

L'ATENCIÓ PEDIÀTRICA A CATALUNYA

90 anys
de la Societat Catalana de Pediatria

INTRODUCCIÓ

Aquest llibre és un relat dels esdeveniments més rellevants dels passats vint-i-quatre anys, des de la perspectiva de la Societat Catalana de Pediatria en el seu 90è aniversari, i com a continuació del llibre *Metges de nens. Cent anys de pediatria a Catalunya*, dels doctors Oriol Casassas i Joaquim Ramis. El propòsit és donar veu als que han fet possible els extraordinaris canvis en l'atenció pediàtrica, des d'abans del naixement fins a l'adolescència, i donar fe de les innovacions tecnològiques, de recerca, d'organització sanitària, a més de la repercussió dels canvis socials i econòmics.



Hi han intervingut pediatres, sociòlegs, pedagogs, infermeres, periodistes... fins a un centenar de coautors, coordinats per un consell editorial sempre disposat a fer possible aquest projecte.

Xavier Demestre
Editor



a Pere Calafell Gibert,
metge de nens

Edició

Fundació Catalana de Pediatria.
Fundació privada registrada amb el número 904 al registre
de Fundacions de la Generalitat de Catalunya

Disseny

joveStudi

Correcció lingüística i d'estil

Lurdes Monguillot

Realització i maquetació

Pícsel traç, sl. Sabadell

Impressió

CODIPRE, Arts gràfiques, S.L.

Dipòsit legal

B-13.580-2016

L'Atenció Pediàtrica a Catalunya

90 anys de la Societat Catalana de Pediatria

Editor

Xavier Demestre Guasch

Consell editorial

Josep M. Bosch Banyeras

Josep Bras Marquillas

Enric Mauri Clua

Joaquim Ramis Coris

Junta Directiva de la Societat Catalana de Pediatria

Presidència

Ferran A. Moraga-Llop

Vicepresidència de l'àrea científica

Iolanda Jordán

Vicepresidència de l'àrea professional

Xavier Pérez-Porcuna

Vicepresidència de l'àrea econòmica

Rosa Ma. Isnard

Secretaria

M. Concepció Céspedes

Vocal 1

Alicia Mirada

Vocal 2

Ana Pérez

Vocal 3

Amalia Arce

Vocal 4

Maria Méndez

Vocal 5

Cesar W. Ruiz

Vocal 6

Joaquim Maldonado

Vocal d'atenció primària

Manel Enrubia

Vocal coordinador de residents

Joana Herrero

Veguèria Barcelona Maria Lluïsa Masiques

Veguèria Girona Anna Ballester

Veguèria Lleida Laura Minguell

Veguèria Manresa Laura Bilbao

Veguèria Reus Olga Salvadó

Veguèria Tarragona Esther Parada

Veguèria Tortosa Pere Genaró

Veguèria Vic Ariadna Rufach

Autors

Almirall i Banqué, Pepi

Pediatra d'Atenció Primària a Girona

Amigó i Palés, Esteve

Pediatre. Exsecretari de la Societat Catalana de Pediatria

Arce i Casas, Amàlia

Pediatra. Coordinadora del Servei d'Urgències de l'Hospital de nens de Barcelona

Argemí i Renom, Josep

Pediatre. exRector de la Universitat Internacional de Catalunya. Expresident de la Societat Catalana de Pediatria

Balaguer i Santamaria, Albert

Pediatre, Degà de la Facultat de Medicina de la Universitat Internacional de Catalunya i Director del Servei de Pediatria de l'Hospital General de Catalunya

Ballester i Martínez, Anna

Pediatra. Cap de Servei de Pediatria de l'Hospital de Calella

Baraibar i Castelló, Romà

Pediatre. Exsecretari de la Societat Catalana de Pediatria i exdirector del Curs Intensiu d'Actualització en Pediatria CIAP

Bosch i Banyeras, Josep M

Pediatre. Expresident de la Societat Catalana de Pediatria

Bras i Marquillas, Josep

Pediatre. Expresident de la Secció d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Pediatria

Bruna i Perez, Xavier

Pediatre. Director de la pàgina web de la Societat Catalana de Pediatria. Exvicepresident de la Societat Catalana de Pediatria

Buñuel Álvarez, José Cristóbal

Pediatre. Centro de Salud de Villamayor de Gállego (Zaragoza). Servicio Aragonés de Salud

Cambra Lasaosa, Francisco José

Pediatre. Cap de la Unitat de Cures Intensives Pediàtriques de l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat

Capdevila i Bert, Ramon

Pediatre. Webmaster de Pediatres de Ponent i expert en TIC

Carbonell i Estrany, Xavier

Pediatre. Excap de Servei de Pediatria de l'Hospital Clínic-Maternitat

Caritg i Bosch, Josep

Pediatre. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat

Carrascosa Lezcano, Antonio

Catedràtic de Pediatria de la Universitat Autònoma de Barcelona

Carreras i Gonzàlez, Eduard

Pediatre. Cap de Servei de Pediatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Casasa i Carbó, Josep M

Cirurgià pediàtric. Expresident de la Societat Catalana de Pediatria

Català i Puigbó, Marga

Pediatra. Cap de Servei de Pediatria de l'Hospital General de Granollers

Caubet i Busquet, Imma

Pediatre. Cap de Servei de Pediatria de l'Espitau Val d'Aran

Closa Monasterolo, Ricardo

Pediatre. Cap de Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Comellas i Carbó, M Jesús

Doctora en Psicologia. Professora emèrita de la UAB

Corominas de Dalmases, Natàlia

Metgessa, Màster en Documentació. Cap de Secretaria de la Societat Catalana de Pediatria

Corretger i Rauet, Josep M

Pediatre. Fundació Síndrome de Down. Exvicepresident de la Societat Catalana de Pediatria

Cruz Hernández, Manuel

Pediatre. Catedràtic de Pediatria de la Universitat de Barcelona

Demestre i Guasch, Xavier

Pediatre. Expresident de la Societat Catalana de Pediatria

Diez Martín, Roser

Pediatra. Cap de Servei de Pediatria. Hospital de Mataró. CSDM

Domínguez-Sampedro, Pedro

Pediatre. Responsable assistencial de la Unitat de Transport "SEM-Pediàtric VH" i Coordinador del Programa de Trauma Pediàtric Vall d'Hebron

Domingo i Salvany, Francesc

Pediatre d'Atenció Primària a Balaguer

Enrubia Iglésias, Manuel F

Pediatre. President de la Secció d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Pediatria

Escribano Subias, Joaquín

Director del Servei Pediàtric de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Vicedegà Facultat Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili

Esqué i Ruiz, Maria Teresa

Unitat de Transport SEM Pediàtric i Servei de Neonatologia Hospital Clínic-Maternitat

Fàbrega i Sabaté, Jordi

Director Assistencial de la Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell i de Pediatria del Pirineus, S.C.C.L.P.

Figueras i Aloy, Josep

Pediatre. Catedràtic de Pediatria de la Universitat de Barcelona

Fortea Gimeno, Emilio

Pediatre d'Atenció Primària a l'ABS Girona 3

Frutos Gallego, Elisa de

Pediatra. CAP Raval Nord

Garcia i Puig, Roger

Pediatre. Cap de Servei de Pediatria de l'Hospital Mútua de Terrassa

Gomà Brufau, Anton R

Pediatre. Excap de Servei de Pediatria de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

Gomez Papí, Alfons

Pediatre. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

González Trapote, Luis

Pediatre. Excap de Servei de Pediatria de l'Hospital de Sant Rafael

Herranz Rubia, Nuria

Infermera de la Unitat de Neonatologia de l'Hospital de Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

Iglésias i Berenguer, Joan

Pediatre. Excap de Servei de Cures Intensives pediàtriques de l'Hospital Universitari Maternoinfantil Vall d'Hebron

Iglésias i Solà, Jaume

Pediatre. Expresident de la Societat Catalana de Pediatria

Jiménez González, Rafael

Pediatre. Catedràtic de Pediatria de la Universitat de Barcelona

Jordan i Garcia, Iolanda

Pediatra. Unitat de Cures Intensives Pediàtriques de l'Hospital de Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

Jordán Lucas, Raquel

Pediatra. Unitat de Transport SEM-Pediàtric i Servei de Neonatologia Hospital Universitari Maternoinfantil Vall d'Hebron

Jou i Torras, Carme

Pediatra. Cap de Servei de Pediatria de l'Hospital d'Igualada

Lucaya i Lairet, Xavier

Radiòleg pediàtric. Expresident de la Societat Catalana de Pediatria

Mackay i Jarque, Anna

Directora de l'Escola les Alzines. Barcelona

Maideu i Puig, Eudald

Pediatre. Campdevàrol

Marqués i Soler, Emili

Pediatre. Tortosa

Martínez Mejias, Abel

Pediatre. Cap de Servei de Pediatria del CST de Terrassa. Director del Programa de RCP de la Societat Catalana de Pediatria

Martínez i Roig, Antoni

Pediatre. Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari del Mar. exDirector de la revista Pediatria Catalana

Massaquer Cabrera, Javier

Pediatre. Director General de la Fundació Hospital de Nens. Barcelona

Mauri i Clua, Enric

Pediatre. Exsecretari de la Societat Catalana de Pediatria

Mauri i Puig, Josep M

Pediatre. Expresident de la Societat Catalana de Pediatria

Mayol i Canals, Lluís

Pediatre. Director clínic. Servei de pediatria. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta. Director del Curs Intensiu d'Actualització en Pediatria CIAP

Molina i Morales, Vicente

Pediatre. Cap del Departament de Pediatria de l'Hospital Universitari Quirón-Dexeus. Expresident de la Societat Catalana de Pediatria

Monjé i Mur, Josep M

Pediatre. Figueres

Monzón Fueyo, M Carmen

Pediatra. CAP Clot. Barcelona. Expresidenta de la Secció d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Pediatria

Mora i Gilabert, Jordina

Graduada en Treball Social. Directora de la Llar Llevant (INTRESS) de Tarragona

Moraga-Llop, Ferran Alfons

Pediatre. President de la Societat Catalana de Pediatria

Morales i Fochs, Lluís

Cirurgià. Catedràtic de Pediatria de la Universitat de Barcelona. Exvicepresident de la Societat Catalana de Pediatria

Morales i Hidalgo, Vicente

Pediatre. Director de l'Equip de Pediatria Territorial Alt Penedès-Garraf

Muñiz Llama, José Félix

Pediatre. Cap de Servei de Pediatria. Hospital General de Catalunya

Muñoz Blanco, Maria José

Infermera supervisora de la Unitat de Cures Intensives i de la Unitat de Transport "SEM Pediàtric VH" de l'Hospital Universitari Maternoinfantil Vall d'Hebron

Mur Sierra, Antonio

Pediatre. Cap de Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari del Mar

Muro Sebastián, María Dolores

Pediatra. Responsable del Servei de Pediatria de Clínica Corachan, Barcelona

Nevot i Falcó, Santi

Pediatre. Cap de Servei de Pediatria de l'Hospital General de Manresa

Novel i Martí, Glòria

Infermera i Doctora en Sociologia. Directora de Projectes. Observatori de Mediació. Universitat de Barcelona

Obiols i Arderiu, Pere

Cirurgià pediàtric. Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell

Oriol i Bosch, Albert

Catedràtic d'Endocrinologia de la Universitat Complutense de Madrid i de Fisiologia de la Universitat Autònoma de Barcelona. Exdirector General de l'Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya

Ortolà i Castells, Eugènia

Pediatra. Exsecretària de la Societat Catalana de Pediatria

Peiró Ibañez, José L

Cirurgià pediàtric. Associate Professor of Surgery - University of Cincinnati. Cincinnati Fetal Center Director Endoscopic Fetal Surgery Center for Fetal, Cellular and Molecular Therapy Cincinnati Children's Hospital Medical Center CHMC)

Pérez Fontán, J. Julio

Pediatre. Robert L Moore Chair in Pediatrics. Professor and Chairman, Department of Pediatrics, University of Texas Southwestern Medical Center. Physician-in-Chief, Children's Medical Center

Pol i Pons, Anna

Infermera d'Atenció Primària. CAP de Tordera

Pou i Fernandez, Jordi

Pediatre. Excap de Servei de Pediatria de l'Hospital de Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat

Pujals i Ferrús, Josep M

Pediatre. Exsecretari de la Societat Catalana de Pediatria

Ramis i Coris, Joaquim

Pediatre. Expresident de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

Raspall i Torrent, Frederic

Pediatre. Exdirector del Servei de Pediatria-Neonatologia de l'Hospital de Barcelona, SCIAS

Riopedre i Saura, Xavier

Pediatre. Exsecretari de la Societat Catalana de Pediatria

Rivera Lujan, Josefa

Pediatra. Cap de Servei de Pediatria del Consorci Hospitalari Parc Taulí de Sabadell. Exvicepresidenta de la Societat Catalana de Pediatria

Riverola de Veciana, Anna

Pediatra. Unitat de Cures Intensives Neonatals de l'Hospital de Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat

Rodrigo Gonzalo de Liria, Carlos

Excap de Servei de Pediatria Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Cap de Servei de Pediatria Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Director de Pediatria Catalana

Rodriguez Galindo, Carlos

Pediatre. Cap del Departament de Medicina Pediàtrica Global. Director del Programa d'abast Internacional. Vice-President Executiu St. Jude Children's Research Hospital. Memphis

Romero i Durán, Carme

Psicopedagoga i Màster en Mediació. Coordinadora de l'Àrea Mediació Escolar d'Acord s.c. / Solomediacion

Roqueta i Mas, Jordi

Pediatre. Excap de Secció de Cures intensives pediàtriques de l'Hospital Universitari Maternoinfantil Vall d'Hebron

Rosal i Roig, Jaume

Pediatre. Cap de Servei de Pediatria de l'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

Sala i Castellví, Pere

Pediatre. Director del Servei de Pediatria-Neonatologia de l'Hospital de Barcelona, SCIAS

Salcedo Abizanda, Salvador

Pediatre. Excap de la Unitat de Neonatologia de l'Hospital Universitari Maternoinfantil Vall d'Hebron. Excap del Servei de Pediatria de l'Hospital Quirón. Barcelona

Sánchez de Toledo i Codina, Josep

Pediatre. Cap de Servei d'Oncologia i Hematologia pediàtriques. Hospital Universitari Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona

Sánchez-de-Toledo i Sancho, Joan

Cardiac Intensive Care Unit Children's Hospital of Pittsburgh. Assistant Professor. Director of Department of Critical Care Medicine. University of Pittsburgh

Sapena i Grau, Jordi

Pediatre. Responsable del Servei de Pediatria del Centre Mèdic Teknon. Barcelona

Sauleda i Parés, Joan

Pediatre. Excap de Servei de Cures Intensives pediàtriques de l'Hospital Universitari Maternoinfantil de Vall d'Hebron

Serrat i Tarrés, Josep

Metge de família. Direcció Mèdica Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat

Torrent i Español, Montse

Pediatra. Servei de Pediatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Exsecretària de la Societat Catalana de Pediatria

Trias i Vidal de Llobatera, Xavier

Pediatre. Exconseller de Salut de la Generalitat de Catalunya i exalcalde de Barcelona

Vega i Garcia, Josep Lluís

Cirurgià. Direcció Mèdica Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat

Vila i Solé, Montse

Infermera supervisora del Servei de Pediatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Índex

L'Atenció Pediàtrica a Catalunya

90 anys de la Societat Catalana de Pediatria

Pòrtic: Ferran A Moraga-Llop	15
Pròleg: Joaquim Ramis i Coris	19
Presentació: Xavier Demestre i Guasch	21
1. Tot parlant amb...	
– Introducció. Xavier Demestre	23
– Els presidents de la Societat	24
– Joaquim Ramis, expresident de l'Acadèmia	34
– Els catedràtics de Pediatria a Catalunya	37
– Xavier Trias, pediatre i polític	46
– La secretària acadèmica, Natàlia Corominas	50
2. La Fundació Catalana de Pediatria	
Joaquim Ramis, Josep M. Casasa	53
3. La Secretaria de la Societat Catalana de Pediatria	
– Introducció. Enric Mauri-Clua	57
– Qüestionari-entrevista als secretaris de la Societat. Enric Mauri-Clua	59
– Recull d'activitats de la Societat	67
– Els socis. Romà Baraibar	133
4. La revista Pediatria Catalana	
Antoni Martínez-Roig	137
5. Activitats de la Societat Catalana de Pediatria	
– El Curs Intensiu d'Actualització en Pediatria (CIAP) Romà Baraibar, Lluís Mayol i Josep Caritg	141
– Programa de Reanimació Cardiopulmonar Pediàtrica (RCP). Abel Martínez	150
– El Programa d'Autoavaluació Docent en Pediatria (PADP) Josep M. Bosch Banyeras i Xavier Demestre	165
– Les microresidències. Josep Argemí i Xavier Demestre	167

6. La pàgina web de la Societat	
Xavier Bruna.....	169
7. Els Congressos	
– L'origen de la Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria	
Josep M. Bosch i Xavier Demestre	171
– El Congrés de Pediatres de Llengua Catalana. Joaquim Ramis	174
8. Activitats amb participació de la Societat Catalana de Pediatria	
– El Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS)	
Albert Oriol Bosch i Enric Mauri Clua.....	179
– Avaluació Clínica Objectiva i Estructurada (ACOE) de Pediatria	
i Neonatologia. Josep Argemí i Xavier Demestre	183
9. La Pediatria a l'Atenció Primària	
– Història. Jaume Iglésias	187
– Experiències viscudes:	
- Francesc Domingo a Balaguer.....	202
- Pepi Almirall a Girona	206
- Eudald Maideu a Campdevàrol	208
– Pediatria Comunitària. Equips de Pediatria Territorial. Manuel Enrubia.....	212
– Experiències d'autonomia de gestió en Equips Territorials de Pediatria a la	
Seu d'Urgell i l'Alt Penedès-Garraf. Jordi Fàbrega i Vicente Morales	215
10. La Pediatria als Hospitals de comarques	
– Introducció. Josep Bras Marquillas.....	221
– Les últimes dues dècades de la pediatria al Maresme central. Roser Díaz	232
– La pediatria a Tarragona. Adolf Gómez-Papí i Ricardo Closa	235
– El servei de pediatria de l'Hospital Sant Joan de Reus. Joaquín Escribano	237
– Desenvolupament de l'atenció a la infància a Manresa. Santi Nevot	240
– La pediatria als hospitals comarcals. Anna Ballester	242
– La pediatria a l'Anoia. Carme Jou	244
– El servei de pediatria de l'Hospital General de Granollers. Margarita Català	248
– La pediatria a Terrassa. Abel Martínez i Roger García	250
– L'Hospital Verge de la Cinta a Tortosa. Emili Marquès i Jaume Rosal	256
– La pediatria a Lleida. Anton R. Gomà	258
– Evolució de la pediatria a la Val d'Aran. Imma Caubet	265
– La pediatria a Girona i Figueres. Lluís Mayol.....	267
11. La Pediatria als Hospitals de l'àrea de Barcelona i el seu primer anell	
– L'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Josep Sánchez de Toledo.....	269
– L'Hospital de Sant Joan de Déu. Jordi Pou.....	272

– La primera unitat de cures intensives pediàtriques Joan Sauleda, Joan Iglésias i Jordi Roqueta	276
– Integració de la pediatria de l'Hospital Clínic de Barcelona i l'Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues. Josep Figueras, Xavier Carbonell, Rafael Jiménez i Lluís Morales	280
– L'Hospital del Mar. Antonio Mur i Antoni Martínez-Roig	286
– L'Hospital de Sant Pau. Eduard Carreras.....	289
– L'Hospital Germans Trias i Pujol. Carlos Rodrigo	291
– L'Hospital Parc Taulí de Sabadell. Pere Obiols i Josefa Rivera	294
12. La Pediatria hospitalària privada a Barcelona	
– Hospital Quirón-Dexeus. Vicente Molina	301
– Fundació Hospital de Nens de Barcelona. Jordi Massaguer	305
– SCIAS. Hospital de Barcelona. Pere Sala i Frederic Raspall.....	307
– Clínica Corachan. M. Dolores Muro	309
– Hospital Quirón. Salvador Salcedo.....	310
– Centre Mèdic Teknon. Jordi Sapena.....	313
– Hospital General de Catalunya. José Félix Muñiz	316
13. Iniciatives per a l'atenció i formació pediàtrica	
– Les tecnologies de la informació i comunicació, TIC, base de l'organització a Lleida. Ramon Capdevila	319
– Noves eines de la informació: blogs de pediatria. Amàlia Arce	322
– Suport a l'atenció pediàtrica des de l'hospital terciari Josep Caritg, Josep Lluís Vega, Josep Serrat	325
– La pediatria basada en l'evidència Albert Balaguer, Cristobal Buñuel, Emilio Fortea	329
– Les Jornades Actives de Pediatria de Roses Josep M. Monjé, i Josep M. Bosch Banyeras	331
– Els Cursos de Pediatria Extrahospitalària del Dr. Prandi. Luis G. Trapote	335
– SEM Pediàtric. Pedro Domínguez, Josep Caritg, Eduard Carreras, Maria Teresa Esqué, Raquel Jordan	339
14. La Cirurgia pediàtrica a Catalunya en els últims vint anys	
José Luis Peiró	357
15. Evolució de les cures infermeres en l'edat pediàtrica	
– L'opinió de les infermeres. Montse Vila, M. José Muñoz i Anna Pol	365
– Infermeria pediàtrica: visió del pediatre d'atenció primària. Vicente Morales.....	378
– La incorporació de la família a les unitats neonatals. Nuria Herranz	380
– Visió del pediatre de les UCIs pediàtrica i neonatal Iolanda Jordan i Anna Riverola	382

16. Aspectes socials i culturals

– La feminització de la Pediatria. M. Carmen Monzón i Elisa de Frutos	385
– Pediatres i cirurgians pediàtrics a l'estranger	
– José L. Peiró, cirurgià a Cincinnati.....	397
– Julio Pérez Fontan, intensivista a Texas	399
– Carlos Rodríguez Galindo, oncòleg a Boston i Memphis.....	402
– Joan Sánchez de Toledo, cardiòleg a Pittsburg	404
– Fundació Catalana Síndrome de Down, Centre Mèdic Down i altres associacions	
– Josep M. Corretger.....	407
– Reptes de la Pediatria Social referits a l'atenció dels infants	
– Antoni Martínez-Roig	409
– La infància i els nous models familiars. M. Jesús Comellas	417
– Pedagogia i infància: els canvis en els sistemes educatius i familiars	
– Anna Mackay	422
– La mediació com a recurs a les escoles: educant persones felices	
– Glòria Novel i Carme Romero.....	425
– Els Centres Residencials d'Acció Educativa a Catalunya (CRAE)	
– Jordina Mora	429
– Bioètica i Pediatria. Francisco José Cambra.....	438

17. Glossari

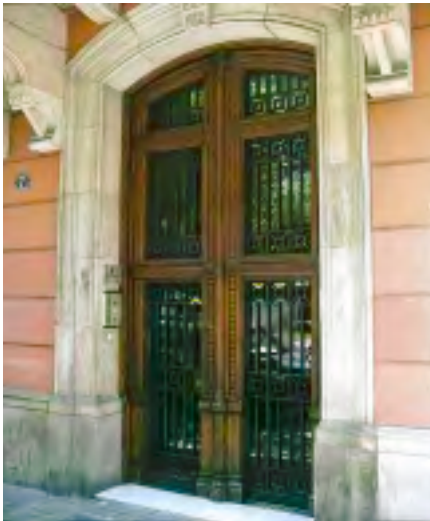
– Juntes Directives.....	445
– Grups de Treball	450
– Secretaria administrativa.....	450

Pòrtic

Història de la Pediatria Catalana en el 90è aniversari de la Societat Catalana de Pediatria

Ferran A. Moraga-Llop

President de la Societat Catalana de Pediatria



5 de febrer de 1926. Carrer de Llúria, 7.
Els inicis de la Societat Catalana de Pediatria.

Hem d'esforçar-nos a aconseguir per a la Societat Catalana de Pediatria el prestigi que per l'esperit de treball i la vàlua dels seus socis es mereix. Amb comprensió dels interessos de cada un de nosaltres en allò que tenen de socialment útils i sense fer cas dels escèptics i dels irònics, hem d'avançar i procurar que la Societat sigui per a tots un lloc de convivència i d'ama-ble estímul. Sense presses, però sense defallença, com si la vida fos eterna, que sí ho és per aquells que miren cap al cel i treballen amb entusiasme.

Parlament de Pere Calafell
a l'Assemblea, 1960.

El fet que enguany celebrem el 90è aniversari del naixement de la Societat Catalana de Pediatria és motiu d'alegria i satisfacció, i sobretot d'agraïment als pediatres que el 1926 tingueren la idea de convocar i associar els pediatres de Barcelona –que després es va fer extensiva a tots els de Catalunya. En aquest editorial commemoratiu vull recordar tres fets importants relacionats amb la seva fundació. En primer lloc, els orígens de la Societat (1925-1926); dos anys més tard, la publicació del primer número de la revista de la Societat, el *Butlletí* (1928), i tres anys més tard, la primera sortida de la Societat fora de Barcelona (1929). Tot plegat, amb l'ajut de les referències documentals que ens van llogar els doctors Oriol Casassas i Joaquim Ramis en el seu llibre *Metges de nens. Cent anys de pediatria a Catalunya*, publicat el 1993, un primer llibre de la història de la Societat.

El 1926, tres joves pediatres de la Maternitat de Barcelona, August Brossa, Salvador Goday i Joan Casasayas, tingueren la idea de reunir tots els pediatres de la ciutat. Mesos enrere, l'any 1925, August Brossa havia visitat Manuel Salvat i Espasa, personalitat de gran prestigi professional i humà, per tal d'exposar-li el projecte, que fou acollit amb entusiasme.

Brossa va escriure una carta, datada el 5 febrer de 1926, dirigida als dinou possibles interessats en la idea. Aquest històric primer text diu així: «Benvolgut company: Creyent interpretar un sentiment de companyonia i un desitj que batega en el ambient, de reunir i coordinar les aspiracions de una especialitat, tenim el gust de proposar-vos la fundació de la Societat Catalana de Pediatria. Si esteu d'acord amb aquest pensament, vos preguem d'assistir a la reunió preparatòria, que tindrà lloc...», etcètera. I acaba: «Vostres affms companys».

Després de diverses reunions preparatòries, és nomenat un comitè organitzador que redacta uns estatuts i convoca una primera assemblea general, que se celebra el 14 de maig de 1926 als locals de l'Acadèmia i el Laboratori del carrer Llúria, número 7. Els assistents eren Zariquiey, pare i fill, Salvat, Goday, Buxó, Molleda, Córdoba i Rodríguez, Bassols, Wemberg, Torelló i Brossa. Aquests onze fundadors de la Societat elegiren la primera Junta, amb Manuel Salvat com a president i August Brossa com a secretari; Martínez i García fou designat vicepresident, Polió Buxó, tresorer, i Salvador Goday, bibliotecari. De llavors ençà hi ha hagut vint-i-sis presidents de la Societat.

El dia 28 de juny es va celebrar la primera reunió científica amb un parlament del president Salvat i la conferència *Consideracions sobre la diftèria i el sèrum antidiftèric*, a càrrec de Ricard Zariquiey. Hi eren presents Jesús M. Bellido en representació de l'Acadèmia i Laboratori, Puig i Sais del Sindicat de Metges, Donés per l'Institut Mèdico-Farmacèutic, Noguer Moré de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Puche en representació de la Societat de Biologia i de l'Institut de Fisiologia, Rodríguez Arias per la *Revista Mèdica de Barcelona*, i Goday en nom de la revista *Ars Mèdica*. Aquesta gran representació d'entitats mèdiques és una prova evident de la gran acollida dispensada a la Societat.

El dia 1 de juliol va tenir lloc la primera assemblea administrativa, durant la qual se sumaren a la Societat o foren proposats com a membres Bonrepaux, Girona, Miralbell Centena, Trias Maxencs, Birba, Artigas i Roca, Cluet, Steegman, Echegaray, Calahorra i Roviralta. Joan Casasayas, un dels tres primers iniciadors, no hi pogué assistir ja que va morir de manera prematura, als trenta-vuit anys, el juny del 1926. Havia nascut la Societat Catalana de Pediatria, i ho havia fet moguda per una febrorosa inquietud científica.

A la primera *Memòria de Secretaria*, que es va llegir a la sessió general administrativa de la Societat, celebrada l'octubre del 1927, el secretari August Brossa va destacar, entre altres coses, un any després de la seva fundació, el següent: «Els nostres especialistes tenen ja una tribuna on exposar llurs treballs; la tasca de mútua estimació i coneixement va progressant. Els pediatres barcelonins i després els de tot Catalunya tenen la seva Societat. El camí és obert. Avancem, companys!».

El mes de gener del 1928, la Societat Catalana de Pediatria va començar la publicació del seu *Butlletí*, i ja la «Presentació», com diuen Oriol Casassas i Joaquim Ramis, és també expressió de la senzillesa, l'obertura, la inquietud i el desig de les coses ben fetes que caracteritzarà la Societat al llarg dels anys. En aquesta presentació s'afirma: «La Societat Catalana de Pediatria ha reunit els especialistes de Barcelona en una mateixa tasca de laboriositat i estudi. En la nostra Acadèmia tenen lloc preferit els Pediatres catalans que se senten impulsats per l'anhel de perfecció i que treballen dintre un ambient de cordialitat i progrés científic. Aquest Butlletí no es presenta com una Revista més, sinó com una part del cercle habitual dels nostres treballs, i per això les seves planes són per a nosaltres el portantveu de les nostres



5 de febrer de 2016. L'Acadèmia-Can Caralleu, 90 anys després. Reunió de membres de Juntes directives de la Societat.

reunions científiques. En presentar-nos en el terreny científic amb aquest Butlletí, rebim totes les Societats i Revistes científiques el nostre Déu-vos-guard i la nostra consideració i simpatia». El primer director de la revista, avui dia anomenada PEDIATRIA CATALANA, va ser el doctor Joan Córdoba i Rodríguez, i de llavors ençà hi ha hagut disset directors.

I una altra dada fonamental molt important: la Societat Catalana de Pediatria surt de Barcelona. «Més d'una vegada els homes de la Societat havien expressat la voluntat que l'entitat, lluny de restar circumscrita a una ciutat, fos veritablement Catalana, tal com indica el seu nom social. Calia sortir de Barcelona i eixamplar-se pel país, i amb aquesta intenció, la primera de les decisions preses fou la de realitzar visites col·lectives fora de la gran ciutat. El 24 de juliol de 1929, la primera sortida, la Societat visità els Balnearis d'aigües minero-medicinals de Tona, el Codina, l'Ullastres i el Roqueta, i el 29 de setembre del mateix any l'Institut de Puericultura de Reus d'Alexandre Frias. A Tona, el geòleg professor de la Facultat de Ciències, mossèn Marià Faura i Sans, exposà exhaustivament la vida de la població, i dels miracles se n'encarregà Ricard Zariquiey, fill, que havia estat metge dels manantials. A Reus, la detinguda visita girada a l'Institut, posà ben de manifest ço que pot la voluntat d'un home».

Tot coincidint amb aquest 90è aniversari es publica aquest llibre que vaig encarregar a mitjan 2014 al doctor Xavier Demestre, antic president de la Societat Catalana de Pediatria, perquè encapçalés el consell editorial que l'ha elaborat. La tasca ha esdevingut molt important, així com la seva dedicació àmplia i generosa. Per tot plegat, vull agrair, en nom de la Societat Catalana de Pediatria, al doctor Demestre, al comitè de redacció i a tots els col·laboradors, els veritables autors del llibre, el gran treball dut a terme. Un agraïment que vull estendre a les secretàries de la Societat, les senyores Natàlia Corominas i Marta Torrent, a Lurdes Monguillot per la seva curosa correcció del text i a Codipre per una edició acurada. En aquesta obra s'analitzen molts aspectes de la història de la pediatria catalana esdevinguts en els vint-i-tres anys que la separen de la publicació del llibre d'Oriol Casassas i Joaquim Ramis, una obra que ens ha acompanyat fins avui i sempre estarà amb nosaltres.

A la pàgina 5 de la presentació del primer llibre (titulada *Al cap...*), Josep Maria Bosch i Banyeras, president de la Societat Catalana de Pediatria en el moment en què s'inicia l'elaboració de l'obra, assenyalava que «Tota societat científica és reflex, al llarg de la seva història, no només de les activitats professionals de la seva gent sinó de l'entorn social en què es desenvolupa. La nostra Societat Catalana de Pediatria, fundada l'any 1926, no és pas una excepció i, per aquest motiu, creu possible, després del llarg temps transcorregut, de fer una reflexió sobre la seva vida i la seva circumstància». En el període que comprèn el segon llibre, els canvis han esdevingut tan espectaculars i ràpids, que el temps transcorregut per a la reflexió que assenyalava Bosch i Banyeras ha hagut de ser necessàriament més curt.

D'altra banda, a la pàgina 8 de la segona presentació (titulada *...i a la fi*), Josep Maria Casasa, llavors president de la Societat Catalana de Pediatria, amb visió de futur, tot referint-se a alguns interrogants que es plantejava sobre la pediatria catalana, deia el següent: «Aquestes i moltes altres preguntes les podran contestar els historiadors del futur. Ells, però, trobaran un treball fet, el que recull aquest llibre, el de la pediatria fins aquest any de 1993». Esperem haver respost en aquest segon llibre algunes d'aquestes qüestions perquè altres pediatres historiadors disposin d'aquesta crònica actualitzada, tal com nosaltres ens hem trobat amb el gran treball del primer llibre, que recull la història de la pediatria a Catalunya des de final del segle XIX fins l'any 1993.

Quan el juny de 2012 vaig accedir a la presidència de la Societat Catalana de Pediatria, vaig escriure a la Salutació («Caminant vers el centenari de la nostra Societat», *PEDIATRIA CATALANA*, abril-juny, 2012) el següent: «Aquests 4 anys ens duren, si Déu vol, al 2016, quan s'iniciarà la desena dècada de vida de la Societat, que en concloure, l'any 2026, ens farà celebrar el seu primer centenari». L'any 2016 ja ha arribat i ho fa amb aquest segon llibre de la història de la pediatria sota el braç. Des del present esperem, amb la il·lusió i la mirada posades en el futur i el progrés (però sense oblidar el passat), l'any del centenari, 2026, i no ens aturem.

Moltes felicitats a tota la Societat.



Pròleg

Joaquim Ramis

Fa més de vint anys que la Societat Catalana de Pediatria va publicar un llibre que relatava els inicis de la pediatria a Catalunya i la creació i el desenvolupament posterior de la Societat fins a la dècada dels noranta del segle passat.

S'havien aplegat diferents reculls de noves activitats, de successives juntes de govern, noves activitats que s'havien posat en marxa, noves publicacions, i restava el risc que es perdés la memòria d'algunes d'aquelles activitats. No sortia cap iniciativa amb prou solidesa per completar la continuïtat de la història de la Societat. Les activitats que proposava augmentaven, els seus responsables se succeïen, i les publicacions i la revista aportaven novetats amb el risc que moltes d'aquestes novetats i activitats no quedessin enquadrades i recordades perquè les generacions futures les tinguessin present. Va ser uns anys més tard que la Junta de Govern de la Societat Catalana de Pediatria, presidida per Josep M. Bosch i Banyeras, va decidir que no es podia ajornar més l'espera per completar el record de les diferents activitats que es portaven a terme. I es va acordar encarregar la confecció del relat a dos pediatres que havien viscut intensament aquells darrers anys la Societat: l'Oriol Casassas i el que signa aquestes ratlles. Uns mesos més tard, i quan la Junta de Govern era presidida per Josep M. Casasa, es va presentar públicament el llibre *Metges de nens. Cent anys de pediatria a Catalunya*, i si bé el llibre porta l'autoria d'Oriol Casassas i Joaquim Ramis, comptava amb col·laboracions i aportacions diverses que van obligar a fer una llarga llista de col·laboradors, que consten a l'índex onomàstic del llibre.

Ara s'ha vist la conveniència de completar aquella història, que s'havia estrocat just l'any que s'havia publicat: el 1993. Malauradament, l'Oriol Casassas no ha pogut constar en aquest segon llibre que comença quan s'acaba l'anterior. Ens va deixar fa força anys i l'editor d'aquest segon llibre, Xavier Demestre, m'ha demanat que escrigui unes ratlles com a presentació i com a record dels que, en aquells anys, vam tenir cura del primer.

Òbviament, en aquest llibre que prologuem no hi ha un relat tan llarg com els cent anys que es descriuen en el llibre esmentat. Des de la data en què es va publicar fins a l'actualitat han passat escassament vint-i-dos anys, i si bé els canvis d'aquests anys no són de tan llarg termini com en l'anterior, sí que hi ha hagut canvis importants en les terapèutiques, en els mitjans diagnòstics, en les polítiques socials, en les juntes de govern de la Societat i en la societat civil en general, per la qual cosa s'ha considerat adient posar-ho a la consideració pública.

L'actual Junta de Govern de la Societat Catalana de Pediatria ha cregut convenient que s'expliquin les activitats i els canvis que han tingut lloc en aquest quart de segle, i per això agraïm la seva benvolença a invitar-nos a continuar explicant les activitats dels pediatres, les noves generacions que van prenent part en la vida de la Societat Catalana de Pediatria i la implicació d'aquesta en la nostra societat civil, juntament amb les relacions i els serveis que ha prestat en el camp de la salut física i mental dels infants.

Presentació

Xavier Demestre



Xavier Demestre, editor del llibre, i Ferran A. Moraga-Llop, president de la Societat.

No és fàcil. Acceptar el repte d'editar un llibre amb un component històric sobre l'evolució de la pediatria en els darrers vint-i-dos anys és comprometre's amb la veritat. I si es pretén fer una continuació del llibre editat l'any 1992 pels doctors Oriol Casassas i Joaquim Ramis, el fracàs està assegurat. No sóc historiador ni tinc bona memòria, i tampoc sóc un literat. Sóc simplement un pediatre al qual l'actual president de la Societat Catalana de Pediatria, el doctor Ferran Moraga, va «seduir» un dia, quan em va venir a visitar a l'hospital per desitjar-me una bona jubilació i va demanar-m'ho amb motiu del 90è aniversari de la Societat.

Crec que en aquests darrers anys, en l'àmbit clínic i científic, han passat probablement més coses que en els cent anteriors. Relatar amb objectivitat tots els esdeveniments i no resultar injust, oblidatís o poc fidedigne és tasca de gegants. I vaig comprendre que no podia fer-ho tot sol. És per això que vaig crear un consell editorial, format pels pediatres Joaquim Ramis i Coris, exquisit amic i ric en coneixements i experiència; Enric Mauri i Clua, perfeccionista i tenaç col·laborador; Josep Bras i Marquillas, expert en temes de primària i comarcals, bon amic i crític fi, i Josep M. Bosch i Banyeras, més allunyat, però sempre proper per afegir el seu punt de saviesa i honestat. Moltes gràcies a tots.

