

Hacia una nueva Pediatría

ÁNGEL BALLABRIGA

INTRODUCCIÓN

Al pretender fijar un punto concreto para estudiar la evolución conceptual de la pediatría como especialidad, no podemos limitarnos a establecer un criterio estático arrancando de circunstancias que se dieron en el pasado siglo, como la creación de cátedras de pediatría en diversas escuelas de medicina o la creación de hospitales dedicados especialmente a la asistencia de la infancia, sino que ambos fenómenos fueron la consecuencia lógica del establecimiento de un clima médico que mostraba la necesidad de que tales hechos se produjeran.

La evolución de la pediatría en Europa en los cien años comprendidos de 1850 a 1950 siguió un curso paralelo con el de la medicina interna y un gran número de los pioneros de la pediatría procedieron del campo de la medicina interna (1). El pensamiento pediátrico había pasado de una fase inicial de doctrina clínico-anatómica a un concepto funcional incorporado a una doctrina fisiopatológica, combinado todo ello con conceptos adicionales, sobre la etiopatogenia de la enfermedad, derivados la mayor parte de los nuevos conocimientos que se habían adquirido procedentes de los descubrimientos de la era bacteriológica.

En la pediatría que empezamos a conocer nosotros a comienzo de la década de los 40, un aspecto fundamental de ella era combatir la alta mortalidad infantil existente y por ello esta pediatría estaba muy orientada hacia los trastornos responsables de la mortalidad, fundamentalmente las enfermedades infecciosas y los trastornos de la nutrición del lactante. El desarrollo específico de la enseñanza de la pediatría y la iniciación de departamentos monográficos para la asistencia hospitalaria del niño que se había ido desarrollando lentamente en la primera mitad del presente siglo habían permitido consolidar los conocimientos clínicos y favorecer la introducción de métodos de laboratorio y nuevas técnicas para el diagnóstico, iniciando un tímido desarrollo de lo que sería la investigación pediátrica y fortaleciéndose el concepto de pediatría preventiva y del mejor conocimiento del niño normal, de sus patrones de desarrollo y de los límites, a veces tan difíciles de establecer, entre lo normal y lo patológico.

Naturalmente, el rápido desarrollo de la pediatría que tuvo lugar a partir de la terminación de la Segunda Guerra Mundial estuvo muy favorecido por la aplicación a ella de los nuevos conocimientos que se habían producido en disciplinas básicas como fisiología, fisiopatología,

bioquímica y ciencias de la nutrición, que permitían un mejor conocimiento del niño sano y del niño enfermo, añadiéndose una preocupación por la influencia de las condiciones socio-económicas del entorno del niño.

¿QUÉ HA PASADO DESDE ENTONCES?

La pediatría como arte no ha cambiado, como ha señalado Kretchmer (2) lo que ha cambiado ha sido la disponibilidad de información. El objetivo clásico de la pediatría de estudiar específicamente al niño sano, mantener su salud y prevenir la enfermedad, y diagnosticar, tratar y recuperar al niño enfermo se mantiene pero el mayor énfasis se pone en mantener la salud y prevenir la enfermedad. La información se ha agrandado de un modo impensable. En la compilación de Meissner (3) había recogidos hasta 1832 unos 7.000 trabajos en relación a las enfermedades de la infancia, de ellos 37 hasta el siglo XVII, 75 durante la primera mitad del siglo XVIII antes de Niels Rosen (4) y los restantes desde Rosen hasta 1832. Si comparamos estas cifras con la masa de información que ya se empezaba a disponer hace 50 años y con la que actualmente está a nuestra disposición, así como la mejoría en la transmisión y disponibilidad de esta información, nos damos cuenta del enorme desarrollo que ha conducido a lo que podemos llamar el "especialismo", es decir, el conocimiento mas profundo y detallado del niño en sus diversos aparatos y sistemas.

Los pasados 30 años han supuesto un salto hacia delante impresionante en la pediatría de nuestro país, conduciendo a unos claros niveles de bienestar para nuestra infancia. La pediatría que en la década de los 40 y 50 estaba centrada en la solución de problemas graves y urgentes se ha vuelto más fina, más sutil, más compleja, más tecnificada y más científica. Algunas enfermedades de la infancia

que contribuyeron fuertemente a una alta mortalidad en los cinco primeros años de la vida prácticamente han desaparecido debido a la mejoría en las medidas higiénicas, vacunaciones, control de la alimentación, mejores cuidados en general a la infancia y mejor calidad de vida. Desde los años 40 cada clínica pediátrica fue desarrollando más y más sus medios diagnósticos en paralelo a poder disponer de mayores medios económicos, a la aparición de quimioterápicos y antibióticos que revolucionaron la terapéutica y contribuyeron a que en poco tiempo variasen los porcentajes de incidencia de muchas enfermedades infecciosas. Había llegado la época del diagnóstico precoz y de la terapéutica etiológica.

