

Artículo inspirado en *Abans d'anar-me'n*. Para *Gaceta Sanitaria* · Editorial · Enviado el 24/03/24, y rechazado dos días después, el martes 26, con este mínimo argumento: «Lamentablemente, en el Comité Editorial hemos valorado que, pese a su potencial interés para algunos colectivos sanitarios, no es idóneo como editorial de nuestra revista.»

La palabra, el diálogo, el consenso en atención primaria de pediatría

Jorge Bello / Centre d'atenció primària Gatassa, Institut Català de la Salut, Mataró, Barcelona.

La palabra continua necesaria, es el mejor instrumento que tenemos para construir un mundo mejor¹. Más saludable, más equitativo. Y la palabra del médico sigue siendo un instrumento poderoso en medicina, y en particular en la atención primaria de pediatría. Esta palabra del médico es entonces útil y bienvenida. Se basa en el mutuo respeto y en la mutua confianza, y cuenta con el aval de mil palabras previas, que son su garantía. Esta palabra conserva su gran valor incluso cuando se expresa más allá de la consulta, y es entonces cuando adquiere la dimensión de la salud pública. Así, alzar la voz que señala no es una opción sino un imperativo, es labor médica. Alta y clara, la palabra que queda dicha en el ágora que para esto tenemos disponible busca contribuir a la salud infantil y a mejorar las perspectivas, tanto del niño como de su entorno, mientras que la palabra que no se dice, aquella que mantiene oscuro lo que debe ver la luz, es cómplice del pecado que oculta.

Desde hace tiempo sabemos que las características del entorno social, económico y cultural determinan en buena medida la salud presente y futura de un niño. Y que esta salud, personal y comunitaria, contribuye en igual medida a establecer las perspectivas de poder escapar del círculo vicioso de la pobreza. Según este círculo, quien nace pobre –familia pobre, barrio pobre– se mantiene pobre en la vida adulta. Es una pobreza social, económica y cultural que se perfila más grave aún y con menos perspectivas si entendemos que no suele tener suficiente voz como para reclamar aquello que necesita, y que le corresponde. A estos determinantes sociales de la salud cabe agregarles los determinantes comerciales²⁻⁴, que condicionan la salud del más vulnerable a cambio de hacer el negocio.

En este contexto, es mi propósito, y mi deber, señalar la gran distancia que media entre la gestión sanitaria y la asistencia médica, al menos en cuanto a la asistencia primaria de pediatría de ciertos ambulatorios. Aquí, ciertos obstáculos dificultan el acceso de ciertas familias al pediatra y a la enfermera de pediatría, y esto pone en riesgo la salud del paciente, luego sus perspectivas personales y las de su comunidad. Son obstáculos administrativos, ergo de gestión, difíciles de comprender, e imposibles de asumir puesto que sigue siendo válido el sagrado precepto del paciente como centro del sistema, objetivo de todos los esfuerzos⁵.

Estos obstáculos dificultan tanto el acceso del paciente al centro, por una parte, como el desarrollo de la asistencia de pediatría, por la otra, y no proceden del nivel asistencial sino del nivel de

gestión. Entre ambos niveles no hay diálogo, o este es pobre y ocasional, y debiera haberlo fluido y generoso, habitual. Entonces menos aún hay consenso, aunque sí la oportunidad de quejarse como pura catarsis. Por tanto, aunque la asistencia es aquello que por sí mismo justifica la mera existencia de todos los centros de salud, y en este entorno la gestión está llamada a desempeñar una labor de ayuda organizativa, la realidad demuestra que la gestión condiciona la asistencia y la obliga a aceptar unas normas que, a falta de consenso, huelen a tiempos que creíamos superados.

No sería difícil recordar mil ejemplos que avalen estas afirmaciones. Ya hace tiempo que, según nos dicen, la atención primaria de pediatría está en crisis, aunque los argumentos de la gestión para fundamentar la crisis han ido cambiando, lo que hace dudar de ellos. La crisis es evidente, y hace daño, y afecta tanto a los profesionales de la pediatría como, en consecuencia, al paciente de pediatría. Y si la salud de un paciente queda en entredicho por causa de una gestión que no lo mira, queda en consecuencia en riesgo el futuro del paciente, de su familia, de su comunidad, de su barrio.

Entonces hay que alzar la voz una vez más y advertir que este navío hace aguas, y no pocas ni inofensivas. La respuesta de la gestión, repetida y sistemática, suele ser el silencio, o bien se expresa con una palabra que es poco creíble porque no tiene avales previos de credibilidad. Es una palabra grandilocuente que pronto presenta un plan, un programa, un documento, un nuevo modelo⁶. O simplemente la promesa de estudiar soluciones que, bien lo sabemos porque la experiencia nos lo demuestra, tal vez no verán la luz de la realidad ni impedirán que continúe el deterioro de ciertos ambulatorios y, en consecuencia, de la comunidad a la que debe servir.