De mica en mica el projecte es va anar omplint de continguts en forma d'índex de matèries que calia tractar. I ens vam haver d'aturar per no fer una enciclopèdia insofrible. A més d'un caire historicista, es va voler donar al llibre un caràcter de present i de futur, sempre amb el punt de mira centrat en l'atenció als infants i adolescents, amb ambició de globalitat, d'accedir a tots els racons de la complexa tasca de cuidar i fer créixer íntegrament un ésser en desenvolupament continu.

Vaig creure interessant copsar les opinions d'experts en la matèria amb entrevistes a presidents de la Societat Catalana de Pediatria, catedràtics i diverses figures relacionades amb l'atenció a la infància o amb la Societat. Vaig necessitar –com específic a la introducció del primer capítol d'entrevistes– fer un curs accelerat de periodisme i escriptura ràpida. Tot plegat va sortir força reeixit, o almenys així ho intueixo.

El paper dels secretaris de la Junta de Govern de la Societat és cabdal i són, com afirma Enric Mauri, els que disposen d'una visió de la Societat de 360°. És per això que se'ls ha donat un espai important per informar-nos de les seves opinions i vivències. Ells també són els responsables de recollir totes les efemèrides al llarg d'aquests darrers anys.

S'han tingut en compte aspectes clínics, organitzatius, socioeconòmics, de política sanitària, educatius, culturals. S'han descrit activitats pròpies de la Societat i altres d'alienes, però amb gran participació de socis de la Societat. S'ha revisat l'evolució de l'atenció a la infància en l'àmbit hospitalari, terciari i comarcal, tant públic com privat. S'ha donat valor preeminent a la història i el desenvolupament de l'atenció primària. S'ha obert la porta a les noves competències de la infermeria. Les noves tecnologies també han tingut el seu espai, així com aspectes socials i d'ètica. Ben segur que no hi és tot ni tothom, alguns per oblit o descuit, i d'altres per falta de col·laboració, tot i que, en aquest cas, han estat gairebé inexistent.

Tot plegat fruit d'un esforç compartit per molts per fer més gran la celebració dels noranta anys de la nostra Societat Catalana de Pediatria. Preservar la memòria és conservar el patrimoni. Som testimonis d'excepció de l'evolució en positiu de l'atenció a la infància i l'adolescència, amb una disminució significativa de la morbimortalitat en aquest període tan sensible de la vida. I tot això gràcies a l'esforç humà d'un col·lectiu sanitari i social que ens exigeix no parar, progressar i evitar que, en un futur al més immediat possible, les condicions sanitàries i socials dels infants siguin igualitàries, sense distincions de raça, sexe, origen, nivell socioeconòmic o creença.

01

Tot parlant amb...

Introducció

Xavier Demestre

Com a responsable primer de l'edició d'aquest llibre, vaig decidir entrevistar els presidents de la Societat o de l'Acadèmia i els catedràtics de pediatria de Catalunya, tots ells pediatres amb gran experiència en l'assistència, la docència i l'organització, sobre l'evolució de la pediatria en aquests darrers anys i la seva visió del futur. Vaig haver de fer un curs accelerat de periodisme amb un amic, l'Ignasi Gaya, responsable de l'àrea cultural de TV3, que em va prohibir portar una gravadora, cosa que em va obligar a fer un altre curs, d'escriptura ràpida, i a comprar-me un bon bloc de notes. I, en acabar cada entrevista, cuita-corrents cap a casa a transcriure tot el que m'havien dit. En alguns casos hi vaig anar acompanyat d'alguns dels membres del Consell editorial.

Tots els entrevistats van rebre una mena de qüestionari idèntic, amb la intenció d'obtenir blocs de respostes a temes comuns. D'aquesta manera, obviàrem presentar les entrevistes una darrere l'altra. Alguns van respondre per escrit les seves opinions, i amb tots vam complementar-ho en una trobada, a casa seva, a la feina o prenent una tassa de xocolata.

Jo, com a antic president, em podia haver fet les mateixes preguntes, però podia, en certa manera, veure'm influenciat per les respostes que vaig anar rebent dels altres. Vaig decidir que només ficaria cullerada quan cregués que la meva opinió era diferent de la dels altres o complementària.

Vaig creure oportú demanar també l'opinió d'un pediatre, membre d'honor de la Societat, que va abandonar l'assistència per dedicar-se a la política, camp en què va assolir els més alts càrrecs de responsabilitat a la Generalitat de Catalunya en matèria de sanitat i que va finalitzar fa poc la seva tasca com a alcalde de Barcelona.

Finalment vaig decidir incorporar la visió de la persona que ha resistit el pas de moltes juntes de govern, i que ha sabut controlar tots els moviments sísmics propis d'una societat tan activa com la nostra. Es tracta de la Dra. Natàlia Corominas, la «nostra secretària». Aquesta entrevista la vaig fer cap al vespre, a casa seva i amb unes magnífiques galetes acompanyant un cafè.

Moltes gràcies a tots.

Els presidents de la Societat

Els entrevistats van ser, per ordre d'antiguitat com a presidents, els doctors Xavier Lucaya Lairer, Josep M. Bosch Banyeras, Josep M. Casasa Carbó, Josep Argemí Renom, Josep M. Mauri Puig, Jaume Iglésias Solà, Vicente Molina Morales i Ferran Moraga-Llop.



D'esquerra a dreta: Jaume Iglésias, Josep Ma. Bosch, Josep Argemí, Vicente Molina, Ferran A. Moraga-Llop, Xavier Lucaya, Xavier Demestre, Josep M. Casasa, presidents de la Societat. Absent Josep M. Mauri.

Per què es van fer pediatres?

La resposta, com és obvi, va ser molt variada. En el cas de **Xavier Lucaya** va ser per influència directa de la seva mare, ja que ella considerava que era una especialitat molt maca. Ell volia ser cardiòleg. De petit era l'últim de la classe, va treballar dos anys a Aigua Font Vella i un dia, tot passant per davant de la Universitat, va demanar com s'havia de fer per ingressar-hi: pagar 2.000 pessetes i passar una prova. Teorema de Pitàgoras: apte. Va fer Medicina.

Josep M. Bosch va pensar en una dedicació que es basés en una relació amb les persones i la seva realitat quotidiana. Res més atractiu que l'esser humà des que neix fins que assoleix l'edat adulta en el si de la seva família. La inauguració del Departament de Pediatria de la Vall d'Hebron, on el van admetre com a resident, li va facilitar la decisió. Encara no existia el MIR.

Josep M. Casasa va tenir sempre la il·lusió de ser cirurgià. Va rebre el mestratge del Dr. E. Roviralta, cirurgià pediàtric a la Clínica Plató; va fer una adjuntia amb el Dr. J. Martínez Mora a *Camitas blancas*, dedicat a la cirurgia pediàtrica, i a consultes externes, amb el Dr. A. Pérez Soler, va consolidar un bon coneixement de la pediatria, ja que era, com diu ell mateix, «l'únic cirurgià pediàtric amb bons coneixements de pediatria».

Per a **Josep Argemí** va ser la gran influència del seu pare, pediatre, a qui admirava profundament, el que el va decidir a fer pediatria. Posteriorment, del Prof. Manuel Bueno va rebre una influència molt positiva en aquest aspecte.

Josep M. Mauri volia fer cardiologia o una branca de la cirurgia, però el naixement de la seva primera filla el va fer conèixer la pediatria i estimar-la, i va optar per fer el MIR de pediatria a la Vall d'Hebron.

El cas de **Jaume Iglésias** va ser de somni. Textualment escriu: «Quan als 17 anys un experimenta la sensació profunda que no és més que un escarràs de feina i possiblement no en pugui sortir mai més, o fa acte de submissió o lluita per sortir-ne i la meua lluita era un somni: ser pediatre... Sóc pediatre per un somni...» Als 12 anys es va posar a treballar a Galetes Birba, a Camprodon, per avoriment a l'escola. Als 15 anys va somiar que un nen plorava, i que un senyor amb bata blanca el consolava. Va tornar a estudiar, i entre els 17 i el 18 anys va fer quatre cursos de batxillerat. També va fer de fàmul a Santa Maria del Collrell, als 20 anys el Preu, i dels 21 als 26 la carrera de Medicina.

Més tocant de peus a terra va ser la decisió de **Vicente Molina**, com a repte científic i professional. «S'endevinava més difícil treballar amb infants, amb una població més vulnerable. I s'albirava una bona perspectiva de futur.» Va rebre la influència de dos pediatres, el Dr. Agustí Pérez Soler, pediatre de capçalera de la família, i el Prof. Ernesto Sánchez Villares, amic personal del seu pare i amb qui va passar un estiu a Valladolid.

L'ambient familiar i especialment el seu pare, dedicat en cos i ànima a la medicina interna, a la càtedra del Dr. A. Pedro Pons, va ser el gran inductor per a **Ferran Moraga**. A la carrera, dues assignatures van causar-li gran impacte: dermatologia i pediatria, especialment per la personalitat dels seus professors, el Prof. J. Piñol i el Prof. M. Cruz. I, com ell diu: «A poc a poc, la pediatria em va omplir més, la veia com la medicina interna de l'infant. Com el meu pare... però amb nens.»

Jo, **Xavier Demestre**, estava intern a Fisiologia fent, tranquil·lament i fins altes hores del vespre, cromatografia en capa fina de lípids amb el Prof. Ramon Segura. Va ser ell qui, en iniciar el 4t curs de medicina, em va aconsellar anar a fer clínica, ja que al laboratori sempre hi podria tornar. Com que no disposava d'un lloc atractiu en càtedres de medicina o patologia general, o les places ja estaven cobertes, vaig decidir entrar a pediatria. El Prof. M. Cruz em va acollir i mai més vaig abandonar la pediatria, i em va apassionar la neonatologia, que tot just començava com a subespecialitat.

Què els va impulsar a presentar-se com a president de l'SCP?

Per a **Xavier Lucaya**, trencar l'hegemonia del Clínic i iniciar i obrir la porta a la gent de la Vall d'Hebron, i continuar el que havia fet el Dr. I. Claret, el seu antecessor, donant pas a les subespecialitats. Va rebre força consells de les forces vives per no presentar-se.

Josep M. Bosch afirma: «No m'hi vaig presentar. Quan va ser elegit president el Dr. Xavier Lucaya, em va demanar d'anar amb ell com a vicepresident i quan va acabar el seu mandat, la Junta Directiva em va proposar com a president. Recordo que en Carles Martí Henneberg, bon amic, pediatre i endocrinòleg traspasat ja fa anys, em va dir que aquesta circumstància era un gran honor per a un pediatre català. Jo també ho crec.»

Per a **Josep M. Casasa**, la seva activitat junt als pediatres va ser constant. Secretari de la Junta amb els doctors F. Prandi i O. Casassas, vicepresident amb el Dr. X. Lucaya, i el 1992 elegit president de l'SCP. Segons diu: «L'estret lligam amb els pediatres, la vocació de servei mitjançant múltiples càrrecs a l'Acadèmia i a congressos de metges i biòlegs de llengua catalana, va fer que optés a aquest càrrec tan important, des del vessant de cirurgia i de pediatre.»

Arribat de Cadis després de nou anys de ser fora de Catalunya, **Josep Argemí** es va voler reintegrar plenament a la pediatria catalana mitjançant l'SCP. I ho va fer amb molta il·lusió. Va ser nomenat director del *Butlletí* de l'SCP pel president Lucaya i amb els presidents Casasa i Bosch, amb qui va redactar els estatuts de la fundació de l'SCP. I tot això el va portar a la presidència de la Societat.

L'objectiu de **Josep M. Mauri** com a president de l'SCP va ser millorar les estructures de la Junta de la Societat per fer-la més eficient i propera als socis. També es va proposar aconseguir que la Societat tingués un impacte més gran en les institucions sanitàries catalanes, potenciar la reunió anual com a punt de trobada dels pediatres i fons de finançament, i potenciar els cursos d'RCP.

Jaume Iglésias afirma: «Jo no em vaig presentar per ser escollit president de l'SCP. Anava de vicepresident d'Afers Professionals en la Junta del Dr. Xavier Demestre i, per circumstàncies personals d'ell, vaig haver d'assumir la presidència en funcions durant un temps, i vaig acabar com a president de l'SCP per acord de l'Assemblea de socis.»

El motiu de **Vicente Molina** va ser «fer camí dins la Societat». Havent-la conegut des de diferents àmbits, va creure que havia arribat el moment de fer un pas endavant. Intentar continuar la feina feta a l'SCP i deixar-la amb més categoria científica. Es creia coneixedor dels punts forts i dels punts febles. La seva experiència per aglutinar esforços i motivar la gent en un projecte comú podia contribuir-hi. I també com a repte personal, amb la consideració de resultar un punt important en la seva trajectòria.

Ferran Moraga, sempre vinculat a l'SCP, amb una participació molt activa com a tresorer i com a director de la revista *Pediatría Catalana*, organitzador d'una sessió Pere Calafell, s'hi va presentar perquè, essencialment, li venia de gust i, a punt de la jubilació, creia que disposava de prou temps per dedicar-s'hi. Era el moment oportú.

Quins són els canvis o l'evolució de la pediatria a Catalunya i al món, especialment els darrers vint anys?

Coincideixen **Xavier Lucaya**, **Vicente Molina**, **Ferran Moraga** i **jo mateix** en un fet destacat: el desenvolupament de les especialitats i això podria comportar la progressiva desaparició de la pediatria general, del pediatre de capçalera. Segons **Josep Argemí**, aquest període s'ha caracteritzat per la «desaparició de personalitats de prestigi (M. Cruz, A. Ballabriga, J. Plaza-Montero). S'ha passat del personalisme a les institucions fortes, amb l'Hospital de Sant Joan de Déu com el que ha crescut més. Abans coneixies noms, ara institucions». Una altra coincidència pràcticament comuna és el posicionament de la pediatria a primària, amb «el suport de l'evidència científica i la capacitat demostrada de fer-ho bé», diu **Vicente Molina**. La reforma de l'atenció primària ha estat un punt cabdal en aquesta evolució. En negatiu, per a **Josep M. Casasa** seria «la conversió de la medicina en un funcionari».

Per a **Josep M. Bosch**, els avenços tècnics, clínics, farmacològics, en recerca ultraestructural, medicina preventiva, etc. han estat, sens dubte, espectaculars. **Josep M. Bosch**, **Josep M. Mauri** i **Josep Argemí** destaquen els canvis en l'aprenentatge i l'exercici de la nostra professió, que inclou aspectes acadèmics, estudis universitaris, formació MIR, formació continuada, tecnologia de la informació. En aquest sentit, han mutat antics paradigmes a favor de l'increment del bagatge intel·lectual i del pragmatisme dels professionals. I **Josep M. Bosch** assenyala «un tercer aspecte» que faria referència a l'actuació dels professionals i a les relacions personals de tipus interprofessional entre els metges mateix, amb els pacients i amb les seves famílies. La bioètica tindria aquí un paper fonamental, juntament amb l'experiència i les vivències pròpies de cadascú. Per a **Josep M. Mauri** i **Josep Argemí**, potenciar la investigació seria el pas endavant necessari, en part aconseguit, segons Argemí, per la simbiosi investigació/pràctica que s'ha aconseguit mitjançant la integració amb la universitat. Això ha impregnat la gent jove, que s'ha interessat a publicar, a anar a reunions científiques, a investigar. S'ha passat d'una pediatria purament clínica a una pediatria investigadora.

Jaume Iglésias opina que «els canvis en la societat, la falta de recursos humans i la incapacitat de consens entre els mateixos pediatres per instaurar el Pla estratègic d'ordenació de la pediatria a l'atenció primària, han estat determinants per a l'evolució de la pediatria a primària en els darrers anys».

I jo afegiria el gran desenvolupament dels hospitals comarcals, potenciats per l'arribada de pediatres d'alta formació via MIR, fet que ha provocat la descentralització en positiu de l'activitat pediàtrica, fent-la més propera als ciutadans.

La Societat Catalana de Pediatria és una entitat amb personalitat jurídica pròpia, adherida a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears. Com valoren aquesta relació?

Resposta pràcticament unànime. Cal mantenir la independència de la Societat Catalana de Pediatria, la societat més activa i en nombre de socis, dins una Acadèmia que és una institució única al món, capaç d'aglutinar totes les societats al voltant de la salut. És imprescindible gaudir del suport que ens aporta, sense perdre el protagonisme i la independència que li correspon a la nostra Societat.

Com que l'èxit i també el fracàs són components normals en l'activitat humana, quin èxit i quin fracàs destacarien del seu període en la presidència?

Xavier Lucaya: D'èxits, pocs. Obrir a la revista, aleshores *Butlletí*, la secció «El cas del dia: clínic o radiològic». Fracàs: a part de parlar de radiologia, mai no vaig aconseguir expressar-me amb facilitat i correctament. La meua dona em deia: «Tu calla i seu, que parli en Mauri» (Enric Mauri, secretari de l'SCP en aquell moment). Volia introduir una targeta d'identificació de soci de l'SCP, no ho vaig aconseguir. No vaig saber portar l'SCP a les comarques.

Josep M. Bosch: En el primer sentit, esmentaria la reunió anual. Una societat científica amb la història, l'activitat i el potencial humà de l'SCP era lògic –internacionalment també és així– que celebrés anualment una reunió científica i festiva alhora. D'altra banda, em va saber greu que el PADP (Programa d'autoavaluació docent en pediatria) no tingués continuïtat després del segon número.

Josep M. Casasa: Fracàs: no en recordo cap. Èxits: la creació de la Fundació Catalana de Pediatria; el procés iniciat pel Dr. J. M. Bosch Banyeras i acabat després de la reunió anual de l'AEP feta a Barcelona que va costar 120 milions de les antigues pessetes i en van quedar 8 milions que van servir per crear la Fundació; també recordo com a gran èxit l'organització, el juny del 1994, de la reunió anual de l'AEP, totalment a càrrec de l'SCP, i el VI Congrés de Pediatres de Llengua Catalana, del 1994.

Josep Argemí: Èxits, introduir Internet a l'Acadèmia, formant part de la Junta de Govern, tot i una forta resistència per divergències de criteri, i a l'SCP. Vaig ser el primer director del web de l'Acadèmia i de l'SCP, i vam tenir la col·laboració de la Fundació Catalana per la Recerca. Un altre punt a destacar és la creació de la Fundació de l'SCP. I el desenvolupament del CIAP, amb el Dr. R. Baràibar com a gran impulsor, i de l'RCP. També vam canviar, amb el Dr. Bosch com a president, la imatge del *Butlletí*, que va passar a *Pediatria Catalana*. Com a fracàs, la falta de projecció i continuïtat de les microresidències.

Josep M. Mauri: Crec que els objectius assolits durant la meua presidència van ser la reestructuració de la Junta directiva, la modernització i l'adequació dels estatuts i ajudar a crear la Secció d'Atenció Primària. Es va evitar la creació d'una societat de primària independent de

la Societat, com ha passat arreu de l'Estat espanyol. Com a fracàs, la incapacitat de crear els convenis i els estatuts que evitessin que el president de la Secció d'Atenció Primària, el vocal d'atenció primària de la Junta directiva i el «Vocal por Cataluña de la Asociación Española de Pediatría» estiguessin ocupats per tres pediatres diferents. També, no aconseguir que els pediatres s'impliquessin amb l'administració sanitària per cercar models d'atenció pediàtrica diferents als actuals.

Xavier Demestre: El meu fracàs va ser no poder acabar la feina, ja que un inoportú entrebanc de salut em va impedir fer-ho. En el període de dos anys que vaig presidir l'SCP, vaig lamentar la intensitat dels temes professionals que afectaven els pediatres de primària, a partir de decisions polítiques d'anorrear el pediatre de l'assistència a primària. Aquest fet, promogut pels metges de família, anava prenent cos, amb grans avenços per la falta de pediatres. Crec que un petit èxit va ser aconseguir el compromís de la consellera de salut Dra. Marina Geli, corroborat en un acte a l'SCP, de no foragitar el pediatre de la primària. La recompensa més gran que he tingut és que, a part de les manifestacions d'estima amb motiu de la meua malaltia, alguns companys van arribar a creure que jo era un pediatre de primària.

Jaume Iglésias: Durant la meua presidència vam viure un temps convuls per la pressió política que intentava modificar de manera substancial el model assistencial substituint el pediatre de primària per metges de família. Com a positiu destacaria que el canvi no es va aplicar perquè el col·lectiu de pediatres, amb una sola veu, va ser capaç de demostrar amb la força de la raó la irracionalitat de la mesura. Destacaria com a negatiu la nostra incapacitat, temps més tard, per posar-nos d'acord per tal d'implantar el nou model assistencial que proposava el document Pla estratègic d'ordenació de la pediatria a l'atenció primària del Departament de Planificació i Avaluació de la Conselleria de Salut. El document, fruit del consens entre el Departament i un extens grup de pediatres i l'SCP, tenia com a objectiu millorar l'atenció pediàtrica a tot el territori i les condicions laborals dels pediatres.

Vicente Molina: Com a èxits o, millor, satisfacció o punts positius en la meua gestió al capdavant de l'SCP crec que puc ressaltar els canvis en els estatuts de l'SCP, el reforçament del web i l'ajuda a l'atenció primària. Com a fracàs: no haver aconseguit fer de l'SCP un referent social. I no aconseguir més implicació en el temari de la formació MIR de pediatria en temes que no hi figuren (bioètica, comunicació, exercici de la pediatria, humilitat professional, servei al pacient i família, epidemiologia, cooperació...).

Ferran Moraga: Com a èxits de gestió, potenciar la formació continuada i les sessions conjuntes amb altres societats i organismes. Vull destacar la sessió conjunta amb l'Ajuntament de Barcelona, amb motiu del 40è aniversari del primer calendari vacunal a l'estat; la sessió amb la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i la sessió amb el Servei de Pediatria de l'Hospital del Mar amb motiu del centenari de l'Hospital. En general: ampliar les relacions amb altres organismes fora de l'SCP. Potenciar el CIAP i estendre l'RCP a la societat civil, amb cursos als nens de 10-11 anys en les reunions anuals. Digitalitzar tots els números de *Pediatria Catalana*. Promocionar videoconferències per apropar la formació continuada en grups, amb 10-12 punts de connexió. Obrir l'SCP a l'Administració, institucions, organismes oficials i mitjans de comunicació. Reactivar i crear nous grups de treball. Com a fracàs: l'actualització de l'ordenament de les vegueries i el paper del veguer.

Com creuen, d'acord amb la seva experiència, que podria millorar el funcionament real, més que formal, de la Junta i els seus membres?

Per a **Josep M. Bosch**, projectant les activitats de la Societat a comarques. Per a **Josep Argemí**, és indispensable l'actitud de servei, per sobre d'interessos personals. Escoltar a tothom i

buscar el bé de la pediatria, el bé comú. Tot i saber que el que es fa mai és a gust de tothom... És imprescindible buscar un equip que s'hi trobi a gust, integrat en la tasca comuna. I si no és així, que pugui marxar tranquil·lament, que no es quedi mai a contracor. **Jaume Iglésias** opina que malgrat que l'SCP és profundament democràtica, a vegades el pediatre pot sentir-se'n una mica allunyat. Se li pregunta poc per les seves inquietuds professionals. Creu que implantar una mena de democràcia participativa amb consultes periòdiques milloraria les relacions i facilitaria la presa de decisions a la Junta. **Vicente Molina** creu que el president ha de ser més «delegador». Ha de fer treballar més els membres de la Junta, i ell exercir més com a líder d'un grup de treball. Per això es van fer els canvis en els estatuts, nomenant vocals sense identificació prèvia de la seva tasca, per adaptar-les a les necessitats del moment i dotar-les del contingut més adient, i eliminant algunes vocalies sense recorregut en l'actualitat. Com a repte de futur: fer atractiva l'SCP als pediatres. **Ferran Moraga** avala el fet de potenciar les vegueries amb una distribució més d'acord amb el nombre de pediatres, i que el veguer fos el veritable representant del president de l'SCP.

Sovint, els recursos materials són un factor condicionant per a l'actuació de la Societat; aleshores, què suggeririen perquè la Societat disposés d'una capacitat econòmica més gran?

Xavier Lucaya opina que la Societat ha de tenir la màxima capacitat de control de tot el que té a veure amb la salut dels infants, i això li donaria poder amb la indústria farmacèutica per tenir-hi una relació directa. **Josep M. Bosch** pensa que qualsevol suggeriment seu en matèria econòmica o financera comportaria un risc seriós d'entrar immediatament en concurs de creditors... Afirma que hi ha empreses estrangeres que tenen departaments sencers dedicats en exclusiva a la cerca de recursos. Per a **Josep Argemí**, cal fer com l'AEP: col·laboracions amb la indústria tot i sabent que és un tema espinós. Buscar línies que satisfacin totes dues parts, però mantenint-se sempre dins els límits ètics. **Josep M. Mauri** creu que els recursos mitjançant les quotes dels socis i la indústria són de recorregut limitat. Cal que la societat vehiculi nous productes dirigits a la població i a les institucions que aportin valor afegit. Aquestes activitats poden aportar recursos econòmics i de prestigi. En aquesta línia, **Jaume Iglésias** opina que, a més d'insuficients i en via descendent, les relacions amb la indústria han de ser immaculades. Una font possible d'ingressos seria pactar amb mitjans de comunicació de gran abast del nostre país per aportar, de manera periòdica, programes d'educació sanitària o divulgació científica del món de la infància. Desaparegudes, majoritàriament, l'aportació de firmes comercials en anuncis publicitaris, **Vicente Molina** opina que caldria explorar la possibilitat d'oferir-se com a referent per a informes, consultes, etc., sempre amb una remuneració associada. I, per descomptat, mantenir les activitats de l'SCP amb resultats econòmicament positius, mai negatius, però tampoc excedint les capacitats de participació del soci de l'SCP. Finalment, **Ferran Moraga** ho veu, com tots, molt complicat, i creu que cal mirar «amb lupa» les condicions amb la indústria, i que els actes esponsoritzats han de ser sempre tutoritzats i controlats per la Societat. Un possible camí: exportar el CIAP a altres societats, algun màster complementari als ja existents...

La formació MIR de pediatria sol tenir un contingut i un desenvolupament fonamentalment hospitalari; tanmateix, després molts pediatres exerceixen a l'atenció primària, on en fan falta, i s'ha dit que això frustra expectatives de carrera hospitalària. Com es podria corregir això i potenciar la vocació envers l'atenció primària?

Tots els entrevistats coincideixen en el gran avenç que ha significat la formació MIR. En els aspectes de com enfocar aquesta formació, tot i haver consens respecte a la necessitat de més formació en temes de primària, és bo conèixer alguns dels detalls dels seus suggeriments.

Josep Argemí opina que, independentment que la primària s'ha d'ensenyar i que té un nucli de coneixements propi, és important no deixar la formació hospitalària. És essencial conèixer tot el sistema, com funciona el servei d'urgències, les noves teràpies, saber on s'envien els malalts. Seria un error que els de primària no passessin per la formació hospitalària, si bé és bo disposar d'una bona base de primària. **Xavier Lucaya** afirma que els MIR, com als Estats Units, han de passar uns mesos a primària, per estimar la pediatria general. Una possibilitat: primar econòmicament l'assistència a primària. **Jaume Iglésias** considera que, malgrat que la majoria de pediatres tard o d'hora han acabat treballant en la primària, no es pot negar que aquesta sempre ha estat vista com la Ventafocs o la germana pobra de la professió o la menystinguda, sense verbalitzar-ho. Aquesta és una realitat no escrita, però real. «Hem estat educats com a pediatres hospitalaris des del pedestal de la ciència i pensem que la rutina dels mocs i la tos de la consulta del CAP no incrementa currículum.» També creu que el temps de formació MIR hauria d'estar repartit en parts iguals i obligatòries entre hospital i CAP i, acabat el període de formació, els que optessin per la primària haurien de fer estades hospitalàries obligatòries periòdiques dins la seva jornada laboral.

Josep M. Bosch va més enllà i ens explica la seva experiència: «Aquesta situació la vaig viure personalment. Molts professionals hem conviscut amb persones que ens han acompanyat en la nostra formació i ens han ensenyat el "com fer" i en definitiva el "fer". Han estat els nostres mestres perquè ens van transmetre coneixements i habilitats, però sobretot actituds. Seran sempre inoblidables i els devem molt. Però arriba un moment en què cal prendre una decisió: esdevenir un especialista, un generalista, treballar en un altre país, ampliar estudis, etc. En aquesta tessitura cal haver conegut el millor possible totes aquestes possibilitats per triar la més idònia. La pediatria primària, a part de l'atenció a la persona (nadó, infant o adolescent, en el nostre cas), té un atractiu especial que és la família. Els dotze darrers anys de professió vaig treballar en dos CAP a Barcelona i en tinc un record molt especial. És molt important disposar del temps necessari per visitar correctament i, alhora, poder compartir coneixements i dubtes amb altres col·legues tant de primària com d'hospitals. Treballar en l'atenció primària és extraordinàriament gratificant i enriquidor. Els MIR haurien de conèixer bé la primària per poder triar amb coneixement de causa. Perquè això sigui així, cal escollir molt bé els professionals que els han d'acollir, cal tenir un programa com menys burocràtic millor i cal que l'estada sigui assequible en temps i en espai. En definitiva, cal fer-ho fàcil, atractiu i efectiu. Segurament això ja esdevé així.»

Vicente Molina diu que cal insistir en l'increment de la formació en atenció primària, absent en els temaris oficials, i oferir, des de l'SCP, una formació complementària i que, alhora, faci veure la importància de l'SCP com a catalitzador de «punt de trobada» amb companys.

Ferran Moraga assenyalava que, des de fa tres o quatre anys, l'SCP fa una sessió per a R-3 i R-4 en què s'expliquen les sortides professionals com a pediatre, considerant els vessants privat, atenció primària, investigació, etc., i sessions sobre temes complementaris als que es fan als hospitals: relació amb les famílies, ètica, com fer un bon interrogatori. I creu que cal potenciar els aspectes docents i investigadors a l'atenció primària.

Finalment, el més crític és **Josep M. Mauri**, que afirma que aquest tema és antic i redundant, que sempre s'han cercat solucions superficials i voluntaristes. Les estructures anquilosades de l'Administració dificulten el canvi, però també els interessos espuris de molts professionals als quals ja els va bé l'*status quo* actual. Caldria fer un pas endavant per adequar la formació a les necessitats reals dels pediatres, especialment els d'atenció primària. Creure que al segle XXI serveixen models lleugerament maquillats del segle passat és ineficient. Calen reformes importants del model de formació de pediatria. «Esperem que amb un nou país puguem fer un replantejament a fons de la formació pediàtrica.»

Com i en quins aspectes de l'atenció pediàtrica es pot avançar ja, i no en un futur de ficció, en l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació?

Xavier Lucaya considera essencial l'ús de les noves tecnologies. És bàsica la telemedicina, que facilita la consulta a distància. Se n'ha d'aconseguir la implantació. I aporta una idea: aprofitar els coneixements dels professionals emèrits com a consultors en línia. L'SCP podria constituir un comitè d'experts. **Josep Argemí** està en la mateixa línia, i afirma la necessitat de divulgar la capacitat de comunicació per mitjà de la tecnologia: ECO, Rx, ECG, monitoratge a distància i continu, etc. Són tècniques bones i barates, amb un gran camí per recórrer. **Josep M. Mauri** creu que, fins i tot el correu electrònic està poc difós com una eina útil per a l'accessibilitat de les famílies, per petites consultes sobre l'evolució de la malaltia, fotos de lesions cutànies. La poca introducció de la tecnologia en l'atenció primària és palmària. Caldrien més recursos per millorar l'eficiència. **Vicente Molina** reconeix l'avenç que representen aquestes eines, però adverteix de la seva implementació en l'atenció als pacients, amb alguns aspectes negatius. **Ferran Moraga** fa al·lusió a les videoconferències com a eina de difusió de coneixements a distància. Fins i tot es podria plantejar fer el CIAP en línia.

Per al cirurgià **Josep M. Casasa** és difícil de dir. Per ell sempre són una sorpresa, ja que cada dia surt una cosa diferent. Les noves tècniques de «robot-cirurgia» són sorprenents. Reflecteixen els canvis en la societat, al final no hi haurà treball per a les persones. Quan una màquina substitueix un treballador, s'hauria de crear una mena de «seguretat social». **Jaume Iglésias** afirma que li agradaria aprofitar aquesta avinentesa per comentar que el nostre company **Josep Sánchez de Toledo**, Català de l'Any, responent a una pregunta de la periodista de «La Contra» de La Vanguardia, responia: «Vull que em visiti un metge que mentre em visita em miri als ulls i no a l'ordinador.» Darrerament s'ha adonat que fa la sensació que molts companys tenen el pacient dins la pantalla i no assegut davant seu, i això fa que hi hagi una ruptura de la relació entre metge i pacient. «Les anomenades TIC, en la nostra professió, són imprescindibles ara i en el futur, però no les hauríem de sacralitzar.»

Finalment, **Josep M. Bosch** afirma que l'objectiu –no l'únic– és fer arribar als pacients i les seves famílies una informació positiva en relació amb la seva salut, els seus coneixements sanitaris i la seva manera d'actuar. Les noves tecnologies faciliten aquest propòsit, però no substitueixen el tracte personal en la informació. «Fa anys es va confeccionar un manual d'atenció pediàtrica adreçat als pares i cuidadors dels pacients pediàtrics. Va ser una iniciativa molt bona i positiva, però crec que una informació referida a aspectes específics d'interès pràctic, en un moment determinat i programat d'acord amb l'edat i l'evolució normal d'un infant, breument escrites i comentades personalment, poden ser igualment o potser més efectives que si s'utilitza una tecnologia més sofisticada però més distant des d'un punt de vista anímic. Els objectius són prioritaris i la tecnologia ha d'estar al seu servei. Interessar a les persones a qui va adreçada una informació és també un objectiu.»

Quin hauria de ser el paper de l'SCP en la informació i l'educació sanitàries de la població?

Segons **Josep M. Bosch**, aquesta és una iniciativa important que ja s'ha produït en alguna ocasió. En el cas que hi hagués aquest propòsit, caldria parlar de les seves perspectives i del seu contingut, i en determinats aspectes fóra bo comptar amb la col·laboració de l'Administració, entre altres pel que fa a la difusió. **Jaume Iglésias** creu que, a més de l'educació individualitzada per a cada infant, hauríem de tenir molta més presència mediàtica. El triangle família-mestre-pediatre és fonamental en la informació i l'educació sanitàries de l'infant, però nosaltres com a col·lectiu hauríem d'assumir el protagonisme que ens pertoca. Per

Vicente Molina, l'SCP hauria de ser capaç de ser un referent obligat per a la societat en tot allò que fa referència a la salut i la malaltia dels infants. És complicat assolir-ho, però necessari. Cal fer servir les eines adequades per fer front a la immediatesa sol·licitada en moltes ocasions, amb rapidesa i encert en la resposta. Per obtenir més respecte i ser més coneguda, s'hauria de donar resposta a qualsevol pregunta o afer social, al més ràpidament possible, en tot allò que repercuteixi sobre els infants, com la cultura, l'ensenyament, és a dir, la salut integral. Segons **Ferran Moraga**, els estatuts de l'SCP ja ho assenyalen: una de les seves funcions és participar, col·laborar amb la societat civil en la salut de l'infant. S'ha iniciat amb els cursos d'RCP per a infants i l'escola de pares en les reunions anuals de l'SCP. S'hauria de potenciar la presència de pediatres als programes de TV. Actualment s'atenen moltes consultes de particulars via correu electrònic i es participa en un programa quinzenal a Ràdio-4. Per **Josep Argemí**, l'SCP hauria d'estar en disposició de proporcionar mecanismes d'educació en pediatria. Disposar d'«educadors de pediatria» per «exportar» coneixements a escoles, llars d'infants, associacions de pares, formació de mares, etc. Fer cursos per a la societat en general. Proporcionar informació documentada i seriosa sobre temes puntuals, concrets, o generals: vacunació, infeccions. En fi, proporcionar conferències d'interès general. **Josep M. Mauri**, **Josep Casasa** i **Xavier Lucaya** coincideixen en la importància de la difusió de coneixements, potenciant la informació i l'educació sanitàries. Cal emprar tots els canals, especialment les xarxes socials, per arribar a la població.

Quina hauria de ser la relació amb la premsa? Seria convenient disposar d'un gabinet professionalitzat d'imatge i comunicació?

Hi ha força coincidència en no creure necessari, per car i obsolet, fer un gabinet professionalitzat de premsa. **Josep M. Mauri** concreta: un gabinet sona a «car, antic i ja provat». Caldria una persona que, sota la supervisió de la Junta, tingui impacte en els mitjans de comunicació; apostaria per un gestor de comunitats o *community manager*. Avui dia, pràcticament tot es vehicula via Internet, com ara les xarxes socials, les cartes al director i la premsa electrònica, entre altres. Cal immediatesa per aportar el nostre parer sobre fets nous, notificar avenços en la recerca pediàtrica, en els problemes socials que afecten els infants i molts altres. Ens hem d'avançar. **Vicente Molina** i **Ferran Moraga** fan referència a aprofitar les estructures de l'Acadèmia. I **Xavier Lucaya** diu que s'hauria de controlar més el que es publica sobre temes de salut.

La Societat Catalana de Pediatria, des que es va fundar, va tenir i ha tingut un sentit i un compromís envers Catalunya i la llengua i la cultura catalanes. Com pot ara i en el futur mantenir aquest sentit i aquest compromís? Creuen que l'SCP s'ha de fer ressò de l'actualitat politicosocial de cada moment? Com a exemple d'actualitat, l'SCP, l'Acadèmia i el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, a petició d'un associat i després de ser debatut en Junta de Govern, es van adherir al Pacte nacional pel dret a decidir.

Xavier Lucaya: Sóc catalanista 100x100, però l'SCP és una societat científica. Cal respectar la pluralitat d'opinió dels socis. No m'agraden les manipulacions que s'exerceixen des del poder polític.

Josep M. Bosch: En referència a l'inici de la pregunta, certament l'SCP ha mantingut sempre aquesta actitud de compromís envers la identitat nacional i els drets de Catalunya, i d'això n'és una prova, entre altres, la carta personal de felicitació i estímulo que el president Francesc Macià va fer arribar a l'SCP en el seu moment. Mantenir l'esmentat compromís vol dir també participar en iniciatives sorgides de la societat civil en defensa dels seus drets fonamentals,

independentment de qualsevol ideologia política, i el Pacte pel dret a decidir n'és una. Des d'un punt de vista pediàtric i en el mateix sentit, cal fer esment dels congressos de pediatres de llengua catalana.

Josep M Casasa: S'han de defensar la nostra llengua i la nostra cultura. En temes polítics, no ser activista. L'SCP s'ha de pronunciar si la Junta ho vol i si significa una ajuda al país.

Josep Argemí: L'SCP ha de fer país, sense cap dubte. És un valor inherent a la societat des dels seus fonaments fundacionals. Però molt en compte de no ser partidista, no polític. Molta cura amb les opinions de cadascun dels socis. Alerta en deixar-se portar per situacions puntuals que poden ferir les persones (socis) en temes delicats fora de les funcions de l'SCP. M'estranya, però, que l'SCP o els neonatòlegs no s'hagin posicionat en el tema del no-nat, i, en canvi, simultàniament, es doni sovint l'aferissadament terapèutic en nadons difícilment viables, per a qui seria més adient el desenvolupament de les tècniques de cures paliatives neonatals, d'acompanyament fins a la mort natural.