Empezaba a perfilarse una concepción bioquímica y enzimática en la orientación de la pediatría que nos va a introducir en el diagnóstico de los errores metabólicos congénitos y en el conocimiento de la maduración enzimática postnatal del ser humano. Esta es la iniciación de una etapa que va a conducirnos rápidamente al concepto actual de enfermedad molecular paralela al desarrollo de la biología molecular.

En la década de los 50, la identificación de alteraciones cromosómicas en relación a algunos cuadros clínicos nos conduce a la aplicación del lema "nuevos cromosomas para viejos síndromes". Paralelamente, el desarrollo de nuevas instrumentaciones supone un progreso gigante en la tecnificación. Se está pasando rápidamente del estudio de la patología del pH, del enzima y de las enfermedades mitocondriales al estudio de la estructura molecular. El salto en 50 años es del conocimiento de la lesión celular y del microscopio óptico a lo que podríamos llamar la "visión de las grandes moléculas".

Asimismo en este tiempo el campo de la pediatría se ha ensanchado y engloba la coordinación de programas de salud

pública que ya no son únicamente sobre la lactancia o la prevención de las diarreas, sino sobre la detección precoz del retraso mental y su enfoque preventivo o la detección de heterocigotos para consejo genético entre otros, a la par que la medicina pediátrica va adquiriendo un carácter marcadamente sociológico.

Hace 20 años señalabamos que ningún país se iba a poder sustraer a las influencias que las necesidades sociales condicionaban y que las organizaciones de bienestar y seguridad social irían sustituyendo en amplias capas de la población a la clásica medicina liberal y que este hecho motivaría situaciones conflictivas (5). Al final de la década de los 50, y fundamentalmente en la década de los 60, las nuevas clínicas pediátricas de la seguridad social favorecieron el rápido desarrollo de una pediatría hospitalaria más científica y practicada con disponibilidad de mejores medios e instalaciones que a su vez influyó de un modo positivo sobre la adaptación y mejora de otras clínicas universitarias.

¿DÓNDE ESTAMOS ACTUALMENTE?

Los problemas pediátricos y el momento evolutivo actual de la pediatría-ciencia es variante en su propio concepto en relación a las distintas áreas geográficas del mundo y del grado de desarrollo socio-económico-cultural alcanzado por las mismas y se pueden dividir en problemas que afectan al niño que vive en el mundo desarrollado y problemas que afectan al niño de los países en vías de desarrollo. En los países desarrollados los aspectos son distintos también en función del grado de industrialización y del hábitat urbano. En estos países la pediatría es ciencia-investigación por una parte, realizada en centros de alta especialización y por otra, pediatría preventiva a nivel de masa de población y comprende también la responsabi-

lidad del pediatra en la prevención a nivel de la infancia de algunas de las enfermedades crónicas del adulto o que ocasionarán invalidez en la edad adulta. Una posición intermedia ha sido la de algunos países con gran población como China y Rusia en donde la pediatría-investigación es notablemente escasa mientras que la pediatría preventiva está mucho más desarrollada.

En la otra parte están los problemas que afectan al niño que vive en áreas subdesarrolladas o en vías de desarrollo en donde se producen todas las gradaciones posibles en cuanto a gravedad de los problemas. La atención pediátrica en estos países está todavía básicamente centrada en los graves problemas de nutrición e infección, en la inter-relación entre ambos y en la influencia de la nutrición sobre la maduración y desarrollo mental. Como se puede comprender fácilmente, los criterios en la planificación de la asistencia pediátrica son notablemente distintos en los objetivos a alcanzar en una u otra área.

Estamos actualmente en plena época del "especialismo", como decíamos antes, ello supone un conocimiento más profundo y detallado de aspectos monográficos parciales de la pediatría que nos ha conducido de una diferenciación clásica medico-quirúrgica a una multitud de ramas de subespecialización, siendo muy importante que esta evolución se realice dentro de un "conocimiento integral del niño". En esta especialización, se debe evitar caer dentro de una subespecialización fragmentaria que conduciría al pediatra del "todo" del niño a considerar una sola parte del mismo, perdiendo la visión de conjunto. Por ello estamos en la difícil posición de tener que conocer más y más porciones cada vez menores del organismo sin que la ciencia del niño se fragmente en multitud de ramas inconexas que nos harían ver solamente su cardiopatía, su metabolismo o su riñón sin conservar la noción de enfermedad den-

tro de su "todo", de su soma y de su psiquis, de su familia y de su medio ambiente.

