



El futuro de la Pediatría en España en el siglo XXI

V. Martínez Suárez

Presidente de la SEPEAP.
Centro de Salud El Llano, Gijón

El papel del médico en el siglo XXI no será esencialmente distinto al que pudiera corresponderle en el año 1999 ni al descrito por Hipócrates en el año 400 a.C. Y que en lo más importante tiene que ver con el satisfacer las necesidades de sus pacientes cuando requieran de su saber para solucionar o evitar sus problemas de salud. Lo mismo podemos afirmar al considerar e interpretar el sentido de la práctica pediátrica. Los retos de la medicina infantil y el momento evolutivo de la Pediatría podrán variar en su propio concepto, en relación a las diferentes áreas geográficas y al grado de desarrollo socio-económico de las comunidades a las que se quieran referir, pero el pediatra del futuro tendrá que ser un profesional con saberes técnicos sólidos, que tenga consistencia para abordar las limitaciones y conflictos del niño y que en su actividad clínica sea, a la vez, capaz de generar conocimientos.

Hoy parece que tras un período de confusión y crisis, la situación de la pediatría en nuestro país es notablemente mejor que hace pocos años. Como idea general, es fácil defender que actualmente estamos en plena época de “especialismo”, lo que supone la noción de un conocimiento más profundo y detallado de aspectos monográficos o parciales de la pediatría. Esta tendencia de la medicina infantil no tendría que ser del todo mala si se mantuviera como complementaria y dentro del conocimiento completo del niño como valor esencial y de verdadera función integradora. Sin embargo, existe un riesgo claro de llevar la pediatría a una especialidad “de órganos”, de subespecialidades fragmentarias y transversales, con la pérdida del conjunto, que es su razón de ser y de estar. Es por eso que la permanencia y el fortalecimiento de nuestra especialidad en el primer nivel de asistencia resultarán decisivos para garantizar el desarrollo de todo su poder de acción, llevando hasta sus últimas consecuencias la medicina total de la infancia.

Cualquier peligro puede verse aumentado por la burocratización de nuestro trabajo, en el que se priorizan demasiadas veces unos objetivos aislados y coyunturales que están muy distantes del objetivo principal, que tiene que ser de asistencia directa a las necesidades del menor. Desburocratizar poniendo a prueba las actividades puramente burocráticas, desideologizar algunos planteamientos de los sistemas sanitarios y profesionalizar la gestión, son tareas que tendremos que discutir y replantear los próximos años. Habrá que combatir la tentación de convertirnos en tecnócratas capaces

de consumir grandes recursos y dar respuestas rápidas y eficientes a problemas médicos menores o inexistentes. Es muy importante tomar la iniciativa para abandonar un camino que puede llevar a formar burócratas de la sanidad en vez de pediatras competentes, capaces de resolver los problemas esenciales y complejos en su relación con pacientes y familias.

Estamos obligados a poner como referencia la calidad del proceso asistencial, el uso adecuado de los servicios, la racionalización del gasto sanitario y la satisfacción del usuario. Y este parece un momento oportuno y apropiado para cambiar. Pero también debemos llamar la atención sobre la repercusión de los nuevos conceptos de “gestión”, considerados como prioritarios y que ofrecen todavía escasa evidencia sobre algunos de los planes propuestos (o impuestos) y considerados exclusivamente desde el balance dinerario final. Por tanto, las intervenciones en gestión deben ser puestas a prueba, medidos sus resultados y evaluadas. Si no se hace así, corremos el riesgo, en palabras del recordado Profesor Sánchez Villares, de que “nuestra profesión pueda ser convertida por la Administración en un puesto laboral que desnaturaliza y despoja al médico de sus cualidades esenciales”.

El control de calidad –la medida de nuestro trabajo y su evaluación– debe existir y hacerlo como condición de mejora en los servicios. Pero no puede ignorarse que en un primer término esta idea deberá ser asumida por los propios pediatras y desde las previas condiciones de formación y reconocimiento. Si no es así, cualquier propuesta de cambio o renovación puede llevar a un cierto grado de pérdida de estimación por el pediatra general, figura esencial y verdadera referencia del sistema de atención a la infancia; sólo contando con el pediatra se podrán cambiar muchas cosas para aplicar nuevas ideas en la resolución de nuevos problemas.