Josep M. Mauri: L'SCP ha d'estar implicada amb el país. No pot renunciar al compromís amb el país i la llengua i la cultura catalanes. Si els pediatres volem decidir «el qui, el com i el quan» en l'atenció en la salut dels infants i adolescents, és normal que els catalans puguem decidir el futur del nostre país. Vull per als meus fills i néts un món millor.

Xavier Demestre: Amb cura de no ferir susceptibilitats en la diversitat d'opinions dels socis de l'SCP, crec que s'ha de reflexionar i fer costat a tot el que impliqui avenços o demandes de la societat civil. No podem quedar com a simples convidats a la festa. Firmo la resposta d'en Josep M. Bosch.

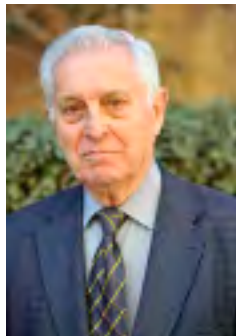
Jaume Iglésias: Des dels seus inicis, l'SCP s'ha sentit lligada i compromesa amb el nostre país. Els anys de la foscor més gran, les diferents juntes i la majoria de membres de la Societat han tingut sentiment i compromís de país defensant la llengua i la cultura, i manifestant públicament la seva catalanitat. Davant l'actualitat política que estem vivint, l'SCP no podia quedar al marge de fer manifestació pública de la seva catalanitat per història i dignitat de país.

Vicente Molina: L'SCP no hauria d'intervenir en temes laborals, però si hi ha indicis que repercuteixen en l'assistència als infants, en aquests casos sí que s'ha de posicionar. En el tema de la llengua i de país, l'SCP mai no pot renunciar als principis identitaris de la seva fundació. Però en cap cas posicionaments de caire polític, per no ferir la diversitat d'opinió d'altres socis. La frontera: defensar la salut integral de la infància.

Ferran Moraga: L'SCP continua compromesa amb la llengua i la cultura catalanes. La Junta es va adherir al Pacte nacional pel dret a decidir a partir de la sol·licitud d'un soci i mitjançant la Junta de l'Acadèmia. L'SCP hauria d'intervenir en tots els temes polítics que estiguin íntimament lligats amb la salut de l'infant. Per a la resta, s'ha de mantenir la neutralitat davant les diferents sensibilitats i opinions dels socis de l'SCP.

En finalitzar les entrevistes, sempre feia una última pregunta: Què li demanàriu a l'actual o al proper president de la Societat? He decidit donar a conèixer només una resposta, la d'en Josep M. Bosch: «El convidaria a dinar.»

Joaquim Ramis, expresident de l'Acadèmia



Joaquim Ramis.

El Dr. Joaquim Ramis, de qui la Sra. Calafell sempre deia que tenia «cara d'àngel», ha estat conseqüent amb la seva fesomia, ja que ha gaudit del privilegi de no saber mai dir que no. I no precisament en afers lucratius. Membre actiu de la Societat Catalana de Pediatria (SCP) i gran defensor de tot allò que flai-rava català, va arribar a ser president de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, tal com s'anomenava en aquell moment. El seu talent dialogant i tossut el va portar a aconseguir una fita molt important en la contesa amb el Col·legi de Metges: la independència física de l'Acadèmia amb el projecte d'un edifici propi, a Can Caralleu. La seva qualitat humana li valgué el premi Jordi Gol Gurina i l'estimació gairebé unànime de tots els que l'envoltaven. Amb el Dr. Oriol Casassas va ser l'artífex del llibre *Metges de nens. 100 anys de Pediatria a Catalunya*.

Mereixia ocupar un lloc preferent en aquest nou llibre. És per això que la seva esposa, M. Antònia, ens va preparar una esplèndida xocolata mentre anàvem recollint les seves opinions.

Quants pediatres han estat presidents de l'Acadèmia?

Al començament del segle XX no hi havia especialitats mèdiques establertes i era habitual que els ginecòlegs i els obstetres s'encarreguessin d'orientar en la cura i l'alimentació dels nadons, fins que se'n feien càrrec els metges de medicina primària, internistes o també coneguts com metges de família. No va ser fins l'any 1926 que un grup de metges que tenien una dedicació més determinada vers la cura dels infants van crear la Societat Catalana de Pediatria. Gradualment, s'hi van adherir la gran majoria que tenien aquesta dedicació preferent, i es va formar una de les branques especialitzades de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

És per aquest motiu que els metges que ocupaven llocs de responsabilitat dins l'Acadèmia (creada el 1872) s'anaven alternant entre diferents especialitats, però no va ser fins als anys 1979-1983, que va ser elegit com a president de l'Acadèmia un pediatre, Oriol Casassas i Simó. Uns quants anys més endavant, el 1995, em van proposar presentar-me per presidir-la i vaig exercir la presidència fins a l'any 2002.

Havia tingut càrrecs anteriors a l'Acadèmia?

Vaig ser-ne secretari general del 1976 al 1980, i vicepresident primer del 1982 al 1988.

Com és que va arribar a ser nomenat president de l'Acadèmia?

Per la vinculació a l'entitat i per la dedicació i el coneixement en els anys que vaig exercir de secretari general i vicepresident primer.

Quins objectius es va plantejar per al seu mandat?

La necessitat d'ampliar els espais per l'augment constant de socis i de societats especialitzades. Replantejar l'economia de l'entitat, que tenia greus mancances econòmiques. Millorar i aclarir les relacions amb el Col·legi de Metges. Acabar la redacció del *Diccionari Enciclopèdic de Medicina* i la seva edició. La necessitat de trobar una millor relació amb les filials. La publi-

cació dels *Annals de Medicina*, que s'havien hagut de suspendre per falta de finançament, continuar la publicació de *Monografies mèdiques*, ampliar la compra de llibres per a la biblioteca i, sobretot, actualitzar la Secretaria introduint-hi les noves tècniques informàtiques.

Va ser fàcil la seva tasca al capdavant de l'Acadèmia?

No gaire, perquè els canvis i les millores de funcionament i l'augment constant de socis exigien canvis en molts aspectes i amb urgència: local, reestructuració de la Secretaria, reprendre la publicació dels *Annals*, buscar ajuts econòmics...

Què va canviar a l'Acadèmia durant el seu mandat?

Sense ànim de voler protagonisme, crec que –amb l'ajut de molts socis– es van aconseguir molts dels objectius: ampliar l'espai amb la compra de dues plantes d'un edifici al costat de la mateixa seu. La creació d'una gerència que tingués cura de la complexitat del funcionament amb un estudi aprofundit de les possibilitats i futures ampliacions o trasllat a uns nous locals amb un control econòmic estudiat i possible. La represa de la publicació de l'Acadèmia: els *Annals de Medicina* i la segona edició del *Diccionari Enciclopèdic de Medicina*. La introducció de la informàtica a la Secretaria. L'empenta a la Secció de Joventut Mèdica (d'estudiants), llogant un espai en ple Eixample barceloní per atendre les seves reivindicacions de local.

En canvi, no va ser possible continuar la biblioteca per un doble motiu: les dificultats econòmiques per a l'adquisició de llibres i la falta d'espai. Aquestes dues consideracions van propiciar una entesa amb la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma per fer una biblioteca comuna; la part més moderna es va traslladar a la biblioteca de l'Hospital de Sant Pau, que així es va transformar en biblioteca universitària, oberta també a tots els socis de l'Acadèmia.

Com miren la resta de companys d'altres especialitats que un pediatre en sigui el president?

No ho sé. Però ningú em va manifestar cap perjudici. La veritat és que l'SCP va ser la primera societat especialitzada que formà part de l'Acadèmia, i crec que la gran majoria dels seus socis també ho són de l'Acadèmia; per tant, almenys així ho voldria creure, deuen veure amb simpatia que un soci de la Societat tingui la màxima responsabilitat a l'Acadèmia.

Va afectar en positiu la relació amb la Societat Catalana de Pediatria pel fet de ser pediatre?

No vaig tenir cap actitud diferent amb l'SCP respecte de les altres societats especialitzades. Els seus responsables no em van demanar cap explicació, cap queixa, ni tampoc cap tracte de favor. Procurava anar a les seves sessions sempre que podia i, sobretot, si hi havia algun congrés o trobada amb altres societats.

Hi ha alguna anècdota sucosa que es pugui explicar?

No sé ben bé què voleu dir amb una anècdota «sucosa». Per a mi, l'excel·lent relació amb la gent de l'Acadèmia és –i va ser– el més gratificant. No poso noms perquè m'oblidaria

d'alguna persona, però sempre m'hi vaig trobar ben acompanyat i sobretot ajudat en qualsevol tasca que demanés. No se m'acut en aquest moment cap anècdota «sucosa». Això no exclou que en la relació amb la majoria de persones i amics hàgim tingut estones d'esbarjo ben agradables.

Si pogués tirar enrere, tornaria a acceptar el càrrec?

Sí, el tornaria a acceptar perquè crec que és un servei per a la formació continuada i, a la vegada, un servei al proïsme i al país. El que no faria seria repetir, perquè és imprescindible, sempre, que hi hagi persones noves, que tenen altres idees i empena per oferir, dins la continuïtat, novetats i diferents maneres de fer.

Creu que l'ampliació a altres disciplines i l'ampliació del nom de l'Acadèmia és possible i encertat?

Si es refereix a ampliacions d'activitats crec que hi ha d'haver novetats. La vida és canviant. La formació és canviant... Amb les modernes tècniques es poden organitzar reunions o simposis des de diferents llocs a la mateixa hora, per exemple, o fer cursos, sessions d'altres temes culturals que tinguin relació amb la docència o la cultura en general. Potser les tècniques que ara fem seran ja una antigalla sense valor el dia de demà.

Coneixem el seu tarannà humil, senzill i honest. Però, creu, sincerament, que s'ha reconegut prou la seva tasca, en una època molt difícil al capdavant de l'Acadèmia?

Això sí que no em preocupa gens. Vaig treballar-hi perquè em semblava que ho havia de fer... i els resultats són els altres que els hauran de valorar. Per a mi ha estat un goig constatar que hi ha gent que n'ha sortit més formada i que el pas per l'Acadèmia els ha permès tenir una formació continuada més correcta i, a la vegada, trobar-hi amics. Que treballar «en equip» o «amb» un equip d'amics ha estat un objectiu comú, i ha estat, i és, gratificant per a qualsevol persona que tingui un mínim esperit de servei. No puc pas negar que van ser uns anys difícils que em van preocupar força... El canvi d'edifici, la reestructuració de la Secretaria, els problemes econòmics, les dificultats editorials, les relacions amb entitats que no vivien, o veien, la problemàtica de l'Acadèmia amb simpatia, etc.

I per sobre de totes aquestes consideracions he d'agrair al personal de l'Acadèmia l'amabilitat que sempre m'han ofert i la simpatia que han tingut envers la meua persona.

El Dr. Ramis, amb el pas dels anys, no ha canviat gens. Ara ens ajuda, i de quina manera, a tirar endavant aquest projecte de llibre de records, de present i de futur. Moltes gràcies, Joaquim.

Els catedràtics de pediatria a Catalunya

La formació d'un pediatre comença en el grau de medicina, on assoleix competències com a metge generalista. L'assignatura de pediatria és responsabilitat de les càtedres de Pediatria de les diferents universitats del país. He cregut convenient esbrinar quina és la visió dels que lideren aquesta formació i les perspectives de futur en una societat canviant. És per això que m'he adreçat als professors doctors Manuel Cruz Hernández i Rafael Jiménez González, tots dos jubilats, de la Universitat de Barcelona; als professors doctors Josep Figueras Aloy i Lluís Morales Foch, aquest darrer cirurgià pediàtric, de la mateixa universitat, i al professor doctor Antonio Carrascosa Lezcano, de la Universitat Autònoma de Barcelona. Tenia present el professor doctor Josep Argemí Renom, però ja l'he entrevistat com a antic president de la Societat.

A tots ells els he adreçat un seguit de preguntes gairebé idèntiques, amb alguns matisos que anirem observant. Ara, veiem les seves respostes.

Quina visió general tenen de l'evolució de la pediatria i de l'atenció pediàtrica en els darrers 25 anys?

Segons **Manuel Cruz**, en general ha evolucionat en un sentit positiu i de manera accelerada, si bé com passa en tot procés de creixement, presenta alguns aspectes contradictoris o discutibles. Enfront de l'impacte de les especialitats creixents i del desenvolupament de la pediatria hospitalària, la reacció de la pediatria d'atenció primària ha estat evident, i ha deixat de ser només una pediatria fora de l'hospital a tenir uns objectius propis ben marcats, com l'atenció global o integral, contínua i pròxima o de primer contacte.

L'assistència privada ha disminuït de manera considerable i ha deixat pas a la feta a les mútues i a la Seguretat Social, però la socialització i l'atenció universal comporten una sobrecàrrega en el treball del pediatre que pertorba el seu treball, porta al desencís i rebaixa el seu necessari prestigi. Incideix en aquesta situació l'ampliació de l'edat d'atenció pediàtrica, que ara inclou l'adolescència, i l'avenç que representa dedicar més temps a la prevenció i cura del nen sa.

Cal afegir-hi els considerables canvis ambientals i demogràfics, i els avenços en prevenció (vacunes ampliades), terapèutics (antibiòtics, cirurgia) o mètodes diagnòstics (facilitats en el laboratori, noves tècniques d'imatge, cribratge neonatal, genètica), que han canviat el terreny de la pediatria, ja que han augmentat la importància de les malalties cròniques, inclouent-hi les anomenades rares, i els problemes psicològics i socials.

Rafael Jiménez coincideix en la importància del coneixement i el diagnòstic de malalties gràcies als exàmens de laboratori, que faciliten el diagnòstic precoç de les malalties rares, i un tractament millor.

Per a **Josep Figueras**, els canvis més importants en aquest període han estat l'aplicació de l'evidència científica, la prevenció més que el tractament, i l'esclat de les especialitats pediàtriques.

I **Antonio Carrascosa** destaca dos fets molt importants: s'ha aconseguit, via MIR, crear un nombrós grup de pediatres de primària amb un nivell professional elevat, i s'han desenvolupat exponencialment les especialitats pediàtriques. Tot plegat ha contribuït a crear punts molt sòlids en l'atenció primària. S'ha desenvolupat, també, l'elaboració de múltiples treballs d'investigació clínica amb grups de treball transnacionals, amb equips multidisciplinaris. Els hospitals Vall d'Hebron i Sant Joan de Déu en són els màxims exponents, i també altres, en la mesura de les seves capacitats.

Professor Manuel Cruz, com valora el fet que l'atenció pediàtrica a primària s'hagi derivat, de vegades, al metge de família o a la infermera?

La falta de pediatres ha afavorit la irrupció del metge de família i de la infermera a l'atenció pediàtrica. És evident que, a falta de pediatre, millor el metge de família que qualsevol altre professional, tot i que haurien d'ampliar la seva formació pediàtrica. I les infermeres s'han alliberat de l'estatus d'inferioritat notòria que tenien en procedir d'una formació deficitària, impartida, per cert, per metges. Gràcies al seu afany de progrés i ambició, han aconseguit assolir un nivell superior, que els ha permès acceptar un grau més alt de responsabilitats en l'atenció pediàtrica, molt sovint per la deixadesa dels pediatres mateix.

Quina opinió tenen sobre la formació pediàtrica a la universitat? Passat, present i futur. Com orientarien ara, si comencessin de nou a la càtedra, l'ensenyament de l'assignatura?

Manuel Cruz: És una bona pregunta, però poc factible. A tots ens ha entrat alguna vegada la temptació de començar de nou, però mai és possible tornar enrere, igual que pensar com haurien anat les coses si hagués elegit una altra alternativa. En tot cas, tornariem a cometre els mateixos encerts o els mateixos errors si es té en compte la situació personal en cada moment, o la diferent situació sociosanitària de la població. Ara les dues situacions han canviat molt, i també la formació pediàtrica. A la universitat, les càtedres han augmentat i el nombre d'alumnes és més baix i, teòricament, es pot dedicar més temps a l'orientació individual o tutoria (*mentoring*) i a l'ensenyament pràctic o entrenament (*coaching*). En temps antics, l'eix de l'ensenyament semblava ser el professor, i ara és l'alumne que s'enfronta a l'autoaprenentatge i a anar substituint els llibres per l'ordinador.

Fa seixanta anys, en passar de Granada a Cadis, o fa cinquanta anys, quan vaig arribar a Barcelona, als pocs catedràtics en actiu ens semblava convenient mostrar el panorama nou de la pediatria com a total medicina de l'edat infantil, seguint l'orientació dels països més avançats i lluitant contra la banalització. Ara, la transcendència de la nostra ciència és menys discutida i permet orientar els programes d'ensenyament a la nova situació del menor, amb més atenció als problemes psicològics i socials, als aspectes del nen sa, a l'impacte de l'ètica i, per suposat, a la patologia prevalent. Però ara, com abans, el professor ha de deixar una petja en la ment del jove estudiant, amb el seu lòbul prefrontal encara plàstic i molt sensible, que li permet adaptar-se als canvis segurs que haurà d'assumir passats molts anys de la seva sortida de la facultat de medicina. Aquest és el present que orienta una mica com serà el futur, tot i que no serà igual del que pensem en aquest moment.

En arribar a Barcelona hi havia una sola facultat de medicina a tot Catalunya. Ara n'hi ha moltes, amb diferents mètodes d'ensenyament i nivell docent molt variat. El pla Bolonya és molt bonic, però falten professors i que siguin ben pagats. D'altra banda, hi ha molts professors impartint l'assignatura i amb massa especialistes. És necessari i recomanable que hi hagi un líder en l'ensenyament de la pediatria com a assignatura en els estudis de grau, com ara s'anomena la llicenciatura.

Josep Figueras, professor titular des de l'any 1982 i catedràtic des del 2008, té clara la distinció segons els nivells d'ensenyament: metge, pediatre, neonatòleg o una altra especialitat. Metge general: signes d'alarma, aprendre a traslladar i consultar, i tractaments d'emergències. Especialista: ensenyament per síndromes, «el nen que vomita»... com ensenyava Manuel Cruz als anys setanta. Superespecialista: ensenyament per malalties.

I creu que, en aquests darrers anys, s'ha produït una adaptació a l'entorn fiable i sensible amb les necessitats actuals?

S'ha procurat, però els nous metges pensen en malalties, no en malalts (persones); apliquen protocols de manera automàtica, no fan ciència. Són treballadors amb horari, no vocacionals.

I, del pla Bolonya, què en pensa?

És molt adequat si es disposa dels mitjans per dur-lo a terme. Requereix molts diners per seleccionar i motivar els professionals.

És adequat l'ensenyament actual a la bàsica per formar veritables metges pediatres, en tot l'ampli sentit científic-humanístic-ètic?

L'aspecte científic, 8/10; l'ètic 6/10, i l'humanístic, 3/10. La culpa no és només de l'ensenyament, sinó de la societat actual, dels seus nous valors. Hi ha pares molt «humanitzats» (altruistes, etc.) i d'altres molt egoistes (no vacunar els nens...).

I serveix per a l'examen MIR? Els criteris de selecció, inevitables, són els millors o els menys dolents? No perdem bons professionals en ser tan exigents?

L'examen MIR és una «revàlida» de tota la carrera, que avalua coneixements. Crec que el 30% de l'examen hauria d'avaluar habilitats (10%) i actituds (20%).

I la formació MIR d'especialistes s'hauria d'acabar amb un examen tipus ACOE que durés un dia i que calgués aprovar per ser especialista. Aquestes competències (coneixements, habilitats, actituds) s'haurien de reavaluar cada cinc anys.

Antonio Carrascosa afirma que al Vall d'Hebron, amb 100-120 alumnes, es van avançar a Bolonya. La part teòrica, bàsica, és important com a «targeta de presentació». Cada especialista pediàtric dona la seva part, ja que són els que en saben i tenen experiència viscuda en la matèria. Els alumnes reben informació documental prèvia, cosa que permet més fluïdesa en l'exposició dels temes teòrics. L'altra part de la formació és a base de seminaris, en grups petits i preparats pels mateixos estudiants, sobre els grans temes. Es preparen en grups de quatre estudiants amb la col·laboració d'un professor associat com a tutor, i després ho presenten al grup complet. És una forma de participació activa. Les classes pràctiques es fan per la tarda, amb la finalitat que el professor responsable pugui estar més pendent d'ells. I totes les proves puntuen. Els exàmens es fan amb preguntes curtes i casos clínics oberts. I sí que els ajuda per a l'examen MIR, i després ja el prepararan a les acadèmies especialitzades. L'examen MIR és necessari, com a mal menor.

Sobre aquest tema, **Rafael Jiménez** opina també que la formació ha canviat molt a la universitat. Abans tot eren classes magistrals i ara hi predomina el pas de visita amb tutor, que facilita la discussió de casos clínics. S'ha de tenir en compte que s'està formant pediatres generalistes. El futur serà com ara, però amb un ensenyament basat més en la pràctica, amb menys alumnes per professor i amb professors més ben preparats per a aquesta tasca.

I què opinen sobre la formació MIR en pediatria?

Manuel Jiménez creu que la formació MIR s'ha d'impartir en hospitals amb totes les especialitats pediàtriques. S'han de fer dos anys de pediatria general, sempre amb tutor, i el segon

any amb responsabilitats clíniques. El 3r rotant per especialitats obligades, neonatologia i cures intensives. El 4t any pot ser lliure i escollir allò que més interessi. Els que vulguin anar a primària, primer a urgències i després a l'ambulatori de la zona.

Per a **Manuel Cruz** ha estat un progrés indiscutible, si bé caldria continuar perfeccionant-lo. Va substituir les escoles professionals, que també van ser un encert en relació amb el sistema més antic, totalment anàrquic. El sistema MIR ha influït poderosament en la preparació del pediatre i també en la formació de grau o llicenciatura, ja que l'alumne ja pensa a tenir bones notes en l'assignatura per millorar el currículum i per assolir un ampli coneixement per poder contestar les preguntes de l'examen MIR, sovint molt complicades. Com que els programes de la facultat estan abreujats, es dona la paradoxa que després de sis anys de carrera calgui assistir a una «acadèmia» per preparar-lo. Una vegada aconseguit superar-lo, cal disposar d'una bona puntuació per poder elegir l'especialitat desitjada. Aquí faltaria una prova o entrevista vocacional, no basar-se només en la puntuació obtinguda. La formació MIR, amb els seus avantatges indiscutibles, té com a inconvenient principal que es fa, predominantment, a l'hospital, i que la formació en pediatria d'atenció primària és escassa. Aquesta formació hauria de ser obligatòria, i dedicar-hi un any de la formació com a resident.

Antonio Carrascosa opina que el programa MIR peca per excés de burocratització de l'aprenentatge: tantes punxions lumbars, etc. Cal crear temes pediàtrics per a l'atenció primària, relació amb els pares i familiars, ètica. I, per a un grup reduït, especialització pediàtrica. Actualment, al 1r i al 2n curs de MIR fan pediatria general i urgències. Al 3r i 4t, cures intensives i especialitats, i 4-6 mesos a atenció primària de manera obligatòria. Els últims sis mesos són de rotació voluntària, de lliure elecció. Seria una bona opció que els dos primers anys es dediquessin a la formació en pediatria general a diferents hospitals i, el 3r i el 4t any dedicar-los a la formació d'especialitats en hospitals terciaris. Els residents no serien de tal o qual hospital, serien residents dels hospitals de Barcelona o de Catalunya.

Li preguntem al professor Lluís Morales, com es forma actualment un cirurgià pediàtric. És la forma més adient?

El cirurgià pediàtric es forma pel sistema MIR, com la majoria d'especialistes. La durada és de cinc anys, el primer en un servei homologat de cirurgia general i els altres quatre al servei de cirurgia pediàtrica. Així, de manera progressiva s'adquireixen uns coneixements i unes habilitats supervisades, i es va adquirint l'autonomia suficient en la practica quirúrgica.

A Catalunya hi ha tres centres on es poden formar: els hospitals Sant Joan de Déu, Vall d'Hebron i Parc Taulí. Crec sincerament que aquest tipus de formació és la més adient. Es podria millorar incorporant un sisè any de formació.

Per a mi resulta essencial millorar el rol dels centres a l'hora de triar els residents, haurien d'adquirir més protagonisme en l'elecció dels idonis per les característiques d'aquell hospital i en aquella especialitat entre els que hagin aprovat l'examen MIR. La formació de nous cirurgians pediàtrics ha d'incorporar els factors de creativitat i innovació. La creativitat que respon a habilitats personals és el que ha fet avançar més la creació de noves tècniques i facilita la solució davant una dificultat sobtada apareguda en un acte quirúrgic i que requereix una solució urgent. La innovació és una disposició d'ànim permanent per crear o incorporar novetats i sobretot per valorar-les adequadament i incorporar les veritablement útils.

Finalment s'hauria d'afegir a la formació el coneixement de l'ètica aplicada a la cirurgia pediàtrica d'una manera molt més sistematitzada que la que s'ensenya actualment en el programa de formació.

Cal saber pediatria per ser cirurgià pediàtric? Realment, n'aprenen?

Sí, sens dubte. Si bé és cert que una part del coneixement s'adquireix a les UCI neonatal i pediàtrica, i també en els coneixements de les malalties amb implicació quirúrgica, trobo a faltar la formació que teníem abans.

Quin és el seu enfocament sobre les especialitats pediàtriques i la seva evolució fins a l'actualitat?

Manuel Cruz: Les especialitats pediàtriques han anat naixent de manera paral·lela a allò que ha passat en altres ciències mèdiques, com la medicina interna o la cirurgia, imposat per l'augment de la patologia a prevenir o tractar, la necessitat d'anar complint cada vegada millor totes les tasques pròpies del pediatre, i els mateixos canvis en el professional, que actualment no pot ser un superhome o una superdona disponible les 24 hores del dia, i que se sent incapaç de dominar tota la medicina infantil amb la perfecció deguda, però sí una parcel·la determinada. Sempre hi ha antecedents llunyans, però en els principals hospitals el procés real de l'especialització en pediatria es va iniciar a mitjan segle XX. A la càtedra de Barcelona del Prof. R. Ramos ja hi havia diverses especialitats pediàtriques que, a partir del 1965 jo vaig anar potenciant, coincidint amb el criteri de les societats científiques i l'exemple d'altres països pioners.

Les considero, doncs, un avenç i una característica de la pediatria del nostre temps. Al davant de tot hi ha la neonatologia, perquè compleix tots els requisits per a una nova especialitat. Sense pretendre fer una anàlisi exhaustiva del tema, altres especialitats pediàtriques, a part de la cirurgia pediàtrica, la psiquiatria, les cures intensives, la cardiologia, l'oncologia, l'al·lèrgologia, la immunologia clínica i la neuropediatria disposen d'una gran personalitat, si bé les altres, des de la infectologia, l'endocrinologia, la reumatologia, passant per la pneumologia, la nefrologia, la gastroenterologia, la nutrició i el metabolisme, també tenen la seva justificació.

Els riscos de l'especialització excessiva, tant en pediatria com en la resta de la medicina, són coneguts, i només m'atreveixo a recordar que l'excés de tecnologia i l'enfocament orgànicista poden ser responsables d'una tendència a la deshumanització de la cura i la visió global o integral del pacient.

Antonio Carrascosa opina que la gran eclosió de les especialitats pediàtriques faria aconsellable «confederar» especialitats o especialistes a fi d'actuacions coordinades i evitar rivalitats entre hospitals. I **Rafael Jiménez** creu que la formació d'especialistes s'ha de fer per mitjà de MIR específics o de formació lliure; però que és fonamental crear primer bons pediatres generals, i insistir en la seva formació com a persones.

I una pregunta per al professor Josep Figueras, què pensa sobre la gran diversitat d'àrees específiques o especialitats pediàtriques? I de la formació en atenció primària? Se la valora prou?

De les vint-i-tres subespecialitats pediàtriques, en sobren unes quantes. Com pot ser una subespecialitat pediàtrica la «pediatria no hospitalària»? Només haurien de quedar les que requereixen unes competències especials. La formació en atenció primària hauria de durar un any, sota la tutela d'un pediatre expert. Els MIR haurien de visitar infants tots sols, però també estar presents en les visites del pediatre expert per aprendre el tracte que s'ha de tenir amb els pares.

Què pensen sobre els pediatres actuals? Són millors? Ho fan millor?

Antonio Carrascosa creu que són diferents. S'ha passat d'una època de confiança i relació personal, especialment associada a la pràctica pediàtrica, a l'atenció multidisciplinària i millorada de l'atenció primària pública. **Rafael Jiménez** creu que sí, que són millors. Però que hi ha hagut una notable disminució de la qualitat com a «metge», de l'humanisme. S'ha incrementat el funcionariat. **Josep Figueras** creu que els pediatres actuals apliquen protocols i demanen exàmens complementaris, i sovint s'obliden del tracte de tota la família. A vegades generen més problemes que solucions, i són intransigents –lactància materna sis mesos!–. **Manuel Cruz** s'estén més i diu que malgrat allò que va dir el poeta i allò que alguns podrien pensar en un moment de nostàlgia, mai qualsevol temps passat va ser millor i, per això, creu que sí, que ara els pediatres són millors. Perquè estan més ben formats i procuren estar al dia de tots els avenços, i necessiten incloure temps en el seu horari per la seva formació. El pediatre fa millor la seva feina sempre que es donin algunes circumstàncies, com ara adequar el nombre de visites al temps real disponible, i tenir una remuneració suficient per fer el seu treball amb dedicació exclusiva. El pediatre participa en l'ensenyament dels valors essencials de l'atenció a l'infant i la família, perquè en tot pediatre hi ha un sociòleg, un psicòleg i un pedagog –en realitat, un aprenent incansable d'aquestes ciències–, però no ha d'estar sol: necessita la col·laboració de l'entorn ciutadà, de la família, ara tan canviant, d'altres institucions interessades en el menor i, especialment, dels professionals de l'educació pediàtrica en les diferents etapes, començant pel grau o llicenciatura. Tot això pot ser pertorbat per la intervenció dels mitjans de comunicació, sobretot Internet, per l'excessiva tecnificació de l'atenció pediàtrica, paral·lela a l'especialització, i per l'atenció dels infants per part d'altres metges no pediatres.

Quin «discurs» farien a un MIR de pediatria a l'inici i al final de la seva formació?

Josep Figueras diu que a l'inici li diria que si no té vocació que ho deixi, i que si en té, que dediqui a la seva professió les 24 hores del dia, sense «horari de treballador» ni «lliurances postguardia». I en acabar la formació li suggeriria que fes un mínim de dos anys de pediatria general ambulatoria.

Antonio Carrascosa proposa que aprengui a ser pròxim amb els pacients i les seves famílies. Que eviti i obliidi culpabilitzar els pares. I tenir un respecte màxim amb els companys de professió, ja que ningú és posseïdor de la veritat absoluta. Estimular a aprendre, i a tamisar el que aprèn, contrastar coneixements amb els que tenen més experiència, fer servir el sentit comú, i aprendre bé la «lletra gruixuda».

Rafael Jiménez insistiria en la responsabilitat que li correspon sobre el desenvolupament de la societat.

I **Manuel Cruz** s'expressa així: «Com el Dr. X. Demestre sap molt bé, jo no sóc gaire amic dels discursos, i potser per això he escrit massa. Però reconec que l'arribada dels nous MIR a un servei, i la sortida, són esdeveniments que han de ser subratllats degudament i no deixar-los passar per la intensa activitat diària d'un centre hospitalari. Participar en la formació dels nous pediatres és important, tant a títol individual com de la institució, que no ha de caure en l'aberració de considerar-los "mà d'obra barata". Amb el temps, els nous pediatres recorden frases que va dir l'encarregat de rebre'ls o d'acomiar-los, encara que qui les va dir ni se'n recordi, com ara "la mare sempre té raó" o "el nen no enganya mai". S'hauria de proporcionar alguna cosa més que paraules, i mostrar algun tret del perfil humà i professional del pediatre experimentat, com el tarannà optimista i la paciència, al mateix temps que calmar la lògica ansietat del jove col·lega recordant-li que el més veterà sempre estarà donant-li suport. S'ha

d'insistir que és necessari considerar l'infant en la seva totalitat, amb el seu vessant corporal i psíquic, i en un entorn familiar i ciutadà determinat que serà mal apreciat o distorsionat durant l'estada a l'hospital. La feminització de la nostra especialitat fa gairebé innecessari insistir en una cosa imprescindible per al bon pediatre i que no s'estudia als llibres: sentir amor pels infants, però no excessiu per no haver de patir quan li fa una punció o plorar en el moment de comunicar un greu diagnòstic o un pronòstic infaust.

El comiat, generalment més festiu i alegre que l'arribada, és una ocasió propícia per desitjar-li sort en el seu treball, assenyalar la importància de mantenir una bona relació amb el centre hospitalari on s'ha format i continuar complint les velles normes: que la pediatria és un estudi que dura tota la vida i que és alguna cosa més que una especialitat, és un estil de vida.»

Parlem de cirurgia pediàtrica. Professor Morales, estan cobertes, a Catalunya, les necessitats de cirurgia pediàtrica a tot el territori?

Sí, crec que en la nostra societat hi ha fins i tot un lleuger excés de cirurgians pediàtrics, sobretot si ho comparem amb models anglosaxons.

A quin nivell es troba, a casa nostra, la cirurgia pediàtrica?

Per respondre aquesta pregunta sempre hem de fer una comparació –o el que avui es coneix amb el nom anglès de *benchmarking*– amb els diversos centres dels països afins i dels considerats millors. A l'Hospital Sant Joan de Déu es va fer aquest estudi fa uns anys i puc inferir que el nivell dels centres del nostre país en cirurgia pediàtrica frega l'excel·lència.

S'investiga prou en cirurgia pediàtrica?

Mai no s'investiga prou. Investigar forma part essencial de la nostra especialitat; primer cal conèixer els malalts i les malalties, i les qüestions no resoltes s'han de plantejar de manera continuada. D'aquí surt la necessitat d'investigar. En el nostre camp concret, la cirurgia experimental animal resulta bàsica per formar els nous cirurgians, per resoldre problemes que ens planteja la pràctica diària d'infants amb anomalies congènites i d'altres situacions que afecten la seva salut i també per entrenament tècnic d'habilitats.

Què troba a faltar en la planificació/organització sanitària en relació amb la cirurgia pediàtrica?

Com es lògic, la cirurgia pediàtrica d'excel·lència està ubicada en molt pocs centres. S'ha de regular la relació d'aquests cirurgians amb centres més petits i, fins i tot, amb els centres de primària. No es tracta que centres no preparats incorporin cirurgians, és un error que s'ha fet sovint. És millor que els cirurgians dels hospitals punters es desplacin a altres llocs o estableixin una relació que faciliti la visita dels infants sense que les famílies ho hagin de fer, almenys en el procés diagnòstic.

Quins avenços han tingut lloc en cirurgia pediàtrica en els darrers vint-i-dos anys?

Han estat molt importants i nombrosos. En destacaria la cirurgia en època fetal amb mitjans cada cop menys agressius, els transplants d'òrgans, la cirurgia mínimament invasiva amb totes les tècniques escòpiques de tòrax, abdomen, urologia, etc., a les quals darrerament s'ha incorporat la robòtica; l'enfocament actual de la cirurgia dels tumors, molt més eficaç,

i el tractament endoanal de les malformacions i malalties colorectals. En camps quirúrgics afins, l'avenç impressionant de la cirurgia cardíaca i del tractament endovascular, la cirurgia de l'epilèpsia en el camp neuroquirúrgic o, en oftalmologia, el tractament amb anticossos monoclonals de la retinopatia del prematur o la cirurgia de les cataractes congènites.

Crec que resulta impossible ni tan sols enumerar tots els avenços quirúrgics dels darrers anys en aquesta entrevista.

Hi ha algun tipus d'intervenció quirúrgica o tècnica que no es pot fer a Catalunya?

Sincerament crec que no. Una altra cosa és que en el món les coses evolucionen de manera desigual, i per això avui que tenim aquest accés global i immediat a totes les novetats publicades, tenim l'obligació d'estimular, malgrat les dificultats econòmiques, els nostres joves cirurgians a desplaçar-se als centres capdavanters que desenvolupen nous coneixements, tal com hem fet alguns de nosaltres.

Com veu el futur de la cirurgia pediàtrica?

Sóc optimista per naturalesa. Amb alguns núvols, sobretot econòmics, i d'altres sobre la societat, que infravalora l'esforç i prima el benefici immediat. Però amb uns nois i noies formats com a cirurgians pediàtrics de manera gairebé òptima i en qui confio molt, ja que sabran lluitar i adaptar-se a unes circumstàncies adverses. En el fons, el futur el determinen gairebé sempre les persones o conjunts de persones.

A la Societat Catalana de Pediatria, els cirurgians pediàtrics han ocupat, des de fa anys, llocs preeminents, com ara la presidència i diverses vicepresidències. Se senten ben representats i amb capacitat de traslladar totes les seves inquietuds al si de la societat pediàtrica?

Sí. La simbiosi entre pediatria i cirurgia pediàtrica ha funcionat molt bé, ja que és el camp natural del seu objectiu: la salut global de l'infant. Així ho he ensenyat a la Facultat de Medicina i ho he practicat al llarg de la meua vida professional. La Societat Catalana de Pediatria ha estat un dels llocs on aquesta unió ha tingut lloc amb més èxit

Per acabar, senyors catedràtics, com a professors de molts futurs pediatres, quin sentiment tenen sobre la seva influència en tots ells? Han tingut algun desencant amb algun alumne? Han tingut disgustos?

El sentiment que ha experimentat **Antonio Carrascosa** és més com a professor de grup que personalista, de transmetre el concepte de grup d'ensenyants. **Rafael Jiménez** assegura que de desencants sempre n'hi ha, però que, sincerament, se sent molt satisfet de tots els alumnes. **Josep Figueras** es considera: 1) Professor de pediatria-neonatologia de futurs metges generalistes, amb els alumnes de pregrau. 2) Professor de neonatologia de futurs pediatres generalistes, amb els MIR de pediatria. 3) Professor de neonatologia de futurs pediatres-neonatòlegs, amb els MIR de neonatologia. I com a disgustos o desencants, li ve a la memòria la mala utilització de la «lliurança postguardia», sobre la qual s'ha negat a rebre formació.

Manuel Cruz és més explícit, i diu: «Durant molt temps i en èpoques de molta activitat en diversos fronts, no m'aturava a pensar en la reflexió que plantegen encertadament aquestes preguntes. Al contrari, sabia que com a professor no deixaria de ser el blanc de burles, crítiques gairebé sempre merescudes... fins que la relació acabava bé quan l'alumne tenia

a les seves mans una qualificació final favorable. Aliè a crítiques i lloances, em limitava a fer el millor possible –tenint en compte les meves limitacions– les meves tasques, incloent-hi la que sempre vaig considerar com a principal, per a bé o per a mal: l'ensenyament com a professor de pediatria d'alumnes i deixebles. De bastants d'ells he tingut la major gratificació: anar rebent testimoni de la meua influència, sembla que favorable, tant en uns que després van ser pediatres com en d'altres que es van dedicar a altres especialitats mèdiques. La majoria conserven el llibre o els apunts de pediatria com a guia, i no semblen disposats a canviar-los per noves edicions. És com alguna família que conserva emmarcada la meua recepta amb el tractament d'una malaltia curada amb medicaments actualment de dubtós interès...

