

“ La mejoría en el diseño de la AP, puede morir de éxito, pues no se ha cambiado su filosofía y adaptado a las nuevas circunstancias. Los gestores no se han atrevido a modificarlo a pesar de los signos de alarma y agotamiento ”



C. Coronel Rodríguez

Pediatra de CS Amante Laffón, Sevilla. Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

Editorial

Cambios en la Pediatría en los últimos 40 años, aniversario de la SEPEAP

Este año celebramos el 40 aniversario de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Permittedme, desde esta oportunidad que me ofrece la Dirección de Pediatría Integral, haceros partícipe de esta efeméride, del recorrido de la misma y de lo ocurrido en la atención pediátrica desde su fundación hasta la actualidad.

Haciendo un poco de arqueología documental, nos retrotraemos al Puerto de Santa Cruz (Tenerife), el día 29 de octubre de 1984, durante su XVIII Reunión Anual de la Asociación Española de Pediatría (AEP) (An Esp Pediatr. 1985; 22, 1: 91-93), cuando tiene lugar la génesis de una Sociedad Científica con el nombre de Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP (SPEH), que se interesaba, y se interesa, por los problemas de una importante rama de la Pediatría como es la Atención Primaria; deteriorada en aquellas fechas, por el desprestigio de los Ambulatorios.

Una vez aprobados los Estatutos, redactados por la Comisión Gestora, por la Junta Directiva de la AEP fueron sometidos al veredicto de la Asamblea General de la Asociación Española de Pediatría, y por fin quedó legalizada. Buscando en el archivo remoto de papel observamos que esta primera Comisión Gestora, estaba presidida por el Dr. Prandi, y la formaban los pediatras: Adán Pérez (Zaragoza); Barroso Guerrero (Tenerife); Castellano Barca (Cantabria); Cruz Caballero (Sevilla), Cuadrado Martínez (Valencia); José Del Pozo Machuca (Sevilla), Manuel Del Pozo Machuca (Sevilla), González Trapote (Barcelona); Jara Muñoz (Murcia), Jiménez Santos (Córdoba); Marina López (Madrid), Mondría Pérez (Valencia), Muñoz García (San Sebastián), Revuelta

Alonso (Cantabria); Roca Rosado y Suárez Camino (Santiago de Compostela). A los que desde aquí cito destacando su recuerdo (Pediatr Integral. 2015; 3: 161-167).

Entonces los pediatras extrahospitalarios desarrollaban su ejercicio profesional en los Ambulatorios, eran los denominados “Pediatra de Cupo y Zona”, en las capitales de provincia y en las grandes ciudades, ya que no había pediatras en el medio rural. Desde la perspectiva del siglo XXI puede resultar chocante, pero en la mayoría de los pueblos no existía la figura del pediatra y los niños, de todas las edades, eran atendidos por los médicos generales ahora denominados médicos de familia. Parece que ahora vamos involucionando hacia la misma dirección, dada la desaparición de plazas en lo que hoy se denominan centros de difícil cobertura, y que yo renombraría mejor como zona de falta de incentivos adecuados.

La demanda asistencial entonces era muy alta, las consultas se pasaban incluidos los sábados, y era frecuente que hubiera muchos avisos a domicilio. Además, el tope de edad para ser asistidos por los pediatras (hoy incomprensible) era de 7 años. En la década de los 90, la atención pediátrica se amplió de los 7 a los 14 años. Hoy en día, demandamos hasta los 16 y no descartamos todo el periodo de adolescencia, hasta los 18 años en que se consigue la mayoría de edad, pero esto supone enfrentarnos y prepararnos para nuevos retos y desafíos en las consultas y, sobre todo, precisa de un aumento de las plantillas de pediatras que por ahora no contamos. Por supuesto, todo ello lo asumiríamos si los recursos humanos lo permiten y si se consigue evitar el suicidio demográfico al que ciertas comunidades, y regiones, están avocadas por la desincentivación de la natalidad inducida por políticas

miopes y cortoplacistas a la población que han llevado, no solo a un fracaso del natalicio, sino a convertir a muchas zonas en un desierto infantil.

