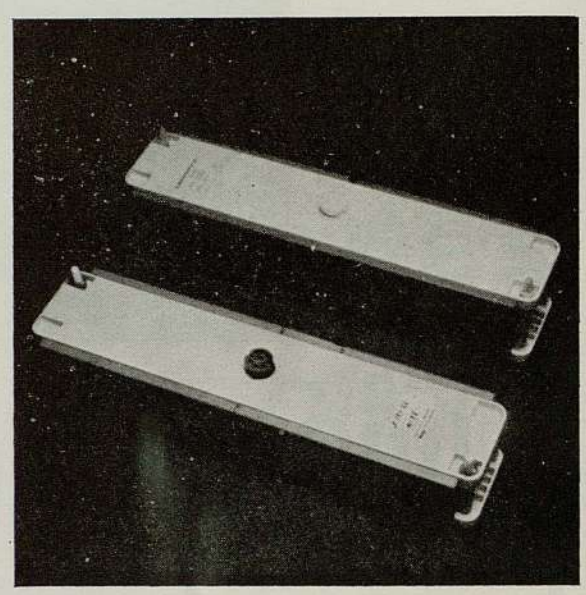
Banqueros desde 1737

HOSPAL ofrece la solución idónea de dializador y membrana para cada paciente en hemodiálisis.

H12-10/H12-07

Filtros planos de polyacrylonitrilo (AN-69)