I és que, com a resum, li diré que hi ha tres grups que m'han tret el son i que he mimat –ells deuen pensar d'una altra manera, penso–: els meus fills, els meus pacients i els meus deixebles. En estimar-los molt, no hi ha dubte que hi posava una gran esperança, que no sempre s'ha acomplert, potser per falta d'ambició o desacords amb la meua opinió. A més, ells són fills del seu temps i de les seves obres. Ho considero un fet inevitable i per això no puc recordar un desengany o un disgust perdurable. Aquí, com en les anècdotes, poden ser altres els que parlin.»

Moltes gràcies, professors. Transmetre coneixement i maneres de fer i de ser metge és una tasca inigualable, a vegades intangible d'immediat, però que sempre s'acaba manifestant al llarg del temps en els receptors del seu mestratge.

Xavier Trias, pediatre i polític

Em trobo amb el Dr. Xavier Trias i Vidal de Llobatera, membre d'honor de la Societat Catalana de Pediatria, juntament amb el president, el Dr. Moraga. Tot i que molt poc freqüent, la trobada amb en Xavier Trias sempre és cordial, no tan sols per la vella amistat i respecte que ens uneix, sinó pel seu tarannà de proximitat, sense embuts ni posats postissos, habituals en alguns personatges del seu entorn.

Volem donar a conèixer, en primer lloc, la seva faceta com a pediatre, els seus inicis, comuns a tants col·legues de professió: es va llicenciar en Medicina per la Universitat de Barcelona l'any 1970 i es va quedar a la càtedra del professor Manuel Cruz durant un any per assolir, a l'Escuela Profesional, l'especialitat de Pediatria. Aquesta la va completar i consolidar a Gènova, a l'Hospital Gianina Gaslini, amb Paolo Durant, gastroenteròleg infantil expert en intolerància a la lactosa i descobridor d'una malaltia lisosomal, la fucosidosi. Els estudis i la recerca sobre malalties de dipòsit i cultius de fibroblasts els va completar posteriorment amb Ettore Rossi a Berna.

L'any 1974 va tornar a Barcelona i va ocupar plaça de metge adjunt de pediatria a l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron, on va combinar la clínica amb el laboratori per seguir els estudis de recerca.

Va ser el curs 1977-1978 que, impulsat pels companys, es va presentar a les primeres eleccions sindicals; posteriorment va ser elegit representant dels metges d'hospitals, primer al Col·legi Oficial de Metges de Barcelona i després a l'estat espanyol, a Madrid.

Aquí va començar la seva carrera política. S'havia fet militant de Convergència Democràtica de Catalunya, i el Dr. Laporte, Honorable Conseller de Sanitat, el va cridar a formar part del seu equip, primer com a cap de servei d'hospitals; després de la dimissió d'Elvira Guilera, com a director general d'assistència sanitària, i, posteriorment, de planificació sanitària de la Generalitat de Catalunya, càrrec que l'any 1983 va compartir amb el de director general de l'ICS.

Quan el Dr. Laporte va passar a conseller d'Ensenyament, l'any 1987, va ser nomenat conseller de Sanitat, i després, conseller de Presidència.

Diputat i portaveu de CiU a Madrid durant quatre anys, va tornar a Barcelona com a alcaldable el 2004; es va quedar a l'oposició vuit anys fins aconseguir l'alcaldia el 2011, càrrec que va ocupar un període legislatiu de quatre anys.

Abans de la seva etapa com a polític, va formar part de la Junta de Govern de la Societat Catalana de Pediatria durant la presidència del Dr. Isidre Claret, i va participar en el 10è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana de Perpinyà.

Vostè es va formar com a metge i com a pediatre. Després va entrar en política i ha arribat a ocupar càrrecs d'alt nivell en el seu partit, a la Generalitat de Catalunya, al Congrés dels Diputats a Madrid i com a alcalde de Barcelona. Quan ocupava càrrecs de responsabilitat en l'organització i planificació de la sanitat a Catalunya, li va pesar el fet de ser pediatre? Com va orientar l'assistència pediàtrica del país? Creu que, des de llavors, ha canviat essencialment? Quins són aquests canvis en els darrers vint-i-cinc anys?

Ser pediatre mai no ha estat un impediment per fer política. Al llarg de tota la meua trajectòria he posat sempre les persones al centre de les meves prioritats: el benestar i la qualitat de vida de les persones sempre ha estat un punt molt important en la meua vida política.

Un dels canvis més importants que s'han produït al llarg d'aquests anys és la integració de la pediatria en la reforma de l'atenció primària, i el paper dels pediatres i de la infermeria pediàtrica en la prevenció i l'atenció propera i comunitària en els equips d'atenció primària.

D'altra banda, hi ha diversos aspectes que han ajudat a consolidar el model sanitari actual. En aquest sentit, és important destacar que l'any 1985 es va regular per decret la reforma de l'atenció sanitària primària. Aquesta modificació perseguia un clar objectiu: convertir aquest nivell assistencial en la porta d'accés al sistema sanitari.



Ferran A. Moraga-Llop i Xavier Trias.

Aquestes bases han permès que actualment gaudim d'una atenció primària consolidada i molt resoltiva, que és el primer nivell del sistema de salut i, alhora, actor clau de la integració i la continuïtat de les atencions als pacients.

De tota manera, en els anys següents a la seva responsabilitat i de manera accelerada i consensuada per la Conselleria, hi va haver un desplaçament de l'atenció pediàtrica cap als metges de família. Com ho va viure des de l'oposició política del moment?

Per raons econòmiques es va intentar desplaçar part de l'atenció pediàtrica cap als metges de família. Crec que és un gran error. La sanitat catalana destaca, d'una manera molt especial, per l'atenció pediàtrica. Seria una gran llàstima que això es perdés. Volem ser un referent de qualitat, i la qualitat està íntimament relacionada amb el grau de coneixement dels professionals.

La gestió dels hospitals s'ha anat professionalitzant. Alguns gerents procedien de formació universitària de la branca de ciències de la salut. No creu que hi va haver èpoques amb un gran desgavell gerencial? Sempre va ser l'adequada a les necessitats o existia un abús per part dels professionals que havien liderat fins el moment els comptes i un excés reduccionista per part dels nous gestors?

Una eina bàsica de tot el sistema sanitari és posar eines de gestió adients. Necessitem uns bons gerents hospitalaris que no sempre han de ser metges, però sí que han de tenir una sensibilitat especial per entendre que sense metges ni infermeres, un hospital no pot funcionar. La bona utilització de recursos econòmics i humans és bàsic per al bon funcionament dels centres sanitaris. Aquests canvis, a nivell de gestió, sempre generen recels i dificultats, tot i que crec que és necessari fer-los. Malgrat tot, és cert que en molts casos ha existit una manca de diàleg.

Com es vincula, a Catalunya, la medicina pública i la privada?

La sanitat pública a Catalunya ha consolidat i mantingut uns nivells de qualitat assistencial excel·lents, tant en l'àmbit hospitalari com en l'atenció primària i sociosanitària. L'evolució del model català d'organització de la sanitat pública ha treballat aspectes d'integració entre els diferents nivells assistencials i entre els diferents proveïdors de serveis.

A més dels hospitals públics, hi ha tota una xarxa de centres concertats amb vocació pública, no lucratiu, distribuïts per tot el territori, i que han estat una eina molt important per l'equitat i per apropar la sanitat a la gent. Aquests centres han estat concertats pel Servei Català de la Salut com a fundacions, empreses públiques o consorcis. També tenim centres que fan

una activitat privada lligada en molts casos a l'activitat mutualista, i són també un referent molt important a escala mundial. En molts casos, donen assistència a gent que ve de fora.

La sanitat privada ha participat amb concerts amb el Servei Català de la Salut i amb convenis amb les empreses públiques i consorcis que gestionen la sanitat pública, per tal de reduir les llistes d'espera i millorar la capacitat de resolució i la qualitat assistencial.

Creu encertada la cohabitació atenció pública/privada en alguns centres de gestió pública?

Sí, sempre que aquesta cohabitació es faci amb transparència absoluta i sotmesos a la normativa que marqui el Servei Català de la Salut. I sempre sota la supervisió planificadora de la Conselleria de Sanitat.

Es pot actuar per evitar o minimitzar els problemes socials i econòmics de la població infantil? És possible una actuació educativa, formativa, en temes de salut i hàbits saludables per als nens i adolescents a les escoles de Barcelona? La Societat Catalana de Pediatria hi podria tenir algun paper, amb els seus professionals?

Crec que el més important és que es dugui a terme un treball en xarxa entre els professionals de la salut, de l'educació i dels serveis socials, amb l'objectiu de detectar situacions de risc per poder-hi donar resposta de manera efectiva.

L'educació és un aspecte molt important i, per això, des de l'Ajuntament ja s'estan duent a terme diferents programes en matèria de salut i hàbits saludables per als infants i adolescents. Aquests programes, liderats des de l'Agència de Salut Pública i des dels equips d'atenció primària, són una prioritat per a nosaltres.

Hem treballat perquè ningú no quedi enrere, sobretot les persones més vulnerables. Els nens i les nenes ocupen i continuaran ocupant una posició preferent entre les nostres prioritats per tal de garantir el seu benestar i la seva qualitat de vida.

S'ha plantejat algun pla per assolir una taxa de vacunacions més alta en la nostra població infantil? Creu que s'hauria de fer alguna cosa per contrarestar l'oposició creixent a la vacunació i a altres pràctiques sanitàries amb poca o nul·la evidència científica?

Barcelona va ser la primera ciutat de l'estat espanyol que es va dotar d'un calendari vacunal l'any 1972. Gràcies a això, la cobertura de la vacunació recomanada entre els nostres infants és molt elevada. A més, és important destacar el fàcil accés de la població a aquesta prestació sanitària.

En aquest sentit, cal destacar que el paper del pediatre en aquest aspecte és fonamental, ja que acompanya les famílies en la cura dels menors i té un paper molt rellevant com a conseller i aliat de l'infant i la família.

La gran majoria de famílies en el nostre entorn valoren enormement la importància d'un calendari vacunal consensuat i estès a tothom, per assegurar una bona immunitat de grup. De tota manera, és cert que hi ha una certa tendència a deixar de vacunar els infants.

Per tal de contrarestar informacions d'oposició a la vacunació i d'altres pràctiques sanitàries, cal remarcar que les actuacions assistencials dutes a terme a la sanitat pública de Catalunya segueixen l'evidència científica contrastada i actualitzada en protocols i recomanacions d'alts nivells d'evidència i de consens no tan sols local, sinó també internacional.

Per això, els nostres professionals participen en jornades, reunions i congressos d'àmbit internacional, on es revisen i actualitzen les evidències científiques.

Com li agradaria, com a pediatre, que fos la Barcelona dels infants ideal?

Els nostres nens i nenes es mereixen que tots treballem per fer la millor ciutat possible. Com a metge, penso que hem de dotar les nostres ciutats d'entorns saludables i segurs per a tothom, però especialment per als nostres infants.

Hem de posar-hi sentit comú, treballant al costat de les persones, escoltant a tothom i fent la vida més fàcil a la gent.

Amb els pressupostos actuals i la dependència de les aportacions des de Madrid, com interpretaria la seva distribució actual? S'han fet retallades o ajustos? S'havia estirat més el braç que la màniga en períodes de bonança econòmica? És possible mantenir una cartera de serveis i una sanitat pública i de qualitat universal?

La sanitat catalana és d'una alta qualitat, amb un alt nivell de prestacions i molt equitativa envers els ciutadans. És una sanitat barata, la nostra despesa sanitària respecte el PIB és de les més baixes d'Europa, malgrat el nivell d'alta qualitat que dona. Tenim un greu problema, que no és únicament la crisi econòmica, que també, sinó el mal tracte de finançament que té Catalunya per part de l'estat espanyol. No podem resignar-nos amb el que rebem, sinó que hem de lluitar per tenir un finançament adequat que sigui sostenible amb la nostra sanitat. Sóc dels que crec que el nostre model és sostenible. En aquests moments difícils que vivim, no s'hauria de tocar la cartera de serveis.

En els primers anys del retorn de la Generalitat de Catalunya hi va haver molts metges, especialment pediatres, en càrrecs polítics, de sanitat o no. Ara pràcticament han desaparegut. És, tot plegat, una casualitat?

Els primers anys de la recuperació de la democràcia es va generar una situació especial de metges que es van dedicar a la política. Les professions sanitàries són molt properes a la gent i faciliten la vocació de servei públic que es necessita tenir quan et dediques a la política. I justament va ser en el moment en què s'havia de desenvolupar el nostre sistema sanitari.

Bé, ara en un pla més distès, voldria que em fes cinc cèntims d'una afició esportiva de joventut. Crec que va ser un dels fundadors d'un equip de futbol. És cert?

Des de jonet he estat un entusiasta del futbol i de practicar-lo. Quan vaig començar la carrera, juntament amb un grup d'amics metges, vam crear un equip de futbol que es deia Sporting Medicina. Un equip que aquest any celebra el seu 50è aniversari. Per als que el vam fundar i per a tots els que hi han jugat, sempre ha estat una eina de convivència, amistat i pràctica esportiva que no oblidarem mai. Ha estat una eina de formació per a tots nosaltres.

Si pogués retrocedir en el temps, i situat al final de la carrera de Medicina, tornaria a fer el mateix camí? O voldria exercir més temps com a metge o com a pediatre abans de deixar la tasca assistencial i de recerca?

El que m'ha passat a mi i a altres companys que s'han dedicat a la política va lligat a un moment històric en concret, l'arribada de la democràcia a Catalunya i l'aposta per fer una sanitat universal, equitativa i de qualitat. Una aposta per l'excel·lència. Ara tornaria a fer el mateix que vaig fer, eren unes circumstàncies especials. Si parlem del present, i l'any 2015 hagués de començar aquest camí, crec que no el faria igual. Avui el sistema està creat i ara es necessita consolidar-lo, amb persones i partits amb capacitats diferents.

La Dra. Natàlia Corominas, secretària acadèmica

14 d'abril de 2015, a les 7 de la tarda, a casa seva, tot prenent un bon cafè i pastes.

No sé si els socis de la Societat Catalana de Pediatria (SCP) són conscients del paper que té la Natàlia en la Societat. Els que hem tingut alguna responsabilitat gestora a l'SCP sí que en som. Un personatge que ha viscut intensament tot allò que ha succeït al llarg de moltes i moltes juntes de govern. Tots anem passant... ella persisteix. I això dóna un caràcter especial, excepcional, a la seva persona.

Entrem, doncs, amb gran respecte, a casa seva. La seva afabilitat ens relaxa i ens permet abordar l'entrevista amb total naturalitat.

La Dra. Natàlia Corominas, filla del reconegut neuròleg pediàtric Frederic Corominas Beret, va viure amb plena consciència i sintonia la seva època. Es va voler independitzar als 19 anys, amb el total suport dels seus pares, i per pagar-se els estudis de Medicina i tot el seu manteniment va començar a treballar a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques. Aquesta necessitat va fer que, en acabar la carrera, tot i fer «una mica» de metge a urgències de l'Aliança i un duríssim, i alhora interessant, període en atenció primària a Sant Roc, a Badalona, continués treballant a l'Acadèmia. I va ser en motiu de l'organització de la sessió necrològica del Dr. Pere Calafell que va rebre la proposta de fer-se càrrec de la Secretaria de la Societat. Això era l'any 1986.

El seu primer president va ser el Dr. Xavier Lucaya, i el primer secretari, el Dr. Enric Mauri. A més d'haver de suportar unes lletres de metge horroroses, no recorda cap dificultat especial amb cap dels presidents o de les juntes de govern de l'SCP. És evident que uns podien ser més exigents que d'altres, segons la seva activitat. Com més actius, més relació. I amb els secretaris, cap problema, tot plegat més quotidià.

A la pregunta de si és conscient que és la persona que sap més coses i que coneix més bé l'SCP, ella diu que no és cert, que qui més la coneixia era el Dr. Oriol Casassas. Ella només és dipositària de la memòria més recent de la Societat. Ara, però, que s'acosta l'hora del seu relleu, s'adona del pes de la seva tasca i de la seva experiència quan pensa com i quan haurà de traspasar-la a una altra persona.

Tornaria a fer aquesta feina? Per què no, respon. En gaudeixo, és variada, hi ha molta activitat i és engrescadora. Hi ha reptes continus sobre la taula.

La seva evolució dins l'SCP passa per fer, inicialment, una tasca de secretària «pura i dura», fins arribar a ser un membre operatiu responsable i amb veu a la Societat. Per reforçar els seus coneixements, l'any 1990 va fer un màster en documentació mèdica.

Recorda un moment extremament incòmode i difícil: la caiguda del Dr. Francesc Prandi durant la seva conferència a la reunió anual de l'SCP a Lleida. Atendre la seva família, que era present en aquella situació tan delicada i preocupant, va ser un repte inesperat que, sortosament, es va resoldre de manera adequada. D'altra banda, i com a anècdota, recorda que en aquesta mateixa reunió a Lleida estava plovent a bots i barrals; ella i una altra secretària eren i a la porta i van ser testimonis de l'arribada d'un pediatre amb una solemne i airada empipada... estava «com una mona», diu, perquè plovia! No van poder fer res més que esclatar en una gran riulla.

Una dificultat afegida al càrrec és haver de transgredir les tasques ordinàries, del dia a dia, per poder fer altres activitats que van sorgint contínuament. S'ha de mantenir un ordre imprescindible.



Natàlia Corominas.

Com a fets rellevants dels darrers vint anys destaca el creixement imparable del nombre de socis, fins arribar a la xifra actual de 1.680. La gran majoria de pediatres, entre el 70 i el 80%, són socis de l'SCP, l'única societat amb tanta cobertura. L'augment constant de socis va lligat, de fet, al creixement dels grups de treball, però sobretot amb la innovació i incorporació de noves activitats formatives. Ha vist néixer primer la reunió anual, després el programa d'RCP pediàtrica i tots els seus cursos, el PADP, les microresidències, el CIAP... Tots amb unes valoracions molt altes dels alumnes quant a continguts científics i utilitat per a la pràctica clínica. I també destaca, en els aspectes organitzatius, l'evolució tecnològica de la part administrativa.

L'any 1993 va viure la creació de la Fundació Catalana de Pediatria, una fita molt important per les exigències fiscals i perquè encara no existia la de l'Acadèmia. Es va constituir amb

una fluïdesa total, aprofitant els excedents del congrés de l'AEP celebrat a Barcelona i organitzat per l'SCP. Pensa que constitueix una eina legal fantàstica.

La Natàlia ha compartit responsabilitats amb el desenvolupament i el manteniment de la revista *Pediatria Catalana*. A la pregunta de com ho ha viscut, respon que sempre en positiu, tot i les dificultats econòmiques i les de disposar de treballs per publicar. Creu que els pediatres no som gaire conscients de les dificultats de la seva elaboració, ni del valor intrínsec de la revista. És una tasca ingrata, que no es veu. Hi ha un cert «desequilibri» de feines que, d'altra banda, no són remunerades com altres activitats de la Societat. Amb l'afegit que no és possible competir amb altres publicacions per falta de recursos. Potser fer-la només en línia obriria més possibilitats. La tasca del seu director, el Dr. Antoni Martínez Roig és extraordinària, en qualitat i dedicació.

En relació amb l'Acadèmia, l'SCP continua sent totalment independent després d'adherir-s'hi l'any 1931. Adherida però no integrada a la Fundació Acadèmia, especifica la Natàlia. Aquesta relació té tots els avantatges: local, suport estructural i administratiu. L'«inconvenient» de la independència de l'SCP és que tota la nostra activitat s'ha de gestionar a partir del ingressos que obtenim.

Un gran avenç de l'SCP en els darrers anys és la modernització de totes les tasques, administratives i de gestió d'activitats, amb l'aplicació de les noves tecnologies. Ella n'ha estat una de les responsables i assegura que s'ha fet bastant a rebuf del que tira endavant l'Acadèmia. És interessant portar idees i que serveixin per a totes les societats.

Bé, és tard, gairebé tres quarts de vuit del vespre. És hora d'anar a sopar. Encara no hem adoptat els nous horaris... En Jordi, el seu marit de sempre, encara no ha arribat. Haurà d'anar encenent el foc...

Marxo content i feliç; he parlat una bona estona amb la persona més important de l'SCP.

02

La Fundació Catalana de Pediatria

Joaquim Ramis i Josep M. Casasa

La Societat Catalana de Pediatria va ser creada l'any 1926 per un grup reduït de metges que conreaven principalment la cura dels infants. Ben aviat s'hi van anar afegint altres companys i al cap de pocs anys els components de la Societat ja eren centenars. Durant uns anys va tenir una activitat aïllada força intensa, però la necessitat de relacionar-se i compartir amb altres especialitats mèdiques i sanitàries, així com la necessitat d'emprar uns locals adequats per celebrar les reunions científiques, van fer que s'arribés a l'acord d'adherir-se a l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, i formar d'aquesta manera la branca pediàtrica d'aquesta entitat centenària.

Igual que la nostra, cadascuna de les diferents branques o especialitzacions que componen l'Acadèmia té les seves pròpies activitats, publicacions, òrgans de govern i sessions científiques, amb l'avantatge de poder compartir les infraestructures i els locals, de manera que les activitats de la Societat es desenvolupen sense cap interferència i es possibilita la relació amb altres entitats que poden tenir interessos comuns.

Gràcies a aquests avantatges, la Societat Catalana de Pediatria va tenir durant anys una trajectòria excel·lent, sense cap altre suport econòmic que els ingressos provinents de les quotes dels seus membres, que permetien compartir les despeses administratives i l'edició del *Butlletí* de la Societat.

L'augment de pediatres inscrits a la Societat, els ingressos per assistència a diversos congressos o reunions, les ajudes que es rebien per la publicitat a la revista, les col·laboracions de cases comercials en forma d'estands en les reunions corresponents o subvencionant les inscripcions de manera personal, van comportar la necessitat de replantejar i adequar la gestió interna de la Societat, d'acord amb les necessitats que s'anaven formalitzant i desenvolupant en el curs de les diferents activitats.

Malgrat que la Societat Catalana de Pediatria és –sempre ho ha estat– una entitat sense ànim de lucre, el fet de poder tenir sobrants anuals podria comprometre la seva fiscalitat. En vista d'aquests raonaments i comprovat el que estaven preparant també altres societats i la mateixa Acadèmia, es va decidir, en la Junta presidida pel Dr. Josep M. Bosch Banyeras, iniciar els estudis per crear una fundació, que portaria el nom de Fundació Catalana de Pediatria. Aquesta entitat seria la dipositària i administradora dels fons que generessin les activitats de la Societat i la que donaria la sortida adient, en forma d'ajudes per a la investigació, per a la formació de joves pediatres o per assegurar la pervivència de la revista.

La proposta va ser acceptada en una assemblea extraordinària, i el 21 de desembre de 1994 es va signar, davant el notari Eulali Crehuet, la Fundació Catalana de Pediatria, quan era president de la Societat Catalana de Pediatria Josep M. Casasa i Carbó.

La finalitat de la Fundació va quedar ben explicada a l'article 3 dels seus estatuts: «afavorir, promoure i divulgar les activitats que es portin a terme en l'àmbit de la Societat Catalana de Pediatria, és a dir, protegir i fomentar el progrés científic i social de la Pediatria, i també

vetllar pel millorament de les condicions socials de la infància, procurar l'establiment i el manteniment de les bones relacions entre els professionals dedicats a l'especialitat i vetllar pel prestigi moral i científic de la Pediatria.»

La direcció de la Fundació és delegada a càrrec d'un patronat que comprèn un president, dos vicepresidents i onze vocals. El president i els vicepresidents són els mateixos que els de la Junta de Govern de la Societat Catalana de Pediatria, mentre que els onze vocals són també necessàriament membres de la Junta de Govern de la Societat. Qualsevol cessament en la Junta de Govern de la Societat, per la raó que sigui, determina el cessament en la Junta de la Fundació. El lloc corresponent és ocupat pel nou membre de la Junta. D'aquesta manera no hi ha cap possibilitat que la Societat Catalana de Pediatria i la Fundació Catalana de Pediatria segueixin camins divergents.

La Fundació compta amb dues classes més de patrons: els protectors i els d'honor. Els protectors són els que amb les seves aportacions fan possible la constitució d'un capital fundacional i els qui puntualment o periòdica aporten ajuts econòmics per anar duent a terme les seves funcions. Els d'honor són els que amb la seva presència donen categoria i reconeixement social a la Fundació.

Un cop presentada al departament corresponent de la Generalitat de Catalunya per ser aprovada, se'n va fer la presentació pública el dia 26 d'abril de 1995, presidida pel conseller de Salut Xavier Trias, Marta Ferrusola i Joaquim Ramis, president aleshores de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques.

Després d'unes paraules de salutació del conseller, van prendre la paraula el president de la Societat Dr. Josep M. Casasa, i el president de l'Acadèmia Dr. Joaquim Ramis.

El Dr. Casasa va destacar tota la trajectòria de la Societat Catalana de Pediatria des dels seus inicis, el seu progrés i l'augment de socis i activitats, totes elles adreçades a una millor formació dels pediatres i a la millora de l'entorn social, cultural i sanitari de l'infant, fet que va comportar un increment de la complexitat administrativa i fiscal que va justificar la iniciativa de crear la Fundació. Va donar les gràcies a l'anterior president de la Societat, el Dr. Josep M. Bosch Banyeras, iniciador de la idea i dels primers passos, i al Dr. Josep Argemí, per la seva gran experiència en aquests afers. També va agrair la tasca del secretari i el tresorer de la Societat, els doctors Josep M. Pujals i Vicente Molina, respectivament, per la seva col·laboració; als vicepresidents Nicolau Cobos i Carles A. Wennberg, i a la secretària, Natàlia Corominas, per la seva inestimable feina ben feta.

Pocs mesos després, el 2 de novembre de 1995, una vegada ultimats tots els tràmits, la Fundació va començar a actuar, amb un seguit de gestions i activitats. Es van constituir uns comitès, executiu i permanent, juntament amb una secretaria tècnica, tots sota la direcció del Dr. Josep Argemí. El *Butlletí* de la Societat va passar a ser la revista *Pediatria Catalana*. Els objectius de la Fundació eren promocionar i divulgar les activitats de la Societat, protegir i fomentar el progrés científic i social de la pediatria, vetllar per la millora de les condicions socials de la infància, adjudicar beques i premis, i fer una aportació econòmica important per al nou edifici de l'Acadèmia. Així mateix, també es va iniciar un fons artísticocultural amb la donació de Mercè Calafell, germana del Dr. Pere Calafell, i seguint la voluntat de la seva vídua, Assumpció Lluç, d'un quadre del pintor Vila-Arrufat.

Tot plegat va representar l'inici d'un nou concepte en el finançament de les activitats de la Societat Catalana de Pediatria. Els ingressos per quotes i les ajudes per a reunions, congressos, beques, publicacions, etc. tenen ara un camí legal que no restava ben aclarit amb anterioritat.

Finalment, el dia 8 de maig de 1996 es va fer un acte social per presentar la Fundació. La junta del Patronat va decidir organitzar una reunió civicocultural, que seria la primera, en un marc diferent del que estem acostumats a trobar-nos, però al mateix temps ben conegut: la sala d'actes de la Mutual Mèdica de Catalunya i de Balears. El motiu de la convocatòria: retre homenatge als membres d'honor i als membres protectors de la Fundació, per la seva aportació de prestigi i econòmica.

L'acte va estar presidit per Marta Ferrusola, acompanyada pel conseller de Sanitat Dr. Eduard Rius, el president de l'Acadèmia Dr. Joaquim Ramis, el president de la Societat Dr. Josep M. Casasa i els vicepresidents Nicolau Cobos i Carles Wennberg.

El secretari de la Societat Dr. Esteve Amigó va procedir a la lectura dels noms dels premiats i guardonats, i de les diferents activitats dutes a terme per la Fundació fins aquell moment, i va informar que la Fundació disposava d'un fons de quinze milions de pessetes.

Després dels discursos de cloenda es va celebrar un concert i, seguidament, un petit refrigeri.

En els anys transcorreguts, la Fundació ha anat realitzant perfectament la funció per a la qual fou creada. Ha actuat de suport econòmic i de gestió de les activitats de la Societat com la formació continuada, cursos, jornades, tallers, conferències, dotació de premis, edició de la revista *Pediatria Catalana*, entre d'altres, així com l'edició del llibre que tenim avui a les mans.



Signatura de constitució de la Fundació Catalana de Pediatria.

Asseguts: Eladi Crehuet, notari i Josep M. Casasa. D'esquerra a dreta: Jordi Pou, Natàlia Corominas, Esteve Amigó, Nicolau Cobos, Josep Argemí, Vicente Molina, Josep M. Pujals, Carles A. Wennberg, Rosa M. Isnard i Josep M. March.

03

La Secretaria de la Societat Catalana de Pediatria

Introducció

Enric Mauri-Clua

La Societat Catalana de Pediatria (SCP), tota ella considerada, és una entitat viva, amb el seu esdevenir, les seves vicissituds i, com a tal, la seva pròpia evolució. Hi compta, en primer i lloc principal, el seu fonament i la seva finalitat: els socis; i al servei de tot plegat hi ha una junta directiva en la qual els socis de l'entitat elegeixen els qui en detenen, amb les renovacions successives, la direcció, la representació i la responsabilitat.

Efectivament, l'SCP en general ha tingut una evolució que, en la perspectiva d'ara, podem dir que ha estat constantment positiva, com ho és també en el moment actual i confiem que ho continuarà sent en el futur; i la Junta Directiva, les juntes directives, naturalment, han tingut un paper determinant en aquesta evolució, començant, precisament, per la seva pròpia estructura i funcionament. Al llarg dels anys, i en el període que ens ocupa en aquest document, la concepció i l'operació de les seves àrees ha canviat, més enllà de la permanència de la Presidència com a més alta instància directiva i responsable de la Societat. Per exemple, les vicepresidències, de ser més aviat representatives s'han transformat en àrees més competencials, i tant les vocalies, com a àrees temàtiques, com les vegueries, més territorials, han experimentat també els seus canvis.

Sens menyscapte de res ni ningú, la Secretaria ocupa una posició i exerceix una funció especial i específica en l'estructura i el funcionament de la Junta Directiva, en sentit immediat, i de l'SCP, en sentit ampli. Sota la indicació del president de la Societat, el secretari o secretària (empraré indistintament la forma considerada neutra o la doble de gènere) està al servei del conjunt de la Junta, i donant suport a l'actuació del conjunt dels seus membres, sigui als diferents vocals, sigui als diversos vicepresidents (ídem, quant a forma de gènere), des de l'àrea professional, com dèiem, per als veritables subjectes de l'entitat i la seva activitat, Els socis!, passant per l'àrea econòmica, sense l'aportació de la qual, Els recursos!, no seria possible aquella activitat, fins a l'àrea científica, El coneixement!, objecte nuclear de la Societat. Alguna vegada s'ha considerat que el secretari de la Junta esdevé un node personal i funcional continu pel qual, poc o molt, d'una manera o d'una altra, passa la pràctica totalitat de l'acció, i des del qual disposa d'una visió de 360° de la Societat i de l'actuació que duu a terme.

L'encàrrec de revisar aquest determinat, recent i darrer període temporal de la vida de l'SCP ha semblat, doncs, una bona ocasió perquè, precisament, des dels exsecretaris i exsecretàries entre els cursos 1992-1993 i 2013-2014¹, obtinguéssim un testimoni de primera i propera mà de tot plegat. Així, hem demanat que participessin en el desenvolupament de l'encàrrec als exsecretaris Josep M. Pujals i Ferrús, Esteve Amigó i Palés, Romà Baraibar i

Castelló, Montserrat Torrent i Español, Xavier Riopedre i Saura, i M. Eugènia (Xènia) Ortola i Castells; sempre, fent merescuda distinció, amb record personal en el passat o en el present, i elogi institucional a la seva executòria, als altres col·legues que han estat també secretaris de l'SCP en alguna etapa més o menys anterior (o que ho són posteriorment)².

Referències

1. Per a períodes anteriors, quant a la història, l'organització i el funcionament de la Societat, la referència és el llibre *Metges de Nens. Cent anys de pediatria a Catalunya*, Oriol Casassas i Joaquim Ramis, 1993, editat per iniciativa de la Societat Catalana de Pediatria, que abasta fins a l'any 1992.
2. Anteriors al període (el curs 1991-1992, i retrospectivament): Xavier Demestre i Guasch, Enric Mauri i Clua, Damià Pedrola i Guixé, Salvador Sargas i Juncosa, Josep M. Casasa i Carbó, Joan Martínez i Mora, Albert Pi i Ferrer, Frederic Corominas i Beret, Francesc Prandi i Farràs, Ignasi M. Aragó i Mitjans, Francesc Canivell i Artal, Agustí Pérez i Soler, Francesc Llauredó i Tomàs, Emili Balanzó i Cabot, Miquel Echegaray i Herrero, Josep M. Girona i Cuyàs, Miquel Torelló i Cendra, Polió Buxó i Izaguirre, i August Brossa i Bosque. Posterior al període (el curs 2014-2015, i actual): M. Concepció Céspedes i Domínguez.

Qüestionari-entrevista als secretaris de la Societat Una visió de 360° de la Societat

Enric Mauri-Clua

Per recollir el testimoni personal, professional i institucional d'uns quants exsecretaris, tal com es miraria de fer en una entrevista directa, però per fer-ho, alhora, més àgil i textual, hem confegit un qüestionari de suport que s'ha lliurat als destinataris esmentats, cosa que els ha permès expressar-se en confiança i també amb implicació personal. Es tracta d'una dotzena de preguntes, amb les respectives respostes, en què esperem poder-hi trobar reflectida una varietat d'aspectes envers la professió i la Societat, a tall de rememoració, a voltes íntima, i també de reflexió, a voltes crítica, i, en definitiva, d'aportació positiva en què, tant de bo, ens hi puguem sentir d'alguna manera representats, els altres exsecretaris, els altres membres de les juntes, i el conjunt de socis i sòcies de l'SCP. En qualitat de recopilador, he fet un relat aplegat i articulat de les diferents respostes, amb les corresponents citacions literals (entre cometes), que poden contenir alguns claudàtors ([]) per a algun aclariment puntual.

Per què i per a què (que no és el mateix) vau estudiar Medicina, i després vau fer pediatria (independentment de la dedicació posterior, mèdica, quirúrgica o especialitzada, primària, hospitalària o altres)?

Comencem pel principi, com se sol dir, remuntant-nos a haver esdevingut metge, i després pediatre, i és bonic recollir els diferents orígens, sovint tan entranyables, d'uns i altres en aquesta qüestió.

Des del que venia de família de metges, fins al que no en venia, o aquell pare que es va sacrificar perquè el fill tingués carrera, però «malauradament, no va viure per veure'm acabar-la» [Romà Baraibar]; o a partir de connexions conceptuals ben interessants, com la puericultura amb la cultura-dels-pueri, i així «volia treballar en alguna feina relacionada amb la infància i d'entrada estava decantada pel món de l'educació» [Montserrat Torrent], o inclinacions senzillament, que no superficialment, vocacionals, com «la meva connexió amb els nens fa que no sigui una feina sinó un plaer» [Xavier Riopedre]; o, veiem com s'encomana això de la pediatria, sigui perquè «durant tota la carrera vaig treballar com a ajudant a la consulta privada d'un reconegut pediatre d'aquella època» [Esteve Amigó], sigui perquè «em semblava encara més interessant (el nen i el seu desenvolupament), i també en part per admiració a qui va ser el meu pediatre fins a l'adolescència» [M. Eugènia Ortolà]. Però hi ha algú que és pediatre perquè es va fer metge desobeint l'autoritat paterna, atès que «[el pare metge] em va dir més de mil vegades que estudiés el que volgués, menys medicina» [Josep M. Pujals]. Amén!

Com va ser la formació pediàtrica que vau tenir? Per resumir-ho, què hi mancava i què hi sobrava?

Quina valoració fan aquests exsecretaris de la formació rebuda? El normal, real com la vida mateixa, és que hi hagi una mica de tot, i d'una manera o una altra cauen opinions positives i, diguem-ne, no tan positives, i, tant si agraden com si no, segur que estan dites amb la millor intenció de millora.

Per a molts, dins un marge de temps cronològic i biogràfic, la formació pediàtrica té les seves arrels a «vaig començar a l'Escola Professional de Pediatria amb el Prof. Cruz, que acabava

d'arribar» [J. M. Pujals], i «a l'Escola Professional de Pediatria de l'Hospital Clínic de Barcelona, entre el 1965-1967, anys en què vaig fer l'especialitat, crec que s'hi donava una bona formació pediàtrica en l'aspecte científic» [E. Amigó]. Però ara vénen les mancances, algunes de genèriques: «a la formació hi mancava sistemàtica, un rotatori amb un programa teòric i pràctic consolidat i exhaustiu per especialitats, hores per dedicar a l'estudi i experiència dels docents» [R. Baraibar], i «sobretot a urgències, mancava més suport dels adjunts, llevat honoroses i magnífiques excepcions, i sort en teníem dels «resis grans i reenganxats»» [M. E. Ortolà], i altres de concretes, en una dimensió que encara avui no sorprèn, com «va ser la relacionada amb la valoració i el seguiment del nen sa, ja que en aquell moment no es preveïen les rotacions fora de l'hospital» [M. Torrent], o «mancava formació en atenció primària i en coneixements de tècniques de primària. Sobrava excessiu temps a UCI i nounts» [X. Riopedre], o una altra pel que fa a la dimensió holística «l'absència, gairebé absoluta, de formació en els aspectes psicològics i psiquiàtrics infantils» [E. Amigó]. És clar que, en general, també deixen testimoni del tipus «no crec que hi sobrés res» [M. E. Ortolà], «vaig tenir la sort de poder fer una formació força completa» [M. Torrent] i, a més, «l'ambient era magnífic!» [R. Baraibar]. I un valor afegit de fidelitat cívica que no hem oblidar, i menys ara, «amb el Dr. Carbonell [i Juanico, a la Maternitat Provincial] (QUE PASSAVEM VISITA EN CATALÀ, anys 66-68) [les majúscules són originals]» [J. M. Pujals].

Què va passar perquè us presentéssiu per a secretari o secretària de la Societat Catalana de Pediatria (en endavant, Societat o SCP)? El que va trobar en accedir al càrrec, es corresponia amb la idea que us n'havíeu fet?

Bé, de mica en mica, i una mica més, ja anem entrant a l'SCP pròpiament dita, i això de com un, o una, ha esdevingut secretari de la Societat té el seu què i diu molt de tots i de l'entitat, i paga la pena deixar constància d'unes quantes citacions més de les respostes (i també, necessàriament, amb alguns esments nominals).

