

Conferencia

La asistencia pediátrica integral

D. Jaime Cifre Sastre*

Durante este siglo la salud de los niños ha experimentado importantes cambios.

Por ejemplo, en EE.UU. la mortalidad de los 1 a 14 años ha descendido un 97 % desde principio de siglo hasta nuestros días, y las neoplasias, anomalías congénitas y la violencia que representaban un 5 % han ascendido al 63 %, aunque en todas ellas su valor absoluto se haya rebajado; por ejemplo, las anomalías eran causa del 3 % de la mortalidad y actualmente, siendo la mitad en valores absolutos, representa el 22 % del total, e igualmente ha pasado con otras causas de mortalidad, como por ejemplo la de la muerte súbita del lactante.

Esta reducción se debe a los avances en todos los campos de la medicina, a las actuaciones a nivel de salud pública y a las mejoras educativas, sociales y económicas de los pueblos desarrollados.

Pero la otra cara de la moneda demuestra que las muertes de causa externa, entre ellas accidentes y homicidios, significan el 51 % de la mortalidad de 1 a 14 años y el 75 % de los 14 a los 24 años, sobre todo en los accidentes, en que el 40 % están combinados con el alcohol y a los que hay que añadir el suicidio.

Actualmente y de forma continua se están realizando importantes cambios que llaman la atención por su celeridad y profundidad, que obligan a revisar el alcance y objetivos de la Pediatría. Por ejemplo, en nuestro medio y según datos del Insti-

tuto Balear de Estadística, se ven estos resultados, que coinciden con los datos de otros países de nuestra área cultural y económica:

1. — Descenso de la natalidad.
2. — El cambio de la morbilidad.
3. — El descenso de la mortalidad y el cambio de sus causas.
4. — Hay menos niños y más médicos.
5. — Los cambios socioeconómicos, unidos a más tiempo libre y mayores oportunidades de considerar los problemas de salud, con mayor demanda de asistencia, por lo que existe mayor exigencia en los resultados de la actuación médica.
6. — El cambio en los motivos de petición de la consulta; así, por ejemplo, cada vez se solicita con mayor frecuencia la intervención de los pediatras para tratar problemas de comportamiento, relaciones entre padres e hijos, problemas de escolarización o de integración en la comunidad, problemas de salud mental o salud social, la demanda de que la edad de asistencia pediátrica se incremente hasta los 14 años, hasta los 18 o 21.
7. — De otra parte, frente a la demagogia del principio de la facilidad de accesibilidad a servicios sanitarios, existe o bien una falta de respuesta institucional, o la mala distribución de facultativos, o la falta de adaptación de los servicios sanitarios a la demanda y conveniencia de los usuarios, para poner sólo unos ejemplos.

Debido a la disminución de la mortalidad y a los cambios en la morbilidad la práctica pediátrica ha experimentado grandes cambios que hacen necesario un *nuevo enfoque para atender a las necesidades de los niños*.

En cualquier nivel de asistencia los profesionales deben conocer *sus funciones* en cada momento y *sus posibilidades* de afrontar los problemas, debiendo ser cada uno capaz de determinar si su experiencia y los medios de que dispone son capaces, o son los más adecuados, para resolver los problemas, conseguir la ayuda necesaria o acercarse, progresivamente, al objetivo de que todos los niños tengan la

* Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Palma de Mallorca.

oportunidad de desarrollarse en condiciones óptimas.

También importa la valoración de las *obligaciones*, exactamente de una de ellas: la *obligación de la formación continuada*, obligación que todos los médicos tenemos contraída con nuestros pacientes, pero de otra parte, sabemos que *los conocimientos pediátricos disponibles se duplican cada 10 años*, y que casi nadie es capaz de asimilar esta enorme cantidad de información, lo que nos crea una desagradable sensación de desánimo e intranquilidad intelectual.