Nuevos retos asistenciales

Los pediatras hablamos cada vez más de nueva morbilidad, con la exigencia de potenciar la faceta psico-social de la Pediatría. Esta demanda tiene en cuenta la comprensión, el estudio y la prevención, el despistaje precoz y tratamiento de los diversos problemas funcionales que afectan a la conducta, desarrollo e integración social del niño y problemas neuro-psiquiátricos que se hallan hoy con más frecuencia en la práctica pediátrica corriente. Tendremos que asumir una

mayor preocupación por la adolescencia, las enfermedades de transmisión sexual, las nuevas vacunas, la salud escolar y la prevención del fracaso escolar, de la violencia, la drogadicción y el alcoholismo infanto-juvenil, el maltrato y los desequilibrios nutricionales; deberemos adquirir un mayor compromiso con la medicina comunitaria y un papel más participativo y de coordinación en el cuidado de los niños crónicamente enfermos y con problemas pluripatológicos. Igualmente, los avances de la biotecnología aplicada a los alimentos van a constituir otro punto de interés y que nos ofrecerá nuevos conocimientos y aplicaciones.

Son todos asuntos que van a constituir un capítulo cada día más importante en las preocupaciones del pediatra. Pero en esa diversificación de sus ocupaciones deberá atender a la repercusión de los problemas ambientales sobre la salud, al diagnóstico y la terapia genéticos, a la prevención de las malformaciones congénitas y a las diferentes dudas que pueda plantear el niño con enfermedades oncológicas.

También la incorporación de las nuevas tecnologías tendrá un impacto y una proyección que posibilitarán y además impulsarán un nuevo manejo de todos estos cambios. Desde la máxima complejidad de los servicios especializados hasta la telemedicina, pasando por la reciente incorporación de los teléfonos inteligentes, el panorama se amplía y ofrece perspectivas difíciles de imaginar. Por otro lado, la complejidad tecnológica en materia de aparatología invadirá imparablemente el campo médico. Esta rápida evolución supondrá un gran costo y obligará a realizar una importante inversión y un uso más racional y priorizado de los recursos.

Finalmente, sentiremos la necesidad de darle una perspectiva de orientación moral y de valoración ética a las tensiones del niño ante la enfermedad y en su relación con el entorno familiar, escolar y social. Como pediatras deberemos responder cada vez más a esas situaciones de conflicto psicosocial de las familias y hacerlo con un sentido humano y desde el máximo rigor científico posible.

El gran reto de la formación: enseñar de forma distinta

Ser un buen médico es mucho más que tener unos conocimientos de medicina. Para llegar a serlo de forma completa es necesario integrar adecuadamente esos conocimientos ante cada paciente concreto, además de sumarle una actitud y unas habilidades que en su conjunto permitan ejercer adecuadamente nuestro compromiso profesional. Esas capacidades prácticas deben ser mantenidas en el tiempo. Por tanto, ser un buen médico exige actualización y renovación continua.

Hasta ahora la preparación del médico ha sido planteada dentro del marco de la formación continuada (FMC), que se ha definido como el “proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios para actualizar sus conocimientos, habilidades y actitudes ante la evolución científica, las demandas sociales y del sistema sanitario”. No obstante su indiscutible valor y que a lo largo de los años se ha venido recogiendo evidencia de que induce cambios en la competen-

cia, la FMC modifica poco las habilidades y menos todavía los resultados en el cuidado y pronóstico de los enfermos. Sería, por tanto, necesario que lograra introducir cambios y nuevas pautas que modifiquen la conducta tanto de los médicos como de los pacientes, lo que puede resultar difícil de conseguir. Para ello, habría que impulsar la valoración crítica y los meta-análisis sobre formación continuada, desarrollando sus contenidos desde la idea de FMC basada en la evidencia.

En los últimos tiempos se va imponiendo una nueva idea de profesional médico, cuya preparación ha de basarse en el concepto de profesionalismo, cuyos fundamentos (altruismo, disciplina, eficiencia y compromiso) han de ser la meta a conseguir. Esta formación debe establecerse sobre dominios como los valores profesionales (actitud, comportamiento y ética), habilidades clínicas, conocimientos médicos, comunicación con los pacientes y con los compañeros, aspectos de salud pública, análisis crítico e investigación y manejo de la información.

Esta nueva propuesta tratará de enseñar una nueva Pediatría (en los contenidos y problemas asistenciales), enseñarla de una forma diferente (enseñanza por competencias y mediante el uso cada vez mayor de nuevas tecnologías docentes) y enseñarla a personas diferentes (con la entrada en escena del Espacio Europeo de Educación Superior, el llamado Sistema Bolonia). Y frente al concepto de Carrera Profesional se impondrá la idea de Desarrollo Profesional Continuo (DPC), que se basa fundamentalmente en la práctica y es para la práctica (*in practice and on practice*), lo que supondrá una transformación en la que las sociedades profesionales serán necesarias y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) tendrá que asumir el papel que le corresponde en la preparación de los nuevos pediatras. Este es un modelo para el futuro y basado en la competencia profesional de los pediatras, que se ha definido como la práctica clínica basada en el empleo juicioso del conocimiento médico y del razonamiento clínico, junto con habilidades técnicas y de comunicación, aplicados con actitudes positivas y valores; permite a los médicos actuar beneficiando a los pacientes y a la comunidad a la que pertenecen.

