

Deberes y derechos del pediatra en atención primaria

M. Cruz Hernández

Ex Presidente de la Asociación Española de Pediatría.

(*An Esp Pediatr* 2000; 53: 393-394)

Suena a tópico repetido en cada generación, pero el cambio de la pediatría actual es realmente sorprendente. Sin embargo, no lo es tanto como para afectar sus raíces o su misma esencia científica y profesional: cuidado integral del niño sano y enfermo desde el nacimiento hasta la terminación del crecimiento, a los 18 años. Durante el siglo xx y con especial referencia a nuestro país, destacan dos elementos distorsionadores como resultados paradójicos de este mismo progreso: la creciente especialización (para mejorar los conocimientos, las tareas diagnóstico-terapéuticas y tal vez para acotar una parcela segura de trabajo) y los favorables cambios ambientales, con mayor cultura, ambiente en general más saludable, pero también con una disminución más que alarmante de la natalidad.

Véanse las páginas 395-398

Resulta así que muchos niños acuden a consulta por repetidos trastornos banales, encabezados por los respiratorios, y el pediatra –formado casi siempre en centros hospitalarios de alto nivel– tiende a sentirse defraudado y llega a pensar que no merece la pena “aguantar a las madres” o atender a los “niños que no tienen nada”¹, mientras los “verdaderos enfermos” acuden a los especialistas (a veces no pediátricos) o directamente a los hospitales, con los que no mantienen la conveniente unión.

En este contexto, obligadamente esquemático y por lo tanto algo vulnerable, no puede extrañar que algún pediatra acepte perder su derecho, transigiendo para que otros no pediatras, e incluso no médicos, asuman algo de la rutina diaria, cuando no lo sufren como una imposición de la organización médico-sanitaria que parece empeñada en restar protagonismo a una de las ciencias médicas más brillantes del siglo xx, la pediatría. Se configura así una faceta más de la posible situación crítica de nuestra ciencia y profesión, cuando la amplia puerta de la enorme morbimortalidad infantil (todavía del 100/1.000 en 1942 y ahora del 5/1.000) parece cerrada. Se impone “abrir nuevas puertas”² al quehacer pediátrico, pero “no ir de puerta en puerta” mendigando, sino no perder o re-

clamar lo que es propio. Además, simplemente lo que es mejor para el niño y lo que siguen solicitando las familias: atención médica por el pediatra generalista extrahospitalario, de “amplio espectro”, que no debe tener miedo a ser catalogado peyorativamente de “sabelotodo” y que tal vez se podría redefinir como “pediatra de familia y de atención primaria” para advertir de alguna forma que esta función ya la venía haciendo desde siempre.

Para cumplir este difícil cometido el pediatra ha pasado seis largos y costosos años en la facultad de medicina, formando su personalidad y su criterio médico, almacenando información y, más aún, normas para renovarla. Después, durante 4-5 años estudió y practicó a fondo todo lo referente al menor sano y enfermo en el duro sistema MIR y cada año realiza la imprescindible formación pediátrica continuada. Es un currículum obligado para afrontar con garantías la fisiología y patología infantil, que de ningún modo debe ser banalizada, por aquellos que suponen pequeños problemas sanitarios del niño porque éstos ocurran en un pequeño ser. Igualmente, sólo el pediatra posee la preparación óptima para adaptarse al cambiante terreno de los trastornos del menor, donde inciden ahora con especial relieve los que configuran la nueva morbilidad: trastornos psicosociales y sociales en general, accidentes (con íntima unión a los anteriores), alteraciones nutricionales, inmuoalérgicas y neoplasias, pero sin poder olvidar los procesos de siempre (p. ej., infecciones), los fenómenos que definen al menor (crecimiento y desarrollo), la repercusión sobre el adulto de sus trastornos y muchas otras nuevas posibilidades de perder el estado de salud, cuya definición tanto se parece a la de la felicidad.

Con el orgullo de haber sido protagonista en los grandes logros de la salud infantil³, hay que saber asumir el profundo cambio en el quehacer pediátrico, lo que se denomina “nueva pediatría”⁴ o tal vez biopediatría⁵ para seguir la moda, enfatizar más la nueva orientación presente y futura y advertir que buena parte de nuestro trabajo debe estar dedicado al niño normal⁶ con todas sus características biológicas, pero también clínicas, que nadie puede conocer mejor que el pediatra.