Muchos reconocemos que los médicos siguen aprendiendo, fundamentalmente, gracias a sus pacientes, y creemos que esto no sería así si oyeran los problemas del paciente sin darles importancia, o sin profundizar en ellos, porque o bien les parecen simples, o bien piensan que son extraordinariamente complejos en relación a sus conocimientos, con la conclusión de que, en ambos casos, no vale la pena someterlos a una consideración minuciosa. Pero, tal vez, sería posible avanzar si se adoptara una *doble actitud frente al paciente*, muy bien reflejada en la declaración de Edinburgo de agosto 1988 de la Conferencia Mundial de Educación Médica, patrocinada por la OMS, la UNICEF, el Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas, entre otros, donde por una parte se destaca la importancia de la participación *pasiva* del médico a través de lo que aprende leyendo, escuchando u observando, y, por otra parte, considera el valor de la participación *activa*, que se consigue aplicando lo aprendido a la práctica diaria, analizando el trabajo de cada día. Interrelacionando y contrastando estas dos posturas se puede marcar el camino para entender las contradicciones por las que las cosas se presentan no como parece que son, sino como de verdad son; es decir, hay otras realidades que a veces sólo alcanzan a intuirse, pero que pueden plantearse como motivos de investigación para lograr comprender la diferencia que existe entre la formación académica y la realidad del trabajo; darse cuenta que el

mundo está permanentemente cambiando e inducir a pensar que lo que fueron verdades han dejado de serlo y deben ser sustituidas por otras, promoviendo el interés para encontrar soluciones a nuevos problemas.

Definición y amplitud de la pediatría

La Pediatría es una especialidad médica que observa un proceso dinámico *tan amplio en el contenido y en el tiempo* que se extiende desde el interés por el genoma, desde antes de la gestación, pasando por el de sus progenitores, por la embriología, la fetología y la pediatría prenatal, hasta terminada la edad de crecimiento, interesándose por todos los capítulos de la adolescencia.

Comprende el *Crecimiento, el Desarrollo y la Maduración*, y lo que es más importante, la *variabilidad* de la normalidad en sus ritmos, así como sus alteraciones patológicas y las *implicaciones* que ello tiene en la vida del niño.

Contempla al ser en crecimiento como un *todo inmerso en su ambiente*, y se preocupa por las interacciones que se derivan, tanto como determinantes de *enfermedad* como, al revés, promotoras de *salud*.

Considera y actualiza todas las *capacidades preventivas* de la Pediatría.

Quiere *optimizar* el crecimiento, el desarrollo, los procesos adaptativos, la lucha contra la enfermedad, la salud personal, el medio ambiente, la prevención, etc.; en una palabra, mejorar las condiciones de vida.

No creo que sea aventurado ahora entender la Pediatría como *la ciencia que se ocupa de la salud durante las épocas del crecimiento, desarrollo y adaptación a la edad adulta, estudiando sus trastornos y queriendo garantizar su optimización, para alcanzar una edad madura llena de plenitud*.

A este *concepto polivalente* se le llama Pediatría Integral, o también la Nueva Pediatría.

Pero esto no siempre ha sido así y para entenderlo nos vemos obligados a una breve revisión histórica.

Con Julián Marías pensamos que el desconocimiento de la historia es uno de los factores más inquietantes de la situación intelectual de nuestro tiempo, y que lo más grave no es la ignorancia concreta de un hecho, sino la pérdida de lo que llama la «secuencia temporal»; la gente no sabe ubicarse, no están instalados en el mundo, no conoce el orden de la historia y la consecuencia es que cada día hay más gente que no sabe dónde está, y esto se llama desorientación, que lleva a una abrumadora mayoría al desconocimiento de la realidad pretérita y presente.

La Pediatría, como especialidad médica, no es demasiado vieja, alcanza sólo cuatro generaciones, nace hace sólo poco más de un siglo, como un epifenómeno más de las *interacciones entre la ciencia y la sociedad*, puesto que la primera entiende que los problemas sanitarios y las reacciones frente a las agresiones son distintos en los niños que en los adultos y, de otra parte, las enormes tasas de morbilidad y mortalidad que se dan en la edad pediátrica, sobre todo en la de lactante, hacen que la sociedad exija una solución.

En su *génesis conceptual* reconocemos que la Medicina Interna prima en el concepto de Pediatría, que llamaremos, para entendernos, clásica. El estado y el nivel del pensamiento médico internista de adultos repercute sobre el conocimiento de las enfermedades de la infancia, y podemos decir que la evolución de la *Pediatría en Europa en el período que llega hasta la mitad del siglo XX sigue paralela a la del pensamiento médico en relación a la Medicina Interna*. Los pioneros de la pediatría procedieron de este campo; así, por ejemplo, dado el desarrollo médico existente en Alemania, no es extraño que el eje direccional de la pediatría se desplazara hacia este país y Austria, y de ahí la influencia que Rokitsanski como patólogo, y Skoda como clínico tuvieron en la Pediatría de Viena, colaborando con Myar y Widerhofer en el Santa Anna Kinderhos-

pital, permitiendo crear una escuela pediátrica de vanguardia.

