

DISCURSO DE ANTONIO NIETO, VICEPRESIDENTE DE LA AEP Y COORDINADOR DEL LIBRO BLANCO DE ESPECIALIDADES

Nuestro libro blanco se abre con tres citas, de las que quiero destacar una que corresponde al Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989 y rubricada por S.M. el Rey en nombre de España el 30 de noviembre de 1990: *“Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”*

¿Cuál es el más alto nivel posible?: la respuesta tiene una lógica incontrovertible, incuestionable: aquel que proporcione, junto con el nivel especializado más elevado, la formación pediátrica generalista más elevada que permita integrar las características diferenciales que desde el punto de vista físico, metabólico, social, etc. posee un niño en las diferentes etapas de su vida hasta alcanzar la edad adulta.

¿Disponemos en España de estos servicios?: la respuesta es afirmativa: no tienen Vds. más que entrar en la páginas webs de los hospitales más importantes de España, y comprobar cómo en todos ellos el Sistema Público de Salud, con indisimulado orgullo, oferta a la población todas las especialidades pediátricas.

Así pues especialidades pediátricas haberlas, hay las. Sin embargo, no gozan de un reconocimiento oficial por parte de los Ministerios correspondientes; ¿por qué, habiéndolas, no están reconocidas?. Existen las especialidades, existen los potenciales centros formativos (algunos, por cierto que para alguna especialidad gozan ya del reconocimiento europeo), existen los programas docentes, existe el marco legal que permitiría su encaje, existe la demanda social, ni siquiera sería necesaria una inversión presupuestaria significativa,...; ¿Cuál es la razón?; no podemos encontrar otra que no sea la falta de voluntad política o que los responsables políticos no consideren este asunto como una prioridad. Sin embargo, creemos que se equivoca quien así piense. Como decía Gabriel Miró, “para los niños el futuro es hoy; mañana será tarde”. Porque gran parte de las enfermedades crónicas que se hacen patentes en la edad adulta (hipertensión, arterioesclerosis, osteoporosis, diabetes, asma, ...), tienen su origen en la falta de las oportunas medidas preventivas y terapéuticas durante la infancia. El corolario sería que invertir en salud en la infancia se traduce en salud en la edad adulta. Sin embargo, desde el punto de vista político podría existir la tentación de pensar, como D. Juan Tenorio, “cuán largo me lo fiáis”, en tanto que la perspectiva de la política frecuentemente no va más allá de unos pocos años, los que dura una o a lo sumo dos legislaturas.

Desearía sin embargo desmentir esa percepción: invertir en pediatría tiene una rentabilidad inmediata. En el Libro Blanco que nos reúne hoy aquí, se da cuenta de evidencia empírica que demuestra inequívocamente que, en aquellos países en los que existe una pediatría extendida y potente, especialmente en Atención Primaria, las consecuencias derivadas de la patología que con más frecuencia aqueja a la población infantil son menos duraderas, menos intensas, están mejor controladas e inducen menos complicaciones, lo que supone un indudable ahorro por costes directos (consumo de recursos sanitarios), indirectos (p.e. días de trabajo perdidos por los padres) e intangibles, que rentabiliza la inversión de forma instantánea.

Así pues, y siendo que las Especialidades Pediátricas existen se trataría, parafraseando a Adolfo Suárez, de elevar oficialmente a la categoría de normal lo que ya es normal en la realidad

cotidiana. Es una cuestión de equidad y justicia; pero no se trata sólo; se trata esencialmente de una cuestión de seguridad sanitaria: de garantizar, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño de la que España es signataria, que todo niño tenga acceso a los más altos estándares de salud posibles, tanto desde el punto de vista preventivo como terapéutico, cualquiera que sea el problema que le afecte.

Por tanto si queremos velar por la salud de los niños de hoy y de los adultos de mañana, es imprescindible reconocer oficialmente y regular la formación de todas las especialidades pediátricas, incluida, por supuesto, la que constituye la base del sistema y sin la cual todo se desmorona: la pediatría de AP. El Pediatra de AP resulta crucial a la hora de diagnosticar y tratar precozmente la patología infantil, a la hora de orientar adecuadamente la derivación a servicios hospitalarios pediátricos, pero, muy notablemente, como promotor de hábitos saludables no sólo en la población infantil, sino también en la población general. Es muy habitual que lo que un adulto no es demasiado proclive a hacer para sí mismo, no dude en hacerlo por su hijo. Así que cuando un pediatra aconseja a los padres de un niño unas determinadas normas dietéticas y deportivas para prevenir, p.ej. la obesidad o el sobrepeso, es fácil que la madre, para no hacer dos comidas diferentes, aplique dichas normas dietéticas a toda la familia, o que los fines de semana el padre salga a correr o a jugar al tenis con su hijo. Por consiguiente, los consejos del pediatra de AP tienen un efecto multiplicador de incalculable valor sobre la salud poblacional, que no se puede poner en riesgo.

No hay alternativas a este modelo. Las alternativas están ya ensayadas en otros países, y su fracaso está constatado. No se puede renunciar al modelo que ha motivado que, mientras que en 1970 la mortalidad infantil en España superaba en casi 4 puntos porcentuales la del Reino Unido, 40 años más tarde esté dos puntos por debajo. El modelo anglosajón de asistencia primaria es un modelo fracasado desde el punto de vista pediátrico, y los propios profesionales de estos países comienzan a cuestionárselo seriamente; un estudio publicado BMJ hace unos meses resaltaba que “en términos comparativos, la mortalidad infantil en el Reino Unido es más alta que en otros países europeos y que (textual) con una adecuada atención en el primer nivel asistencial (AP), las muertes por enfermedades como neumonía, enfermedad meningocócica y asma se podrían haber evitado”. Por ejemplo, la mitad de los niños que luego desarrollaron infección meningocócica en el Reino Unido fueron enviados a su casa tras la primera visita, y estos fallos o retrasos diagnósticos supusieron un coste superior a 24 millones de euros en indemnizaciones en los últimos 12 años.

Por eso resultan poco comprensibles las temerarias propuestas que en alguna Comunidad Autónoma han llegado a apuntarse, de implantar modelos cuya eficacia resulta más que cuestionable en términos de salud para la población infantil y, por ende, para la población general.

En España tenemos menos pediatras de los necesarios. No es sólo una cuestión de mala distribución, que también: es una cuestión de números absolutos. Hay menos pediatras de los necesarios. Pretender ahorrar reduciendo el nº de pediatras no es ni siquiera cortoplacista; es sencillamente desatinado y miope.

La reclamación, por tanto, es que se incremente el número de pediatras, que se aumente la formación pediátrica hasta 5 años, y que se reconozcan las especialidades pediátricas, de manera que todo niño tenga acceso a un especialista oficialmente reconocido con la adecuada formación pediátrica, tanto en atención primaria como hospitalaria. Puede que alguien piense que no está la situación para excesos y que, siguiendo la máxima ignaciana, “en tiempos de tribulación, no hacer mudanza”. De eso se trata precisamente: de no mudar, y de reforzar lo que ya se tiene.

Esa es la clave, y el espíritu que anima la elaboración de este libro: conseguir, no sólo la



consolidación, sino la potenciación y la generalización del modelo sanitario que, en lo referente a la Pediatría, gozamos en España. El ahorro, en todos los sentidos, está garantizado y será inmediato.