Ya actualmente cabe preguntarse si se está perdiendo el conjunto unitario de la propia pediatría. Téngase en cuenta que dentro de esta pediatría podemos diferenciar dos grupos de subespecialidades (6): un grupo longitudinal que abarca dos períodos cronológicos de la vida del niño que son el período de recién nacido y la adolescencia, y un grupo transversal en el cual se incluye la pediatría de los "órganos". En realidad la medicina de "órganos" dentro de la pediatría es un asunto de especialidad fragmentaria, pero la neonatología y la adolescencia forman parte intrínseca de la propia pediatría dado que corresponden a importantes ciclos cronológicos de la vida del ser humano. Esta diferenciación y su subespecialización ha llevado consigo también a un cierto grado de pérdida de la estimación por el pediatra general, lo cual creo yo que constituye un tremendo error y a la aparición en algunos casos del llamado síndrome del superespecialista.

La superespecialización y la necesidad de una actividad defensiva frente a la posible incriminación por mala práctica ha conducido a un aumento de pruebas y de exámenes superfluos, ocasionando también un aumento innecesario de los costos y un aumento de la incidencia de lo que podríamos llamar defectos de comunicación entre los distintos miembros del conjunto hospitalario, una falta de coordinación integrativa y a la creación de unidades más o menos autónomas aisladas, muy especializadas, todo ello aumentando las dificultades de comunicación con la familia, en parte por falta de habilidad para hacerlo y en parte por un aislamiento olímpico especializado sin una coordinación bien reglada.

En el Congreso Internacional de Pediatría en Viena en 1971 en el simpo-

sio sobre "Growth and Adaptation of Pediatrics", Kretchmer se preguntaba ¿a donde vamos? (7) La pediatría estaba cambiando. Había una mayor orientación hacia la perinatología y medicina fetal, hacia las enfermedades moleculares, hacia los patrones de evolución de la adolescencia, los trastornos de la conducta y los problemas ligados al medio ambiente, incluidos drogadicción y contaminación. Estaba surgiendo una nueva nutrición que incluía no la ligada al síndrome carencia-infección hasta ahora clásico sino la derivada de los efectos de los alimentos y dietas recibidas en la infancia sobre la vida futura del adulto. La hospitalización pediátrica se estaba reduciendo, en parte en algunos países por no haber enfermos para hospitalizar y en parte porque esta hospitalización podía ser perjudicial desde el punto de vista psicológico. Habían aparecido problemas nuevos, como los derivados de las "nuevas familias urbanas" que comprendían los inmigrantes, habitantes de los alrededores de las grandes áreas industriales, muchos de ellos procedentes de países en vías de desarrollo. No hace mucho tiempo hemos llamado la atención (8) sobre estos cambios en nuestro país y criticamos fuertemente la repercusión que sobre la evolución de la pediatría puede tener la implantación de un concepto prioritario de "gestión", centrado primordialmente en el costo-beneficio, señalando que la contribución de nuestros pediatras que ha sido más que generosa y eficiente ha permitido un enorme progreso en el desarrollo de nuestra pediatría y que sería deseable que nuestra administración sanitaria, tanto central como autónoma, fuera menos arrogante, menos dogmática, menos burocrática, más flexible, más capaz de aceptar la crítica y más cooperante con aquellos profesionales que todavía mantienen un espíritu científico puro, en este sentido sería posible el establecer y discutir un equilibrio entre la financiación, salarios,

gastos, métodos de dirección, perspectivas científicas y prioridades.

Nuestro inolvidable amigo Ernesto Sánchez-Villares recordaba en un editorial (9) que vivimos en una verdadera ceremonia de confusión. Dice, nuestra profesión, —ciencia, arte, técnica, oficio—, es convertida por la administración en un puesto laboral que desnaturaliza y despoja al médico de sus cualidades esenciales.

Los peligros de la fragmentación pediátrica se han visto aumentados por la burocratización; esta hidra burocrática-pseudoplanificadora que prolifera en nombre de buscar una relación costo-beneficio favorable y es uno de los mecanismos corrosivos más dañinos existentes al establecer para lograr sus objetivos unas prioridades muchas veces caprichosas que impiden la creación de un cuerpo de doctrina pediátrica fuerte.