RP-510/514

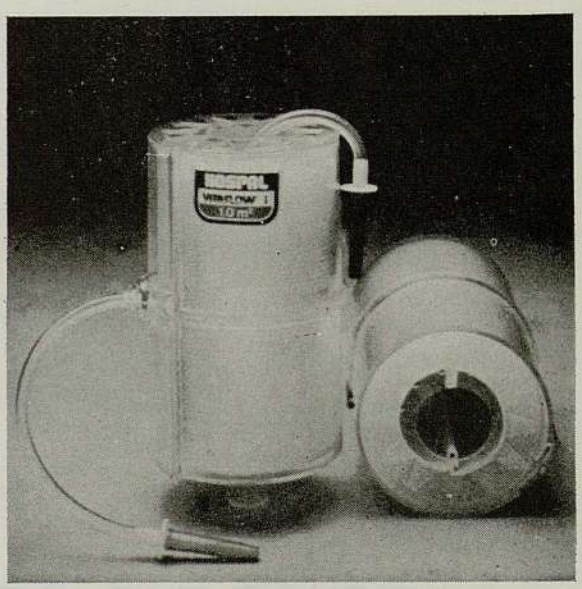


Filtros planos de cuprofano de 11,5 micras

DISSCAP 80-110-140

Filtros capilares de 11 micras

VITAFLOW 80/100

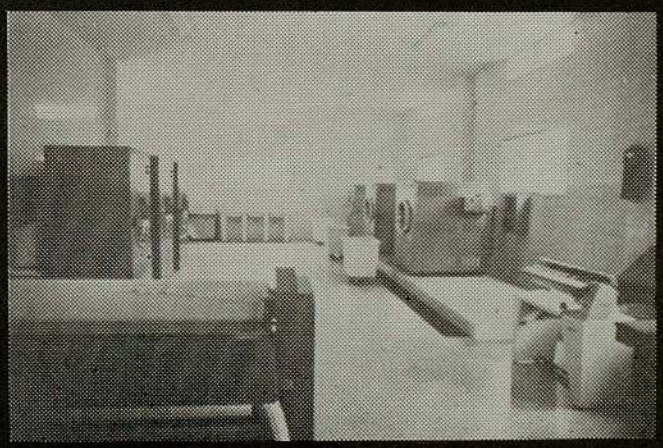


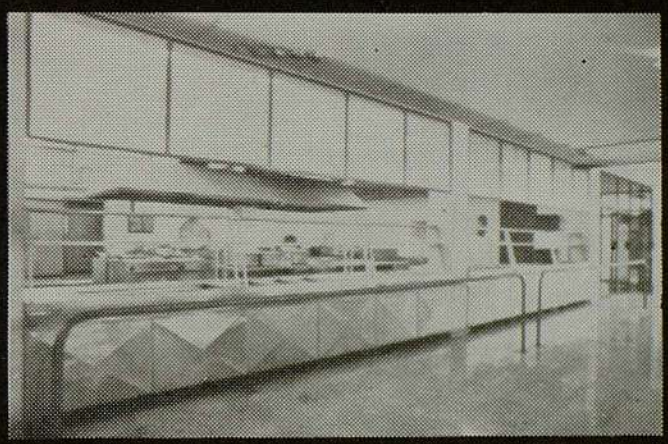
Filtros coils de cuprofano

HOSPAL, S. A. Cerdeña, 175. Apartado 8057.
Tels. (93) 245 36 00/09 y 245 48 02/03/04.
BARCELONA-13

HOSPAL

Fagor Industrial
en hostelería, frío y lavandería tiene mucho que "enseñar"...





Sí, Fagor Industrial desea mostrar las múltiples instalaciones realizadas. Son más de 50.000 las referencias que actualmente están en pleno funcionamiento y que Ud. puede apreciar

Nuestra propia tecnología, más la experiencia adquirida (50.000 instalaciones) son la mejor garantía de unas prestaciones y rendimientos constatados en todos nuestros aparatos.

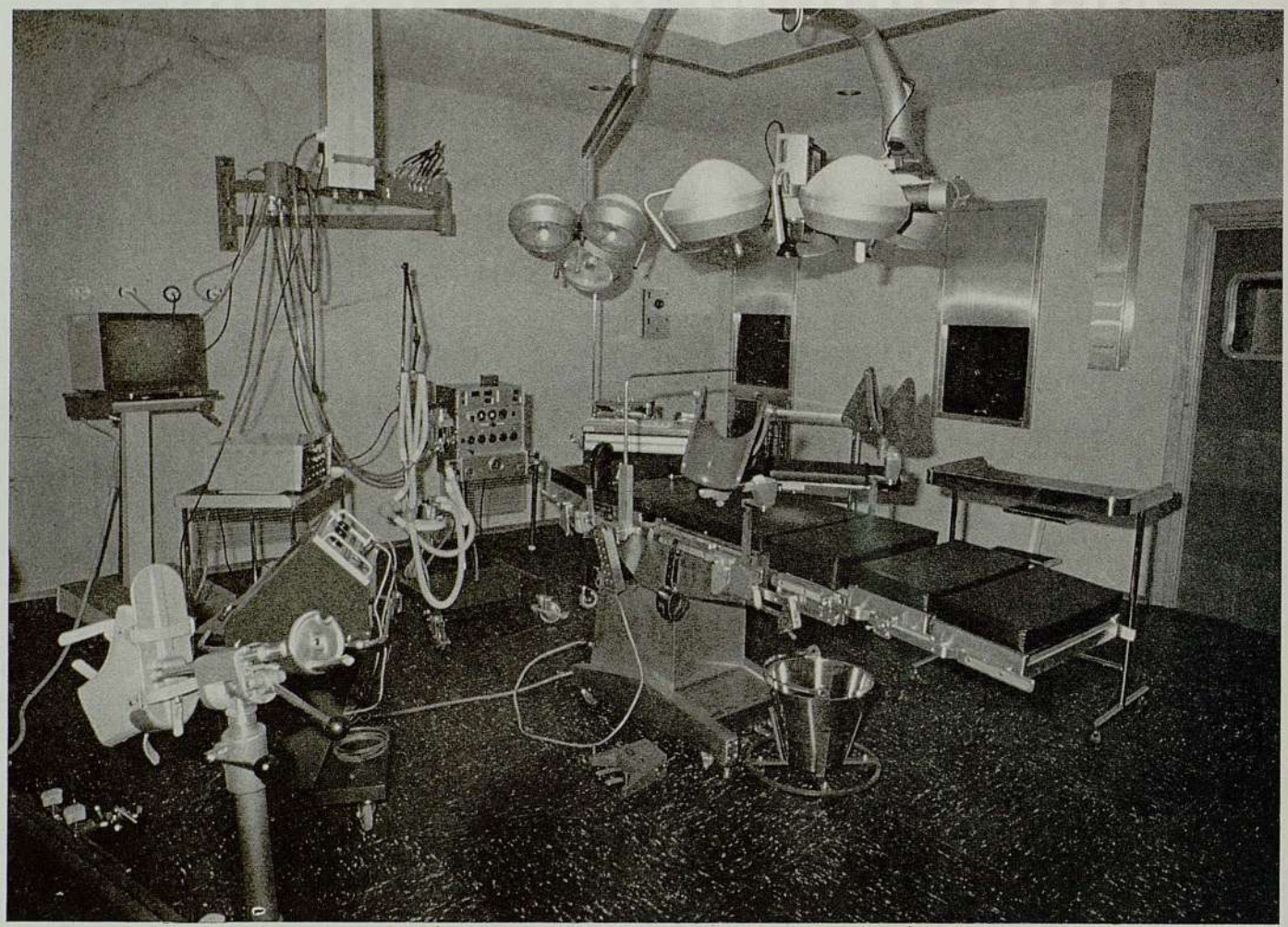
Fagor Industrial sabe de la importancia del servicio técnico para tener siempre "a punto" sus aparatos, por eso dispone del mejor servicio de asistencia técnica y es el único que proporciona este servicio a todos los aparatos de una instalación (hostelería, frío, lavavajillas, lavandería)