En España, como en otros países, se tienen suficientes pediatras en cantidad y calidad para atender a todos los

niños. Este capital no debe ser dilapidado y menos aún menospreciado. Estos pediatras vienen aceptando las normas definitorias de la biopediatría: la consideración integral del niño, la valoración del ambiente siempre importante, la atención del núcleo familiar, la promoción de la salud en sentido amplio, las numerosas y crecientes tareas de prevención⁷ (no sólo en vacunaciones, también programas de cribado, detección de grupos de riesgo, salud bucodental, consulta antenatal, etc.), la impregnación de un sentido bioético a toda actividad y la consideración continua de la repercusión de cualquier acontecimiento en el futuro biopsicosocial, tanto de forma individual como colectiva.

Llevar a cabo este objetivo ambicioso, pero facilitado por la desaparición o disminución de la vieja patología, requiere todavía algo más: mantener las raíces de la pediatría, es decir, que todo trabajo clínico en el niño sano o enfermo con procesos agudos o crónicos, tanto por el generalista como por el especialista, comience por una buena anamnesis, realizada personalmente (nadie puede hacer mejor un interrogatorio pediátrico que quien tiene suficientes conocimientos: sólo se pregunta por lo que se sabe); una exploración clínica cuidadosa y completa, incluidas las determinaciones referentes al crecimiento y desarrollo (la adaptación de la edad, a la enfermedad y al carácter de la consulta sólo la hará bien el pediatra: no se busca lo que no se conoce); un diagnóstico elaborado como un complejo proceso mental, que ha requerido una preparación de 10 años (difícilmente realizado por un ordenador o por una suma de exploraciones complementarias); un plan de prevención o tratamiento, donde hay que considerar numerosas condiciones personales y no la simple aplicación de un calendario vacunal o un protocolo de tratamiento. Y todo esto todavía debe ser envuelto en un clima de comprensión del niño, de amor y de calor humano, también para la familia, sin dejar que la compasión o la empatía sean tareas de otros.

Por supuesto, junto al recuerdo de sus obligaciones y responsabilidades, el pediatra debe tener el reconocimiento de sus derechos, entre ellos ser el médico indis-

cutible de la edad pediátrica y contar con las facilidades para su actuación, con tiempo y medios suficientes, sin verse obligado a remitir sus pacientes al especialista y al hospital o tener que transigir con la invasión más o menos amistosa de su terreno por otros profesionales, perfectamente capacitados, pero para otros menesteres.

Estas líneas, que pretenden resumir un sentimiento generalizado de los pediatras españoles y expresado públicamente por las directivas sucesivas de la AEP, no significa que la pediatría renuncie a una de las exigencias de la medicina actual, el trabajo multidisciplinario. Pero éste no debe resultar una delegación o renuncia a la propia tarea y responsabilidad, sino un trabajo en equipo voluntario, no impuesto, en tareas que lo requieran como la investigación o la pediatría social y psicossocial. Bienvenidos sean los psicólogos, enfermeras, pedagogos, farmacéuticos o trabajadores sociales al equipo que debe y puede liderar el pediatra moderno, principal artífice de los progresos obtenidos hasta ahora y siempre responsable del estado de salud del mejor potencial o capital de todo país: el niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallart A. La pediatría a principios del nou mil·lenni. *Pediatría catalana* 2000; 60: 65-66.
2. Cruz M. Abriendo nuevas puertas a la pediatría: biopediatría. Conferencia de clausura. Sociedad Catalana de Pediatría, junio 2000.
3. Cruz M, Nogales A, Pérez-González JM, Tojo R, Tovar JA. Logros de la pediatría española. *An Esp Pediatr* 2000; 522 (Supl 5): 1.
4. Crespo M. Una nueva pediatría. *Pediatría Integral* 1998; 3: 197-207.
5. Cruz M. Paradojas y retos en los progresos pediátricos. *Pediatría Integral* 1998; 33: 193-207.
6. Cruz M. El niño normal. En: García Caballero C, González Meneses A, eds. *Pediatría social*. Madrid: Díaz de Santos, 2000.
7. Bras Marquillas J. Las actividades preventivas y de promoción de la salud pediátrica. *An Esp Pediatr* 2000; 52 (Supl 5). XXIX Congreso de Pediatría.