El control de calidad debe existir, pero debe ser resuelto fundamentalmente por los propios médicos y la intervención de la administración debe ser totalmente marginal. La Academia Americana de Pediatría ha resuelto mantenerse activa en este campo e impedir que tomen las decisiones quienes quizás saben menos sobre los niños que los pediatras o se interesan menos que ellos en su bienestar (10). Ha introducido el programa de mejoramiento de la calidad de los tratamientos ambulatorios (ambulatory care quality improvement programme ACQIP), y asimismo los principios de la gestión de calidad total (Total Quality Management) han sido incorporados a las nuevas reglamentaciones de la Comisión Conjunta de Organizaciones de Acreditación de Servicios de Salud. Esta gestión de calidad total reconoce que más del 80% de los errores que se cometen en la atención médica no se originan en un médico en particular sino en un defecto del sistema de salud (11).

Entretanto, en la pediatría de los países industrializados se habla de una nueva morbilidad (12) y una nueva pediatría (13,14). Esta nueva orientación se hace hacia la comprensión, el estudio y la prevención, despistaje precoz y tratamiento de los diversos problemas funcionales que afectan a la conducta, desarrollo e integración social del niño y problemas psicosociales que se hallan en la práctica pediátrica corriente (15). Los programas de formación para la práctica pediátrica requieren especiales conocimientos frente a estas nuevas "epidemias" (16) de trastornos condicionados y dependientes de la violencia, pobreza, drogadicción, virus de la inmunodeficiencia y niños médico-tecnológicamente dependientes.

El pediatra debe estar más involucrado en los problemas de la comunidad y no solamente desde el punto de vista clínico sino también desde el punto de vista de promoción y prevención de la salud infantil. La nueva pediatría supone mayor preocupación para otros problemas, como: adolescencia, embarazos en las muy jóvenes, enfermedades de transmisión sexual, nuevas vacunas, salud escolar y prevención del fracaso escolar, mayor integración en la medicina comunitaria y papel del pediatra en el cuidado de los niños crónicamente enfermos y preocupación por la repercusión de los problemas ambientales sobre la salud.

Por otra parte hay que evitar que el desarrollo de la tecnología en sí misma conduzca a aumentar el riesgo de convertirse en tecnócratas capaces de dar respuestas útiles y rápidas a problemas biomédicos pero no preparados para afrontar las complejas relaciones que se establecen con las familias y el ambiente donde vive el niño. El pediatra debe responder a las situaciones de conflicto psicosocial de las familias con un sentido humano, y las actitudes que debemos adoptar son las que corresponden a la nueva morbilidad, a la nueva pediatría y

a los problemas que se presentan en las nuevas generaciones de pediatras.

Se ha considerado que el pediatra generalista podía afrontar del 85 al 90% de los problemas que se presentan en la infancia (13) y aquí la discusión en relación a defender los mejores intereses del niño entre los detractores de la proliferación de subespecialistas y sus contrarios podía ser interminable.

PERSPECTIVAS DE FUTURO PARA LA PRÁCTICA PEDIÁTRICA

Mayores conocimientos en relación a los adolescentes y cuidado de los mismos por parte del pediatra general, así como mayor profundización en los conocimientos de los problemas psicosociales que afectan al niño van a constituir un capítulo importante en las preocupaciones de los pediatras. Una mayor preocupación asimismo por los problemas genéticos y por los diagnósticos en relación a pruebas con ADN, en este momento ya están establecidos concretamente en más de 10 enfermedades, y otro campo importante que se deslumbra es el de la prevención de las malformaciones congénitas dado el mejor conocimiento que se está teniendo en relación a la selección de genes que regulan el desarrollo, todo ello abriendo grandes perspectivas en el futuro de la terapéutica génica. Se va a pasar de la etapa de los trasplantes a la iniciación de la terapéutica por genes.

Las nuevas fronteras de esta nueva pediatría van a ser el estudio de la estructura molecular y del depósito matemático de la información genética aplicadas a la patología del niño. El mayor desarrollo de la pediatría preventiva que hace desaparecer un extraordinario número de enfermedades hasta el punto de convertir el pediatra clínico actual en un consejero de salud y la prevención de los trastornos condicionados por los diversos estilos de vida que repercuten ya desde la infancia

para el futuro, se trata pues de la prevención de la hipertensión de la hipercolesterolemia, de la obesidad, de los efectos nocivos de la contaminación, de los fenómenos oxidativos del organismo, de las carencias subclínicas de nutrientes y del fracaso escolar que constituyen los nuevos desafíos que sustituyen a muchas de las enfermedades pediátricas en vías de desaparición. Los aspectos de la patología pediátrica en relación al medio ambiente ha empezado a ser ya un capítulo importante, con la creación del Centro de Documentación DISU (Dokumentations- und Informations-stelle für Umweltragen) en relación a este tema (17).