La formación basada en competencias se centra en el aprendizaje y requiere autoaprendizaje, autorreflexión y autoevaluación (todo ello documentado y supervisado). La evaluación externa de la competencia será el proceso por el cual observaremos la adecuación a la definición, la medimos y juzgamos tomando decisiones al respecto. Así que la forma ideal de evaluar será observando lo que el médico hace ante las situaciones que se generan en su consulta, siendo necesarios para ello instrumentos diseñados a tal fin, que se aproximan bastante a la realidad y garantizan un nivel óptimo para el desempeño de la profesión, detectar niveles peligrosos de la práctica y a la vez devolver al profesional un *feedback* sobre el cumplimiento de los contenidos y orientarlo hacia programas de formación. Como elemento clave del proceso de adquisición de competencias debe subrayarse que un buen sistema de evaluación mejora el aprendizaje y motiva; un mal sistema no sólo desmotiva, sino que desvía el aprendizaje y, lo más grave, no corrige errores, con lo que ello implica de cara

a un correcto desempeño de la profesión (desde garantizar la seguridad del paciente, a una adecuada gestión clínica y una valoración de las consecuencias sociales de sus actuaciones desde criterios de equidad y justicia social).

Un marco para las habilidades y competencias del siglo XXI

La investigación, también clave para la mejora asistencial

De las tres funciones que para la competencia debe de desarrollar el pediatra de Atención Primaria (asistencial, docente e investigadora), son las dos primeras las que adquieren una mayor relevancia en nuestro quehacer diario. La asistencia sanitaria ha de ser el primer objetivo hacia el cual deben encaminarse los recursos y la actividad de todo el personal sanitario. Y la labor docente se reconoce como parte fundamental de nuestro trabajo, bien en forma de sesiones, de cursos, o por la presencia en la consulta de estudiantes y de médicos residentes. Sin embargo, la actividad investigadora tiene una menor relevancia, debido en gran parte a la fuerte presión asistencial, pero también a la creencia –alejada de la realidad– de que la investigación es propia de centros universitarios y hospitalarios, y que los centros de salud carecen de los medios necesarios para poder investigar. Los pediatras generales disponemos de suficientes recursos –que son los mismos que los del sistema sanitario en su conjunto–, incluidos sofisticados sistemas de búsqueda bibliográfica, pasando por asesoramiento metodológico y estadístico especializado, hasta becas de convocatoria regular para la financiación de proyectos. Desde la SEPEAP se han señalado aquellas razones que frenan la actividad investigadora por parte del pediatra de Atención Primaria y se ha declarado la necesidad de combatir esas limitaciones. Debemos ser conscientes de la dificultad y esfuerzo personal que supone el dedicar el escaso tiempo del que disponemos a tareas de investigación. Pero a las personas con inquietudes en este campo se les debiera facilitar el llevar a la práctica la hipótesis de investigación que pueda plantearle su trabajo diario y reconocer en la evaluación de sus méritos las aportaciones realizadas en este campo y su competencia. Tendremos que ponernos de acuerdo y situar definitivamente las actividades de investigación como componente principal del perfil del futuro pediatra, realizando periódicamente su cuantificación y con la implantación de su reconocimiento. Desgraciadamente, la mayoría seguirán optando por la imitación del conocimiento, asumiendo su papel de receptores pasivos, a pesar de disponer de casos y experiencia clínica para plantearse preguntas y responderlas, contribuyendo a mejorar el valor de nuestras intervenciones. Frente a este panorama, la herramienta indispensable, la que impulsa el avance en todas las áreas, la que genera conocimiento y plantea intervenciones efectivas, la que madura y consolida nuestro espíritu crítico, es la investigación.