I resulta que això que un o una esdevingui secretari sol passar perquè hi ha un altre o una altra que t'hi «embarca». Si no, veiem els exemples: «m'ho va demanar el Dr. Bosch Banyeras, que llavors n'era el president» [J. M. Pujals], «m'hi va empènyer el meu amic Josep M. Pujals [o sigui que hi ha «embarcats» i «embarcadors»], que em precedí en el càrrec» [E. Amigó], «m'hi van animar diferents companys de l'hospital» [R. Baraibar], «va ser el meu antecessor, el Dr. Baraibar [sic]» [M. Torrent], «un dia em va trucar la Dra. Rivera» [X. Riopedre], i «m'ho va demanar el president Dr. Vicente Molina a suggeriment de la M. Carmen Monzón [vaja, doblement embarcada, i, a sobre, «recomanada»]» [M. E. Ortolà].

Punt i a part mereix el que uns i unes van trobar «a bord», i, com dèiem, és important deixar constància de la vivència que en van tenir i què els n'ha restat, perquè, igualment, diu molt de tots i de l'entitat, i, assertivament, diu molt bé. Veiem-ne uns altres exemples: «vaig trobar molta feina i la vaig fer amb molta il·lusió» [J. M. Pujals], «ja m'havia fet una idea que la Secretària de la Societat comportava unes obligacions que m'obligarien a una dedicació molt diferent a la que tenia com a vocal bibliotecari [el seu càrrec anterior]. Però vaig agafar-m'ho amb il·lusió» [E. Amigó], «un conjunt increïble però irregular de companys quant a la seva dedicació/implicació en el càrrec [potser això lliga amb l'esment anterior segons el càrrec], no així quant a qualitat humana, que sempre va ser molt bona» [R. Baraibar], «vaig anar a la primera reunió una mica cohibida i a l'expectativa, però la veritat és que hi vaig trobar un ambient molt cordial. Un ambient de treball, però distès i participatiu, on totes les opinions eren ben rebudes» [M. Torrent], «vaig trobar que el càrrec es corresponia amb la idea de poder ajudar a organitzar i coordinar les juntes i altres temes» [X. Riopedre], i, un bon compendi de tot plegat, «treballar per la societat científica de la meva especialitat

i del meu país i intentar contribuir a millorar la situació professional dels pediatres» / «dins l'SCP es treballava realment per als socis i la pediatria en general, tot i que factors externs no sempre ho deixaven evidenciar des de fora» [M. E. Ortolà].

I parlant d'esments nominals, un altre merescut deixament de constància és el que alguns, segurament com tots, fan a «cal destacar aquí, com en qualsevol altre lloc de l'SCP el paper fonamental, aglutinador –entre altres milers de coses– que va fer i està fent la Natàlia [Dra. Natàlia Corominas i de Dalmasas, cap de la Secretaria Tècnica de la Societat]» [R. Baraibar], i «amb la col·laboració inestimable de la secretària tècnica, la Natàlia Corominas» [M. E. Ortolà].

Com que l'èxit i el fracàs són components normals en l'activitat humana, quin èxit i també quin fracàs destacaríeu del període del vostre mandat? A més de les tasques burocràtiques, fins a quin punt en el conjunt de la Junta o els seus càrrecs i àrees, i el conjunt de la Societat, és fàcil o no endegar iniciatives noves o més creatives?

En això escau que les respostes dels destinataris de la pregunta parlin més per elles mateixes. «L'èxit que destacaria va ser la creació de la Fundació Catalana de Pediatria» [J. M. Pujals], «hom va viure grans reunions anuals, possiblement perquè es corresponia amb uns moments en què trobar el suport de les empreses farmacèutiques i d'alimentació infantil era una tasca relativament senzilla, però que calia gestionar bé [això són figures d'un altre paner]» [E. Amigó], «proposar i tirar endavant les propostes (CIAP [Curs Intensiu d'Actualització en Pediatria], Vicepresidència Econòmica vs Tresoreria)» [R. Baraibar], «un dels èxits que vam tenir en aquell moment va ser aturar alguna proposta que es volia tirar endavant des del Departament de Salut, que no ens va semblar pertinent (i que per raons de prudència preferíem no concretar) [aproximadament, anys 2004-2006]» [M. Torrent], «també el lloc web» [X. Riopedre], «nous estatuts, millora de les relacions institucionals amb l'Administració, premis de l'SCP en el context de l'ACMCB» [M. E. Ortolà].

Però també parlen, amb franquesa, de les coses no reeixides. «No assolir canviar la dinàmica de *Pediatria Catalana* cap a un altre mitjà dels disponibles en aquells anys [es refereix als nous suports]» [R. Baraibar], «vaig fracassar en el meu intent que tots els hospitals se sentissin representats de la mateixa manera en les diferents activitats de l'SCP» [M. Torrent], «no acostar més la Societat als pediatres i fer-la més pràctica» [X. Riopedre], «no vam poder reestructurar d'una manera més funcional la distribució de representants de vegueries ni les vocalies no territorials» [M. E. Ortolà]. A més, com a afegit no negligible, «no és fàcil endegar noves iniciatives» [X. Riopedre], i «hi ha massa condicionants externs» [M. E. Ortolà], i, finalment, «la creativitat depèn de les persones, i idees n'hi havia i, segur, n'hi ha» [M. E. Ortolà].

És molt d'agrair que comparteixin la seva experiència personal i institucional, i és molt d'esperar que en prenguem exemple.

El secretari o secretària té una posició i una funció determinades en la Junta Directiva, que intervé en la gran majoria dels afers de la Societat ja que hi convergeixen –sens menyscapse de les atribucions i l'actuació d'altres membres de la Junta. D'acord amb la vostra experiència, però també mirant cap endavant, creieu que a la Junta, els càrrecs o àrees són els adequats i que es gestionen de manera prou eficaç? Com penseu que podria millorar el funcionament real, més que formal, de la Junta?

Una cosa porta a l'altra, i anem entrant més en l'estructura i el funcionament de l'SCP. I res millor que el testimoni d'aquests exsecretaris i exsecretàries per apropar-nos a quelcom semblant a un presumpte «diagnòstic», per a un eventual «tractament».

Diuen: «abans de secretari vaig ser vocal bibliotecari, i durant aquests quatre anys no vaig fer res de res. En el meu temps qui donava la cara érem el president i secretari» [J. M. Pujals], «possiblement hi havia una excessiva centralització [s'entén que a Barcelona] del funcionament de la Societat» [E. Amigó], «els càrrecs són els correctes al meu entendre. Són les persones les que els omplen de significat i els fan créixer» [R. Baraibar], «sí que em sembla poc visible el seu paper [de l'SCP] en la societat on vivim» [M. Torrent], «tinc la sensació que tothom va molt malament de temps i no es pot dedicar realment a la Societat» [X. Riopedre], «crec que és massa àmplia [la Junta Directiva en general]» / «penso que caldria reconsiderar les funcions i obligacions de les vocalies en general» [M. E. Ortolà]. És clar que també afegeixen: «suposo que ara haurà canviat» [J. M. Pujals], o «en aquells anys diria que la gestió ja era prou eficaç» [E. Amigó].

Naturalment, com es veu, cal contextualitzar tot plegat en el temps i l'espai, però el seu sincer afany d'aportar torna a ser digne d'agraïment, i d'exemple, també per avui i el futur.

En el moment actual i envers el futur, i tenint en compte l'evolució del fet professional, quin o quins us semblen que haurien de ser els objectius i les actuacions fonamentals de la Societat?

Però, tot plegat, per a què? (pregunta sobre les preguntes). Doncs sembla que els contestadors (que no «contestataires») ho tenen clar, i que els objectius i les actuacions fonamentals de la Societat es concreten en dos mots: formació i relació; evidentment, formació envers els socis-professionals, i pel que fa a la relació, com es veurà, hi ha una notable i insistent unanimitat en la necessitat envers altres subjectes «externs» (però també «interns»).

Opinen: «una migrada presència en els mitjans de comunicació que ha permès, massa sovint, que altres estaments centralitzats de la Península fessin present el seu parer en qüestions relatives als problemes dels infants abans que la Societat Catalana de Pediatria» [E. Amigó], «ha d'actuar com a referència tant del «fet professional», quan hi hagi reivindicacions que calgui canalitzar i potenciar, com del científic i el docent, assegurant una formació continuada de qualitat, innovadora i accessible a tothom» [R. Baraibar], «fer-se més visible i tenir un paper en la Societat com a entitat, pel que fa als temes relacionats amb la infància» [M. Torrent], «acostar-la més als socis. Ser una societat molt pràctica. Si preguntem a la majoria dels socis què es fa a la Societat, no ens sabrien respondre» [X. Riopedre], «una formació específica per als residents complementària a la que reben als hospitals i de tipus més general» / «és absolutament indispensable millorar la relació amb l'Administració, tenir presència i incidir realment en les decisions de política sanitària, especialment en l'àmbit de la primària i de la cirurgia pediàtrica» [M. E. Ortolà].

Tanmateix, els objectius i les actuacions fonamentals de la Societat es resumeixen en un enunciat condensat, com ara «col·laborar en la formació dels pediatres (formació continuada); tenir veu en la societat en els casos que afecten la pediatria; defensar els pediatres i, sobretot, els infants» [J. M. Pujals].

I pel que fa a l'anomenada «formació continuada», i tenint en compte l'evolució en les modalitats i els suports formatius, com penseu que s'hauria de desenvolupar aquesta activitat?

Doncs parlant de formació, hi torna a haver una clara orientació perquè es vagi desplaçant cap al suport digital, a la xarxa, en línia (altrament dita *on line*), que va, però, de l'expressió cautelosa de «no m'atreveria a modificar gaire les directrius actuals, que, en aquest aspecte, em

semblen proudients» [E. Amigó], a la contundent, ras-i-curt, de «més *on line*» [X. Riopedre]. El ventall d'aportacions per millorar la formació continuada inclou aquestes: «crec que és molt fàcil. Els experts en determinats temes haurien de publicar a la revista, de manera breu i entenedora, els canvis que es produeixen en la seva especialitat. Insisteixo, de manera clara i breu» [J. M. Pujals], «és bo fer actes presencials, però en aquests sempre s'ha de donar quelcom que no trobarien en un altre lloc, o que costaria tenir-ho fàcilment» / «no caure en repeticions entre CIAP, reunions anuals, formació continuada, etc.» [R. Baraibar], «crec que avui en dia la formació continuada *on line* hauria de tenir més paper. Sempre hi havia problemes d'assistència i queixes per problemes de conciliació d'horaris... o queixes pel lloc on es feien» [M. Torrent], «com ja s'ha iniciat amb les sessions del CFC [Curs de Formació Continuada], la difusió *on line* és una eina actual indispensable per a aspectes logístics i econòmics, sense afectar les reunions anuals o els CIAP o altres que hagin de ser presencials» [M. E. Ortolà].

La Societat Catalana de Pediatria, com a estructura institucional de Catalunya, com a país i com a societat, quin paper hauria de tenir i exercir en relació amb la comunitat, els mitjans de comunicació, el sistema sanitari, les administracions públiques i les institucions governamentals i legislatives catalanes?

En definitiva, estem parlant de la posició i la funció que l'SCP ha o hauria de tenir, ni més ni menys, com a estructura de país i com a agent social en el nostre àmbit nacional català (amb el qual ha o hauria d'esdevenir i exercir com a subjecte propi i representatiu com a tal en els marcs internacionals, ibèric i europeu).

Comencem perquè «se li haurien de consultar tots els casos que tenen relació amb la pediatria» [J. M. Pujals]. Continuem amb «la nostra Societat s'ha de fer més present en la vida del nostre país i no anar a cavall [remolc] de les directrius de l'estat [referit a l'espanyol]» [E. Amigó], «un bon sistema o «servei» de relacions amb els mitjans, que no hauria de ser rotatori, sinó semiprofessional» / «cal fer participar els diferents especialistes pediàtrics, i de manera ràpida quan surti l'esdeveniment concret» [R. Baraibar], «en l'època en què jo era a la Junta [...] hi havia una vocalia encarregada dels mitjans de comunicació» / «ara quan algun especialista surt als mitjans és sempre en el marc del seu hospital, no de l'SCP [!]

[M. Torrent], «la comunitat hauria de sentir que és una societat amb pes i que les seves indicacions es poden portar a terme» [X. Riopedre], «ser l'interlocutor de referència en tots els aspectes relacionats amb la salut i benestar dels infants, i en l'àmbit professional pel que fa a la planificació sanitària de l'assistència pediàtrica» [M. E. Ortolà]. I acabem, per reblar el tema, amb «la Societat Catalana de Pediatria forma part del país i ha d'estar sempre a disposició del país» [E. Amigó].

Si ho creieu pertinent, com podria participar la Societat en la informació i l'educació sanitària de la població, pel que fa a la infància i l'adolescència?

Sembla que els destinataris del qüestionari creuen que és pertinent que la Societat participi en la informació i l'educació sanitària; una altra cosa és com cal fer-ho. I no deu ser fàcil quan algú diu, sense embuts, «és un tema molt complex» [R. Baraibar] o, directament, «no ho sé» [J. M. Pujals]. Però també s'aventuren suggeriments per sortir-se'n, per exemple: «fent que els seus membres participessin en cursos divulgatius a les escoles i mitjans de comunicació» [E. Amigó], «que s'organitzessin xerrades sobre temes mèdics concrets (tant d'hàbits com de malalties) per als pares o educadors interessats» [M. Torrent], alhora que advertint «primer cal educar els educadors» [R. Baraibar], i algunes idees més, com ara «l'elaboració de clips informatius per difondre per exemple als CAP (tipus les càpsules de l'ASPCAT [Agència de

Salut Pública de Catalunya] - Subdirecció General de Promoció de la Salut / Programa de Salut Maternoinfantil), o potser intentar col·laborar amb escoles. El web podria incorporar un apartat per a pares» [M. E. Ortolà].

Sovint els recursos materials són un factor condicionant per a l'actuació de la Societat. Així doncs, què suggeriríeu perquè la Societat disposés d'una capacitat econòmica més gran?

I arribem al cap del carrer, i els recursos? Cal reconèixer l'esforç dels exsecretaris i exsecretàries preguntats per, d'una banda, admetre la dificultat d'abordar la qüestió del finançament de la Societat i, d'una altra, no defugir, amb les seves respostes, algunes opcions susceptibles de millorar, si no pot ser solucionar, aquella qüestió.

Així, d'una banda, «som en anys de vaques flaques, s'han acabat (suposo) les «orgies» [les cometes són afegides, vegeu a continuació] que se celebraven abans pagant les ... [els punts suspensius són afegits, vegeu a continuació]» [J. M. Pujals] [comentari afegit: pel que fa als punts suspensius, he preferit deixar-ho amb un «tu ja m'entens», i pel que fa a les «orgies», és evident (suposo) que és en sentit figurat, en tot cas millor també no saber-ne els detalls; una mica d'humor sempre va bé] / «s'ha de seguir comptant amb la col·laboració de les farmacèutiques, però actuant èticament» [J. M. Pujals] [amb totes les lletres]... Continuem, «sé que no és políticament correcte, però sempre ho he mantingut. L'edició en paper de la revista és molt costosa, crec que innecessària en aquests temps en què el llenguatge i el mitjà digital predominen, almenys en àmbits científics. Sé que els socis no opinen així majoritàriament, però dubto que siguin conscients del que es podria fer amb l'estalvi que això crec que proporcionaria» / «[continuació, en la línia de l'aportació anterior] obrir-se al patrocini de productes d'eficàcia provada», «aquest és el factor limitant. Les fonts externes de recursos serien una opció (amb cura) [M. E. Ortolà], «[continuació de *, vegeu més avall] o anar a pidolar a les cases comercials» [E. Amigó]... i, clar i català, «espero i desitjo que el dia que el nostre país sigui independent, de la mateixa manera que l'estat espanyol subvenciona tot un seguit d'estaments inútils, nosaltres podrem destinar a les societats científiques els recursos que, a la llarga, esdevenen una inversió de futur [continua a **]» [E. Amigó].

I d'una altra banda, no defugint les propostes possiblement incòmodes, «[continuació de **] Fora d'aquí no hi veig altra solució que la de sempre; gratar-se la butxaca [continua a *, vegeu més amunt]» [E. Amigó], «Si els canvis repercutissin en una millora clara per als socis, es podria augmentar la quota» [X. Riopedre], «Incrementar el preu de certes activitats i augmentar la captació de socis i les quotes serien altres opcions, però d'acceptació diversa en funció del retorn que suposi» [M. E. Ortolà]; això d'augmentar les quotes o els preus és incòmode, per no dir «impopular».

Una resposta fa esment a la repercussió i l'assignació de les quotes que es paguen a algunes entitats, en el sentit que es podria revisar i millorar; es refereix a una amb què l'SCP no té vinculació organitzativa i, per tant, tampoc econòmica, però no seria sobrer considerar, i en el seu cas esmenar, alguna dependència fins ara «forçosa» i «infructuosa» (i hom no es refereix a una entitat catalana, i, com abans, «tu ja m'entens»).

La vivència del secretari o secretària com a tal en l'SCP és molt àmplia i diversa, no tan sols professionalment, sinó també personalment. Així doncs, hi hauria alguna anècdota interessant o divertida del vostre mandat que volguéssiu explicar?

No és fàcil extraure anècdotes personals, quan, per contra i amb molta probabilitat, han d'haver passat una munió de coses en la vida de la Societat durant els anys de mandat de

cadascun dels secretaris, i, no cal dir, en els més de vint anys del període considerat; però alguna n'hem tret de cadascun.

N'hi ha que sembla que s'hagin posat d'acord, o, millor dit, «ja hi anaven d'acord». Si no, veiem algun episodi en la història de la Societat: «recordo que en unes eleccions a càrrecs de la Junta s'hi presentava un pediatre dels que formen part [aleshores] de «l'exèrcit d'ocupació» [en sentit metafòric]. Vaig parlar amb un amic perquè s'hi presentés...» [J. M. Pujals], «un membre de la Societat tenia molt interès a formar part de la Junta Directiva... A corre-cuita vam buscar una persona adient per fer-li front en les properes eleccions...» [E. Amigó]. Val a dir que això que han compartit els companys, ja és més que una anècdota, i esdevé una autèntica «escaramussa», en el context normal, repetim-ho: normal (!), d'una contesa democràtica; i, fent abstracció general, ho van fer sota la inspiració de servir el «fil d'or» del ser i el fer de la Societat Catalana de Pediatria des de la seva fundació, en termes de llengua, cultura i país. Per cert, «l'home va ser derrotat, tot i que, cal dir-ho, va felicitar el contrincant» [E. Amigó].

Per exemple, curiositats divertides, «una tarda es va ajuntar a primera hora carregar caixes per muntar no sé quina activitat, i hores després mudar-se per anar al Palau de la Generalitat a rebre la Creu de Sant Jordi, que ens va tocar a la nostra Junta» [R. Baraibar], i «el primer dia de la Junta vaig anar al Col·legi de Metges en comptes d'anar a la seu de la Societat» [X. Riopedre], o no tan divertides però sí curioses: «va ser l'any que es va fer la reunió anual a Port Aventura [...] va aparèixer Farmaindustria [...] prohibint les col·laboracions de laboratoris i cases comercials [...]. Es devien pensar que en lloc d'anar a les diferents xerrades, aniríem a pujar al Dragon Khan [...] vam tenir una bona feïnada per intentar solucionar el finançament de la Reunió» [M. Torrent]. I com a resum, alhora discret i expressiu, «personalment ha estat una experiència molt satisfactòria que m'ha permès conèixer grans persones i l'SCP mateix, amb moments divertits, estressants i emotius» [M. E. Ortolà].

Si ara, amb l'experiència pròpia, us demanessin ser secretari o secretària de la Societat, acceptaríeu? Què li demanaríeu a l'actual, o proper, secretari o secretària de la Junta Directiva?

Arribem al corol·lari i, com podem veure, persones diferents, professionals diversos en biografies i trajectòries, sense dir-s'ho entre ells i elles, ens transmeten un missatge prou coincident i potent, i així per acabar, per ordre invers d'antiguitat, però lligant bé la primera resposta amb la darrera, passant per les intermèdies, són les seves paraules.

«Crec que és una experiència prou enriquidora perquè els pediatres interessats hi tinguin accés i, per tant, no repetir càrrec. L'avantatge de repetir és que pots millorar. Caldria obrir més l'SCP a la comunitat en general i especialment fer-la més atractiva als nous residents i pediatres joves, incrementar la relació i participació amb les institucions i treballar per reordenar i fer el seguiment de les funcions de les vocalies» [M. E. Ortolà]. «M'agradaria molt si es poguessin canviar realment les coses, però no ho acceptaria per falta de temps. A l'actual o al proper li demanaria acostar-se a les demandes dels socis (fins i tot guiar els socis mateix perquè endevinin quines són) i dur-les a terme» [X. Riopedre]. «Doncs, crec que no. D'una banda perquè a nivell professional m'he vist embarcada en molts fronts que m'ocupen molt i molt temps i el poc que em queda, ara per ara, el dec als meus fills. D'altra banda, tinc la percepció (i potser només és una sensació personal) que la pediatria actual, i no sé si l'SCP també, està una mica massa hegemnitzada per uns pocs actors institucionals» [M. Torrent]. «Ara ja no m'hi veig amb cor. Cal tenir energies, empena i moltes ganes de treballar pels altres. És un càrrec per a gent jove amb qualitats organitzatives, cervell endreçat i obert, capacitat d'innovació, idees noves al sarró i ganes de dur-les a la pràctica,

capacitat de treball en equip i capacitat de col·laboració amb tothom de la Junta i de fora» [R. Baraibar]. «Ara no, perquè ja m'ha passat el torn. A un proper secretari li diria que la meua experiència personal i professional va ser molt positiva. Ser membre de la Societat Catalana de Pediatria, haver format part de la Junta i ser-ne el secretari durant quatre anys han suposat per a mi un enriquiment professional i personal que, d'altra banda, segurament hores d'ara no tindria» [E. Amigó]. I, poques i clares paraules, «Fa set anys que em vaig jubilar, estic vivint una jubilació molt feliç (de moment) junt amb la meua dona [Podem dir-ho?: col·lega i consòcia nostra], no parem, i de veritat, que diria que no. A l'actual secretari li demanaria que fos treballador i honest» [J. M. Pujals].

l és que aquests exsecretaris i exsecretàries del període del document no tan sols ens han donat testimoni personal, sinó que ens deixen el seu testament institucional, perquè aquell «fil d'or», que ve del passat i passa pel present, continuï en el futur de la Societat Catalana de Pediatria i els seus membres. Per molts anys!



D'esquerra a dreta: Enric Mauri, Josep M. Pujals, Eugènia Ortola, Xavier Demestre, exsecretaris de la Societat.

Recull d'activitats de la Societat

Aquesta publicació havia de deixar bona constància de l'activitat de la Societat Catalana de Pediatria. Una activitat extraordinària, tant en termes quantitius com qualitius, ben constatable, per exemple, en com de fa anys i durant anys, la Societat ha estat i és, cada any, en el si de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, de la qual és societat adherida, una de les entitats amb més activitat, si no la que més. Serveixi tot això per retre un merescut homenatge a tots els socis, i també no socis, que al llarg de tot aquest període, extensiu a abans i després, organitzen, col·laboren i participen en tots els actes de la Societat, ensems amb els qui hi assisteixen. Però recuperar i ressenyar un volum tan gran d'informació, de més de vint anys, no és fàcil; la dedicació i competència de la Secretaria administrativa de la Societat, encapçalada per la Dra. Natàlia Corominas fa possible haver-hi reeixit. Escau, tanmateix, notar les inevitables incidències, sigui aquell escrit en paper que no s'ha pogut trobar, o, més endavant, aquell fitxer digital deteriorat que no s'ha pogut obrir; així, i en tot cas, hom s'excusa per les involuntàriament eventuais absències de dades, i la lògica impossibilitat d'una absoluta exhaustivitat. El següent recull s'articula mitjançant els informes dels successius mandats dels respectius secretaris o secretàries de la Junta, amb la positiva disposició de tots, i gràcies a la major o menor aportació segons la seva, naturalment, variable disponibilitat.

Secretaria 1992-1993 / 1994-1995

Josep M. Pujals

1. Activitats científiques

1.1. Reunions Anuals de l'SCP

Curs 1992-1993

La II Reunió Anual (RA), es va celebrar els dies 7 i 8 de maig a Roses (Alt Empordà). Hi va haver 339 inscrits i 210 acompanyants. El coordinador general va ser el Dr. J. M^a. Bosch i Banyeras. La conferència extraordinària fou dictada pel Dr. E. Fernández Álvarez, amb el tema "Conducta davant els trastorns del desenvolupament". Les quatre taules rodones van ser coordinades pels doctors J. Campistol, "Pediatria i medi ambient"; O. Altirriba, "Diagnòstic en Pediatria i alta tecnologia (I): les infeccions urinàries"; F. Prandi, "Diagnòstic en Pediatria i alta tecnologia (II): les infeccions pulmonars recidivants", i L. Morales, "Escoliosi idiopàtica de l'adolescent". En les Taules Rodones van intervenir tretze ponents i es van rebre 150 comunicacions, signades per 491 autors, representant a 46 centres pediàtrics. Només 98 comunicacions van poder ser presentades en forma oral o en pòster i les altres no més van sortir publicades al Llibre de Ponències. La seva discussió va ser moderada pels doctors J. Llongueras, X. Demestre, O. Vall, P. Plaja, A. Gomà, J. Llorens, P. Domínguez, J. Macià, J. Carnicer, X. Allué, J. Bosch i G. Figueras. L'acte més entranyable de la Reunió va ser la presentació del llibre "Metges de nens. Un segle de Pediatria a Catalunya" per part dels seus autors, O. Casassas i J. Ramis. Al sopar de cloenda, hi va assistir l'Honorable Conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, X. Trias. Els actes lúdics es van celebrar el diumenge dia 9. Una part dels congressistes

van volar en globus per l'Alt Empordà, altres van fer un viatge en vaixell fins al cap de Creus i una representació molt reduïda (els qui ens agrada tocar de peus a terra) van caminar fins a la punta del cap Norfeu.

Curs 1993-1994

Aquest any no es va celebrar Reunió Anual perquè hi va haver el Congrés de Pediatres de Llengua Catalana (CPLC).

Curs 1994-1995

Els dies 2, 3 i 4 de juny es va celebrar al Montanyà (Seva) la III RA. El president d'honor va ser el Prof. Dr. J. Prats i Viñas i el president del Comitè Organitzador el Dr. J. Mauri i Puig. El programa científic va constar de tres taules rodones que van coordinar respectivament la Dra. R. Clivillé, "Què fan els infants a la nit?", el Dr. E. Tardío i Torio, "Terapèutica inhalatòria", i la Dra. T. M. Pascual, "Patologia genital i ginecològica de la nena". Hi van intervenir disset ponents. El debat interactiu "La televisió i els nens" va ser coordinat pel Dr. R. Vilalta i hi van intervenir cinc ponents. El Prof. J. Prats i Viñas va dictar la conferència extraordinària, «Vivències sobre la Pediatria». Es van presentar 74 comunicacions i 34 pòsters. A l'acte inaugural hi assistí l'Honorable Conseller de Sanitat X. Trias.

Hi hagué un concert de música clàssica a càrrec del Trio Novalis. Hi assistí la dibuixant Pilarín Bayés, que ens havia proporcionat el dibuix original que il·lustrà tots els programes i que és membre d'honor de l'SCP.

Per primera vegada es va celebrar la Festa del Soci, presentada per Anna López d'Aguileta i Jaume Mulet. Van intervenir-hi Ramon Martínez Callén, Jesús Broto, Xavier Lucaya, Ramon Sarget, Josep M^a Pujals i Isabel Sala. En total, hi va haver-hi 376 congressistes i 108 acompanyants.

1.2. Congressos o similars

Curs 1993-1994

6è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana

Es va celebrar amb gran èxit, els dies 27, 28, 29 i 30 d'abril a Illetes (Illes Balears), amb l'assistència de més de 300 congressistes i més de cent acompanyants. El president va ser el Dr. J. Cifre de Palma de Mallorca, i un dels quatre vicepresidents, el Dr. J. M. Casasa. Va constar de quatre ponències, coordinades respectivament per A. Gallart i Català, "Actualitzacions en Pediatria Pre i Postnatal", C. Servera Sitjar, "Actualitzacions en l'educació per a la salut i millora de la qualitat de vida", J. Brines i Solanes, "Avenços en malalties infeccioses", i J. Figuerola i Mulet, "Prevenició, diagnòstic i tractament en al·lèrgia pediàtrica"; dues Taules Rodones coordinades per J. Gasull i Rius, "Ortopèdia: esquena" i A. Femenia i Rius, "Avenços en cirurgia pediàtrica"; i un fòrum professional coordinat pel Dr. J. M. Paricio, "Coordinació pediàtrica especialitzada i atenció primària, de la teoria a la pràctica. El fet comarcal". Es van presentar 87 comunicacions lliures i 24 pòsters. Durant l'Assemblea General celebrada l'últim dia del Congrés es van aprovar les Ordinacions Generals dels Congressos de Pediatres de Llengua Catalana i la celebració del 7è Congrés l'any 1998 al País Valencià, amb el Dr. Francesc Asensi com a president i el Dr. Lluís Cerveró com a secretari.

XXV Reunió Anual de l'Associació Espanyola de Pediatria

Es va celebrar a Barcelona els dies 1, 2, 3 i 4 de juny. El president del Comitè Organitzador va ser J. M^a. Casasa; els vicepresidents C. A. Wenberg, N. Cobos i J. Argemí; el secretari J. M^a. Pujals; el vicesecretari J. Pou; el tresorer V. Molina; el vicesecretari F. Moraga i els vocals E. Amigó, J. Callabed, J. Carnicer, E. Escorihuela, S. García-Tornel i M. A. Grau. El president del Comitè Científic va ser N. Cobos, el vicepresident J. Argemí i els vocals J. Badia, J. Bràs, S. Liñan, J. M. Mauri, J. Pou, C. Rodrigo, E. Sarret i E. Tardío, i la secretària N. Corominas. Hi van haver deu taules rodones, dues ponències, una taula de debat, quatre conferències magistrals, 327 comunicacions i 335 pòsters. Van inscriure's 1.271 congressistes i 378 acompanyants. Se celebrà al Palau de Congressos de Montjuïc. El pressupost fou de 134 milions de pessetes. A l'acte inaugural hi van assistir el conseller X. Trias i Marta Ferrusola. El Dr. J. M^a. Pujals va presentar l'acte. La Locomotora Negra va fer una actuació amb components còmics. El dia 3 hi va haver un concert al Palau de la Música de l'Orquestra de Cambra de Sant Cugat, presentada per Roger Alier. Quan va acabar, les forces vives van anar a visitar el Cercle del Liceu, cridant l'atenció que hi havia encara una placa dels "Caídos por Dios y por España"; i que un dels socis era el conseller X. Trias. Al sopar de clausura, a la Sala Oval del Palau Nacional de Montjuïc, amb motiu dels 25 anys de reunions anuals de l'AEPE, es va entregar una placa al professor Peña.

1.3. Jornades internacionals

Curs 1992-1993

VIII Lliçó Pere Calafell

El 25 de febrer, va ser coordinada pel Dr. Xavier Demestre, i hi va inter-venir com a ponent la Dra. Claudine Amiel-Tison, de París amb el títol "El paper de la neurologia clínica en el període neonatal i en els primers anys de la vida". Van intervenir en la discussió els doctors O. Altirriba, M. T. Esqué, E. Fernández, J. Figueras i M. Tallada. Hi van assistir 325 professionals.

XXIX Jornada Internacional de l'SCP

El 22 d'abril, va ser coordinada pel Dr. J. Carnicer i hi va intervenir com a ponent el Prof. Emmanuel Lebenthal, de Filadèlfia amb la conferència "Diarrea crònica en el nen: passat, present i futur". Van intervenir en la discussió els Drs. Ll. Amat, N. Lambruschini, E. Martín, R. Tormo i P. Vilar. Hi van assistir 220 professionals.

Curs 1993-1994

IX Lliçó Pere Calafell

El 24 de febrer, va ser coordinada pel Dr. Josep Campistol, i hi va intervenir com a ponent Robert W. Blum de Minnesota (EUA) amb la conferència titulada "Seguiment del nen i adolescent amb malaltia crònica". Van intervenir en la discussió els doctors J. Cornellà, S. García-Tornel, i J. C. Suris.

XXX Jornada Internacional de l'SCP

Es va celebrar el 12-13 de maig i va ser coordinada pel Dr. J. Martínez-Mora amb el tema "Estats intersexuals". Van intervenir com a moderadors els doctors J. Reventós, L. Audi, L. Morales i el propi Dr. Martínez-Mora. Va comptar també amb la col·laboració dels doctors C. Sultan (Montpeller), N. Josso (París), P. Olivares (Madrid) J. Gracia (Saragossa) i A. Messeguer, N. Toran i A. Castellví (Barcelona).

Curs 1994-1995

XXXI Jornada Internacional de l'SCP

Va tenir lloc el 16 de febrer, coordinada pel Prof. Rafael Jiménez, i hi va intervenir com a ponent el Prof. J. Hernández, de la Universitat de Colorado. La conferència es va titular "Xoc neonatal". A la Taula de discussió hi van intervenir els doctors O. Altirriba, X. Carbonell, G. Figueras, X. Krauel, A. Mur i A. Natal.

X Lliçó Pere Calafell

Es va dur a terme el 30 de març, coordinada pel Dr. J. J. Ortega Aramburu, i hi va intervenir com a ponent el Prof. H. Riehm, de la Facultat de Medicina de Hannover, amb la conferència "Leucèmia: passat, present i futur".

1.4. Formació Continuada

Curs 1992-1993

XXXII Curs de Divulgació Pediàtrica

Es va celebrar els dies 14, 21 i 28 de gener i 4 de febrer, va ser coordinat pel Dr. J. Callabed i va portar el títol de "Pediatria Psicosocial". Va constar de quatre taules rodones, dues conferències, amb quatre moderadors i quinze ponents. Els moderadors van ser els Drs. J. Callabed, amb "El lactant i el nen petit"; F. A. Moraga, amb "El nen escolar"; C. A. Wennberg, amb "L'adolescent"; i J. M^a. Domènech, amb el tema "Pediatria social". La conferència de cloenda, a càrrec del Dr. Ll. Folch i Camarasa que portar per títol "Mancança afectiva", va ser extraordinària. La assistència va arribar als 198 pediatres.

III Curs d'Atenció a la Salut en el Nen

Va començar el dia 2 de febrer i va acabar el dia 27 de maig. Es van impartir trenta conferències i quatre taules rodones. El director va ser el Dr. J. M. Torrecasana. L'assistència va ser de 67 professionals.

Sessions ordinàries

En total s'han celebrat catorze sessions amb la col·laboració de disset coordinadors i cinquanta-cinc ponents. Els coordinadors van estar: J. M. Mauri, amb "Sessió de Pediatres de Comarques"; E. Camarasa, amb "Maneig de la mort sobtada infantil" (39 assistents); C. A. Wennberg, amb "Conclusions de l'enquesta sobre l'ús d'antibiòtics en assistència primària"; J. V. Hernández, amb "L'alimentació del nen"; P. Domínguez, amb "Sessió de residents: aportacions clíniques" (86 assistents); J. Mulet amb "Accidents en la infància: un repte per a pediatres i cirurgians"; J. Cornellà i F. Domingo amb "Els pediatres, vehicles de maltractament institucional?"; J. Argemí, amb "Pediatria i mitjans de comunicació"; J. Llorens, amb "Calendari de vacunacions. Noves vacunes" (50 assistents); J. Argemí i A. Bau, amb "Informatització de la consulta pediàtrica" (7 assistents); A. Fitó, amb "Osteomielitis" (61 assistents); J. V. Hernández, amb "L'adolescent i l'esport" (10 assistents); D. Van Esso i J. Bràs, amb "De l'atenció primària a l'hospital. Cap a nous models de relació"; i M. Iriondo, amb "Nous aspectes en neonatologia".

A més, l'SCP ha coordinat la formació continuada de vint-i-set centres pediàtrics de Catalunya.

Curs 1993-1994

XXXIII Curs de Divulgació Pediàtrica

Per primera vegada va constar de dos mòduls de formació continuada: un de pediatria hospitalària coordinat pel Dr. G. Pintos: "Reconeixement, tractament i evolució de la malaltia congènita", i un altre de pediatria extra hospitalària, coordinat pel Dr. J. Verdaguer: "Activitats preventives en pediatria extra hospitalària". Es va celebrar els dies 13, 20 i 27 de gener, 3 de febrer i 3, 10 i 12 de març, respectivament i va constar de vuit taules rodones i una conferència. Hi van intervenir vuit conferencians: el propi G. Pintos, amb "Malalties metabòliques congènites"; M. Roig, amb "Patologia dels òrgans intracel·lulars amb afectació neurològica i neuromuscular"; N. Cobos, amb "Evolució a llarg termini de les malalties congènites més freqüents"; C. Rodrigo, amb "Present i futur del tractament de les malalties congènites"; J. Bràs, amb "L'entrevista clínica pediàtrica en l'atenció primària"; M.E. de Muga, amb "Detecció precoç dels trastorns auditius i oculars en pediatria extra hospitalària"; C. Vilamala, amb "Prevenició i tractament de l'obesitat en pediatria extra hospitalària", i Ll. González-Trapote, amb "Detecció precoç i orientació dels trastorns ortopèdics en pediatria extra hospitalària".

Sessions ordinàries

En total s'han celebrat sis sessions, amb la col·laboració de sis coordinadors i vint-i-set ponents. Els coordinadors han estat: R. Tormo, amb "Dietes en situacions especials"; E. González Pascual, amb "Diagnòstics clínics relacionats amb l'artritis crònica juvenil"; V. Martínez Ibáñez, amb "La cirurgia en l'adolescència"; J.M^a Corretger, amb "La síndrome de Down: actualitzacions diagnòstiques i de control"; G. Ginovart, amb "Infeccions congènites i perinatals", i J. Pericas, amb "Freqüentació i medicalització: dos aspectes polèmics de l'atenció primària".

A més, l'SCP ha coordinat la formació continuada de trenta centres pediàtrics de Catalunya.

Curs 1994-1995

XXXIV Curs de Divulgació Pediàtrica

Va constar de dos mòduls de formació continuada: un de pediatria hospitalària, coordinat pel Dr. C. Luaces, que va tractar de "Urgències hospitalàries", i un altre de pediatria extra hospitalària, coordinat pel Dr. J. Sabrià, sobre "Factors socials i familiars de risc en el desenvolupament del nen". Es van celebrar els dies 12, 19, 26 de gener i 2 de febrer, i 2, 9 i 11 de març, respectivament i es van estructurar en vuit taules rodones amb vuit moderadors: J. Pou, amb "Urgències pediàtriques: problemes organitzatius i les seves conseqüències assistencials"; J. Nadal, amb "Actitud davant problemes freqüents a les urgències pediàtriques"; J. Iglésias, amb "El xoc. Diagnòstic i tractament a la unitat de cures intensives"; R. Baraibar, amb "Urgències neonatals"; I. Cid, amb "La família en la societat actual"; S. Pérez Fabra amb "Patologia de l'entorn familiar", i R. Pérez Olarte, amb "Família, desenvolupament infantil i atenció primària". Hi van participar vint-i-nou ponents.