Se va a orientar la práctica pediátrica en tratar de cumplir las condiciones del programa "gente sana para el año 2000" con sus 298 objetivos en 22 áreas de grandes prioridades de salud pública y especialmente para los grupos de alto riesgo. En materia de nutrición, 21 objetivos van comprendidos en este programa (18).

La nutrición del recién nacido es un tema muy ligado a la actuación del pediatra y que no es solo dependiente de la industria de la alimentación como ocurría hace unos años. Grandes progresos en este momento se están haciendo en el conocimiento más profundo del valor protector de oligosacáridos y nucleótidos y sobre el papel de los factores promotores de crecimiento (19). Asimismo las consecuencias derivadas de los estudios de Barker (20) y Fall (21) en relación al llamado síndrome metabólico de presentación tardía en la vida pero en relación con la nutrición durante las primeras etapas de crecimiento y desarrollo, es otro aspecto importante de futuro.

El desarrollo en los recientes años de la biotecnología aplicada a los alimentos va a constituir otro punto de interés dentro de los conocimientos de la nueva pediatría. Alimentos por biotecnología son aquellos que en la producción industrial participa el uso de sistemas biológi-

cos. Esta tecnología puede ser útil en la producción de proteínas o metabolitos por parte de un organismo determinado que conduce a hacerlo por parte de organismos que originalmente no los producen o bien motivan el bloqueo en la producción de una proteína o metabolito por parte de un organismo determinado (22). Las aplicaciones en la práctica van a ser enormes como ya ha empezado por parte de 2 derivados proteínas recombinantes la bST o somatotropina bovina y la pST o somatotropina porcina (23).

REPERCUSIONES SOBRE LA FORMACIÓN DEL PEDIATRA

Posiblemente, la utilización de los hospitales de alta tecnología como lugar único o predominante para la formación de los residentes de la especialidad pediátrica debe ser reexaminado y dichos hospitales y sus programas deben ser objetos de una profunda crítica sobre la manera tradicional como en la actualidad se está formando a los pediatras (24) y modificar los actuales programas en el sentido de centrarse también sobre las habilidades psicosociales que pueda tener el candidato. La revisión de programas de formación en el área pediátrica ha mostrado una mayor necesidad de mayores conocimientos en el campo de la pediatría comunitaria, adolescencia, farmacología clínica, afecciones incapacitantes y ética médica (25). Parte de la enseñanza tradicional en los hospitales pediátricos terciarios procede de la alta tecnología y es necesario derivar parte de esta enseñanza hacia lugares de consulta ambulatoria, cubriendo también el entrenamiento de la asistencia a domicilio (26).

La formación será preciso no realizarla de un modo continuado en el mismo departamento, incluso recomendaríamos que el período de formación se hiciera siempre en dos departamentos distintos y

creemos que en un futuro será fácil hacerlo también formando parte de un intercambio entre diferentes países. Naturalmente esto supone una coordinación dentro del programa de formación entre distintas instituciones.

Con todo ello debemos preguntarnos si estamos utilizando métodos adecuados para la formación de nuestros jóvenes postgraduados en la ciencia pediátrica que van a ejercer durante los próximos 50 años. No querría responder a esta pregunta a través de un pesimismo histórico diciendo que no, sino contestar de un modo constructivo diciendo que muchas cosas deben cambiar para aplicar nuevas ideas para resolver nuevos problemas.

En el campo de la educación pediátrica, en la etapa de los 10 últimos años ha habido una transición de la pediatría general a una pediatría de subespecialidades, sobre una base teórica de mutua interdependencia, conexión e integración. Actualmente, tenemos la seguridad que se ha llegado a un momento delicado y que se encuentran en revisión algunos aspectos de la educación pediátrica dado que las relaciones pediatría general-subespecialidades pediátricas puede conducir a una fragmentación de la integración pediátrica. Es muy importante que no se continúe hacia el riesgo que supone formar tecnócratas capaces de responder de un modo rápido y eficiente a los problemas biomédicos que se les planteen pero mal preparados para resolver los problemas esenciales y complejos de las relaciones con los pacientes y familias (27). La tendencia actual se está orientando a un mayor estímulo en la necesidad de disponer fundamentalmente de más generalistas (28) y estimular a los estudiantes con buenas calidades personales a orientarse hacia los cuidados primarios pediátricos (29). A un total de 52.517 pediatras certificados como generalistas a final de 1993 se sumaban un 5.3% de esta cifra total como neonatólogos-perinatólogos, un 2.04% como cardiólogos, un 2.01