El reto de la información y la comunicación

La influencia decisiva de la información sobre el estado de salud de la población infantil tendrá dos vertientes principales: la referida a la información que condiciona las inter-

venciones médicas y aquella que influye en las actitudes de las personas como pacientes o posibles enfermos. La primera tendrá que ver con la medicina basada en la evidencia (MBE), cuya rápida expansión no se justifica sólo por una necesidad de información seleccionada ni por la limitación de tiempo para el acceso a la misma; se explica también por el gran apoyo que representa para disminuir la variabilidad en la práctica asistencial y para la contención del gasto sanitario. Su aplicación resulta particularmente útil en entidades morbosas que presentan un gran impacto en el sistema sanitario por su alta incidencia. En términos epistemológicos es un intento de aplicar a la medicina actual la primera regla del Discurso del Método (“No admitir como verdadero aquello que con certeza no se conoce que lo es”), ofreciendo una información más confiable del “estado del arte”. Permite obtener información “científica” procediendo en su selección con orden y medida (con un método propio), generando en su aplicación una masa de conocimientos actualizados altamente probables. Por otra parte, puede ser ejercida por pediatras de cualquier nivel con tal que conozcan esa metodología básica para acceder a la misma y a su interpretación.

Sus procedimientos se irán imponiendo en los próximos años, aunque no está exenta de algunas críticas. Entre ellas, el que favorece la imposición de “clichés” para una asistencia basada únicamente en datos estadísticos, infraestimando la experiencia personal y la capacidad del médico frente a cada caso; quebrando, por tanto, el concepto de que “no existen enfermedades, sino enfermos”, fundamento del acto médico individualizado y de la relación hombre enfermo/hombre médico. Además, suele ignorar en la declaración de sus postulados sus propios sesgos y la falta de “pruebas” –cuestiones todavía sin respuesta y otras sin conclusiones estadísticas definitivas– sobre determinadas intervenciones y patologías en las que la prudencia y la experiencia razonada pueden avalar un determinado manejo. Finalmente, se señala su implantación con fines economicistas. Pero como balance puede decirse que con la MBE y sin la experiencia y el factor humano, la práctica profesional puede correr el riesgo de ser reducida a una “metodología” o a una ecuación, siendo inaplicable o inapropiada para un paciente individual. Y sin la MBE el ejercicio de la medicina introducirá sistemáticamente variabilidad perversa y se encontrará siempre atrasada, en detrimento de los enfermos.

La segunda vertiente de la información médica tiene que ver con nuestra presencia en el ámbito de la opinión pública y de los medios de comunicación. La gente –potenciales enfermos o consumidores del sistema sanitario– quiere leer, oír y ver notas sobre salud, lo que se acompaña por la creación de secciones especiales en los medios y publicaciones generalistas. Desde las revistas médicas se suele denunciar que la cobertura por los medios de masas de los asuntos médicos es sensacionalista, sesgada e imprecisa; que tiende a difundir aquellos estudios de menor calidad metodológica, o que omite aspectos tan relevantes como las limitaciones de los estudios, los conflictos de interés y la dimensión económica. El problema puede considerarse inquietante porque estos medios poseen un enorme poder de influencia en las

personas y los ciudadanos se ven profundamente afectados por ellos y se forman sus propias ideas sobre la manera de entender la salud y la enfermedad. Los médicos tendremos que ir aceptando que la medicina debe entablar un diálogo continuo con las comunidades en las que se practica y se halla inmersa; es una nueva responsabilidad que tendrá que ir formando parte de nuestros quehaceres diarios.

También los contenidos generados por los usuarios a través de blogs, sitios web personales y tecnologías de los medios sociales en línea se están expandiendo rápidamente y están multiplicando las informaciones. Algunos estudios muestran que la participación y el uso de sitios web y de redes sociales por los médicos son ya comunes y crecientes. Sin embargo, las normas y recomendaciones, protocolos y códigos deontológicos que rigen la conducta de los profesionales de la medicina no abarcan en la actualidad estas modalidades de comunicación profesional hacia la sociedad. No puede ocultarse que el uso inadecuado de estos medios puede resultar en daño a los pacientes y a la profesión, incluyendo violaciones de la confidencialidad; puede permitir la difamación de colegas o empleadores y la violación de los límites que determinan la propia naturaleza del acto médico. La integridad profesional de los pediatras también puede dañarse a través de información personal que se haga asequible a compañeros, a pacientes, al público general y a los empleadores. Los médicos tendremos que formarnos en este tema y extremar el cuidado en el uso de los medios sociales para asegurar que en ellos se mantienen los estándares profesionales, que son de imagen, de prestigio, de credibilidad y de un poder de influencia positivo.