Así, el pensamiento pediátrico, como es lógico, acepta y traslada al niño, sobre todo enfermo, las distintas etapas de la evolución del pensamiento médico: la etapa inicial de *doctrina anatomoclínica* con los antecedentes de Morgagni, que aporta el concepto de patología del órgano, Bichat el de patología del tejido, Laennec sienta la metódica de la exploración física y con Virchow se alcanza la noción de patología celular, para después seguir avanzando hacia un concepto funcional integrado en una *doctrina fisiopatológica* con Claude Bernard, que introduce el concepto primordial de medio interno, y sigue en las de *orden etiopatogénico* derivadas de los descubrimientos de la antisepsia de Lister o los de Pasteur y Koch de la era bacteriológica.

A través de la diferenciación asistencial de la Pediatría frente a la Medicina Interna surge un período fecundo con la fundación de los Hospitales Pediátricos; tras el Santa Anna Kinderhospital de Viena y el Hospital Enfants Malades de París, el desarrollo, enorme, de los hospitales pediátricos se manifiesta en el hecho de que entre 1850 y 1875 abren sus puertas en Europa 67 nuevos hospitales para niños. A París y Viena, le siguen Zurich, Basilea, Berna, Londres y Madrid, donde en 1887 se crea el Hospital del Niño Jesús.

La evolución de la Pediatría es avalada, simultáneamente, por la creación de las *nuevas cátedras*: Widerhofer en 1884 en Viena, Hensch y Heubner en Berlín, y sucesivamente aparecen nuevas cátedras en Francia, Italia y España, donde en 1886 se instaura la asignatura independiente de «Enfermedades de la infancia con su clínica», etc.

Pero si el *desarrollo científico* es uno de los principales motivos del ser de la Pediatría, éste no se entiende sin su aportación a la solución de una *gran prioridad social*: luchar contra la alta mortalidad infantil que se producía sobre todo en los lactantes, que está sacudiendo a Europa en esta misma época a que nos venimos

refiriendo, los finales del siglo XIX y principios del XX.

La evolución científica, espoleada por la demanda social, la lleva a una mejor comprensión y conocimiento de las enfermedades responsables de esta alta mortalidad, principalmente las enfermedades infecciosas y los trastornos nutritivos.

La Pediatría camina del brazo de los avances técnicos y sociológicos que se manifiestan de forma acelerada en el último siglo.

Más tarde, ya a mediados del siglo XX, cambió radicalmente la asistencia pediátrica con la introducción de los *antibacterianos* y *antibióticos*, gracias a que se consiguió el control de las infecciones —tanto de su prevención como de su tratamiento— y la mejora de las *técnicas de fluidoterapia*.

Con ello fue necesaria la creación de más hospitales pediátricos y el consecuente desarrollo de la enseñanza de la pediatría contribuyó a la consolidación de los conocimientos clínicos, a la introducción de nuevas técnicas de laboratorio y a nuevos métodos para el diagnóstico y la prevención.

Y paradójicamente, al mismo tiempo que iba consiguiendo mayor entidad propia en estados inmediatamente posteriores, empezó a palidecer la imagen del *pediatra generalista*, y a medida que se profundizó más en el campo de la investigación pediátrica se incrementó el papel de las *subespecialidades*, situación en la que todavía nos encontramos.

Ello se ha realizado a través de distintos caminos: así, la preocupación por *grupos de edad* ha dado lugar a la neonatología y a la medicina de la adolescencia; el estudio de los *diferentes órganos y sistemas* ha dado lugar a la cardiología, nefrología, neumología, gastroenterología o endocrinología pediátrica; el interés por los *sistemas asistenciales* ha orientado a algunos pediatras hacia la pediatría ambulatoria o la de UCI, y también han surgido las *especialidades multidisciplinarias* para hacer frente a los niños disminuidos, contando con la colaboración de pediatras, neuró-

logos, psicólogos, fisioterapeutas, terapia ocupacional, logopedas, educación especial, etc.