% como hematólogos-oncólogos, un 1.22% como endocrinólogos, un 0.86% como nefrólogos y un 0.73% como gastroenterólogos entre otros (30). En otra encuesta, un 70% de los pediatras correspondían a pediatras generales a los que había que añadir un 17% que se consideraban pediatras generales con un área de subespecialidad específica de su mayor interés y un 13% con la práctica de una subespecialidad (31). En las recomendaciones de la Comisión del Informe de la Robert Wood Johnson Foundation se señala "parece que ha llegado el momento oportuno y apropiado para cambiar aspectos de la educación médica a causa del espectacular cambio que ha habido hacia una unidad de la ciencia y en contra de su fragmentación" (32). El llamar la atención y aumentar los conocimientos sobre las interrelaciones de los factores biológicos y psicosociales en la salud y en la enfermedad es una nueva faceta muy importante de la nueva pediatría y supone un cambio en la formación y que ésta en parte sea efectuada fuera de los grandes hospitales, al propio tiempo que se integre una parte de la ciencia básica dentro de la práctica médica.

Cuando estamos cumplimentando programas de formación para nuevos residentes candidatos a pediatras, debemos preguntarnos si lo que estamos haciendo es simplemente que adquieran la transmisión de viejos conocimientos o si somos capaces de lograr que desarrollen nuevos conocimientos a partir de nuevas ideas. El establecimiento de nuevas ideas supone siempre una provocación a los puntos de vista previamente establecidos y por tanto se debe contar con la natural resistencia. En una visión personal de este problema creo que lo que está ocurriendo en España en el campo pediátrico puede ser muy inquietante y creo que si no se tiene mucha prudencia el futuro puede ser todavía peor. En la actualidad, lo referente a la proliferación en el número y en la exten-

sión que vayan a alcanzar en un futuro las subespecialidades pediátricas y su repercusión en la enseñanza va a depender de lo que disponga la legislación oficial que aparezca con motivo de su creación oficial y su regulación, pero la responsabilidad de los pediatras y de las asociaciones que sean consultadas sobre este particular va a ser enorme. Debemos dejar sin embargo un margen de optimismo debido a la actual incorporación de nuestro país a la Comunidad Europea, que nos permite ver el problema con una mejor perspectiva dado que la instauración oficializada de las subespecialidades se está haciendo de un modo lento, progresivo y prudente. De este modo el resultado estará bien meditada y motivada. Tal vez hasta que lleguemos a esto sufriremos la impaciencia individual y de pequeños grupos y sociedades defensoras de intereses concretos que más o menos alegremente y en nombre de un sagrado consenso pretenden resolver rápidamente el problema. Pasada esta ventolera vendrá la calma y el sosiego necesario para regular estas subespecialidades con la objetividad, profundidad y rigurosidad necesarias, es decir de acuerdo con la verdadera función integradora que deben realizar y tras la obtención de una seguridad en su competencia, preferentemente con un examen final (33) de refrendo y de idoneidad. En todo caso es necesario evitar el no confundir lo que son los mejores intereses del niño y del progreso científico con motivaciones en las que pueden subyacer un cierto grado de intereses profesionales y corporativismo. Asimismo, se plantea la instauración de normas para la metodología a seguir referente a la recertificación periódica.

PERSPECTIVAS EN LA INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA

En nuestro discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Barcelona en 1974 señalábamos (5) que disponien-

do en aquellos momentos de algunos hospitales pediátricos bien organizados en los cuales se conjunta una disponibilidad excelente de bienes de equipo y un material clínico humano abundante, la labor investigadora realizada es ridículamente pobre y ello a nuestro juicio lo centramos en dos razones: i) la existencia de un dirigismo burocrático pseudoplanificador que entorpece la libertad de acción y de medios de financiación que el investigador necesita y ii) porque no se ha sido capaz de crear el clima investigador necesario entre los jóvenes a no poderles ofrecer unas perspectivas futuras intelectuales y materiales de una cierta brillantez y seguridad. Probablemente influyen en este aspecto también el no habernos querido dar cuenta de cual es el momento actual del concepto de Pediatría que evoluciona preferentemente hacia la pediatría-Investigación. La pediatría actual va a ser fundamentalmente el profundizar en la biología molecular, en las ciencias de la conducta del niño y en la prevención.