Dimensión ética e impacto social

La sociedad española ha vivido en pocos años rápidos y significativos cambios sociales, jurídicos, económicos y políticos. La emergencia de la sociedad del conocimiento, las nuevas tecnologías, la convivencia de culturas diferentes, la diversidad religiosa, la aparición de nuevas formas de familia y la profunda crisis económica y social, son fenómenos que han cambiado y cambiarán la vida de las personas y su interpretación. En términos de derechos sanitarios se ha concedido una mayor competencia a la autonomía de los padres en los procesos de cuidado y crianza de sus hijos. También la nueva visión del niño como protagonista a tener en cuenta en los asuntos relacionados con su salud ha cobrado gran relevancia. Asimismo, la organización de los servicios de salud se ha establecido desde la “atención centrada en el paciente” y la continuidad asistencial. Todo ello ha originado nuevas situaciones que afectan a la noción salud-enfermedad, a la forma de entenderla y a la asistencia médica en todas sus modalidades. Y todos estos cambios teóricos y conceptuales alcanzarán profundas implicaciones de carácter práctico que no serán ajenas a la aparición de nuevas controversias.

La prestación de la atención médica, el desarrollo de hábitos saludables personales y la creación de un entorno social más justo, tienen –todos y cada uno– el potencial de mejorar la salud. Los beneficios de la atención médica pueden ser sustanciales y se pueden estimar con precisión. Los beneficios

de un estilo de vida más saludable sólo se han alcanzado en un grado muy limitado, mientras que las desigualdades en materia de salud han aumentado y siguen haciéndolo. La SEPEAP, como institución representativa de la profesión pediátrica y de la salud infantil hasta el final de la adolescencia, quiere mejorar la organización de los servicios médicos infantiles, participando en la definición de sus obligaciones y el cumplimiento de las mismas. Asume la idea de la buena práctica médica, su función de abogado de la infancia y de apoyo de los valores profesionales. Ha manifestado repetidamente su compromiso con la mejora de los estándares y criterios de calidad en la atención médica infantil, comprometiéndose con la máxima seguridad del paciente. También con la promoción y auspicio de actividades de formación de la mayor calidad. En el ámbito de la bioética, en suma, mantendremos la referencia de los principios recogidos en nuestros propios estatutos, en las principales convenciones, acuerdos y declaraciones internacionales asumidas por el Estado español.

El pediatra del futuro, en suma, no sólo debe aspirar a ser un habilidoso clínico, sino también un eficaz docente, un investigador y un administrador eficiente de su tiempo y de sus recursos. Debemos optar cada vez más por perfeccionar y desplegar habilidades en distintas áreas, ante los nuevos problemas y en las diferentes fases de nuestra vida profesional.

Referencias bibliográficas

- Art. 33.1 Ley 44/2003. Ley Ordenación de las profesiones sanitarias. BOE nº 280, 22 nov. 2003.
- Cruz M. Paradojas y retos en los progresos pediátricos. *Pediatr Integral*. 1999; 31-7.
- Iobst WF, Sherbino J, Ten Cate O, Richardson DL, Dath D, Swing SR, et al, for the International CBME collaborators. Competency-based medical education in postgraduate medical education. *Med Teach*. 2010; 32: 651-6.
- Martínez V. How to conduct a research project: from conception to presentation. En *La Pédiatrie hier, aujourd'hui, demain ici et ailleurs*. Recueil des communications. Strasbourg, juin 2012; 171-3.
- Martínez V. La mirada ética de la Pediatría. *Pediatr Integral*. 2012; 33-6.
- Martínez V, Junceda C, Pérez M, Uribebarrea R. Gestión clínica desde la consulta. *Pediatr Integral*. 2014; 95-100.
- Martínez V. La Pediatría en el marco de la ciencia. *Pediatr Integral*. 2014; 501-6.
- McLeod C, McLeod H. If formal CME is ineffective, why do physicians still participate. *Med Teach*. 2004; 26: 184-7.
- Morán-Barrios J, Somme J, Basterretxea A, Bereziartua E, Iriberrí M, Martínez-Berriochoa A, et al. Introducing competency-based postgraduate medical education (CBPME) in Cruces Hospital, Basque Country, Spain. Proceedings of the Association for Medical Education in Europe (AMEE) Conference. Glasgow; September, 2010; p131 (3Y3). URL: <http://www.amee.org/documents/AMEE%202010%20Abstract%20book.pdf>.
- Morán-Barrios J, Somme J, Basterretxea A, Bereziartua E, Iriberrí M, Martínez-Berriochoa A, et al. Formación especializada basada en competencias en el Hospital de Cruces: *The Competency-Based Cruces Hospital Project 2008*. *Educ Med*. 2011; 14: 97.
- Sánchez-Villares E. Diez paradojas de nuestra actual Pediatría. *Contemp Pediatr*. 1992; 2: 53-5.
- Solís G. El Futuro del sistema MIR. *Bol Pediatr*. 2012; 52: 129-30.
- Wentz D, Paulos K. Is now the time for continuing medical education to become continuing physicians development. *J Cont Educ Health Prof*. 2006; 20: 181-7.