Sessions ordinàries

En total s'han celebrat cinc sessions amb la col·laboració de sis coordinadors i vint-i-un ponents. Els coordinadors han estat els doctors Y. Fernández i J. M^a. Corretger, sobre "Malalties infeccioses, en la sessió de residents de pediatria"; J. Mateu i Sancho, sobre "Aspectes pràctics de les intoxicacions poc freqüents en pediatria"; M. Ros, sobre "L'atenció del nen quirúrgic a comarques"; C. A. Wennberg, amb "De la salut de la família a la felicitat del nen", i Santos Liñan, amb "Avaluació i maneig dels infiltrats pulmonars recorrents".

L'SCP ha coordinat la formació continuada en vint-i-cinc centres pediàtrics de Catalunya.

1.5. Sessions conjuntes

Curs 1992-1993

XXIV Reunió conjunta amb la S. de Pediatria d'Aragón, La Rioja y Soria

Es va celebrar a Sitges els dies 13 i 14 de març, sent el coordinador general el Dr. E. Tardío. Les dues taules rodones van ser moderades pels doctors M. A. Martín Mateos, sobre "Indicacions del tractament amb gammaglobulines", i A. Lacasa amb "Patologia de la cruïlla nas faríngia". Van comptar amb vuit ponents i 163 inscrits. El dinar de clausura, a l'Hotel Calípolis, va incloure un homenatge a la Dra. Maria Ferrer i Arnavat, veterana pediatra que va donar una xerrada amb el títol "El diumenge no va parar de ploure".

Sessió amb el Departament de Sanitat

Va tenir lloc el 29 d'abril i va ser moderada pel Dr. J. Ll. Taberner, comptant amb quatre ponents. El títol de la taula rodona va ser "Programes de salut infantil a Catalunya".

Curs 1993-1994

XXV Reunió conjunta amb la S. de Pediatria d'Aragó, La Rioja y Soria

Es va celebrar a Benasc els dies 16 i 17 d'abril, sent el coordinador general el Dr. J. Fuertes, d'Osca. Les dues taules rodones van ser moderades pels doctors M. Rodríguez Hierro, sobre "Problemàtica de la diabetis mellitus en la infància", i E. Escorihuela, sobre "Dermatologia infantil. Temes recents". Van comptar amb vuit ponents.

Sessió amb la Societat Catalana de Medicina de l'Esport

Va actuar de moderador el Dr. J. V. Hernández Gómez, tractant sobre "Lesions en nens esportistes". Van participar-hi sis ponents.

Sessió amb la Societat Catalana de Psiquiatria Infantil i l'Associació Catalana de Dislèxia

Va actuar de moderadora la Dra. M. A. Grau, en una Taula sobre "Dislèxia" en la que van participar-hi quatre ponents.

Sessió amb la Societat Catalana d'Endocrinologia i Nutrició

Van actuar de moderadors els doctors N. Potau i E. Vicens-Calvet, participant-hi onze ponents.

Sessió amb la Societat Catalana de Cirurgia Maxil·lofacial i Oral

Va actuar de moderador el Dr. J. A. García-Vaquero i hi van participar quatre ponents.

Curs 1994-1995

XXVI R. Conjunta amb la S. Pediatria d'Aragó, La Rioja y Soria

Va celebrar-se a Lloret de Mar els dies 6 i 7 de maig actuant com a coordinador general el Dr. D. Infante i com a coordinador local el Dr. J. Marés. Les dues taules rodones van ser moderades pels doctors A. Gallart, sobre "Diarrea aguda", i J. Alba Losada, sobre "Patologia esofagogastrica", i van comptar amb vuit ponents. Es van presentar deu comunicacions que van ser moderades pels doctors J. Macià i J. M. Calparsoro.

Sessió amb la Societat Catalana de Salut Pública, la Societat de Medicina Familiar i Comunitària i el Col·legi de Psicòlegs

Va actuar de coordinador el Dr. J. Esteve, amb la Taula "Perquè s'accidenten més els nens que les nenes? Debat per a una proposta d'investigació", en la que van participar-hi set ponents.

Sessió amb la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia

Reforçant el Programa de prevenció i control de la sida del Departament de Sanitat, es va muntar aquesta taula sobre "La infecció pel VIH com a problema de salut materno infantil". Van participar-hi tres ponents i va fer la presentació l'Honorable Conseller X. Trias.

1.6. Sessions addicionals

Curs 1993-1994

El dia 28 d'octubre es va celebrar la sessió "La formació continuada dels pediatres. Una proposta per a Catalunya", que va ser coordinada pel Dr. J. M^a. Bosch i Banyeras i van participar-hi quatre ponents.

Els dies 29, 30 i 31 d'octubre es va celebrar la Trobada de Pediatries de les Comarques de Ponent, coordinada pel Dr. J. Vidal i Bota amb l'exposició de casos clínics.

El dia 2 de novembre es va celebrar la sessió del VIII Curs de Formació Continuada de la Vegueria de Girona sobre el tema "Minories ètniques: problemàtica socio-sanitària, enfoc multidisciplinari" que va ser coordinada per N. Viñamata.

El dia 29 de gener es va celebrar la II Jornada de Residents de Pediatria de Catalunya, coordinada pels doctors E. Carreras, P. Domínguez i C. Luaces. Les taules rodones van ser moderades pels propis C. Luaces, amb "Panorama actual del Sistema MIR de Pediatria", i E. Carreras, amb "Qüestions problemàtiques a l'entorn dels sistemes MIR de Pediatria". Van intervenir-hi vuit ponents. S. Salcedo va pronunciar la conferència de clausura, sobre "Perspectives futures de la formació pediàtrica a través del sistema MIR a Catalunya".

El dia 12 de febrer es va celebrar la XIV Reunió de Serveis de Pediatria dels Hospitals Comarcals a Tortosa, sent el coordinador el Dr. J. Rosal, el tema "Assistència neonatal als Hospitals Comarcals" i els ponents els Drs. A. Moral, S. Martínez, J. Moralejo, i J. Mercè. El Dr. S. Salcedo va fer la conferència extraordinària sobre "Infeccions neonatals", i es van presentar vint-i-tres comunicacions lliures.

El 21 de maig es va celebrar la Sessió de Cloenda del IX Curs de Formació Continuada en Pediatria d'Osona i Ripollès a Seva; els coordinadors van ser els doctors E. Sellarès, C. Janés, i J. M^a. Mauri, i el tema "Dermatologia pediàtrica". Van participar-hi set ponents.

Curs 1994-1995

El dia 11 de febrer es va celebrar la III Jornada de Residents de Pediatria de Catalunya, coordinada per la Dra. Assumpta Amat. A la taula rodona sobre "Temes docents", van intervenir-hi els Drs. X. Allué, J. Picas i A. Presedo. A la taula rodona sobre "Temes laborals", G. Romera, I. Puig i S. Ruiz. Els professors R. Jiménez i F. Prandi van intervenir en la conferència extraordinària sobre "Futur de la Pediatria a la Unió Europea".

El dia 1 d'abril es va celebrar la XV Reunió de Serveis de Pediatria dels Hospitals Comarcals a Palamós. El coordinador va ser el Dr. J. Agulló, mentre que el Dr. E. Fernández Álvarez va coordinar la taula rodona sobre "Neuropediatria als hospitals comarcals", i R. Tormo va dictar la conferència extraordinària sobre "Perspectives de la gastroenterologia als hospitals comarcals". Van presentar-se vint comunicacions lliures, i van assistir-hi 102 pediatres.

El dia 6 d'abril es va celebrar la Sessió d'Hospitals dedicada a l'Hospital Casa Maternitat, en memòria del Dr. M. Carbonell i Juanico. Va coordinar-la el Dr. X. Carbonell, i van intervenir-hi quatre ponents.

1.7. Sessions extraordinàries

Curs 1992-1993

La Sessió Inaugural celebrada el 22 d'octubre, va ser dictada pel conseller de Sanitat, Xavier Trias, amb el títol "El Servei Català de la Salut: nou model de futur". Hi van assistir 97 pediatres.

La Sessió de Cloenda celebrada el 17 de juny, va ser dictada pel Dr. J. Brines, amb la conferència titulada "Diagnòstic i tractament de les pneumònies en l'assistència primària".

Curs 1993-1994

La Sessió Inaugural celebrada el 30 de setembre, va ser dictada pel Dr. Gonçal Figueras, amb el títol "Delinqüència infantil i juvenil a Catalunya".

La Sessió de Cloenda celebrada el 16 de juny, va ser dictada pel Dr. Ramon Bacardí, amb la conferència titulada "Pediatria... una quimera".

Curs 1994-1995

La Sessió Inaugural duta a terme el 6 d'octubre, va ser dictada pel Dr. Joan Ripoll, amb el títol "Aspectes semiòtics de la consulta pediàtrica".

La Sessió de Cloenda el 15 de juny, fou dictada pel Dr. Jaume Cifre, amb el títol "Consideracions sobre la pediatria integral".

2. Grups de treball

Curs 1992-1993

Grup de Prevenció d'Accidents. S'ha reunit deu vegades, la seva tasca s'ha centrat en l'estudi del factor humà en el "Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola", i "Educació dels professionals". Tenen representació en el Consell Assessor sobre Accidents en la infància, del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat. Han participat en diferents congressos. El seu coordinador va ser el Dr. J. Picanyol, i la coordinadora adjunta, E. Miguel. Consta de tretze membres.

Grup d'Estudi i Prevenció de la Mort Soltada Infantil. S'ha reunit una vegada per trimestre per tancar els casos de mort soltada infantil aplicant el Protocol d'Estudi Multidisciplinari, i

també durant la Reunió Anual de l'SCP. Han participat al Congrés Europeu de l'especialitat i en quatre sessions dels Cursos de Formació Continuada de l'SCP. El seu coordinador va ser el Dr. F. Camarasa, i el coordinador adjunt, el Dr. M. Martín. Consta de vint-i-vuit membres.

Grup sobre Adolescència. S'ha reunit una vegada al mes per tractar temes de la seva especialitat. Ha acudit al Congrés Nacional d'Adolescència a Santander i al Congrés Internacional celebrat a Vancouver i ha participat en els cursos sobre adolescència organitzats a l'Hospital Vall d'Hebron i a l'Hospital Sant Joan de Déu. El seu coordinador és el Dr. M. Á. Pujals i la Dra. M. A. Trinxant n'és la coordinadora adjunta. Consta d'onze membres.

Grup sobre Infància Maltractada. Ha fet una sessió científica; el seu coordinador és el Dr. A. Martínez-Roig, i consta d'onze membres.

Grup d'Atenció Primària. Ha fet vuit sessions i col·labora amb la Direcció General de Promoció de la Salut en l'elaboració d'una nova edició del Carnet de Salut Infantil i dels Protocols de Medicina Preventiva a l'Edat Pediàtrica. El coordinador és el Dr. J. Bràs, i consta de setze membres.

Grup d'Estudis Neonatals, ha fet set sessions. El seu coordinador és el Dr. J. Caritg, i el coordinador adjunt, el Dr. M. Iriondo. No tenen comptabilitzats el nombre de membres, per què és de lliure accés. El proper curs, la coordinadora serà la Dra. G. Ginovart i el coordinador adjunt, el Dr. J. Bel.

Grup d'Immunologia. Ha fet dues sessions, sent la coordinadora la Dra. T. Español, i consta de quatre membres.

Grup per a l'Estudi de l'Educació Física i l'Esport. Ha fet dues sessions; el coordinador és el Dr. J. V. Hernández, i consta de sis membres.

Curs 1993-1994

Grup de Prevenció d'Accidents. S'ha reunit deu vegades, i la seva tasca s'ha centrat en la continuació de l'estudi del factor humà en el "Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola" començat el curs passat. Han participat en un màster en «Educació d'Adults»; s'ha estudiat el pla "Comunitats Segures: detectors de fums en els habitatges, i accidentabilitat segons el sexe". El seu coordinador, que ha assistit a reunions a Cantàbria, Delft, Luxemburg i Amsterdam, és el Dr. J. Picanyol, i el coordinador adjunt, la Dra. E. Miguel. Consta de tretze membres.

Grup d'Estudi i Prevenció de la Mort Soltada Infantil. S'ha reunit una vegada per trimestre per tancar els casos de mort soltada infantil aplicant el Protocol d'Estudi Multidisciplinari. Ha organitzat el I Simpòsium Nacional sobre Mort Soltada Infantil (satèl·lit de la XXV Reunió Anual de l'AEP). Han participat al III Congrés Europeu de l'especialitat i en dues sessions dels Cursos de Formació Continuada de l'SCP. El seu coordinador és el Dr. F. Camarasa, i el coordinador adjunt, el Dr. M. Martín. Consta de trenta-un membres.

Grup sobre Adolescència. S'ha reunit una vegada al mes, ha protagonitzat quatre sessions científiques, entre les quals destaca la «Lliçó Pere Calafell». Han acudit a la V Reunió de la Secció d'Adolescència de l'AEP. El seu coordinador és el Dr. M. A. Pujals, i la coordinadora adjunta, la Dra. M. A. Trinxant. Consta d'onze membres.

Grup sobre Infància Maltractada. Ha programat tres sessions científiques dirigides als residents. El seu coordinador és el Dr. A. Martínez-Roig, i el coordinador adjunt, el Dr. E. Domingo. Consta de deu membres.

Grup d'Atenció Primària. Ha fet una reunió mensual i tres sessions científiques, té un apartat fix al Butlletí (Novetats terapèutiques), i ha col·laborat amb la Direcció General de Promoció de la

Salut en temes de divulgació. El coordinador és el Dr. J. Bràs, i la Dra. I. Cid n'és la coordinadora adjunta. Consta de deu membres.

Grup d'Estudis Neonatals. Ha fet set sessions. Els seus coordinadors són els Drs. G. Ginovart, J. Bel, J. Perapoch i J. L. Simon. No tenen comptabilitzat el nombre de membres, diuen que per ser de lliure accés.

Grup d'Immunologia. Ha fet dues sessions, la coordinadora és la Dra. T. Español, i consta de deu membres.

Grup per a l'Estudi de l'Educació Física i l'Esport. No ha enviat la memòria anual.

Curs 1994-1995

Grup de Prevenció d'Accidents. S'ha reunit deu vegades. Ha celebrat una sessió conjunta, ha participat a la Jornada sobre Prevenció d'Incendis i altres Accidents amb la conferència "La participació municipal i comarcal". S'ha inscrit com a membre de la International Society of Child and Adolescent Injury Prevention. Dos dels seus membres han preparat una unitat didàctica de seguretat viària per a nois i noies de 12 a 16 anys destinada a totes les escoles i el seu coordinador, el Dr. J. Picanyol, ha pres part en els treballs del Grup d'Estudi sobre Seguretat Viària Infantil. La coordinadora adjunta, continua sent E. Miguel. Consta de deu membres.

Grup d'Estudi i Prevenció de la Mort Sobtada Infantil. S'ha reunit una vegada per trimestre per tancar els casos de mort sobtada infantil aplicant el Protocol d'Estudi Multidisciplinari. Ha assistit al IV Congrés Internacional del European Society for Pediatric Infectious Diseases (ESPID), i ha aconseguit l'organització del VII Congrés a Barcelona. Participa al Projecte Europeu ECAS-95 i ha organitzat una conferència dictada per K. Fitzgerald, presidenta de la Fundació per a la investigació de la Mort Sobtada Infantil a Austràlia. El seu coordinador continua sent el Dr. F. Camarasa i el coordinador adjunt, el Dr. M. Martín. Consta ja de quaranta-un membres.

Grup sobre Adolescència. S'ha reunit una vegada al mes per tractar temes de la seva especialitat. Ha acudit al Congrés Nacional d'Adolescència a Santander i al Congrés Internacional a Vancouver i ha participat en els cursos sobre adolescència organitzats a l'Hospital Vall d'Hebron i a l'Hospital Sant Joan de Déu. El seu coordinador és el Dr. M. À. Pujals i la Dra. M. A. Trinxant en continua sent la coordinadora adjunta. Consta d'onze membres.

Grup sobre Infància Maltractada. Ha participat a les Jornades Internacionals de Serveis Socials del Departament de Benestar Social, a les XVI Jornades Espanyoles de Medicina Forense, a les Jornades de Dermatologia Pediàtrica de l'Hospital Vall d'Hebron i a les Jornades de l'Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM) de les Terres de Ponent. Ha assistit al 5è Congrés Europeu sobre Maltractaments Infants. Ha organitzat un curs sobre intervenció en les situacions d'abús sexual infantil dirigit al personal qualificat del Sistema Català de Serveis Socials. El seu coordinador és el Dr. A. Martínez-Roig i el coordinador adjunt, el Dr. F. Domingo. Consta de deu membres.

Grup d'Atenció Primària. Ha fet una reunió mensual i ha col·laborat en la realització del III Curs d'Infermeria Pediàtrica d'Assistència Primària. Continua tenint un apartat fix al Butlletí (Novetats terapèutiques), i ha fet el Mòdul Extra hospitalari del XXXIV Curs de Divulgació. Ha creat els subgrups següents: de sessions, de recerca, d'opinió pública, de docència i professional-institucional. El coordinador continua sent el Dr. J. Bràs i la Dra. I. Cid continua també com a coordinadora adjunta. Consta de divuit membres.

Grup d'Estudis Neonatals. Ha fet set sessions. Els seus coordinadors són els doctors J. Moreno i R. Martorell. Aquest any ja ha donat el nombre de participants habituals: consta de trenta-cinc membres.

Grup d'Immunologia. Ha fet una sessió de discussió de casos clínics i ha assistit a la Reunió Europea d'Immunodeficiències. De coordinadora continua la Dra. T. Español, i consta de deu membres.

Grup de Genètica Clínica i Dismorfologia. S'ha reunit una vegada al mes i ha fet un estudi dels defectes de la línia mitjana de la cara (llavi leporí i fenedura palatina) en els aspectes diagnòstics i genètics. També ha fet sessions de discussió de casos, proposant alguns protocols com els criteris diagnòstics proposats per M. Preus per a la síndrome de Cornèlia de Lange i la síndrome de Williams. El coordinador és el Dr. J. Antich i la coordinadora adjunta, la Dra. E. Gabau. Consta d'onze membres.

Grup per a l'Estudi de l'Educació Física i l'Esport. No ha enviat la seva Memòria anual.

3. Premis i beques

Curs 1992-1993

Premi Alexandre Frias i Roig

Hi van optar tres treballs, i va ser concedit als doctors C. Martí i Henneberg, V. Arija, J. Fernández, J. Salas i G. Cuco, de la Unitat de Recerca en Nutrició i Creixement Humà, de la Universitat Rovira i Virgili de Reus, per l'estudi "La evolución de la nutrición de los niños y adolescentes. Análisis longitudinal durante los últimos 10 años en una ciudad catalana".

Beques de l'SCP

Durant aquest curs es van atorgar les beques següents:

- Beca Societat Catalana de Pediatria per a una estada a l'estranger (500.000 ptes.), atorgada a la Dra. R. Pons.
- Beca Antics presidents per a un treball d'investigació (300.000 ptes.) atorgada a la Dra. A. Ma. Roca, pel treball "Estudio de la transmisión vertical del virus de la hepatitis C en los hijos de madres seropositivas para este virus. Seguimiento de 12 meses".
Accèsit a la Beca Antics presidents (100.000 ptes.), atorgada als doctors J. C. Suris, N. Parera i C. Puig, pel treball "Enquesta de salut als adolescents de Barcelona".
- Beca per als pediatres de comarques (60.000 ptes.), per a la formació en caràcter de reciclatge, atorgada als pediatres J. Bosch (Lleida) i N. Esteva (Vic).
- Beques per assistència a congressos: durant aquest curs es van convocar vuit beques per assistir a la XVIII Reunió de la Secció de Gastroenterologia i Nutrició Pediàtrica de l'AEP, a celebrar a Santiago de Compostel·la i no hi va haver cap petició.

Curs 1993-1994

Premi Alexandre Frias i Roig

Hi van optar dos treballs, i va ser concedit al Dr. E. Martín, de l'Hospital Sant Joan de Reus, per l'estudi "Dolor abdominal recidivante e intolerancia a la lactosa".

Premi Pere Calafell de Pediatria

Hi van optar quatre treballs, i va ser concedit als doctors A. López de Aguilera, J. M^a. Mauri, E. Sellarés, M. A. Peix, P. Domènech, J. Penella, i J. Prat, per l'estudi "Intoxicació per plom. Cribatge de la població infantil mitjançant determinació de protoporfirina zinc eritrocitària".

Beques de l'SCP

Durant aquest curs es van atorgar les beques següents:

- Beca Societat Catalana de Pediatria per a una estada a l'estranger (500.000 ptes.): es van presentar dues sol·licituds i es va atorgar a la Dra. M. Artigas.
- Beca Antics presidents per a un treball d'investigació (300.000 ptes.): es van presentar sis treballs i es va atorgar als doctors R. Aledo, A. Carrascosa, M. Gussinyé i A. Messegué, pel treball "Anàlisi de les mutacions del gen de la 21-hidroxilasa en pacients amb hiperplàsia suprarenal congènita. Diagnòstic familiar i prenatal".
Accèsit a la Beca Antics presidents (100.000 ptes.), atorgada als doctors M. Thió, J. Figueras, R. Jiménez, C. Martí-Henneberg, J. Salas i S. Valtuetia, pel treball "Gasto energético y balance de nutrientes en recién nacidos con falta de medro secundaria a una cardiopatía congénita: efecto de una alimentación enteral hipercalórica".
- Beca per als pediatres de comarques (60.000 ptes.), per a la formació en caràcter de reciclatge, atorgada al Dr. E. Heras. S'havien convocat sis beques.
- Beques per assistència a congressos: durant aquest curs es van convocar beques per assistir a la XIX Reunió de la Secció de Gastroenterologia i Nutrició Pediàtrica de l'AEP. Hi havia vuit beques i només va haver-hi una sol·licitud, que va ser complimentada. Per la XXIV Reunió Anual de l'AEP (Múrcia) hi havia setze beques i només van haver-hi cinc sol·licituds, que van ser complimentades. Per la XXV Reunió Anual de l'AEP (Barcelona) hi havia setze beques i vint-i-dues sol·licituds, i es van donar les setze beques.

Curs 1994-1995

Premi Alexandre Frias i Roig

Només s'ha presentat el treball dels doctors R. Tormo i D. Infante (Unitat de Gastroenterologia Pediàtrica de l'Hospital de la Vall d'Hebron), amb el títol "Deficiència de vitamina E y genotipo de la fibrosis quística de páncreas. Creatinuria como marcador de deficiencia".

Premi Pere Calafell de Pediatria

Hi van optar tres treballs. Es va concedir als doctors E. Martín, S. Rodríguez, V. Olles, D. Llibre, I. Rovira, A. Solsona, A. Herrero, M. A. Pal (CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa), per l'estudi "Detecció de la prevalença de malaltia celíaca en grups de risc mitjançant estudi serològic".

Beques de l'SCP

Durant aquest curs es van atorgar les beques següents:

- Beca Societat Catalana de Pediatria per a una estada a l'estranger (500.000 ptes.) declarada deserta per manca de sol·licitants.
- Beca Antics presidents per a un treball d'investigació (300.000 ptes.): es van presentar set treballs i es va atorgar als doctors C. Molinero, J. Figueras i A. Molinero, pel treball "Profilaxi farmacològica de l'encefalopatia neonatal post asfíxia en rates".

Accèssit a la Beca Antics presidents (100.000 ptes.), atorgada als doctors D. Infante i R. Tormo, pel treball "Valoración del tratamiento con interferón alfa 2b de la hepatitis crónica por virus C en pediatría".

- Beca per als pediatres de comarques (60.000 ptes.), per a la formació en caràcter de reciclatge, atorgada al Dr. M. Hermoso. S'havien convocat sis beques.
- Beques per assistència a congressos: durant aquest curs es van convocar beques per assistir a la XIX Reunió de la Secció de Gastroenterologia i Nutrició Pediàtrica de l'AEP; hi havia vuit beques i només va haver-hi dues sol·licituds, que van ser complimentades (els doctors E. Camacho i A. Soriano).

4. Assemblees extraordinàries

Curs 1993-1994

Durant aquest curs es van celebrar tres assemblees extraordinàries. La primera, el dia 18 de novembre de 1993, per aprovar la modificació dels Estatuts de la Societat. Es van modificar els articles 4t, 5è i 6è del capítol II referent als socis; els articles 11è i 12è del capítol III referent a la Junta Directiva i l'article 38è del capítol V referent a la part econòmica. En resum, es va canviar la definició de membre numerari i membre agregat, es van reconèixer els grups de treball, es va crear una comissió elegida pels metges residents de pediatria de manera que el seu coordinador formarà part de la Junta Directiva com a membre amb veu però sense vot, es respectarà, per a l'elecció de la triada president i vicepresidents, el càrrec que, previ acord entre ells, hauran establert, per l'elecció de la triada presidencial es podrà votar per correu i els membres numeraris de més de 70 anys o els d'honor seran designats exempts de pagament quan ho sol·licitin per escrit.

La segona i la tercera assemblees extraordinàries (dies 22 de març i 14 d'abril) es van celebrar per aprovar els Estatuts de la Fundació Catalana de Pediatria, és a dir, de la Fundació que dona suport a la Societat.

5. Altres temes

Curs 1992-1993

La Junta es va reunir 10 vegades durant aquest curs. Es va publicar el llibre "Metges de nens: Cent anys de pediatria a Catalunya", escrit pels doctors

O. Casassas i J. Ramis. És la història de la nostra Societat.

El nostre expresident O. Casassas va ser guardonat per la Generalitat amb la Creu de Sant Jordi.

Es van aprovar les Normes de funcionament dels Grups de Treball de la SCP.

Es va crear el nou Grup de Treball sobre l'Adolescència, amb el Dr. J. C. Suris com a coordinador.

Es van enviar els fulls «Com de passada» (números del 19 al 27) escrits pel Dr. O. Casassas.

Continua una excel·lent col·laboració entre l'SCP i el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya: va sortir una nova edició dels Consells de Puericultura, revisada per membres de la Societat. Es treballa per fer un nou Carnet de Salut i en els Protocols de Medicina Preventiva a l'Edat Pediàtrica. S'està representat a diferents comitès d'experts. S'aconsegueix que Salut Pública proporcioni gratuïtament les vacunes triple vírica i anti poliomielitís als pediatres privats que les necessitessin.

El Butlletí de la SCP continua augmentant la seva qualitat.

Fins a l'any 1991, a la Junta de la Societat només hi havia hagut cinc metgesses pediàtres. No més en el proper curs n'hi haurà quatre, gairebé el 50% més de les que hi havia hagut durant tota la seva història.

Durant aquest curs, el nombre total de socis de l'SCP va augmentar en 55, una vegada restades les baixes i les defuncions. En total hi havia 1.321 socis.

Es va informatitzar adequadament la Secretaria de la Dra. Natàlia Corominas, la nostra gran secretària, la qual cosa facilitarà molt la seva feina.

Curs 1993-1994

La Junta de l'SCP es va reunir les deu vegades reglamentàries durant aquest curs. A més, es van celebrar reunions innombrables per preparar la Reunió Anual de l'AEP, la modificació dels Estatuts i els Estatuts de la Fundació.

Durant aquest curs va entrar a la Junta, amb veu i sense vot, un representant dels metges residents de Pediatria. Es tracta de la Dra. Y. Fernández.

El llibre "Metges de nens: Cent anys de pediatria a Catalunya", es va presentar finalment el dia 24 de maig al Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya.

El Dr. S. Selga va rebre el Premi Jordi Gol de l'ACMCB.

El Dr. i antic president F. Prandi ha celebrat el XXV Curs de Pediatria Extra-hospitalària i ha rebut la medalla Francesc Macià de la Generalitat de Catalunya.

S'han continuat enviant els fulls "Com de passada" escrits pel Dr. O. Casassas, des del número 28 ("No hi ha roses sense espines") fins al número 36 ("Adéu-siau").

S'ha creat el nou Premi Pere Calafell de Pediatria, patrocinat per Nestlé i dedicat a la investigació en l'àmbit de l'atenció primària.

Durant els mesos de març i abril, 136 socis agregats van passar a numeraris en aplicació de la reforma dels Estatus aprovats en Assemblea Extraordinària. Durant aquest curs el nombre total de socis de l'SCP va augmentar en dotze, una vegada restades les baixes i les defuncions. En total hi havia 1.336 socis. Per primera vegada som la societat de l'ACMCB amb més socis, després de passar davant de la Societat de Medicina Interna.

El mes de febrer de 1994 es va donar de baixa com a soci de l'SCP el Dr. À. Ballabriga a petició pròpia.

S'està treballant per a la constitució de la Fundació Catalana de Pediatria, per donar el degut suport econòmic a la Societat.

El dia 10 de juny, la Junta Directiva de l'SCP va ser rebuda en audiència pel President de la Generalitat de Catalunya, el Molt Honorable Sr. J. Pujol.

El saldo bancari de l'SCP el dia 31 de maig de 1994 era de 3.972.997 pessetes.

Curs 1994-1995

Durant el curs 1994-95 la Junta de l'SCP es va reunir les onze vegades reglamentàries. A més, es van celebrar diverses reunions extraordinàries per preparar els Estatuts de la Fundació i la seva presentació oficial.

El dia 21 de desembre de 1994 va tenir lloc l'acte de signatura de la carta fundacional de la Fundació Catalana de Pediatria i el dia 26 d'abril de 1995 va tenir lloc l'acte de la seva presentació oficial a la Sala d'Actes del Departament de Sanitat de la Generalitat. Aquests acte va ser conduït per l'Honorable Conseller de Sanitat Dr. X. Trias i va comptar amb la presència de la Sra. M. Ferrusola com a presidenta del Comitè d'Honor de la Fundació i de la flor i nata de la pediatria catalana.

El dia 8 de juny el president i el secretari van presentar la Fundació al programa de TV3 Bon dia Catalunya.

El nostre consoci Dr. J. Ramis va ser elegit, per aclamació, nou president de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, en la Junta Consultiva del dia 30 de gener de 1995.

La Societat Catalana de Sexologia i el Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola ha convocat un premi d'experiències pedagògiques en matèria d'educació sexual i afectiva a l'escola, que porta el nom del nostre consoci Eudald Maideu.

Durant aquest curs es va constituir el nou Grup de treball sobre Genètica Clínica i Dismorfologia.

El Dr. E. Marques serà l'encarregat d'organitzar la IV Reunió Anual de l'SCP a les Terres de l'Ebre.

La Junta es va reunir amb el Dr. R. Prat de Salut Pública i els senyors J. Tort i C. Beni del Departament d'Ensenyament de la Generalitat per defensar el paper dels pediatres en el Pla d'Educació Escolar.

Representants de la Junta es van reunir dues vegades amb el Dr. Lluís Salleras, director general de Salut Pública per tractar de la implementació de la vacunació anti-Haemophilus Influenzae.

Es va col·laborar en l'elaboració dels Protocols d'Assistència Primària de la Direcció General de Salut Pública.

Malgrat la tramesa del Butlletí de l'ACMCB, la Societat va continuar enviant als seus socis el full informatiu mensual.

Durant aquest curs el nombre total de socis de l'SCP va augmentar en vint-i-set, una vegada restades les baixes i les defuncions. En total hi ha en aquest moment 1.363 socis. Per segon any consecutiu vam ser la Societat de l'ACMCB amb més socis.

El compte d'explotació del curs 1994-95 donava un saldo positiu de 2.229.785 ptes.

Es fa constar l'agraïment més sincer a la Dra. Natàlia Corominas per la seva indispensable col·laboració durant els quatre anys del mandat de secretari.

Secretaria 1995-1996 / 1998-1999

Esteve Amigó

1. Activitats científiques

1.1. Reunions Anuals de l'SCP

Curs 1995-1996

IV Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Es va celebrar els dies 31 de maig i 1 i 2 de juny del 1996 al Castell de la Suda de la ciutat de Tortosa, presidida pel Dr. Emili Marquès. Es va donar el vistiplau al Dr. Gomà i als companys de les Terres de Ponent per organitzar la V Reunió Anual de l'SCP.

Curs 1996-1997

V Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Va tenir lloc a la ciutat de Lleida, la primavera del 1997, coincidint amb el 700 aniversari de la fundació de l'Estudi General de Lleida, i assolí un rècord de participació. Una vegada més, va demostrar el seu alt nivell científic i l'arrelament que, any rere any, va adquirint com a acte social entre els nostres associats i acompanyants.

Durant els actes de la Reunió Anual, es féu entrega de l'estatueta de l'SCP al Dr. Josep M. Casasa, com a expresident. També van ser nomenats membres de mèrit els doctors Santiago Solsona i Jaume Melcior (aquest darrer a títol pòstum).

Durant el sopar de la Festa del Soci, la Dra. Josepa Rivera va fer la presentació de la VI Reunió Anual, prevista pel maig del 1998, a la ciutat de Sabadell. Per la seva part, el Dr. Francesc Asensi, de València, va presentar el 7è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana, a celebrar del 21 al 24 d'octubre de 1998 en terres d'Alacant.

Curs 1997-1998

VI Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Es va celebrar els dies 15 i 16 de maig de 1998 a Sabadell, coordinada per la Dra. J. Rivera. En el decurs de l'acte, la Junta Directiva va decidir atorgar al Dr. Xavier Demestre l'organització de la propera i VII Reunió Anual per a la primavera del 1999.

Curs 1998-1999

VII Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Es va celebrar a Sitges els dies 28 i 29 de maig, sota la presidència del Dr. X. Demestre. Amb un total de 515 inscrits, més que mai a aquestes reunions. La oferta científica va ser de quatre tallers pre-reunió: 1. Reanimació cardiopulmonar, coordinat per la Dra. P. Rivera; 2. Radiologia convencional i tècniques per la imatge, amb els Drs. X. Lucaya i C. Aso; 3. Dermatologia, amb els doctors X. Noguera i E. Baselga; i 4. Traumatologia i petita cirurgia d'urgència, a càrrec del Dr. L. Terricabras. Dues taules rodones: 1. El nen amb patologia crònica. Repercussió a l'edat adulta, amb els doctors amb J. Cubells, M. Boronat, C. Arnal, M. Rissech i J. Mulet

i 2. Ètica en pediatria, amb F. Prandi, V. Molina, J. Cornellà, J. Sánchez de Toledo i F. Abel. Dos panels d'experts: 1. Neurologia i desenvolupament, amb E. Fernández Álvarez i M. Roig i 2. Malalties infeccioses, amb G. Figueras, J. M. Bertran, C. Rodrigo i P. Sala. A més, hi hagué una conferència de cloenda sobre "La cirurgia pediàtrica a Catalunya", a càrrec del Dr. I. Claret. Es van presentar 156 pòsters i comunicacions.

L'organització de la reunió anual del curs següent es va concedir al Dr. Carles Martí Henneberg.

1.2. Congressos o similars

Congressos de Pediatres de Llengua Catalana (CPLA)

Curs 1995-1996

Durant el curs es van nomenar els vocals per al Comitè Organitzador del proper CPLC. En tot moment es va mantenir una estreta col·laboració amb el Comitè Organitzador del Congrés a celebrar la tardor del 1998, i ens vam posar a la seva disposició per a les tasques d'organització i promoció. La SCP sempre ha tingut un paper important en la promoció i organització dels diferents CPLC. El seu volum participatiu ha estat preponderant en cadascuna de les diferents cites, indiferentment de la localització en què tinguessin lloc. Així també, a títol individual, diversos membres de la SCP han participat en els diferents congressos de metges i biòlegs de llengua catalana.

La col·laboració de la SCP a l'èxit del 7è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana, que tingué lloc a El Penya Segat, a El Campello (l'Alacantí), del 21 al 23 d'octubre del 1998, palesà una vegada més aquest fet. El Dr. Josep Argemí i Renom, president en aquells moments de l'SCP, en fou un dels dos vicepresidents i van actuar com a vocals en el Comitè Organitzador els nostres socis Josep Bràs, Francesc Domingo, Jaume Macià i Jordi Pou. Es parlà de celebrar el proper congrés a la ciutat de Perpinyà (Catalunya del Nord).

Congrés del European Society for Pediatric Infectious Diseases (ESPID). Curs 1996-1997

Durant aquest curs se celebrà el VIIè congrés sota la batuta del Grup d'Estudi i Prevenció de la Mort Sobtada Infantil.

1.3. Jornades internacionals

Curs 1995-1996

XI Lliçó Pere Calafell

Amb el títol "Infeccions neonatals", impartida pel professor Thomas de Rubio i moderada pel Dr. Carbonell.

XXXII Jornada Internacional

Amb el títol "És l'osteoporosi una malaltia que concerneix els pediatres?" a càrrec del professor G. E. Theinz, moderada pel professor A. Carrascosa.

Curs 1996-1997

XII Lliçó Pere Calafell.

Aquest curs, anà a càrrec del prof. Heikki Peltola, de la Universitat de Hèlsinki, amb el títol "Vaccins i meningitis bacterianes", sent coordinada pel Dr. Ferran A. Moraga.

XXXIII Jornada Internacional

A càrrec de la professora Frances P. Glascoe, amb el títol "Escoltar els pares", coordinada pel Dr. Carles Wennberg.

Curs 1997-1998

XIII Lliçó Pere Calafell

Anà a càrrec del professor A. Aicardi, amb el títol «Les malformacions corticals i les seves manifestacions clíniques en el nen, moderada pel Dr. E. Fernández-Álvarez.

XXXIV Jornada Internacional

Fou impartida pel Prof. Mac Cracken, amb el títol "Tractament de les meningitis bacterianes", moderada pel Dr. V. Pineda.

1.4. Formació continuada

XXXV Cursos de Divulgació Pediàtrica

Curs 1995-1996

Dividit en dos mòduls: hospitalari i extra hospitalari, amb un total de set sessions. El Bloc 1: Mòdul hospitalari. "El pediatra davant les indicacions quirúrgiques. Connexió pediatria-cirurgia pediàtrica". Moderat pel Dr. Lluís Morales.

El Bloc 2: Mòdul Extra hospitalari. "Teràpia mèdica i quirúrgica en assistència primària", moderat per la Dra. M.J.Torregrosa.

Així mateix, l'SCP va coordinar la Formació Continuada en vint-i-vuit centres de Catalunya, sota el patrocini del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, comptant amb la col·laboració dels vocals i altres socis de les diverses vegueries on han estat impartits els cursos.

Curs 1996-1997

També dividit en dos mòduls, el Bloc 1: Mòdul hospitalari. "Reumatologia pediàtrica", moderat pel Dr. J.M^a Mauri, i el Bloc 2: Mòdul Extra hospitalari. "El pediatra d'atenció primària davant els nous sistemes de gestió i avaluació", moderat pel Dr. J. Iglésias.

Altres activitats dutes a terme en les vuit vegueries en què està dividida la SCP es detallen en les seves respectives memòries.

Sessions ordinàries que van tenir lloc durant el curs van ser dues de caire general, una sessió i una jornada dedicada als metges residents, més una de cirurgia.

Alhora, es consolidà el PADP (Programa d'Autoavaluació Docent en Pediatria) com a eina de formació continuada i es posaren en marxa les Microresidències.