En la actualidad, más de 20 años después de esa cita, seguimos considerando su validez y decimos que la situación tal vez en vez de mejorar ha empeorado notablemente. En la actualidad hay un mejor ambiente diríamos en la tendencia a la investigación por parte de los jóvenes en su época de residencia, pero el recién graduado pediatra que pretenda entrar dentro del campo de trabajo de la investigación pediátrica necesita tener una fuerte constitución de héroe. En una encuesta realizada por nosotros hace dos años (34), referente a la cuestión de las facilidades de investigación, hallábamos una cifra de 0.28 becarios de investigación pediátrica por millón de habitantes en nuestro país. En la encuesta dirigida a 50 servicios pediátricos de España y a la pregunta de si se creía en unas perspectivas futuras en relación a la investigación pediátrica que fueran muy optimistas, simplemente optimistas o muy pesimis-

tas, las escasas respuestas que se recibieron hacían perder cualquier esperanza. Independientemente de las muchas fundaciones que se puedan crear, y estamos seguros que ello constituye un paso importante y positivo, lo que debe cambiar es el clima con la creación de un ambiente más estimulante y facilitante de la investigación. La responsabilidad de muchos de los burocratizados dirigentes de los hospitales es enorme y debe llegar el momento de pedírseles responsabilidades por su pobre actuación en este sentido.

Ante una nueva pediatría que está surgiendo, ante una nueva morbilidad y una diferenciación de los problemas pediátricos es posible que también sea necesario un cambio de actitud en otros aspectos. Me estoy refiriendo a la política seguida por algunas de las firmas dedicadas a productos para la infancia, en su aspecto farmacológico y en la nutrición-alimentación. Es evidente que por parte de la industria se ha producido ya desde hace tiempo una tendencia a favorecer la docencia pediátrica facilitando la organización de cursillos de formación dirigidos a jóvenes graduados y cursillos de reciclaje, así como la promoción de alguna reunión pediátrica. Sin embargo, es muy posible que en este aspecto sea también necesario un cambio, siguiendo una política que suponga un verdadero apoyo a la docencia-investigación y no simplemente a la promoción de productos, con o sin viaje más o menos exótico. La responsabilidad aquí no la debemos limitar únicamente a las firmas industriales, sino también hacerla extensiva a algunas asociaciones profesionales. Es muy importante una mayor dedicación al soporte financiero de la investigación pediátrica que a las manifestaciones suntuosas, es necesario que se subvencionen más proyectos serios y bien estructurados de desarrollo multicéntrico que tengan repercusión en el ámbito nacional, y que permitan contribuir a identificar y solu-

cionar algunos de los actuales problemas que son de mayor interés científico pediátrico en nuestro medio. Es necesario obtener un número de becas relativa-

mente importante dedicadas a jóvenes investigadores pediatras que puedan trabajar en servicios de pediatría con dedicación plena.