Así que la pediatría fue centrándose cada vez más en determinados procesos patológicos que afectaban, relativamente, a pocos niños, con algunos cuadros potencialmente letales o permanentemente invalidantes, pasándose de la época de muchos niños enfermos con, proporcionalmente, pocos pediatras para atenderlos, a pocos niños gravemente enfermos con muchos pediatras para asistirlos a nivel, por ejemplo, de la oncología, fibrosis quística de páncreas, patología neonatal, cardiopatías congénitas, retraso mental, alteraciones genéticas, procesos reumáticos, neofropatías, trastornos metabólicos o endocrinos, etc.

Esta situación es propia de una situación de crisis: nos estamos interesando muchos por muy pocos y abandonamos a la mayoría. ¿Qué soluciones se pueden dar?

La situación actual

Existen marcadas diferencias según hablamos de parámetros sanitarios en países subdesarrollados, en vías de desarrollo o en *países desarrollados*.

Según nuestra situación —y a este respecto cabe considerarnos un país desarrollado— podemos asegurar que nuestros índices de salud infantil son tan buenos como los de otros países catalogados del primer mundo.

Evidentemente éste ha sido un resultado muy positivo, consecuencia de la evolución del *pensamiento científico* que alcanza extremos de perfección técnica en el diagnóstico por la imagen, la computarización, los tratamientos médicos o quirúrgicos, algunos tan sofisticados como los trasplantes de órganos o el ECMO, y que podríamos traducir por el concepto de *Modernidad*: la inquietud por la búsqueda de la verdad y lo cierto, conseguir el dominio de la naturaleza, de la ciencia y de la técnica, la máxima productividad, las

vanguardias artísticas, en fin, el «*saber audaz*».

Pensamiento sustentado con los soportes inigualables de Descartes, Kant, Leibnitz, Voltaire, Rousseau, etc.

Con su enorme aportación la modernidad ha conseguido el avance científico; el reconocimiento de su aporte a la humanidad es obvio, y no creo que exista nadie que pueda contradecir el sentimiento de agradecimiento o no asombrarse por el camino recorrido.

No quiero tergiversar el sentido del progreso científico y humano. No hay duda de la importancia capital de la tecnología, pues siempre *nuevos retos* se presentarán en el horizonte de la humanidad, retos que son únicamente solucionables a través del avance de la ciencia; como ejemplo recordemos las altas tasas de morbimortalidad de orden genético o el reto que supone el cáncer, pero siempre que no se pierda el sentido de hacer avanzar al hombre justo en esto, en su dimensión humana.

Pero también existe la otra cara de la moneda: su abuso, que puede ser difícilmente soportable por sus altos costos económicos, o por la presencia de yatrogenia diagnóstica con la consecuencia de la infravaloración de la exploración física y de la anamnesis —lo más genuino y gratificante de la profesión y motivo de la estima del médico por parte del paciente—, conduciendo a una verdadera «carrera hacia el diagnóstico» con todas sus consecuencias psicosociales, bien representada por el síndrome de Ulises o la obsesión para los diagnósticos preclínicos; en el aspecto de las yatrogenias terapéuticas, el paradigma viene significado por las UCIs, donde se presentarán dilemas éticos casi a diario. Por este y otros motivos —como el actualmente tan de moda del aborto— ha florecido la enseñanza necesaria de la Bioética en las Facultades de Medicina.

Este fenómeno que nosotros referimos a la esfera de la medicina ha sucedido en las distintas facetas de la vida del hombre y le ha causado inquietud, por lo que a la época de la modernidad le ha seguido otra, la de la *Postmodernidad*, represen-

tada por los pensamientos de Nietzsche, Heidegger, Kundera, Brouillard, etc., definida por un cierto sentido de *vacío vital*, que ha condicionado la ambigüedad, el desencanto, el éxtasis idiota frente a la comunicación, el particularismo improductivo, el ocio como valor por sí mismo, el pensamiento débil, el nihilismo o el pasotismo, la indiferencia frente a la obsesión por la tecnología, el consumismo o a la felicidad determinada por la máquina, etc. Y ahora la problemática viene dada por el suicidio, el embarazo y aborto en adolescentes, los accidentes, el «*battered child syndrome*», la drogadicción, el fracaso escolar, los fracasos adaptativos, sociales, económicos, sexuales, el niño interesando a la sociedad mayoritariamente como ser consumista, etc.