FAGOR INDUSTRIAL

La más completa gama de aparatos para cocinas, lavado de vajillas, frío y lavandería.

Fábrica y oficinas centrales: OÑATE (Guipúzcoa)
Teléfonos: (943) 78 01 51 – 09 00 – 09 90
Delegaciones, representaciones y asistencia técnica en toda España

Nuevos quirófanos del Hospital San Juan de Dios Granada



®

dimetronika s.a.

DISTRIBUIDORA MEDICO ELECTRONICA

CENTRAL / HEAD OFFICE
San Gervasio de Cassolas, 34. Tel. (93) 212 35 04
Télex: 53994 DIKA E - BARCELONA-22

DELEGACION CENTRO / BRANCH OFFICE
Ponzano, 74 - Tels. (91) 234 42 30 / 40 - 234 45 24
MADRID-3

CANARIAS:
Luis Doreste Silva, 60. Telf. 23 39 73. LAS PALMAS DE GRAN CANARIAS
y Delegados en toda España para un mejor servicio

ESPECIALISTAS EN INSTALACIONES QUIRURGICAS

GEVAERT AGFA-GEVAERT

Si necesita una máquina para el tratamiento de las radiografías, precise bien cuál es la que más le conviene. NOSOTROS TENEMOS 5.

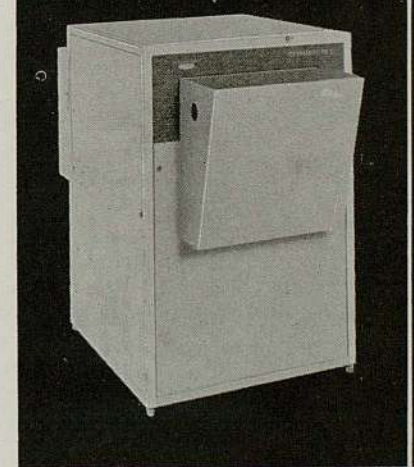
Teniendo en cuenta que los departamentos radiográficos no tienen todos los mismos problemas ni idénticas necesidades en cuanto al equipo para el tratamiento de las radiografías, nuestro programa Gevamatic está compuesto actualmente de 5 máquinas cuyas características y resultados han sido cuidadosamente estudiados para responder a las diversas necesidades.
No obstante todas tienen en común, el ofrecer un alto nivel de calidad y una fiabilidad total en los resultados.

GEVAMATIC 110 U: Capacidad 110 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. Transporte de la película enteramente horizontal. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC 240 U: Capacidad 240 películas/hora. Duración del tratamiento 2 y 4 min. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.

GEVAMATIC 401: Capacidad 360 películas/hora. Duración del tratamiento 90 seg. Conducción de agua fría. Dispositivo economizador. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC R 10: Modelo de mesa para el tratamiento de películas de 16, 35, 70, 90, 100 y 105 mm. y para películas de 10 × 10 cm. Conducción de agua fría. No precisa instalación para la evacuación al exterior del aire caliente.
GEVAMATIC 60: Modelo de mesa. Capacidad 60 películas/hora. Dispositivo economizador.