BIBLIOGRAFÍA

1. BALLABRIGA, A.: "One Century of Pediatrics in Europe". In: *History of Pediatrics 1850-1950*. Edited by B.L. Nichols, A. Ballabriga and N. Kretchmer. Workshop Series, Vol.22, Raven Press, New York, 1991.
2. KRETCHMER, N.: "Summary and conclusion". In: *History of Pediatrics 1850-1950*. Edited by B.L. Nichols, A. Ballabriga, and N. Kretchmer. Workshop Series, Vol.22, Raven Press, New York, 1991.
3. MEISSNER, FL.: *Grundlage der literatur der Pädiatrie, enthaltend die Monographien über die Kinderkrankheiten*. Leipzig, 1850.
4. ROSEN VON ROSENSTEIN, N.: *Underrättelser om barn sjukdomar och deras bote model*. Stockholm: Lars Salvius, 1964.
5. BALLABRIGA, A.: *El concepto cambiante de la Pediatría desde Nils Rosen von Rosenstein hasta finales del siglo XX. Su repercusión sobre la enseñanza*. Real Academia de Medicina de Barcelona. Barcelona, 1974.
6. BALLABRIGA, A.: *Acto de Investidura de Doctor Honoris Causa*. Universidad de Valladolid, Valladolid, 1993.
7. KRETCHMER, N.: "Growth and Adaptation of Pediatrics". *XIII International Congress of Pediatrics*, Wien, 1971.
8. BALLABRIGA, A.: "Child health and paediatric care in Spain: where are we going?" *Arch Dis Child* 1992; 67:751-756.
9. SÁNCHEZ-VILLARES, E.: "Diez paradojas de nuestra actual Pediatría". *Contemp Pediatr*, 1992; 2:53-55.
10. NAZARIAN, LF.: "Mejoramiento de la calidad: hagámoslo bien". *Pediatrics in Review*, 1993; 14:203.
11. BERGMAN, DA.: "Mejoramiento de la calidad: ¿atiguiño o bendición?" *Pediatrics in Review*, 1993; 14:204-209.
12. HAGGERY, RJ.; ROGHMANN, KJ.; PLESS, IB.: *Child health and the community*. New York, NY: John Wiley Sons, 1975.
13. NELSON, K.; ALPERT, JJ.; CHESNEY, RW.; et al.: "Resolved: The proliferation of subspecialties is not in the best interests of General Pediatrics". *AJDC* 1993; 147:672-79.
14. NADLER, HL.; EVANS, WJ.: "The Future of Pediatrics". *AJDC* 1987; 141 :21 -27.
15. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on Psychosocial Aspects of Child Family Health: "Pediatrics and the psychosocial aspects of child and family health". *Pediatrics* 1982; 70: 126-127.
16. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health: "The Pediatrician and the New Morbidity". *Pediatrics*, 1993; 92:731-33.
17. MUHLEND AHL, KE v.; OTTO, M.; SPRANGER, J.: "Environmental aspects in pediatrics". *Eur J Pediatr* 1995; 154:337-338.
18. DANFORD, DE.; STEPHENSON, MG.: "Healthy People 2000: Development of nutrition objectives". *J Am Diet Assoc* 1991; 91: 1517-19.
19. ZETTERSTROM, R.: "Trends in research on infant nutrition, past, present and future". *Acta Paediatr* 1994; Suppl 402:1-3.
20. BARKER, DJP.: "The fetal origins of diseases of old age". *Eur J Clin Nutr* 1992; 46: Suppl.3,S3-S9.
21. FALL, C.: "Nutrition in early life and later outcome". *Eur J Clin Nutr* 1992; 46: Suppl 3, S57-S63.
22. COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS, AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION: "Biotechnology and the American agricultural industry". *JAMA* 1991; 265: 1429-1436.
23. ETHERTON, TD.; KRIS-ETHEERTON, PM.; MILLS, EW.: "Recombinant bovine and porcine somatotropin: Safety and benefits of these biotechnologies". *J Am Diet Assoc* 1993; 93: 177-180.
24. BALLABRIGA, A.: "Pediatric Education for Specialists: Critical Analysis of the Present Health Teaching System". En: *Changing Needs in Pediatric Education*. Eds: C.A. Canosa, V.C. Vaughan III, H.-C. Lue. Workshop Series Vol.20 Raven Press Ltd., New York 1990. pp.81-94.
25. WENDER, EH.; BIJUR, PE.; BOYCE, WT.: "Pediatric Residency Training: Ten Years after the Task Force Report". *Pediatrics* 1992; 90 :876-880.
26. STEINKULLER, JS.: "Home visits by pediatric residents. A valuable educational tool". *AJDC* 1992; 146:1064-1067.
27. JANZKOWSKY, P.: "Pediatric Training in the Future: The new post-DRG pediatrics". *Childr Hosp Quart*, 1989; 1:187-188.
28. WISON, MEH.: "General Pediatrics in a time of change. Inventing the future". *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1994; 148:243-44.
29. MERRILL, JM.; LAUX, LF.; LORIMOR, RJ.; y colb.: "What are the future pediatricians like?" *Acta Paediatr* 1994; 83:262-3.

30. STRAIN, J.E.: "Jacobi Address - Pediatrics: Where do we go from here?" *Pediatrics*, 1995; 95:924-27.
31. MCCRINDLE, B.W.; STARFIELD, B.; DEANGELIS, C.: "Subspecialization within pediatric practice: A broader spectrum". *Pediatrics* 1992; 90:573-81.
32. HAGGERTY, R.J.; BURG, F.D.: "Medical Education in Transition: The Report of the Robert Wood Johnson Commission on medical education: The Sciences of Medical Practice". *Pediatrics*, 1992; 90:273-74.
33. CLAYDEN, G.S.: "Examinations in paediatric training". *Arch Dis Child* 1990; 65: 1 004-8.
34. BALLABRIGA, A.: "El futuro de la investigación pediátrica en España". *Anal Españ Pediatr* 1993; 39 Extra.54:72-75.

Petición de separatas

Prof. A. Ballabriga Aguado
c. Escuelas Pías, 8, 2º.
08017 Barcelona