En ambos casos da la sensación de que el hombre es esclavo de sí mismo, de su propia creación, que las posibilidades tecnológicas pueden llegar a destruir la vida, que el mundo de hoy es una simple «*naranja mecánica*».

La filosofía, como madre de todos los saberes, tiene la misión de *plantearse los interrogantes* que la vida cotidiana presenta a la mente humana, con el ánimo de encontrar soluciones adecuadas a los numerosos problemas de difícil solución que infunden un estado de preocupación a cualquier persona que sea sensible al *estado de confusión*.

Tal vez por este dualismo enfrentado entre el fanatismo tecnológico y el escepticismo, en el fondo la desesperación para escoger una opción que no se ve clara, a caballo entre la modernidad y la postmodernidad surge, en este final de siglo, contraponiéndose a este sentimiento pendular, el concepto de la *New Age*, de una nueva era.

Con ella muchas preguntas están al aire. Quizás una de ellas podría ser:

¿No creen que tal vez ha llegado la hora de serenar unos avances tecnológicos basados en una huida del hombre hacia adelante, sin otras valoración que la subjetividad y el éxito personal, narcisista o de consumo?

Y de otra parte: ¿no es necesario apaciguar las posturas del escepticismo, el abandonarse a un mundo sin ilusión, o a convivir con hombres sin alma, esclavos del mundo que han creado y sin capacidad para cambiarlo?

Pensamos, como profesionales de la pediatría, que en nuestra pequeña parcela de mundo en que nos gusta trabajar conviven estos sentimientos, y que desde una postura cultural occidental y europea, se hacen esfuerzos para encontrar nuevos caminos en el ejercicio profesional para conseguir lograr el sentimiento de fructificación tanto en el aspecto individual, al alcanzar mayor formación como médicos, como también desde el punto de vista colectivo y social en beneficio de la comunidad.

Hay un punto intermedio entre la obsesión técnica y la desesperación improductiva.

Los cambios en las ideas

Puede ser muy importante entender lo que conceptualmente significa enfrentar el concepto clásico de la *unicausalidad* —determinada por el pensamiento etiopatogénico, de origen microbiológico, sobre todo— frente al concepto de *multicausalidad* de la patología. Tal vez el ejemplo de la aterosclerosis, causa importante de riesgo cardiovascular del adulto, tan de moda por otra parte en este momento, es un buen botón de muestra, pues interviene la genética, la alimentación, la obesidad, la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, el sedentarismo, etc., o el ejemplo *multifactorial* de la prematuridad, causa importante de la mortalidad infantil, o la causalidad de las mutaciones de novo, etc.

Masse, coautora del tratado de Pediatría Social con motivo del V plan de desarrollo francés, dice que a la pediatría integral le ocupa «*el punto donde confluyen las interacciones del ambiente humano y físico con el ser en desarrollo, por lo que se interrelaciona la pediatría con otras cien-*

cias y disciplinas muy diversas, que van desde la estadística a la psicología, de la ecología a la economía, etc., por lo que se abre a los pediatras un ancho campo de investigación».

Existe otra actitud

Si bien sigue preocupando enormemente *el niño enfermo* en el sentido de restablecer su salud, evitar las secuelas y luchar contra la muerte, y sigue manteniendo su total vigencia la postura de la *pediatría preventiva* para evitar la enfermedad o el accidente, aparece ahora otra demanda, que es la de la *lucha contra los agentes nocivos del medio* que pueden determinar enfermedad, en la amplia aceptación de este concepto.

La consecuencia de tal pensamiento se traduce en la determinación de *Grupos de riesgo físico, biológico o humano* en relación al padecimiento de determinadas enfermedades o accidentes.

Así, destacan en la actualidad las consecuencias nocivas que sobre el ser en desarrollo puede determinar el *ambiente adverso*, no sólo en la vertiente *biológica y física*, que es fácil de entender, sino en la *humana*, que se estudia profundamente por la *pediatría social*, sea en el propio domicilio, o la escolaridad (escolaridad precoz, sdr. de la guardería), el hospitalismo, las consecuencias funestas de los malos sistemas pedagógicos, familias en crisis, adopción tardía, paro, pobreza, drogadicción, el maltrato, la personalidad anormal, etc., que determinan trastornos emocionales y de conducta, valorados entre el 10 y 20 % de niños y adolescentes, que a su vez conducen a la agresividad, delincuencia, drogadicción, anorexia nerviosa o suicidio.