En octubre del año 2000, durante el XIV Congreso Nacional de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP y II Congreso Hispano-Luso de Pediatría Extrahospitalaria, en Asamblea General Extraordinaria, se cambian de nuevo los Estatutos y queda definitivamente constituida la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), independizándose de la AEP a la que sigue vinculada, pero ya como entidad propia. No solo fue un cambio de nombre, sino que se renovó en múltiples aspectos, con un aumento de la actividad científica, se organizan Cursos para Residentes, y se moderniza la web, en la que además se actualizan con gran agilidad sus contenidos.

Nuestra Sociedad ha ido evolucionando, adaptándose a los nuevos tiempos, modernizándose, aumentando sus actividades, tanto en los aspectos de docencia como de investigación. Año tras año, se ha ido inculcando en nosotros el concepto y la filosofía de que la Pediatría Extrahospitalaria era una auténtica subespecialidad; y que la Formación Continuada no solo es un deber y una obligación ineludible de todo profesional médico, sino también un derecho irrenunciable para nuestra propia autoestima. Es fundamental seguir adquiriendo nuevos conocimientos, con actualización de técnicas y perfeccionamiento de habilidades aprendidas previamente; y una adecuación a las necesidades del progreso, para una buena praxis, en consonancia con los nuevos tiempos. Así debemos formarnos en avances en genética, inmunología, nuevas técnicas de diagnóstico por imagen, nuevas vacunas que estaban cambiando el mapa epidemiológico, enfermedades nuevas y emergentes, avances en nutrición infantil, sin olvidar los grandes movimientos migratorios con las consecuencias que ello significa.

En el año 1984 teníamos aún el primer calendario oficial de vacunación infantil de España del año 1975, actualizado tan solo con la inclusión de la vacuna tripe vírica, e incluía muy pocas vacunas y limitadas a etapas precoces de la vida, y ahora tenemos uno de los calendarios vacunales más completos y es para todas las etapas de la vida (Pediatr Integral. 2020; 24: 435-448).

Durante estas décadas, hemos pasado de tener unas patologías de predominio infeccioso a otras de carácter principalmente conductual con TDAH, adicciones a nuevas tecnologías, *bulling*, *sexting*... que precisan de más tiempo en la consulta y desde aquí lo reivindicamos.

Con la entrada del milenio, comprobamos que se va tecnificando la asistencia. De una consulta que contaba con un depresor, un peso y un fonendoscopio (a veces poco más), a tener disponible más material instrumental para exploraciones complementarias. Las consultas ya cuentan con: ordenador con acceso a internet, diafanoscopio, podoscopio, otoscopio y oftalmoscopio, y su manejo está más que implementado y experimentado. Un futuro no se entiende sin la ecografía

portátil y el dermatoscopio para el diagnóstico más precoz y seguimiento de ciertas patologías.

Además, en estos últimos años hemos tenido que ir adaptándonos a las nuevas herramientas diagnósticas, las consultas hoy en día no se explican sin los test rápidos de uso profesional, como pruebas de laboratorio en el lugar de asistencia al paciente, en inglés "*points of care testing*" (POCT), para ser usado sin participación del laboratorio de diagnóstico clínico. Actualmente, ya en la mayoría de los centros de primaria contamos con test para escrutinio de orina, test rápido de estreptococos, detección de gripe y COVID, algunos comburtest de detección de varios virus respiratorios, o incluso patógenos intestinales (enterovirus, bacterias y parásitos). En un futuro no muy lejano, dentro del Plan Estratégico de Atención Primaria, probablemente en el verano de 2024, está previsto realizar las modificaciones necesarias en la Cartera de Servicios para la inclusión de PCR en el primer nivel asistencial. Esto mejorará aún más la capacidad resolutive diagnóstica de la Atención Primaria, ya de por sí muy alta. El problema que tenemos es que cada vez está menos dotada de recursos humanos, con menos profesionales pediátricos. Todos estos avances han generado la inquietud y necesidad de formación para la creación de nuevos grupos de trabajo en la SEPEAP, que lideren la formación en el uso de estas nuevas tecnologías (Ecografía y Tediap).