El dia 18 de setembre del 1997, abans de la Sessió Inaugural, ja s'iniciaren les activitats acadèmiques amb una Sessió Ordinària Odontològica, a la qual seguiren vuit sessions ordinàries més i una Jornada i una Sessió de Metges Residents.

La Junta de Govern acordà la preparació del Curs Intensiu d'Actualització Pediàtrica (CIAP), alhora que la seva descentralització. El 1998-1999, s'impartiren dos cursos de CIAP i sis de reanimació cardiopulmonar (RCP), i es confirmà l'èxit de les Microresidències i del PADP.

1.5. Sessions conjuntes

Curs 1995-1996

Tres sessions conjuntes amb la Direcció General de Salut Pública.

Una sessió amb l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Una reunió conjunta amb la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria, a la ciutat de Jaca.

Curs 1996-1997

Sessions conjuntes en diversos àmbits i amb diverses entitats, com ara el Comitè Assessor de Vacunes de l'AEP.

Societat Catalana d'Al·lèrgia i Immunologia Clínica; Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia; Societat Catalana de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica.

Reunió conjunta amb la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria, a la ciutat de Vilafranca del Penedès i coordinada pel Dr. Felipe Escorihuela.

Curs 1997-1998

A la ciutat de Saragossa se celebrà la tradicional reunió amb la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria.

Una altra sessió comptà amb la participació de la Societat Catalana de Malalties Infeccioses. A la Universitat Pompeu Fabra tingué lloc un acte acadèmic convocat per la Comissió de la Infància de Justícia i Pau, amb participació de l'SCP.

Tingué lloc, amb la col·laboració de l'SCP, la Jornada Activa de Pediatria, a la vila de Roses.

Curs 1998-1999

Sense informació del curs 1998-1999.

1.6. Sessions addicionals

Curs 1995-1996

La sessió dedicada a un hospital ha estat per a l'Hospital del Mar, en memòria del Dr. Josep M. Sala i Ginabreda.

XV Serveis de Pediatria d'Hospitals Comarcals. La sessió va ser organitzada per l'Espitau Val d'Aran, amb els títols "La relació entre la Pediatria als hospitals comarcals i l'atenció primària, a debat" i "Cardiologia Pediàtrica als hospitals comarcals".

L'atenció als metges residents s'ha reflectit en una sessió i una jornada.

Curs 1996-1997

XVI Reunió de Pediatria dels Hospitals Comarcals. La ciutat de Valls la va acollir, sota la coordinació de la Dra. Pilar Terrades. Els temes varen ser "Patologia neonatal a tractar en un hospital comarcal" i "La reforma sanitària a debat. Estem en el camí?".

A l'Hospital de Girona Dr. Josep Trueta, coordinada per la Dra. Carme Planell, s'hi celebrà una sessió en memòria del Dr. Pompeu Pascual i Carbó.

Curs 1997-1998

La XVIII Reunió de Pediatria dels Hospitals Comarcals, va estar organitzada pel Servei de Pediatria de l'Hospital Comarcal de Sant Bernabé de la ciutat de Berga i coordinada pel Dr. Xavier Giner, amb el títol "Malalties nefrourològiques de detecció prenatal. Diagnòstic per la imatge".

Curs 1998-1999

XVIII Reunió de Pediatria dels Hospitals Comarcals

Va estar organitzada per la Dra. M. Carrera a l'hospital de la seu d'Urgell, tractant el tema "Actualitzacions en Patologia dermatològica".

Els tallers de treball també han estat una activitat formativa dins l'SCP. A tall d'exemple, entre els anys 1997 i 1999 se'n van fer deu, dedicats als més diversos temes, un d'ells a Internet.

1.7. Sessions extraordinàries

Curs 1995-1996

Sessió Inaugural

El dia 16 de setembre de 1995, es va celebrar, amb conferències a càrrec dels doctors F. Oski: "Deficiència de ferro, una malaltia multiorgànica", i B. A. Wharton: "Nutrició en el nen petit. Problemes i prioritats", moderades pel Dr. J. Argemí.

Sessió de Cloenda

El 13 de juny de 1996, va estar a càrrec del prof. J. Boix Ochoa, amb el títol "El reflux gastroesofàgic. Un viatge en el temps".

Curs 1996-1997

Sessió Inaugural

Tingué lloc el dijous 3 d'octubre, a càrrec de la Dra. F. Ballesta, amb el títol "Genètica i Pediatria. Present i futur".

Sessió de Cloenda

El 15 de Juny de 1997, va ser encarregada al Dr. Antonio Baldellou, de la Sociedad de Pediatria de Aragón, La Rioja y Soria, amb el títol "Errors congènits del metabolisme: una responsabilitat del pediatra".

En el mateix acte es va fer entrega dels diplomes als coordinadors de les sessions del curs acadèmic i es van nomenar membres de mèrit els doctors Ramon Bacardí Pons i Salvador Pérez Fabra.

Curs 1997-1998

Sessió Inaugural

El 2 d'octubre de 1997, va tenir lloc amb la conferència del Prof. M. Bueno, "Mecanismes genètics de l'obesitat".

Sessió de Cloenda

El 18 de Juny de 1998, a càrrec del Dr. E. Tardío, sobre "Art i Pediatria".

Curs 1998-1999**Sessió Inaugural**

Es va celebrar el 8 de Octubre de 1998 amb el títol "Reflux vesicoureteral al segle XXI. D'on venim i a on anem" a càrrec del Dr. R. Gosàlbez Jordà.

Sessió de Cloenda

Es va celebrar el 18 de Juny de 1999 amb el títol "Assistència del nen amb càncer: ahir i avui", a càrrec del Dr. J. Cubells Rieró.

2. Grups de treball**Curs 1995-1996**

A banda de les activitats de tipus general, dins l'SCP van funcionar durant el curs deu grups de treball, incloent-hi el Grup de Nefrologia Pediàtrica, incorporat el maig del 1996, que es van reunir periòdicament per tractar temes de les seves respectives subespecialitats i competències. Aquestes activitats es constaten en les diverses memòries que cada grup va trametre a final de curs.

Curs 1996-1997

Durant el curs van fer en conjunt més de seixanta reunions per tractar els temes més diversos. Una prova d'aquest dinamisme es palesa en la incorporació durant aquest any acadèmic de quatre nous grups de treball: *Grup d'Estudi i Promoció de l'Alletament Matern*, *Grup de Malalties Infeccioses Pediàtriques*, *Grup d'Urgències Pediàtriques* i *Grup de Cirurgia Pediàtrica*.

Amb aquestes darreres incorporacions, a finals de curs funcionaven catorze grups de treball a la SCP.

Curs 1997-1998

La gran vitalitat d'aquests grups es demostra en les més de vuitanta reunions fetes en conjunt, i que resten reflectides en les memòries respectives.

Van funcionar disset grups de treball, amb la incorporació del *Grup de Cures Intensives* i del *Grup d'Endocrinologia*.

El 27 de novembre de 1997 tingué lloc la taula rodona «Presentació dels resultats de l'enquesta sobre l'ampliació de l'edat pediàtrica». Aquesta enquesta es va preparar entre els grups de treball d'Assistència Primària i d'Adolescència per copsar el sentir dels pediatres, i tractar de conèixer el seu parer sobre els avantatges i els inconvenients de la proposta.

Publicació del llibre *Pediatria en Atenció primària*, a càrrec del Grup d'Assistència Primària.

Curs 1998-1999

Incorporació del *Grup de Pneumologia*.

3. Premis i beques

Curs 1995-1996

Durant aquest curs es van atorgar diverses beques i premis. El premi Alexandre Frias i Roig, i el premi Pere Calafell, patrocinats per Nestlé, tres beques, una d'estada a l'estranger, una d'antics presidents, i una de pediatres a comarques, patrocinades per la Fundació Catalana de Pediatria i trenta-dues beques per assistir a reunions i congressos patrocinades per Ordesa (24) i Nestlé (8).

Curs 1996-1997

Beca Societat Catalana de Pediatria per a una estada a l'estranger i beques per als Pediatres de comarques, dotades per la Fundació Catalana de Pediatria. Beca Antics presidents, dotada per MILTE. Premi Pere Calafell i premi Alexandre Frias i Roig, dotats per Nestlé. Diverses beques per assistir al XXVII Congrés de l'AEP, dotades per Nestlé i Ordesa, i beques per assistir a les reunions anuals de les seccions de Neonatologia i Gastroenterologia de l'AEP, dotades per ORDESA.

Creació per part de la Fundació d'un premi a una tasca anònima en favor de la infància.

Curs 1997-1998

Per primera vegada es va fer lliurament del premi Fundació Catalana de Pediatria en el decurs de l'Acte Social de la Fundació, celebrat el desembre del 1997 al Casal del Metge. L'acte comptà amb la intervenció del reconegut pianista Lucky Guri.

Curs 1998-1999

El premi Alexandre Frias i Roig va quedar desert.

Es van concedir vuit beques per assistir a congressos.

El 26 de novembre de 1998 va tenir lloc al Casal del Metge l'Acte Social de la Fundació Catalana de Pediatria, en el decurs del qual es va fer lliurament del premi Fundació Catalana de Pediatria.

4. Assemblees extraordinàries

Curs 1996-1997

Assemblea General extraordinària per aprovar una modificació dels estatuts, per tal d'adaptar les quotes dels socis a aportacions a la Fundació Catalana de Pediatria. La Fundació de la SCP ha permès aconseguir un increment patrimonial i un incipient patrimoni cultural.

Fundació de la SCP: el mes de novembre de 1995 inicià les seves activitats la Fundació Catalana de Pediatria, que el 8 de maig de 1996, al Casal del Metge, celebrà el seu primer acte social.

Curs 1998-1999

Es van celebrar dues assemblees extraordinàries. El mes de març de 1999, per incrementar les quotes, i en el decurs de la darrera reunió de la Societat, celebrada a Sitges el 29 de maig de 1999, per aprovar els nous estatuts.

5. Altres temes

A més de la participació en sessions científiques conjuntes, la SCP ha col·laborat amb organismes i estaments oficials. De manera habitual, amb el Departament de Sanitat i, concretament en l'elaboració de les Guies per a la Prevenció i Control de la Tuberculosi i la Guia d'Actuació en casos de maltractaments infantils.

Publicació del llibre *Atenció Sanitària i Entorn Familiar*, amb la participació de diversos membres de la SCP.

Elaboració del Programa de seguiment del nen sa.

Publicació dels Protocols de Medicina Preventiva a l'edat pediàtrica.

Participació en el Programa d'autoavaluació docent en pediatria (PADP).

Inici de contactes amb la Fundació de la Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona per una possible col·laboració en un Programa de Prevenció de les Drogodependències i la Sida.

Durant el curs 1996-1997, consolidació i increment de la presència en estaments i organismes oficials. N'és una mostra la col·laboració amb la Fundació la Caixa per la publicació del fulletó "Parlar de la sida amb els nostres fills".

Participació en l'estudi i aportació d'esmenes de la nova Llei d'adopcions, i inici de la col·laboració amb la Sindicatura de Greuges per temes relatius amb la infància.

Col·laboració, el curs 1997-1998, amb el Centre Cochrane.

Col·laboració amb l'Ajuntament de Barcelona per a un projecte educatiu i altres qüestions.

Presència als Tribunals de l'ICS per adjudicació de places de pediatria, així com a l'Associació per a l'ensenyament de la pediatria a Europa.

Com és habitual, l'estreta relació amb el Departament de Sanitat i de Seguretat Social, i de manera específica amb la Direcció General de Salut Pública, va propiciar la intervenció de la SCP en temes tan importants, a més d'altres ja esmentats, com ara: protocols de salut mental a l'edat pediàtrica, campanya de vacunació contra la malaltia meningocòccica, incorporació de la vacunació sistemàtica contra l'*Haemophilus influenzae B*, campanya per a l'eliminació del xarampió a Catalunya, llista de medicaments exclosos de la Seguretat Social i avaluació de la publicitat documental dels medicaments, Pla de Salut de Catalunya.

A títol anecdòtic, cal esmentar que un membre de la SCP, el Dr. Xavier Trias i Vidal de Llobatera, va exercir en el decurs d'aquests anys el càrrec d'Honorable Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Col·laboració amb el Síndic de Greuges, la Conselleria de Justícia, l'ICS, l'ACMCB, l'AEP, la Fundació Jordi Gol, el Consell Audiovisual, diversos instituts mèdics i la premsa mèdica.

Amb la Fundació Ferran Angulo, va tenir lloc una jornada dedicada a l'Assistència a la Vulnerabilitat psíquica des de la pediatria primària, amb la participació del Dr. Esteve Amigó.

Actuacions en defensa de la pediatria i dels drets dels pediatres i intervencions en els mitjans de comunicació.

El president i diversos membres de la Junta Directiva es van reunir amb els consellers de Presidència i de Sanitat i Seguretat Social, i també amb el director i gerent d'Atenció Primària de l'ICS, per analitzar diversos temes relacionats amb el món de la pediatria, entre els quals

podem destacar la defensa del model català d'assistència pediàtrica i la del dret a la docència per part dels pediatres de l'ICS, i sobre els trams retributius dels pediatres de l'ICS.

Es va procurar tenir una presència i influència a l'AEP. Es va iniciar també l'estudi per a la possible edició d'un Llibre Blanc de la Pediatria.

Es va posar en marxa una borsa de treball.

La presència creixent de l'SCP als mitjans de comunicació ha estat un objectiu de la junta; així, diversos dels seus membres i altres socis han tramès escrits a la premsa i han participat en programes de ràdio i TV per manifestar el parer de la Societat en temes d'actualitat dins l'àmbit de la sanitat. A tall d'exemple, en un article al diari El Periódico de Catalunya de 4 de gener del 1998, la SCP dona el seu parer en la polèmica sobre la venda de llets infantils fora dels canals tradicionals (farmàcies), i l'autorització que es puguin vendre als supermercats. El parer de la SCP és que el que importa, més que el lloc de venda, és el parer del professional de la pediatria a l'hora de recomanar el producte més adient per a cada infant.

Així mateix, i per assolir una millor difusió d'alguns fets, es va crear un gabinet de premsa.

6. Dades addicionals

Nomenament de socis d'honor i de mèrit

Van ser nomenats socis d'honor de la SCP els doctors Thomas de Rubio, Isidre Claret i Jaume Botey.

Van ser nomenats socis de mèrit els doctors Josep Campistol, Santiago Ferrer Pi i Jordi Prats Viñas.

Van proposar per ser membres d'honor de l'AEP els doctors Alfred Gallart i Agustí Pérez Soler.

Van passar a ser membres numeraris de mèrit tots els socis amb més de cinquanta anys d'antiguitat.

Creació de la Biblioteca Històrica de Pediatria.

Se sol·licita la inclusió de la revista Pediatria Catalana a Índex Medicus (1997). El 1999 es commemora el 70è aniversari de la revista Pediatria Catalana.

A principis de curs va ser nomenat nou director de Pediatria Catalana el Dr. Ferran A. Moraga Llop.

Secretaria 1999-2000 / 2003-2004

Romà Baraibar

1. Activitats científiques

Es va iniciar i consolidar una nova oferta de formació continuada molt important tant per l'estructura com per l'alta qualitat que creïem que tenia. El Curs de Formació Continuada pròpiament dit va anar acompanyat del Curs Intensiu d'Actualització Pediàtrica (CIAP), dels cursos de reanimació cardiopulmonar (RCP), de les sessions dels diferents grups de treball i de la Jornada d'acollida per a residents. Les Sessions Inaugural, Internacional/Pere Calafell unificades, i de Cloenda van donar un contrapunt perfecte als programes dels cursos.

1.1. Reunions anuals de l'SCP

Les reunions anuals van continuar tenint una importància creixent en aquest període. Els congressos de pediatres de llengua catalana es van unificar amb aquestes reunions una vegada cada quatre anys, per evitar duplicitats que disminuïssin l'assistència i traguessin rellevància a les respectives activitats.

Curs 1999-2000

VIII Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Va tenir lloc a Reus els dies 2 i 3 de juny de 2000, sota la presidència del Dr. Carles Martí-Henneberg. Hi va haver 432 inscrits, però només es van reunir una màxima quantitat d'oients en una ponència de 140 persones (i un mínim de 40!) en les sessions plenàries. Aquestes van ser, a part de cinc Tallers pre-reunió: 1. Tres de reanimació cardiopulmonar, amb el Dr. Díaz Conradi i l'equip d'RCP; 2. Tècniques exploratòries en ORL, amb el Dr. F. Pumarola, i 3. Tècniques exploratòries en OFT, amb la Dra. M. Morales i dues Taules Rodones amb un total de vuit Ponències. A més, una Conferència Extraordinària i una de Cloenda a càrrec del Dr. Oriol Casassas. Es van presentar 43 comunicacions i 176 pòsters.

Curs 2000-2001

IX Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Es va celebrar els dies 12 i 13 de maig de 2001 a Girona, sota la presidència del Dr. Jaume Macià. Hi va haver 400 inscrits i l'oferta científica va constar de quatre tallers pre-reunió: 1. Introducció a l'ecografia per a pediatres, coordinat pel Dr. S. Sneider; 2. Internet, amb el Dr. J. Anton; 3. RCP bàsica instrumentada, amb el Dr. E. Llobera, i 4. Aprenem a suturar, amb M. Ros; i tres taules rodones: 1. Traumatisme cranioencefàlic, amb els doctors J. Iglésias, J. L. Simon, S. Cañadas, F. Cambra i P. Nogués; 2. Estratègies enfront del dolor i l'angoixa en el nen, amb els doctors M. Carrera, P. Céspedes, J. J. Ortega, J. Marco, J. M. Martin, F. Barranco i J. Armendáriz, i Actualitzacions en detecció precoç, prevenció i profilaxi, amb els doctors J. Caritg, C. Fortuny, J. M. Cubells, J. Marès, J. Rivera, M. Prat, Ll. Gubern i X. Carbonell. Es van presentar 185 comunicacions i pòsters.

Curs 2001-2002

X Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Aquests curss, la reunió anual va coincidir amb el 8è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana. Es va celebrar entre els dies 6 i 8 de juny de 2002 a Perpinyà, sota la presidència del Prof. J. Argemí, i només hi va haver 298 inscrits, probablement per les dificultats de desplaçament o pel tipus d'oferta científica, que es va reflectir en: un taller pre-reunió sobre Instrumentació a la consulta primària, coordinat pel Dr. A. Bau, i cinc taules rodones amb els temes següents: 1. Vaccins, realitats i reptes, amb els doctors F. Moraga, G. Carmona, X. Díez, J. M. Corretger i M. Fiol; 2. Vessant pediàtric de l'obstetrícia moderna, amb els doctors C. E. Tourné, J. Badia, X. Sagrera, M. Ibáñez i V. Martínez-Ibáñez; 3. Retards en el desenvolupament, un repte per als pediatres, amb els doctors J. Marès, P. Baliu, M. del Toro, J. Campistol i C. Carles; 4. Formació continuada en pediatria, amb els doctors F. Asensi, D. van Esso, J. Carnicer, J. Ferris i J. Donat; i 5. Multilingüisme en els països catalans: riquesa o font de problemes, amb els doctors J. Ferrés, E. Mauri, B. Beseler, I. Vila i L. Bosch. Es van presentar 142 comunicacions i pòsters.

Curs 2002-2003

XI Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Es va celebrar el 23 i 24 de maig del 2003 a Seva (El Muntanyà), sota la presidència del Dr. Antoni Natal. De nou la participació va ser pobra, amb 253 inscrits, que van assistir a una oferta científica concretada en: dos tallers pre-reunió i una taula de controvèrsies en pediatria, amb els doctors J. de la Flor, V. Pineda, J. M. Casanovas, C. Luaces, X. Viñallonga, E. Trias i D. Infante; una taula sobre temes d'actualitat: Aplicació de la pediatria basada en l'evidència a la pràctica clínica, amb els doctors A. Balaguer i J. C. Buñuel; i dues taules rodones: 1. Maltractament infantil. El pediatre, defuig o se'l relega?, amb els doctors A. Martínez Roig, F. Domingo, L. Comas, J. Barudy i S. Vidal; i 2. Trasplantament pediàtric a Catalunya, amb els doctors V. Martínez-Ibáñez, J. Vilardell, R. Deulofeu, A. Vila i F. J. Bueno. Es van presentar només 109 comunicacions i pòsters.

Curs 2003-2004

XII Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Va tenir lloc a Vilaseca-Salou (Port Aventura) els dies 4 i 5 de juny de 2004. El president del Comitè organitzador va ser el Dr. Josep Cubells. Hi van haver 278 inscrits, es van presentar quatre taules rodones, es van triar divuit comunicacions per ser presentades oralment i es van penjar 118 pòsters. Primera taula rodona sobre «Malalties reumàtiques a pediatria», moderada per E. González: 1. Concepte i classificació de l'artritis idiopàtica juvenil (AIJ), amb C. Modesto; 2. Introducció al tractament de l'AIJ, amb J. Antón; i 3. Formes de presentació del lupus eritematós sistèmic (LES) en la infància, amb J. Ros. Segona taula rodona sobre «Malalties emergents en una societat de renda alta i població immigrant», moderada per A. R. Gomà: 1. Drepanocitosi, una malaltia emergent en el nostre entorn, amb C. Díaz de Herèdia; 2. Malària i altres parasitosis en el nen immigrant. Aspectes actuals de diagnòstic i tractament, amb A. Cabot; 3. Diabetis tipus 2 en la infància i l'adolescència, amb V. Borràs; 4. Trastorns somatomorfs. Una realitat única de consulta urgent, amb C. Luaces i J. A. Alda; i 5. Ansietat i depressió en l'infant i l'adolescent. Enfocament psiquiàtric del diagnòstic i la terapèutica, amb A. Gago i J. A. Alda. Tercera taula rodona sobre Signes d'alarma en patologia oncològica, coordinada per N. Pardo: 1. Signes d'alarma en leucèmies i limfomes, amb G. Javier; 2. Tumors del sistema nerviós central, amb O. Cruz; i 3. Tumors toràcics i abdominals. Signes d'urgència i d'alarma, amb M. Melo i M. García-Bernal. Quarta taula rodona sobre

Noves orientacions de l'orientació sanitària en el nen i adolescent, coordinada pel Ll. Sansa: 1. Assistència sanitària en nens prematurs, amb T. Esqué, X. Carbonell i L. Alsina; 2. Transport pediàtric, amb P. Domínguez, A. Linde i S. Cañadas; i 3. "Anem a l'insti", un programa d'aproximament als adolescents, amb J. Cornellà i A. Llusent. A més, hi va haver dues sessions de comunicacions oral i dotze de pòsters.

1.2. Congressos o similars

El 8è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana ja ha estat esmentat en parlar de la Reunió Anual del curs 2002-2003.

Reunions dels hospitals comarcals

Curs 1999-2000

Aquest curs es va celebrar la **XIX Reunió d'Hospitals Comarcals** a l'Hotel Rigat de Lloret de Mar, sota la presidència de la Dra. A. Ballester. Els temes van ser: 1. Alta neonatal precoç, i 2. Maltractament sexual en el nen. A càrrec de quatre professors, van assistir-hi 90 pediatres que van presentar quinze comunicacions.

Curs 2000-2001

La **XX Reunió d'Hospitals Comarcals** va tenir lloc a l'Hospital Mútua de Terrassa. El coordinador va ser el Dr. L. Tobeña, i els temes: 1. Transport neonatal, i 2. Transport pediàtric. Hi va haver 93 assistents, deu ponents amb dues taules rodones i tretze comunicacions orals. Es van entregar tres premis Fundació Mútua de Terrassa.

Curs 2001-2002

La **XXI Reunió d'Hospitals Comarcals** es va celebrar a l'Hospital Sant Jaume d'Olot, organitzada per la Dra. Roser Teixidor. Hi va haver 93 assistents i es van fer dues taules rodones a càrrec de deu ponents. Es van acceptar tretze comunicacions orals i es van donar tres premis a les millors comunicacions.

Curs 2002-2003

La **XXII Reunió d'Hospitals Comarcals** va tenir lloc a l'Hospital Sant Pau i Santa Tecla, coordinada per Dr. J. Azemar.

La jornada va comptar amb dues Taules Rodones desenvolupades per cinc ponents. Només hi va haver cinc comunicacions, però l'assistència va ser de 85 persones.

Curs 2003-2004

No hi ha constància de la celebració de la XXIII Reunió.

1.3. Jornades internacionals / Iliçó Pere Calafell

Les **Jornades Internacionals** se celebren des del 1966, i a l'inici tenien l'objectiu principal de portar un nom de prestigi internacional per mostrar-nos de prop com és, com treballa i què ens aporten els grans personatges de la pediatria. El primer convidat estranger va ser el Dr. J. Dunker de Jena, que pronuncià una conferència sobre «La TBC infantil i l'exploració

radiològica del tòrax», el 14 de novembre de 1928. Però la **Jornada Internacional** pròpiament dita es va celebrar el 14 de maig de 1966 amb el tema «Les diarrees cròniques en la infància»; llavors va actuar com a coordinador el Dr. Prandi i hi van participar els doctors E. Vicens de l'SCP, S. Nordio de Gènova, A. Prader de Zurich i R. Jean de Montpeller.

La **Lliçó Pere Calafell** va ser instituïda el 27 de novembre de 1984, «en record del seu inesborrable exemple» i «amb la qual l'SCP pretén, com ja ho féu en el camp moral i professional aquell de qui la sessió porta el nom, arribar, any rere any, al màxim nivell de ressonància pública, prestigi dels convidats i qualitat dels continguts» (Memòria de Secretaria, curs 1985-1986). En l'actualitat, al voltant dels mesos de gener o febrer de cada curs, se celebren la Jornada i la Lliçó en el mateix acte.

Curs 1999-2000

Es van celebrar la **XXXVI Jornada Internacional (JI)** i la **XLV Lliçó Pere Calafell (LPC)**, respectivament, amb el Prof. P. Clayton, amb el tema: «Investigació en els desordres de creixement».

Curs 2000-2001

La **XXXVII JI** i la **XVI LPC** van tenir com a convidat la Dra. A. Cabré, que va desenvolupar el tema «El futur de la pediatria des d'una perspectiva demogràfica: infants-adolescents als inicis del segle XXI».

Curs 2001-2002

En la **XXXVIII JI** i la **XVII LPC** el tema va ser «Creixement intrauterí. Repercussions endocrinològiques postnatsals», amb el F. de Zegher de ponent. Hi van acudir 88 assistents.

Curs 2002-2003

La **XXXIX JI** i la **XVIII LPC** van tenir com a ponent el Dr. J. Ruíz Contreras, que va parlar de «Virus i càncer». S'hi van reunir 52 assistents.

Curs 2003-2004

La **XL JI** i la **XIX LPC** van tractar de «Vacunes del futur»: 1. Vacuna enfront el papil·loma virus, amb el Dr. X. Bosch; 2. Vacuna de la grip, amb el Dr. J. De la Flor; i 3. Vacuna enfront el VRS, amb el Dr. F. A. Moraga. Va estar coordinada pel Dr. C. Rodrigo, i hi van haver 74 assistents.

1.4. Formació Continuada

Curs de Formació Continuada

Curs 1999-2000

El **XL Curs de Formació Continuada (CFC)** es va celebrar, tal com es feia clàssicament, a l'Auditori Novartis. Un total de disset professors i quatre coordinadors van permetre desenvolupar els temes següents: 1. Ambient i Patologia respiratòria, N. Cobos: a. Patologia respiratòria i ambient domèstic, C. Reverte; b. Patologia respiratòria i ambient exterior, A. Moreno; c. Estratègies de prevenció, J. Sánchez.; 2. Neurocirurgia en patologia pediàtrica: a.

Craniosinostosi. Plagiocefàlia, E. Cardona; b. Disfunció del shunt, J. M. Costa; c. Mals de cap, J. Campistol; d. Traumatismes cranials a la infància, A. Guillen. 3. Trastorns psicopatològics del nen i l'adolescent: a. Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, L. S. Eddy; b. Dislèxia i problemes d'aprenentatge, E. Torres de Bea; c. Tics i trastorn obsessiu, J. Toro d. Actitud del pediatre enfront la drogoaddicció en l'adolescent, J. Callabed. 4. Aspectes actuals en nefrologia pediàtrica. a. Síndrome nefròtica. A propòsit d'un cas, J. Vila; b. Fisiopatologia de la síndrome nefròtica, G. Pintos; c. Tractament, J. A. Camacho; d. Hipertensió arterial, A. Amat; e. Fisiopatologia de la hipertensió, L. García; f. Tractament, A. Gimenez.

S'hi van reunir 153 assistents.

Curs 2000-2001

El **XL CFC**, al qual es van atorgar quatre crèdits per vint-i-set hores lectives, va tenir lloc a la mateixa seu en quatre sessions, que coordinades per quatre pediatres de l'SCP van aplegar tretze professors i noranta-sis assistents. Els temes van ser: 1. El nen amb una pèrdua de consciència, amb J. Palomeque; 2. El nen amb una anèmia crònica, amb J. J. Ortega; 3. El nen amb un trastorn llenguatge, coordinat per R. Besora; i 4. El nen amb un trastorn de pubertat, amb J. Vicens-Calvet.

Curs 2001-2002

El **XLI CFC** va representar un gran canvi quant a l'organització i la incardinació amb la resta d'activitats formatives de l'SCP (CIAP, RA, RCP, conferències inaugurals, de cloenda, Lliçó Pere Calafell, etc.). Es va conformar en dos blocs, un de més llarg i un altre de més curt. El bloc llarg va ser sobre «Adolescència», i es va estructurar en les xerrades següents (amb els corresponents coordinadors i assistents): 1. Drogues i adolescents. Noves drogues i noves formes de consum, J. Bayo, 80 assistents; 2. Sexualitat i anticoncepció, R. Ros, 80 assistents; 3. Adolescència i asma, S. Nevot i E. Tardío, 94 assistents; 4. Taller sobre anamnesi de l'adolescent, X. Bruna, M. Carreras i S. García-Tornel, 35 assistents; 5. Alteracions dermatològiques, R. M. Puyol, 52 assistents; 6. Adolescent amb malaltia crònica, J. C. Suris, 30 assistents; 7. Taller sobre problemes legals, X. Bruna, J. Marès i J. L. Rodríguez Mayorga, 37 assistents; 8. Exploració ginecològica, N. Parera, 56 assistents; 9. Ginecologia de l'adolescent, I. Hernández, 54 assistents; 10. Desenvolupament de la sexualitat, P. Canosa, 80 assistents, i 11. Depressió en l'adolescent, J. Tomàs, 35 assistents. El bloc curt va tractar de "Genètica" i es va estructurar en: 1. Conceptes bàsics, M. del Campo; 2. Anomalies genètiques. Detecció pre/post-natal, T. Vendrell; 3. Síndromes malformatives amb i sense retard mental, F. Ballesta, i 4. Consell genètic i genoma humà, J. Antich.

Curs 2002-2003

El **XLII CFC** es va continuar estructurant de la mateixa manera, amb un tema principal, "Infeccions víriques", amb les xerrades, els ponents i els assistents següents: 1. Diagnòstic laboratorí, N. Rabella i J. Garcia, 64 assistents; 2. Infeccions congènites i perinatals, W. Coroleu i R. Closa, 82 assistents; 3. Infeccions víriques en vies respiratòries altes, J. Ramírez i X. Traveria, 72 assistents; 4. Infeccions víriques en vies respiratòries baixes, A. Retana i C. Rodrigo, 83 assistents; 5. Virasis exantemàtiques, X. Codina i J. M. Casanovas, 75 assistents; 6. Virus i càncer, J. Ruíz Contreras, 52 assistents; 7. Infeccions víriques del SNC, P. Sala i F. Moraga, 52 assistents; 8. Infecció per VIH, C. Fortuny i A. Mur, 47 assistents; 9. Infeccions víriques gastrointestinals i hepàtiques, R. Baraibar i M. Figueras, 55 assistents; 10. Infeccions víriques oftalmològiques i cardíaques, A. Galàn i L. Jiménez, 56 assistents; 11. Coinfecció virus-bactèries, V. Pineda i D.

van Esso, 57 assistents; 12. Virasi hemorràgica: situació actual, M. Corachàns, 63 assistents; i 12. La SARS: primera epidèmia del segle XXI, Dr. A. Trilla. El tema complementari va ser «Cirurgia», i es va estructurar en les xerrades següents: 1. Especialitats medicoquirúrgiques en pediatria: ORL, oftalmologia, dermatologia, J. L. González Rivero, 70 assistents; 2. Ortopèdia pediàtrica, M. Castañón, 96 assistents; 3. Avenços en cirurgia pediàtrica, J. Lloret, 76 assistents; i 4. Patologia freqüent en cirurgia pediàtrica, R. M. Isnard, 91 assistents.

Curs 2003-2004

Per últim, el **XLIII CFC** va mantenir una molt bona acceptació i resposta d'assistents. El tema principal va ser "Activitats preventives" i el complementari, "Neonatologia". El principal s'estructurà d'aquesta manera: 1. Detecció precoç de les alteracions congènites prenatales, A. Borrell i R. Prats, 67 assistents; 2. Cribratge neonatal, A. Maya i O. Asensio, 68 assistents; 3. Detecció precoç auditiva i visual. J. M. Cubells i A. Castanera, 73 assistents; 4. Situació actual de l'apnea del son en el nen. Diagnòstic i prevenció, J. Corominas i E. Estivill, 58 assistents; 5. Vacunes del futur, no consta el ponent, 74 assistents; 6. Profilaxi de les infeccions escolars i intrafamiliars, J. Marès i P. Plaja, 64 assistents; 7. Activitats preventives específiques davant del nen immigrant, R. M. Masvidal i I. Sau, 5 assistents; 8. Ús de mesures de qualitat de vida relacionades amb la salut, L. Rajmil i V. Serra-Sutton, 43 assistents; 9. Prevenció del risc cardiovascular, J. Bràs i J. Bel, 54 assistents; 10. Prevenció del tabaquisme en l'edat pediàtrica, C. Cabezas i T. Pascual, 49 assistents; 11. Seguretat a la llar i temps d'oci, J. Tous, 57 assistents. Pel que fa al tema complementari, hi va haver diverses sessions. Sessió 1, "Prevenció de les infeccions de transmissió vertical al nadó", coordinada per la Dra. A. Mirada, s'estructurà en: 1. Introducció i estat actual de la prevenció de la infecció bacteriana, A. Mirada, 66 assistents; 2. Prevenció de la toxoplasmosi congènita. Cribratge i valoració neonatal. Lues congènita. Tornem a veure antigues infeccions, G. Ginovart. 3. Prevenció de la transmissió vertical de l'HIV i l'hepatitis C, C. Fortuny, i 4. Noves infeccions víriques, nous problemes. Què sabem del CMV i de l'herpes?, W. Coroleu. Sessió 2, "Noves tecnologies en neonatologia", coordinada pel Dr. F. Castillo, 85 assistents: 1. Surfactant, A. Riverola, 2. Ventilació oscil·latòria d'alta freqüència, C. Copons, 3. Hemofiltració en neonatologia, I. Benítez, i 4. ECMO, D. C. Albert. Sessió 3, "Alta precoç de nounats patològics i normals", coordinada pel Dr. R. Closa, 79 assistents: 1. Alta precoç en nounats prematurs, T. Esqué, J. Bella i L. Arroyo. 2. Alta precoç del nadó a terme, A. Gómez-Papí, i 3. Alta precoç. Visió des d'un centre d'atenció primària, M. T. Pérez. Sessió 4, "Seguiment del nadó de risc", coordinada pel Dr. J. Perapoch, 71 assistents: 1. Punt de vista del pediatre de primària, G. Ferrer. 2. Punt de vista del pediatre hospitalari, M. Iriondo. 3. Punt de vista del psicòleg, F. Mellado, i 4. El nen amb problemes respiratoris, A. Moreno.

1.5. Sessions conjuntes

No consten dades de les sessions conjuntes fetes amb altres societats estatals en aquest període.

Curs 1999-2000

Sessió conjunta amb la Direcció General de Salut Pública, sobre "Eliminació del xarampió a Catalunya 2000", a càrrec del Dr. E. Salleras, amb els doctors A. Domínguez, F. A. Moraga, J. Roca i C. Rodrigo,

Sessió conjunta amb la Societat de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica sobre "Malaltia per meningococ i Haemophilus influenzae. Impacte de la vacunació".

XXXI Reunió conjunta de la Sociedad de Aragón, La Rioja y Soria amb la SCP a la Vall d'Ordesa.

Curs 2000-2001

Sessió conjunta amb la Direcció General de Salut pública, sobre "Programa de vacunació antimeningocòccica C conjugada", a càrrec dels doctors J. M. Mauri i L. Salleras.

Curs 2001-2002

Sessió conjunta amb la Societat Catalana d'Immunologia Clínica i Al·lèrgia, sobre "Adolescent i asma", coordinada pels doctors S. Nevot i E. Tardío.

Sessió conjunta amb la Direcció General de Salut pública, amb els doctors J. M. Mauri i L. Salleras.

Curs 2003-2004

Sessió conjunta amb la Societat Catalana de Malalties Infeccioses i Microbiologia Clínica, i la Societat Catalana de Ginecologia i Obstetrícia sobre "Es pot prevenir la toxoplasmosi congènita? Arribem a un consens".

1.6. Sessions addicionals

Sessió de Residents: Cada any a partir del curs 1999-2000, es dona la benvinguda als residents amb una sessió específica, coordinada pel Dr. Almazán els dos primers anys i després pel Dr. M. Raspall, que s'ha anat afermant ràpidament; el curs 2001-2002 va reunir 40 assistents, el curs 2002-2003 en va reunir 52, i el curs 2003-2004, 46.

Any rere any la sessió s'ha anat estructurant completament fins a convertir-se amb el temps en una de les més clàssiques i populars.

A partir del curs 1999-2000 i de manera gradual, es va procurar reorganitzar les sessions entremig del curs, de manera que algunes desaparegueren, integrades en altres activitats més ben estructurades.

Curs 1999-2000

Una d'aquestes sessions-activitats van ser els cinc Tallers de treball aïllats. Així, es van fer cinc tallers amb cinc experts i cinc directors, amb els títols: 1. "Estratègies de vacunació en situacions complexes", amb els doctors F. A. Moraga i J. Antón; 2. "Investigació a Primària. Què, quan i com", amb els doctors D. L. van Esso i J. Marés; 3. "Col·laboració hospital-primària. Realitat o ficció", amb els doctors P. Plaja i X. Bruna; 4. "Diarrea crònica en els nens menors de 3 anys. Maneig a l'atenció primària", amb els doctors V. Varea i M. Carreras; i 5. "Retard de creixement. Enfocament des de l'assistència primària", amb els doctors A. Carrascosa i A. Garcia. Van reunir una mitjana de 58 alumnes que van complir deu hores lectives.

En el mateix curs van tenir lloc sessions ordinàries, amb dues taules rodones: 1. "Influència dels factors físics sobre la pell del nen", coordinada per la Dra. M. Prats: a. Alteracions cutànies produïdes per agressions mecàniques, amb Ll. Puig-Sanz; Dermopaties agudes per sobreexposició, amb M.A. Vicente; Reaccions cutànies cròniques produïdes per exposició solar. Fotoprotecció, amb M. Lecha.