Existe, pues, otra dimensión, que viene determinada por el *maltrato infantil*, cuyo concepto es tan amplio que abarca desde el abandono hasta la carencia afectiva, incluyendo el síndrome del niño apaleado, pero que también incluye las *formas sutiles*

les que deben ser consideradas como formas enmascaradas de maltrato, como son:

1. — Rechazar u olvidar las normas higiénicas y preventivas a seguir durante la gestación.
2. — Rechazo de la práctica de la puericultura.
3. — Práctica de dietas no ortodoxas en relación a los conocimientos médicos y dietéticos actualizados: aparte las que pueden ser nocivas por ser carenciales, destacan el no dar lactancia materna o el perseguir la obesidad a través de la sobrealimentación.
4. — El sdr. de Ulises por sobrevaloración de síntomas mínimos.
5. — Terrorismo psicológico o abuso pedagógico, por el deseo de una mejor formación dentro de un ambiente excesivamente competitivo.
6. — También podemos observar en nuestras consultas el sdr. de Munchhausen, a veces difícil de detectar.

Para poner algunos ejemplos

Pero es que, además, frente a las posturas de la pediatría clásica, tanto la Conferencia Internacional de Alma-Ata de 1978, como la ya citada Conferencia de Edimburgo de 1988, destacan de forma prioritaria que hay que realizar una formación del médico con la finalidad de promover la salud y conseguir mejores cotas de salud; por lo que se desemboca en los principios de *promocionar la salud, aumentar la calidad de vida y la educación sanitaria*. Aparece una demanda sanitaria que se dirige sobre todo a optimizar el crecimiento, el desarrollo y los procesos adaptativos, lo que la introduce en el concepto de atención muy importante sobre el *niño sano*. Al mismo tiempo, y sería la otra cara de la moneda, se estimulan y acrecientan los factores ambientales que dan lugar a conseguir mejores cotas de salud. Es decir, aparece una *postura positivista*; ya no sólo luchamos contra la enfermedad, sino

que además debemos *trabajar a favor de la salud, incrementando las posibilidades de bienestar*, con la necesidad de la valoración individual de cada niño en relación a sus potenciales y capacidades, de donde actualmente entresacamos este otro pensamiento: *el de la variabilidad individual de los ritmos de crecimiento y desarrollo y sus consecuencias en las conductas adaptativas del niño*.

Obligatoriamente se desencadena una dinámica que debe ser, por una parte, *multidisciplinaria* por la gran cantidad de conocimientos que serán necesarios para conseguir todos estos objetivos, y, en otro sentido, porque también las disciplinas deben estar bien coordinadas, lo que nos da a entender que la acción debe también ser *interdisciplinaria*, para conseguir el éxito. Ahora nos van a interesar también la familia, la calle, la escuela, los medios de comunicación, y también los medios de formación de la personalidad del niño, toda la sociedad, en fin, para conseguir su adaptación social, económica o sexual, para ayudarle a conseguir la adaptación al trabajo que desempeñará en la sociedad. Parece ser que estos nuevos enfoques *realzan la figura del pediatra general*, que de no existir tendría que crearse, y le enseñan un nuevo panorama en los campos de la *investigación y la docencia*, pues al tener una formación pediátrica integral, con una visión general del niño, recobrará, por una parte, el *interés del pediatra general para su trabajo*, por el estímulo que supone adquirir nuevos y muy actuales conocimientos de aplicación práctica, por lo que queda por determinar, conocer y ordenar en este punto conflictivo donde se interrelacionan el ambiente con el niño, lo que, obligatoriamente, lleva a la necesidad de contrastar conocimientos bioestadísticos, ecológicos, de economía sanitaria, pedagogía, psicología, genética, técnicas de screening, investigación de marcadores, etc. La amplitud de los conocimientos provoca la *docencia* de la disciplina en las Universidades, y la opinión mayoritaria hace recomendable que se inicie su enseñanza tanto en pregrado como

en postgrado. Indiscutiblemente existe, también en esta área, un amplio campo de *investigación*.