Esta mejoría en el diseño de la AP, que se ha ido generalizando en los Centros de Salud, creemos que puede morir de éxito, pues no se ha cambiado su filosofía y adaptado a las nuevas circunstancias, de medios de locomoción, accesibilidad, etc. Los gestores no se han atrevido a modificarlo a pesar de los signos de alarma y agotamiento de este modelo, con la generación de listas de espera que no son asumibles con una mentalidad de inmediatez y consumo de servicios sanitarios, muchas veces no justificada más que por la sensación de urgencias al que está adaptada y educada la población. Así llegamos, en muchos casos, a priorizar lo urgente sobre lo importante, las prisas y conveniencia sobre el sentido común. Y, por desgracia, la demanda de papeleo e informes sobre la clínica y tratamiento.

Por otro lado, las nuevas generaciones son mucho más exigentes, se han educado en derechos, más que en deberes, y lo ejecutan. La sanidad que tanto ha costado crear se ha convertido, en muchos casos, en un elemento más de consumo. Los padres que acuden ahora a la consulta no son de "cámara fotográfica de revelados meses después" como hace años, los tutores ahora son "nativos digitales" que ven la foto y rehacen y/o repiten de forma inmediata si no les vale. Solo han conocido el modelo de "cajero automático" cercano, accesible, cómodo, inmediato y de uso 24 horas todos los días del año y adaptan su vida y todo lo que le rodea, la salud también por supuesto, a estas circunstancias.

Todo lo anterior justifica el que haya que cambiar de modelo, no solo asistencial, con el establecimiento de un triaje, que no consulta de acogida no resolutive en modo alguno (bajo mi modesta opinión), que canalice de alguna forma la

demora y priorice de forma clínica y no por orden temporal de inclusión en el mismo. No todas las consultas son iguales. Lo mismo habría que aplicar a las listas de espera hospitalarias, sin menospreciar ninguna por supuesto. Los centros de salud se han generalizado, ya no hay que ir a coger número presencial forzosamente, se ha establecido la cita previa, hay un tiempo asignado, aunque es orientativo, la población no lo entiende así y no asume el precio de la espera en muchos casos, porque un sistema de demanda infinita y recursos limitados tiene como resultado más que previsible la demora. Si además de eso, los recursos son escasos, se duplican y triplican consultas, las grandes demoras son inevitables, en muchos casos indeseables y la más de las veces poco comprendidas por una población exigente.

Para resolver estas demandas y problemas, trabaja la Administración, a todos los niveles, creando borradores, proyectos de ley, acuerdos, grupos de trabajo, etc., creo que para dar la sensación de que se hace algo cuando el diagnóstico de la situación está más que hecho..., pero cuando hay que implementar los resultados de las mismas y administrar el tratamiento, no existe la suficiente unidad para asumir el coste político que suponen estos cambios que seguro llegarán más pronto que tarde. Hay que transmitir a estas nuevas generaciones que este estado de bienestar como se le denomina, costó mucho conseguirlo y cuesta mucho mantenerlo, no todo se nos concede sin esfuerzo.

No todos los cambios que se han producido en estas décadas han sido para peor, no quisiera dar esa visión ni mucho

menos. Ha habido grandes incorporaciones y avances en muchos campos que han condicionado y modificado nuestro trabajo asistencial habitual: la velocidad de Internet, el acceso infinito a la telemedicina ha supuesto un gran impulso, pero también ha generado otros problemas, las consultas con Dr. Google o Mozilla o similar nunca sustituyen la calidad humana del acto y consulta médica presencial. Los tratamientos han variado poco con la inclusión de pocas herramientas terapéuticas en el arsenal pediátrico habitual de AP, aunque sí muchas desde el punto de vista preventivo.

Todo lo anterior ha influido lógicamente en que la SEPEAP haya tenido que adaptarse a los nuevos modelos de formación continuada, tanto en sus congresos, como cursos, etc. Se ha pasado de sesiones muy multitudinarias a talleres y sesiones más cortas y prácticas. Se han creado grupos de trabajo muy activos que intentan cubrir aquellas facetas de formación que demanda la población y, por ende, los pediatras: dolor, sueño, ecografía, nuevas técnicas diagnósticas..., sin dejar de lado los clásicos de vacunas, neonatología, dermatología, nutrición, etc. Y algunos otros cambiar para adaptarse a las nuevas demandas como los problemas sociales.

Agradezco sinceramente la oportunidad, que de nuevo me ofrece la Dirección de la Revista Pediatría Integral, de poder dirigirme a ustedes, y la confianza depositada por parte de la Junta Directiva para la representación de la Sociedad a la que espero no defraudar en el desempeño del cargo de Presidente.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".