El último documento, de diciembre de 2023, es el nuevo «Model d'atenció pediàtrica en l'àmbit d'atenció primària i comunitària» –Modelo de atención pediátrica en el ámbito de atención primaria y comunitaria– del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya⁶. Es bienvenido, pero no sin reservas porque me temo que abre la puerta a más pacientes en el mismo horario, lo que compromete la atención médica y de enfermería, y por tanto la salud del paciente. Luego, la de los profesionales⁷⁻⁸. Y no propone un espacio sistemático y rutinario de diálogo y evaluación, menos aún de consenso, donde ventilar las propias urticarias y analizar los problemas locales para proponerles entre todos una solución igualmente local. Si somos igual de inteligentes, como parece, entre todos seremos más sabios.

La cuestión es compleja, y no es nueva, ni es local, y mucho se ha dicho y se ha escrito sobre ella. No obstante, el centro de salud continúa que es un efector con capacidad para mejorar la salud y por tanto las perspectivas de la comunidad a la que atiende, y lo hace mediante la promoción de la salud individual, luego colectiva. Bien sabemos que el binomio salud y enfermedad se relaciona con el binomio riqueza y pobreza. Por lo tanto, allá donde un paciente de pediatría se queda hoy sin atención médica o de enfermería por un obstáculo administrativo, queda

potencialmente comprometida su salud, y por extensión se obliga a la familia a destinar más esfuerzos económicos y lazos sociales, si los tiene, a fin de subsanar por otra vía la atención que le fuera denegada. O postergada, días, semanas, incluso meses.

Siendo así, seguimos teniendo la obligación de comunicar todo aquello que comprometa o pueda comprometer la salud de un niño, tanto en el más alto nivel⁹ como en el nivel local. Y la distancia que hoy separa la gestión de la asistencia, al menos en esta atención primaria de pediatría, es en mi opinión una barrera que puede comprometer la salud y por tanto las perspectivas de un niño. Ahora, en vistas de que la gestión, desde el despacho de la dirección del centro, no encuentra soluciones por sí misma para los problemas de la pediatría de atención primaria, es hora de entender que la sinceridad no es un mérito sino un requisito. Y que el diálogo, hasta encontrar el consenso, es tal vez el único remedio que cerrará las vías de agua que amenazan la viabilidad de este navío.

De este diálogo sincero que busque llegar a un consenso no conozco antecedente, aunque sí la reiterada voluntad de comenzar, mil veces expresada aunque no siempre aceptada^{10,11}. No se trata de reuniones para calmar las turbulencias, ni de palabras amables aunque vacías, ni de promesas vanas, sino del diálogo fecundo, luego el consenso cotidiano que responda a la realidad particular de cada ambulatorio, es decir, de las características del personal que tenga y de la población a la cual deba atender, y servir.-

Bibliografía

1. Goldman E. La palabra como arma. Madrid: La Malatesta editorial, 2008.
2. Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health*. 2016; 4: e895-6. DOI.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0
3. Editorial. Unveiling the predatory tactics of the formula milk industry. *Lancet*. 2023; 401: 409. DOI.org/10.1016/S0140-6736(23)00118-6
4. Bello J. Editorial. Los determinantes comerciales de la salud. *FMC*. 2023;30(10):505-6.
5. Legido-Quigley H, Berrojalbiz I, Franco M et al. Towards an equitable people-centered health system for Spain. *Lancet*. 2024;403:335-7.
6. Model d'atenció pediàtrica a l'àmbit d'atenció primària i comunitària. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2023. <https://docs.academia.cat/noticies/3984/1/model-atencio-pediatria-ambit-atencio-primaria-co.pdf>
7. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Taking action against clinician burnout: A systems approach to professional wellbeing. Consensus study report. Washington: The National Academies Press, 2019.

8. Bello J. Comentari sobre *Taking action against clinician burnout*. *Pediatr Catalana* 2020;80(2):83-4.

9. Kadir A, Kampalath V. Children pay the price for our silence, again. *Lancet* (on line). 30/10/23. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02407-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02407-8).

10. Bello J. Abans d'anar-me'n. <http://bello.cat/Abans.pdf>

11. Domingo i Salvany F. Pediatres que ploren, gestors que fan la viu-viu i la vida continua: qui dia passa, anys empeny? *Pediatr Catalana*. 2005;65(4):194-202.

* * *