Pero lo más importante es que pensamos que su realización es un reto, un reto más, que se presenta a la pediatría para alcanzar sus objetivos que, por descontado, son curar y prevenir, con las máximas cotas de modernidad posible, pero cada día más los de optimizar el desarrollo y crecimiento para facilitar una juventud y madurez llenas de plenitud.

En resumen: actualmente, frente a la Pediatría clásica que se dedica a la curación de enfermos y también a la prevención de las enfermedades, está naciendo una nueva vía de la praxis pediátrica consecuencia de las nuevas necesidades que dimanan tanto desde la vertiente de los avances científicos como de la demanda de otra atención médica por parte de la comunidad. Esta tercera vía es la denominada medicina o pediatría —en el caso que nos ocupa— integral o humana.

Su trascendencia se ha visto reflejada universalmente, traducida en varios documentos, de los que destacamos los de las conferencias internacionales de 1978 de Alma-Ata y de 1988 de Edimburgo.

Para conseguir estos objetivos, aparte de influir sobre los pediatras en ejercicio y en las instituciones que se ocupan de la buena praxis médica, parece fundamental insistir en este respeto en las formas de educación médica de pregrado, postgrado y de formación continuada, saliendo de la formación clásica que hemos visto a nivel de los hospitales universitarios, cátedras de pediatría y hospitales docentes (como sucede en España desde el 1965 con los de la SS) hacia otras vertientes, pues existe un «decalage» formativo entre la pedia-

tría que se enseña en los centros clásicos y la pediatría que se ejercerá en la comunidad.

Bibliografía

1. Sabaté Casellas F. Los primeros catedráticos de Pediatría. *Arch., Pediatr.*, 1989; 40: 405-414.
2. Ballabriga Aguado A. Cien años de Pediatría en Europa: 1850-1950. *Arch. Pediatr.*, 1989; 40: 441-444.
3. Cruz Hernández M. Perspectivas presentes y futuras de la Pediatría. Reflexiones en el primer centenario de la cátedra de Pediatría de Barcelona. *Arch. Pediatr.*, 1989; 40: 393-404.
4. Gordis L. Investigació en Pediatría preventiva i epidemiologia: la vessant acadèmica del pediatra general. *But. Soc. Cat. Pediatr.* 1990; 50: 335-383.
5. Domingo Salvany PM. Les Joventuts Mèdiques: els nous plans d'estudi i la reforma de l'educació mèdica. *Ann. Med. (Barc)*, 1991; LXXVII: 29-31
6. Prandi Farras F. El futur de la Pediatría. Matisacions necessàries a l'educació pediàtrica actual. *But Soc. Cat. Pediatr.*, 1991; 51: 7-8.
7. Wennberg CA. La formació extrahospitalària del MIR de pediatría. *But. Soc. Cat. Pediatr.*, 1991; 51: 11-33.
8. Masse NP. Pediatría Social. *Ed. Labor*. 1978.
9. Toledo Ortiz F. Pediatría Social. *Ed. Glosa*. 1982.
10. Huard P, Laplane R. Histoire Illustrée de la Pédiatrie. *Les Éditions Roger Dacosta*. París.
11. Huard P, Laplane R. Histoire Illustrée de la Puériculture. *Les Éditions Roger Dacosta*. París.
12. Arbelo Curbelo A, Arbelo Curbelo López de Letona A. Demografía Sanitaria Infantil. 3ª ed. *Ed. Paz Montalvo S.A.* Madrid, 1981.
13. Arizcum Pineda J. Estudio y previsión de las tendencias de la mortalidad perinatal en España en la década de los noventa. *An. Esp. Pediatr.* 33. 1990; Sup. 43: 16-21.
14. Moviment Natural de la Població. Vol. II. Neixements 1989. Govern Balear. Funció pública. Institut Balear d'estadística. *Ed. Son Espanyole*. 1990. Palma de Mallorca.
15. Quaderns d'estadística. Núm. 1. Taules de Mortalitat. Govern Balear. Funció pública. Institut Balear d'estadística. *Ed. Son Espanyole*. 1989. Palma de Mallorca.
16. Behrman RE, Vaughan VC. Nelson Tratado de Pediatría. 13ª ed. Tomo I. 1-5. *Ed. Panamericana*. Mc Graw Hill.