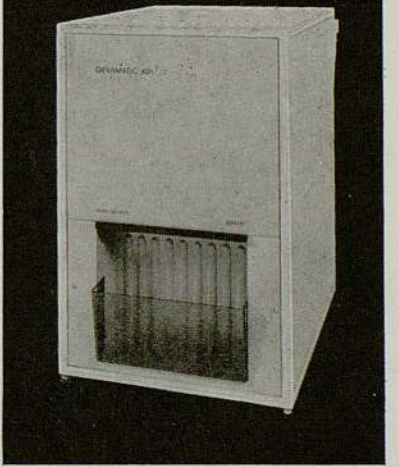
AGFA-GEVAERT, S. A.
Provenza, 392
Barcelona-25

GEVAMATIC 110 U

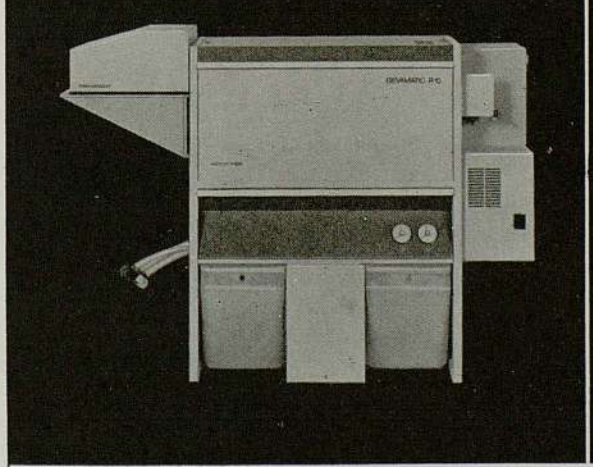


GEVAMATIC 240 U

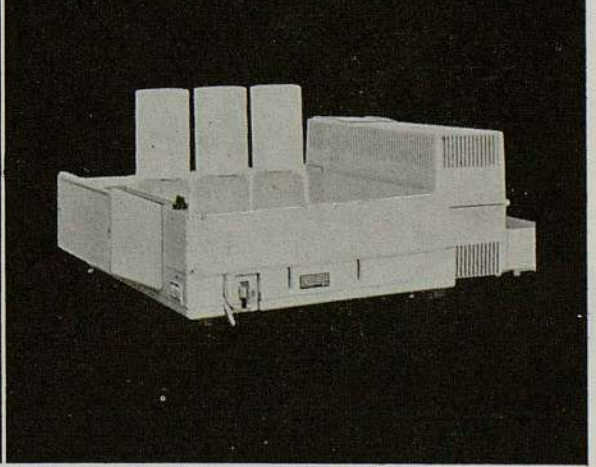
GEVAMATIC 401



GEVAMATIC R 10



GEVAMATIC 60



LIMPIEZA PROFILACTICA

SERVICIO DE LIMPIEZA ESPECIALIZADA PARA HOSPITALES, CONTRATADA, REALIZADA Y VERIFICADA MEDIANTE CONTROL BACTEOROLOGICO.

- RESULTADOS PROFILACTICOS:

  Eliminación real del microbismo contaminante según niveles de tolerancia fijados por la Dirección Médica del Hospital o los standards recomendados por «Committee on Microbial Contamination of Surfaces of the Laboratory Section of the American Public Helth Association».

- AREA DE PRESTACION:

  Barcelona y su comarca solamente.

- CONSULTAS Y PEDIDOS:

  Por escrito a nuestras oficinas de Barcelona desde donde informaremos y asesoraremos gustosamente en fase de previsión anterior a la de contratación.

- REFERENCIAS:

  Nuestro servicio de limpieza se realiza en 14 países.

ISS

Dinamarca	Holanda
Alemania	Inglaterra
Austria	Noruega
Bélgica	Suecia
España	Suiza
Finlandia	Australia
Francia	Brasil

SAEL
S.A. de Entretenimiento y Limpieza.

Ramón Turró, 157 - Tel. 309 25 16*
Barcelona - 5