Curs 2000-2001

Sessió ordinària: 1. Salut Internacional Infantil: Països desenvolupats vs. Pobres, a càrrec de la Dra. V. Fumadó. 2. Pautes curtes d'antibioteràpia vs. pautes clàssiques, amb el Dr. C. Rodrigo. L'assistència mitjana va ser de 43 assistents.

Taula rodona sobre "Tractament multidisciplinari de les malformacions craniofacials en el nen", moderada per la Dra. C. Casa. Va reunir 40 assistents.

Tallers: Suplement de calci i vitamina D. Quan cal de debò?, Dr. J. Marés. Assistència de 20 alumnes. 11 alumnes respectivament i 6 hores lectives. 2. Hematúries en el nen, Dr. J. Marés.

Curs 2001-2002

Sessió ordinària sobre "Unitats d'Alta Resolució en primària", coordinada pel Dr. J. Bràs.

Taula Rodona sobre Odontologia, coordinada per la Dra. C. Casal, amb 19 assistents.

Jornada sobre Adolescència i esport, a càrrec dels doctors J. M. Casasa i J. M. Bofarull.

1.7. Sessions extraordinàries

Cada primera quinzena del mes d'octubre, se celebren les sessions inaugurals de la Societat. El nombre d'assistents va variar, des d'un màxim de 92 de la sessió del 2003, fins a tan sols 25 a la del 2000. Anàlogament, cada final de curs, habitualment el mes de juny, tenen lloc les sessions de cloenda.

Curs 1999-2000

Sessió Inaugural: "Destret respiratori neonatal. Perspectives històriques i de futur", a càrrec del professor Adolf Valls i Soler, neonatòleg de l'Hospital de Barakaldo.

Sessió de cloenda: "Obrint portes a la nova pediatria. Biopediatria", Prof. Dr. M. Cruz.

Lliurament del Premi Alexandre Frias i Roig i de l'FCP.

Sessions extraordinàries: 1. Grup de Malalties Infeccioses: "Malalties prevenibles mitjançant vacunacions a la població infantil de Catalunya, a finals del mil·lenni". Coordinador: Dr. J.M. Corretger, amb els doctors C. Fortuny, F. A. Moraga, V. Pineda, C. Rodrigo i J. Vidal. 2. Grup de treball de Cirurgia Pediàtrica, al CM de Tarragona sobre "Reflux urinari": a. Reflux associat a altres patologies, Dr. L. Rigol; b. Reflux en sistema duplicat, Dr. C. Bardají; c. Estudi amb isòtops, Dra. R. Peiró; d. Reflux vesicoureteral persistent, Dr. J. Rodó; e. Tractament endoscòpic del RVU, Dra. M. Ros; f. Diagnòstic prenatal del RVU, Dra. R. M. Isnard. 3. Comitè de prevenció d'accidents: Valoració dels accidents infantils. Resultats de l'enquesta als pediatres. Coordinador: Dr. J. Picanyol, amb els doctors J. Canela, R. Abós i J. J. Escoda.

Sessió conjunta SCP i SC d'ORL: "Otitis mitjana aguda recurrent i otitis serosa. Tractament mèdic o quirúrgic", coordinada pel Dr. J. de la Flor, amb els doctors J. M. Ademà i D. L. Van Esso.

Curs 2000-2001

Sessió Inaugural sobre "Realitat del trasplantament renal pediàtric", a càrrec del Dr. Lluís M. Callís, cap de Nefrologia infantil de l'Hospital MaternoInfantil Vall d'Hebron.

Sessió de Cloenda a càrrec del Dr. J. M. Casasa (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona), que va donar la conferència "Reflux gastroesofàgic i medicina basada en l'evidència".

Curs 2001-2002

Sessió Inaugural: el Dr. Josep Cornellà i Canals va parlar de "L'adolescent en la consulta del pediatre".

Sessió de cloenda: el Dr. J. Toro (H. Clínic, Barcelona) va donar la conferència "Psicopatologia de l'adolescent".

Curs 2002-2003

Sessió Inaugural: els doctors Núria Rabella García Juanjo García, de l'Hospital Sant Joan de Déu, van parlar de "Diagnòstic de laboratori de les infeccions víriques".

Sessió de Cloenda: a càrrec del Dr. M. Corachan, de l'Hospital Clínic de Barcelona, va parlar sobre "Virasis hemorràgica. Situació actual".

Curs 2003-2004

Sessió Inaugural: el Dr. Lluís Salleras i Sanmartí, del Servei Català de la Salut i cap del Departament de Medicina Preventiva de la Universitat de Barcelona, va fer la conferència inaugural sobre "Situació actual dels programes de vacunació a Catalunya".

Sessió de Cloenda: el Sr. J. Tous ens va parlar sobre "Seguretat a la llar i temps d'oci".

Presentació de les corbes de creixement actuals de la població de Barcelona, a càrrec dels doctors J. Ganduxé, director de l'ICS, i J. M. Mauri, president de l'SCP.

1.7.1. Altres sessions extraordinàries

Sessions i actes commemoratius del 75è aniversari de la Societat. Concretament, el dia 14 de maig de 2001 es va complir el 75è aniversari de la fundació de la Societat Catalana de Pediatria. Durant el curs 2000-2001 es van celebrar diferents actes per commemorar aquesta fita. El Comissionat delegat per als actes de la commemoració va ser el Dr. Enric Mauri. Una de les primeres activitats dutes a terme va ser l'exposició al COMB del "Panell d'imatges, 75 anys SCP - Història dels 75 anys de la Societat Catalana de Pediatria". També al mes de maig es va celebrar un acte commemoratiu i d'homenatge als socis de mèrit i honor a Girona i es va publicar un número extraordinari de *Pediatria Catalana*.

Presentació del Llibre Blanc de la Pediatria a Catalunya

Amb data de març de 2001, es va presentar l'Estudi prospectiu Delphi sobre el futur de la pediatria a Catalunya. Aquest estudi va tenir àmbit estatal i va estar coordinat des de l'SCP per la Dra. Pepa Torregrossa. Va comptar amb vuit directores, disset experts i un ampli nombre de panelistes i col·laboradors. La tècnica va ser l'elaboració de 2-3 qüestionaris successius, mitjançant la metodologia Delphi, que permetien identificar convergència o divergència d'actituds/opinions. Els resultats i les conclusions es poden trobar al web de l'SCP.

2. Grups de treball

Curs 1999-2000

Es van reunir dotze grups de treball (GT), un total de 81 vegades: Atenció Primària, 10; Malalties Infeccioses, i Genètica-Dismorfologia, 9; Nefrologia, Neonatologia, Adolescència, 8; Prevenció d'accidents, 7; Urgències, Pneumologia, UCI i Endocrinologia, 5 i Cirurgia, 2.

La coordinació general va anar a càrrec del Dr. A. Natal.

Curs 2000-2001

Es van reunir tretze GT un total de 79 vegades, amb la distribució següent: Atenció Primària, 10; Neonatologia, Genètica-Dismorfologia, Prevenció d'Accidents i Psicopediatria, 8; Nefrologia, Malalties Infeccioses i Endocrinologia, 7; Pneumologia i UCI, 4; Urgències i Cirurgia, 3; Adolescència, 2.

La coordinació general va anar a càrrec del Dr. A. Natal.

Curs 2001-2002

Es van reunir catorze GT un total de 88 vegades, amb la distribució següent: Atenció Primària, 10; Malalties Infeccioses, Neonatologia i Genètica-Dismorfologia, 9; Nefrologia, 8; Endocrinologia i Psicologia, 7; Prevenció d'Accidents, 6; Urgències, Pneumologia i UCI, 5; Adolescència, 4; Cirurgia, 3 i Immunologia clínica, 1.

La coordinació general va anar a càrrec del Dr. A. Natal.

Curs 2002-03

Ja coordinats per la Dra. Josefa Rivera, tretze grups van fer 80 sessions: Atenció Primària, Neonatologia, Endocrinologia i Nefrologia, 9; Malalties Infeccioses, 8; Genètica-Dismorfologia i Prevenció d'Accidents, 7; Urgències i Pneumologia, 5; Adolescència i UCI, 4; Cirurgia, 3 i Immunologia clínica, 1.

Curs 2003-04

Catorze grups van fer, també sota la coordinació de la Dra. Josefa Rivera, 78 sessions: Atenció Primària, Malalties Infeccioses i Adolescència, 10; Neonatologia, 9; Endocrinologia i Genètica-Dismorfologia, 8; Urgències i Pneumologia, 5; UCI i Gastroenterologia, 4; Cirurgia, 2; Nefrologia, Prevenció d'accidents i Immunologia, 1.

3. Premis i beques

Curs 2001-2002

Sessió extraordinària de lliurament del premi Alexandre Frias i Roig, "Ha passat de moda l'aigua. Hàbits de beguda a l'edat pediàtrica", amb els doctors A. Balaguer, D. Infante, R. Tormo, M. Pich i B. Martín.

Curs 2002-03

Sessió extraordinària de lliurament del premi Alexandre Frias i Roig.

Curs 2003-04

Sessió extraordinària de lliurament del premi Alexandre Frias i Roig.

Tret d'aquesta dada, escau fer notar que els premis i les beques, eventualment convocats en els diferents cursos, s'han anat vinculant al seu objecte i lliurament o s'han anat integrant en el desenvolupament de les reunions anuals.

4. Altres temes**Revista Pediatria Catalana**

Durant aquests anys, *Pediatria Catalana* s'ha publicat amb regularitat, però amb un canvi en el nombre de números a l'any, que ha anat experimentant una franca reducció.

Curs 1999-2000: es van publicar sis revistes, amb una de dedicada a la Reunió Anual.

Curs 2000-2001: va ser nomenat nou director el Dr. Vicente Molina i la revista va continuar publicant-se bimestralment, amb un número extraordinari per commemorar el 75è aniversari de la Fundació de la Societat.

Curs 2001-2002: va seguir la mateixa freqüència de publicació, però se'n va canviar el format, actualitzant-lo, i també se'n va modificar el mètode d'impressió (per reduir temps i disminuir costos i correccions).

Curs 2002-2003: només es van publicar cinc números, i el Llibre Blanc de la Pediatria en format «text complet» i CD.

Curs 2003-2004: la revista va esdevenir definitivament (fins al moment actual) trimestral.

En aquests cinc anys s'han publicat 275 treballs, però l'estructura de la revista ha anat variant de manera que s'ha anat estructurant en: Editorial, Originals, Casos clínics, Formació continuada, Treballs de revisió, Articles especials, Protocols, Informes, Tècniques diagnòstiques, Novetats terapèutiques, Quin és el seu diagnòstic?, Comentaris bibliogràfics, Cartes al director, Recursos d'Internet, En cinc minuts, Hi trobareu, i Fonaments metodològics (en col·laboració amb l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Mèdiques). Lògicament, alguns d'aquests apartats ja no segueixen actius.

5. Dades addicionals

Durant aquest període, el nombre de socis ha passat de 1.546 al final del curs 1999-2000 a 1.483 al final del curs 2003-2004. Aquesta petita davallada pot ser fruit d'una revisió i actualització del cens, més que no pas d'una tendència a la desafiliació.

Secretaria 2004-2005 / 2005-2006

Montserrat Torrent

1. Activitats científiques

1.1. Reunions anuals de l'SCP

Curs 2004-2005

XIII Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Va tenir lloc a Platja d'Aro els dies 10 i 11 de juny de 2005. Hi va haver 280 inscrits i es van presentar 126 resums; es van dur a terme dues taules rodones. La 1ª sobre Malalties Infeccioses, amb els temes: 1. L'ecografia en el diagnòstic de l'apendicitis; 2. Es necessari vacunar contra la varicel·la?; 3. Opcions terapèutiques en l'amigdalitis bacteriana, moderada per Cols, Mª. La 2ª sobre Patologia relacionada amb els problemes escolars, moderada per E. Trias, amb els temes 1. Mancances assistencials actuals, aspectes pediàtrics, per A. Sans; 2. Mancances assistencials actuals, aspectes educacionals, per Ferrer, N.; 3. Assetjament entre iguals, per Zàrate, E. El president del Comitè organitzador va ser el Dr. Jordi Pou. Es van lliurar set premis de comunicacions orals i pòsters.

1.2. Congressos i similars

Curs 2005-2006

9è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana: els dies 25 i 26 de maig de 2006 es va celebrar a Barcelona el, sota la presidència del Dr. Joaquim Ramis. L'acte inaugural va tenir lloc a l'Ajuntament de Barcelona, amb el Dr. Xavier Trias d'amfitrió. Hi va haver 283 inscrits, que van presentar 27 comunicacions orals i 116 pòsters, i es van lliurar set premis. Es va estructurar en quatre taules rodones i quatre conferències extraordinàries. Les primeres van tractar sobre: 1. Salut mediambiental pediàtrica, moderada pel Dr. J. Ferris, amb les conferències següents a. Causes ambientals del càncer pediàtric; b. Espais saludables a l'hospital i la comunitat; c. Iatrogènia. 2. Aspectes socials en la salut integral del nen, moderada per la Dra. M.J. Torregrosa. 3. Patologia neonatal i problemes crònics de salut, moderada pel Dr. F. Raspall, amb a. Problemes perinatals, malaltia motriu cerebral i dèficit sensorial; b. Infecció neonatal per VRS i possibles seqüeles, i 4. Processos quirúrgics en les malalties infeccioses, moderada per J. Mulet i J. Dueñas, amb els temes a. Infeccions de parts toves; b. Infeccions Osteoarticulars; c. Infeccions ORL i d. Infeccions toraco-abdominals..

1.3. Formació continuada

Curs 2004-2005

XLIV Curs de Formació Continuada: es va distribuir en dos mòduls. El llarg va correspondre al tema "Del símptoma a la malaltia", amb una assistència mitjana de 82 persones. Les sessions van ser: 1. El nen que no parla, amb J. Artigas i M. Torrabíes, 60 assistents; 2. Cefalea, amb M. Guítet i M. Gispert-Sauch, 94 assistents; 3. Hematúria, amb G. Fraga i A. Sánchez-Vázquez, 73 assistents; 4. Febre prolongada, amb C. Rodrigo i N. Roig, 110 assistents; 5. La professió a debat. Competències en pediatria, amb V. Molina de ponent i J. Bràs, S. Brio, R.

Jiménez, J. Lloret, A. Natal i L. Mayol de discutidors, i amb la presentació del Documents del CCECS a càrrec del Dr. J. M. Bosch Banyeras, 148 assistents; 6. El símptoma en l'emigrat és el mateix símptoma?, amb O. Vall, 81 assistents; 7. Dolor muscular, amb C. Modesto i C. Arnal, 80 assistents; 8. Trastorn de l'humor, amb R. Tarragó i N. Beà, 48 assistents; Tos, amb L. Mateu, M. Roguera, 64 assistents; 9. Dolor abdominal, amb C. Luaces i A. Pizà, 60 assistents; 10. Urticària aguda, amb M. González-Ensenyat, 62 assistents; i 11. Retard de creixement intrauterí. Repercussions postnals i en la vida adulta, amb L. Ibáñez i F. De Zegher. El segon mòdul, més curt, va tractar sobre "Oncologia pediàtrica", amb les sessions següents: 1. Epidemiologia i diagnòstic de les malalties hemato-oncològiques, amb M. Melo, 66 assistents; 2. Leucèmies i limfomes a l'edat pediàtrica, amb C. Cubells, 85 assistents; 3. Tumors sòlids en infants, amb J. Sánchez de Toledo, 79 assistents; i 4. Tractaments actuals i perspectives terapèutiques de futur en les neoplàsies infantils, amb J. Estella, 71 assistents.

Curs 2005-2006

XLV Curs de Divulgació Pediàtrica: va comptar amb la participació de vint-i-tres ponents en un total de setze sessions. El curs va estar acreditat amb 4,7 crèdits pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, i la Comissió de Formació Continuada del Sistema Nacional de Salut. El curs es va estructurar en dos mòduls, el primer sobre "Urgències": 1. Maneig del lactant amb febre sense focus, amb M. Montraveta i D. Esteban; 2. Maneig inicial de la sèpsia, amb J. Fàbrega i L. Aso; 3. Cremades i cremats, coordinada per J. Martínez-Ibáñez amb la participació de C. Giner, J. M Rivas i J. A. Belmonte; 4. Dificultat respiratòria, amb E. Solé, J. García i A. Gairí; 5. Motius de derivació urgent a l'hospital, amb F. Codina; 6. El nen amb focalitat neurològica i el nen epilèptic, amb G. Aznar i R. Berruero; 7. Abdomen agut, amb S. García i C. Bardají; 8. Conducta pràctica davant TCE, amb T. Gili i I. Loverdos; 9. El nen intoxicat vs. el nen amb reacció anafilàctica, amb J. M. Barroso i R. Jiménez; 10. Maneig actual de les gastroenteritis agudes, amb J. Quintillà i J. Sitges; 11. Patologia quirúrgica d'urgències, amb M. Castañón; i 12. Lesions cutànies a urgències, amb X. Codina i V. Pérez. El segon mòdul va tractar sobre «Patologia respiratòria»: A. Asma bronquial, moderada per S. Liñan: 1. Fenotips asmàtics, amb O. Asensio; 2. Opcions terapèutiques en el control del pacient asmàtic, amb J. Sánchez; i 3. Asma i situacions especials, amb S. Liñan. B. Patologia infecciosa pulmonar, moderada per N. Altet: 1. Grip en el nen, amb F. Moraga; 2. Pneumònies complicades. Vessaments parapneumònics, amb P. Villalobos; i 3. Tuberculosi. Estat actual del tractament, amb N. Altet. C. Fibrosi quística, moderada per S. Gartner: 1. Cribratge neonatal a Catalunya. Resultats, amb T. Casals; 2. Correlació fenotip-genotip, amb J. L. Sèculi; i 3. Actualització en el tractament de la FE, amb S. Gartner. D. Patologia respiratòria crònica, moderada per A. Moreno: 1. Seqüeles de les infeccions respiratòries. Bronquiolitis obliterant, amb M.T. Pascual; 2. Bronquièctasi, amb M. Bosque; i 3. Pneumònies intersticials en el primer any de vida, amb A. Moreno.

1.4. Sessions addicionals

Curs 2004-2005

Sessió de Benvinguda als Residents: el dia 12 de novembre es va celebrar en dues sales simultànies el Curs d'RCP bàsica instrumentada per R1, en l'entorn d'aquesta sessió.

Sessió conjunta amb la Societat Catalana d'Urgències: el dia 24 de febrer es va celebrar una sessió coordinada pels doctors R. Ciurana i C. Luaces, que va tractar sobre Pediatria en els Serveis d'Urgències.

Curs 2005-2006

Sessió de Benvinguda als Residents: el dia 4 de novembre de 2005 es va celebrar en cinc sales simultànies la sessió de benvinguda als residents amb els Curs d'FCP abans esmentat, coordinat en aquest cas pel Dr. Díaz- Conradi.

Sessions conjuntes amb els Grups de Treball d'Infeccioses i d'Immunodeficiències: el dia 13 de desembre es va celebrar una sessió amb aquests grups dels amb el programa següent: 1. Presentació de casos clínics d'immunodeficiència, amb P. Soler; 2. Resposta immunitària enfront les infeccions per mico- bacteris, amb I. Caragol.

Sessió conjunta amb el Grup de Treball d'Adolescència de l'SCP i la Societat Catalana de Psiquiatria Infanto juvenil: el dia 15 de febrer es va celebrar un sessió amb el tema "Ansietat", amb els següents temes 1. Resultats de l'estudi «Ansietat», amb J. M. Bofarull; 2. Tipus i diagnòstic diferencial de l'ansietat, amb N. Calvo; 3. Tractament. Aspectes psicològics, amb R. M. Ibáñez; i 4. Aspectes psiquiàtrics, amb M. Dolç.

Jornada dedicada a l'Atenció Primària. El 25 de febrer de 2006 va tenir lloc aquesta jornada amb unal Taula Rodona sobre "Trastorns de la son a la infància", moderada per R. Ugarte amb els temes 1. El nen roncador. En sabem prou?, amb R. Ugarte; 2. Parasòmnies en la infància, amb G. Pin; 3. Trastorns de la son en l'adolescent, amb E. Estivill. Hi va haver quatre tallers sobre: 1. Recerca bibliogràfica en pediatria per Internet, amb J. C. Cortés i R. B. Buñuel; 2. Converses amb l'endocrinòleg. Problemes endocrinològics més freqüents en l'atenció primària, amb C. Pavia; 3. Entrevista clínica, com abordar les situacions difícils a la consulta, amb M. Llussà i A. Garcia, i 4. Consultes pràctiques sobre asma a l'atenció primària, amb F. Alba. La II taula va ser sobre "Futur de l'Atenció Primària. Quin model volem?", moderada per F. López-Cacho, amb D.L. van Esso, O. Vall i X. Pérez-Porcuna.

1.5. Sessions extraordinàries

Curs 2004-2005

Sessió Inaugural: va tenir lloc el 7 d'octubre, amb la conferència "Convulsions", a càrrec dels doctors M. Raspall i M. Tallada. Va congregar 120 assistents.

Sessió de Cloenda: es va celebrar el 16 de juny amb la conferència "Retard de creixement intrauterí. Repercussions postnatsals i en l'edat adulta", a càrrec del Prof. Francis de Zegher, coincidint amb una sessió del Curs de Formació Continuada.

Curs 2005-2006

Sessió Inaugural, celebrada el 6 d'octubre, amb la conferència "El nen politraumatitzat", exposada per E. Carreras i E. Turón.

Sessió de Cloenda, celebrada el 15 de juny, amb la conferència "Cossos estranys i mossegades", a càrrec de Cristina Serra i Emma Ametller.

2. Grups de treball

Van mantenir la seva activitat habitual al llarg d'aquests anys. La vocal coordinadora va ser la Dra. Josefa Riera.

Curs 2004-2005

Van funcionar tretze grups de treball, incloent-hi el del web de la revista Pediatria Catalana, que van celebrar un total de 76 reunions: Atenció Primària i Pediatria Catalana, 10; Malalties Infeccioses 9; Genètica, 8; Adolescència, 7; Pneumologia, Neonatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia i UCI, 5; Urgències, 3; Immunologia i IDP, i Cirurgia pediàtrica, 2.

Curs 2005-2006

Es va crear un nou grup de treball, el d'Al·lèrgia, coordinat pel Dr. Santiago Nevot, que va fer una primera i única sessió. Els deu grups restants van fer 68 sessions més: Adolescència, 11; Malalties Infeccioses, 10; Genètica, 9; Atenció primària, 8; Neonatologia i Endocrinologia, 6; Urgències i UCI, 5; Gastroenterologia i Pneumologia, 4.

3. Altres temes

Lloc web: durant el curs 2004-2005 es van incorporar com a novetat al lloc web, les presentacions del Curs de Formació Continuada, el programa de Reanimació cardiopulmonar, les xerrades dels CIAP anteriors i els resums de les reunions anuals. Igualment s'hi va afegir un apartat sobre contes i llibres.

4. Dades addicionals

Curs 2004-2005

Esmentar l'assumpció de la presidència en funcions de l'SCP del Dr. J. Iglésias, amb motiu de la dimissió, per motius de salut, del president electe, el Dr. Xavier Demestre (d'acord amb l'article 26è dels Estatuts de l'SCP).

Recordar que el mes d'octubre del 2004 es va traslladar la seu de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, i amb ella la de la Societat Catalana de Pediatria, als nous locals de Can Caralleu.

Secretaria 2006-2007 / 2009-2010

Xavier Riopedre

1. Activitats científiques

1.1. Reunions anuals de l'SCP

Curs 2006-2007

XIV Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Es va celebrar a Sitges els dies 25 i 26 de maig de 2007, sota la presidència de la Dra. J. Torregrossa. Hi va haver 246 inscrits, que van presentar 27 comunicacions orals i 103 pòsters, i es van lliurar els set premis convocats. (*Escau fer notar que al web de la Societat Catalana de Pediatria, s'hi pot trobar el detall dels premis atorgats per la Societat, amb el títol del treball i els noms dels autors premiats*). El programa científic va consistir en les tres taules rodones següents: Taula I, "Controvèrsies en Pediatria", moderada per la Dra. S. Zambudio: 1. Circumcisó quirúrgica. Defensa del «Sí», E. Perich, Castañón; 2. Circumcisó quirúrgica. Defensa del «No», E. Guirado; 3. Hem de reanimar/assistir prematurs de 23-24 setmanes (fins a 24 setmanes i 6 dies)? Defensa del «Sí», B. Balsera i I. Anquela; 4. Hem de reanimar/assistir prematurs de 23-24 setmanes (fins a 24 setmanes i 6 dies)? Defensa del «No», R. Castro; 5. Hem de vacunar tots els nens de la grip? Defensa del «Sí», N. Iglésias; 6. Hem de vacunar tots els nens de la grip? Defensa del «No», A. Knörr; 7. Escrot agut: sempre l'ha de valorar un cirurgià?. Defensa del «Sí», B. Sánchez; 8. Escrot agut: sempre l'ha de valorar un cirurgià? Defensa del «No», I. Lovedos. Taula II, "Nens i adolescents en l'entorn actual", moderada pel Dr. D. van Esso: 1. Els nous models de família presenten una problemàtica específica? D. Cruz; 2. Estils educatius: on ens trobem i cap on anem? F. Domingo, A. Cetó i P. M. Domingo; 3. En què inverteixen el temps de lleure els nostres nens i adolescents? V. Trèmols. Taula III, "Novetats en malalties infeccioses", moderada pel Dr. P. Soler: 1. Complicacions de l'estreptococ Grup A, J. L. Santos; 2. Infeccions per rickettsia i borrelia, V. Pineda; 2. Abordatge medicoquirúrgic de les infeccions de parts toves, M. Tobeña i C. Barceló; i 3. Parasitosis externes: pediculosi i sarna, R. Monfort.

Curs 2007-2008

XV Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Va tenir lloc els dies 16 i 17 de maig de 2008 a Berga, sota la presidència del Dr. X. Giner. Hi va haver 249 Inscrits, que van presentar 27 comunicacions orals i 145 pòsters, i es van lliurar vuit premis. El programa es va estructurar en dues sessions interactives i una taula rodona. Sessió interactiva I: 1. Noves indicacions de l'hormona del creixement, M. Torrabías, D. Yeste i R. Nosas; 2. Controvèrsies en el tractament del TDAH, M. M. García-González; 3. Cistografia miccional vs. Eco cistografia miccional, C. Duran; 4. Controvèrsies en el maneig del reflux vèsicourinari, J. Rodó. Sessió interactiva II: 1. Al·lèrgia i intolerància a les proteïnes de llet de vaca, O. Domínguez; 2. Controvèrsies en el tractament de fons de l'asma, M. Ridao, R. Artigas i M. Ibero; 3. Actualització en noves vacunes, C. Rodrigo. La taula rodona va tractar dels "Anticossos monoclonals: noves aplicacions terapèutiques", i va englobar: 1. Teràpia molecular en el càncer pediàtric: noves perspectives en la utilització d'anticossos monoclonals, S. Gallego; 2. Anticossos monoclonals en la malaltia inflamatòria crònica intestinal, J. Carnicer; 3. Malalties autoimmunitàries, J. Antón; i 4. Asma greu, M. Bosque.

Curs 2008-2009

XVI Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Va tenir lloc a Vielha, Val d'Aran, els dies 15 i 16 de maig de 2009, sota la presidència de la Dra. I. Caubet. Hi va haver 249 Inscrits, que van presentar 27 comunicacions orals i 146 pòsters, i es van lliurar vuit premis. El programa va contenir dos tallers pre-reunió, un simposi satèl·lit, una sessió de controvèrsies i dues taules rodones. Taula I, "Neonatologia": 1. Alletament matern en la unitat neonatal. Donem tots la mateixa informació?, M. Ortiz i R. Capdevila, E. Solé; 2. Noves i velles infeccions en nadons, I. Morales, E. Solé, M. Ortiz, J. Garcia, A. Fernández, X. Bringué i A. Robert. Taula II, "Urgències": 1. Testicle agut i patologia del canal inguinal, M. Ros; 2. Actuació davant el traumatisme craneoencefàlic lleu al servei d'urgències, C. Luaces, J.J. García, P. Casano, E. Cardona i M. Ros; 3. Urgències ginecològiques en pediatria, A. Bilbao.

Curs 2009-2010

XVII Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Es va celebrar juntament amb el **10è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana**, els dies 22, 23 i 24 d'abril de 2010 a Ciutadella (Menorca), i va congregar 144 pediatres. El programa va estar estructurat en una comunicació especial sobre "Presentació de la cohort de la xarxa d'investigació en SIDA a pediatria (CoRISpe): node 2", a càrrec del Dr. P. Soler, una conferència de clausura sobre "Bioètica", a càrrec del Dr. F. Cambra i quatre taules rodones, a més de trenta comunicacions orals i 114 pòsters. La Taula I va tractar sobre "Actualització en Pneumologia pediàtrica", i va ser moderada pel Dr. J. Figuerola; constà de: 1. Trastorns de la deglució i aspiració en la infància, J. Figuerola; 2. Trastorns respiratoris del son. Com diagnosticar-ho? I. Cortell; i 3. Trastorns respiratoris i viatges a alta muntanya. Recomanacions, O. Asensio. La Taula II va tractar sobre "Tractaments amb líquids a urgències. Quins i com els administrem", moderada pel Dr. C. Luaces; constà de: 1. Rehidratació oral i per sonda nasogàstrica, C. Luaces; 2. Rehidratació endovenosa. Pautes de rehidratació ràpida, M. Mambié; i 3. Perfusió endovenosa de manteniment, E. Guirado. La Taula III va tractar sobre "Actualització en cirurgia pediàtrica", moderada pel Dr. C. Bardají; constà de: 1. Pectus excavatus, C. Bardají; 2. Atrèsia anorectal, J. Bergante; i 3. Malaltia de Hirschsprung, J. A. Montalvo. La Taula IV va tractar sobre "Actualització en reumatologia pediàtrica", moderada per la Dra. I. Calvo; constà de: 1. Les noves teràpies biològiques, I. Calvo; 2. Malalties autoinflamatòries, J. Antón; i 3. Artritis sistèmiques, L. Lacruz.

1.2. Congressos o similars

El 10è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana ja ha estat esmentat en parlar de la Reunió Anual del curs 2009-2010.

1.3. Jornades internacionals / Lliçó Pere Calafell

Curs 2006-2007

Aquest curs no consta que tingués lloc la Lliçó Pere Calafell (com s'ha dit en altres punts d'aquest recull, es pot haver fet coincidir amb una de les sessions de formació continuada).

Curs 2007-2008

La d'aquest curs va tenir lloc el 4 d'octubre, en forma de conferència extraordinària, en la Sessió Inaugural del curs (que s'esmenta en un altre punt), i va constar de dues parts: "La pediatria social al segle XXI", a càrrec dels doctors A. Natal, R. M. Isnard i C. Gálvez, i "Pere Calafell. Metge de Nens", a càrrec del Dr. J. Iglésias.

Curs 2008-2009

No efectuada com a tal.

Curs 2009-2010

No consta que s'efectués.

1.4. Formació Continuada

Curs 2006-2007

El **XLVI Curs de Formació Continuada** (dotat amb 4,7 crèdits) va endegar una nova estructuració en tres temes i sis taules rodones cada any. El Tema I tractà sobre: 1. Desfibril·lació semi-automàtica i noves recomanacions en RCP pediàtrica, A. Martínez i P. Domínguez; 2. Consens de l'estudi clínic de lactants que presenten un episodi aparentment letal, F. Camarasa; 3. Assistència domiciliària al prematur i alta precoç del nadó; M. T. Esqué i J. Figueras; 4. Protocol d'abordatge multidisciplinari del maltractament infantil, A. Natal i T. Securun. El Tema II tractà sobre: 1. Trastorns Neuropsicològics en la primera infància, C. Bugié, G. Ruíz; 2. El nen no va bé a l'escola. Abordatge general, A. Sans i E. Rigau; 3. Altres trastorns de l'aprenentatge. TDAH i síndrome d'Asperger, A. Hervàs i J. Artigas; 4. Avenços en el diagnòstic etiològic neuropediàtric, A. Macaya i À. Garcia; 5. Avenços en l'abordatge de l'epilèpsia, M. Raspall i F. Sanmartí; 6. Avenços en neurocirurgia pediàtrica: malformacions cranials, tumors cerebrals, F. Bartomeu i J. M. Costa; 7. Presentació pediàtrica de malalties neurològiques de l'adult, M. M. García. El Tema III tractà sobre Hepatologia i Gastroenterologia, amb les seccions IIIa, sobre Malalties hepàtiques, amb el Dr. J. Carnicer com a moderador, que constà de: 1. Hipertransaminasèmia, Ò. Segarra; 2. Hiperbilirrubinèmia, J. Carnicer; 3. Colèstasi, J. Bueno; IIIb1, sobre Malalties gastrointestinals, el Dr. R. García com a moderador: 1. Diarrea aguda i crònica, R. García; 2. Restrenyiment crònic i encopresi, G. Castillejo; 3. Valoració nutricional a Primària, P. Guallarte; IIIb2, sobre Malalties gastrointestinals, amb el Dr. V. Varea com a moderador: 1. Dolor abdominal recurrent, S. Schneider; 2. Reflux gastroesofàgic. *Helicobacter pylori*, V. Varea. IIIb3, sobre Malalties gastrointestinals, amb el Dr. E. Martín com a moderador: 1. Malaltia inflamatòria intestinal, J. Martín de Carpi; 2. Reaccions adverses a aliments, V. Vila; 3. Celiàquia, E. Martín.

Curs 2007-2008

XLVII Curs de Formació Continuada (4,7 crèdits): el curs va continuar amb la mateixa estructura que el curs anterior, amb els temes següents: Tema I, "Dermatologia" amb: 1. Malalties ampul·loses a la infància, A. Vicente, S. Ortigosa; 2. Urgències a Dermatologia pediàtrica, J. Luelmo, E. Canadell; 3. Hemangiomes i malformacions vasculares, E. Baselga i A. Puig; 4. Malalties neurocutànies, V. Garcia-Patos i E. Bargalló. Tema II, "Adolescència i drogues": 1. L'inici de la dependència. Visió sociològica, R. Quilis; 2. Detecció i abordatge en atenció primària, J. M. Bofarull; 3. Intoxicació aguda, S. Nogué; 4. Consum habitual: influències cognitivoconductuals. Intoxicació crònica, R. Borràs; 5. Deteriorament cognitiu. Conseqüències de l'exposició prenatal a les drogues, C. Escofet; 6. Deteriorament conductual, J. A. Alda; 7. Drogoaddicció materna. Transmissió al fetus. Abordatge terapèutic, C. Calafat; 8. Farmacologia, O. Coll; 9. Perinatologia, A. Mur; 10. Ús social i ús terapèutic del fàrmac. Legalització. Abordatge terapèutic, A. Gual; 11. Intervenció, X. Sellart; 11. Legislació actual, A. M. Carmona. Tema III, "Nen amb patologia crònica": 1. El nen amb patologia crònica: relació del pediatre amb altres especialistes, F. Cachadiña; 2. El nen amb patologia crònica: aspectes de suport psico-sòcio-

funcional, J. Sánchez, R. Llorca, D. Nadal, R. Jové. Tema IV, "Reumatologia": 1. Febres periòdiques, C. Arnal, R. Bou, L. Batalla; 2. Artritis idiopàtica juvenil, J. Antón, C. Modesto; 3. Vasculitis a la infància, G. Pintos, Z. Lobato, A. Huguet; 4. Altres malalties reumatològiques, J. Ros, S. Ricart, P. González-Carretero.

Curs 2008-2009

XLVIII Curs de Formació Continuada (6,0 crèdits): va reunir 43 Ponents i 127 inscrits, i es va dividir en quatre blocs. Bloc I, "Especialitats quirúrgiques": 1. Cirurgia pediàtrica: testicles retinuts, C. Margarit; Pectus excavatus, C. Bardají; 2. Cirurgia ortopèdica i traumatologia: pròtesis funcionals, escoliosi, peus plans i vars, M. Cabrera; Escoliosi, C. García-Fontecha; 3. Oftalmologia: tumors orbitaris, J. Prat; 4. Radiologia intervencionista en pediatria, I. Barber, E. Vázquez. Bloc II, "Del símptoma a la malaltia", coordinat pel Dr. D. Van Esso: 1. Coixesa: Casos clínics, A. de Francisco; Diagnòstic diferencial, M. Mar Martínez; Exploracions complementàries, tractament i conclusions, L. Monlleó. 2. Fatiga i cansament: Casos clínics, E. Bargalló; Diagnòstic diferencial, D. Casellas; Exploracions complementàries, tractament i conclusions, A. Ruiz. 3. Estridor: casos clínics, E. Herrero; Diagnòstics diferencial, A. Pueyo; Exploracions complementàries, tractament i conclusions, I. Morales. 4. Alteracions analítiques: casos clínics d'alteracions hidroelectrolítiques (sodi, potassi i bicarbonat) en el nou-nat, L. Fernández; Elevació de transaminases, C. Molera; Elevació de reactants de fase aguda (VSG, PCR, Procalcitonina), S. Mora. Bloc III, "Ginecologia i obstetrícia": 1. Mutilacions rituals, coordinada per la Dra. E. De Frutos: significat ritual, J. Moreno; El professional enfront la detecció, A. García; Prevenció, àmbit professional i àmbit familiar, D. Minguell; Psicopediatria, la identitat sexual, A. Bielsa; Evolució ginecològica, H. Mausbach; Cirurgia reparadora, R. M. Isnard; Aspectes jurídicopenals, C. Portolés; Protocols institucionals, R. Negre i Ll. Olivé. 2. Bloc IV: Diagnòstic prenatal: 1. Patologia de la gestació gemel·lar i cribratge de primer trimestre a Catalunya, T. Higuera; 2. Diagnòstic prenatal en els fetus amb alteracions genètiques, M. del Campo; 3. Uropaties obstructives i hèrnies diafragmàtiques, B. B. Puerto; 4. Cirurgia en aquests nens, M. Castañón; 4. Diagnòstic prenatal de defectes congènits per la cirurgia pediàtrica, C. Aguilar. Jornades sobre farmacologia: 1. Fàrmacs amb baix valor intrínsec, R. Baraiibar; Aportacions a la farmacocinètica en pediatria, R. Farré; 2. Novetats terapèutiques en l'àmbit pediàtric, I. Danès.

I Curs de Pediatria d'Atenció primària, organitzat per la Secció de Pediatria d'Atenció Primària de l'SCP. 1. Taller d'exploració de l'aparell locomotor. Moderador: J. López-Cacho, ponent: L. Terricabras; 2. Taller de lectura crítica d'articles mèdics. Moderador: E. Fortea, ponent: A. Balaguer; 3. Taller d'espirometria. Moderadora: X. Ortolà, ponent: M. J. Torregrosa; 4. Converses amb la nutricionista. Moderadora: I. Martín, ponent, E. Castejón.

Curs 2009-2010

XLIX Curs de Formació Continuada (4 crèdits - 27 hores lectives): va recollir 28 ponents i 97 inscrits. Els temes es van distribuir en: Bloc I, "Endocrinologia", amb la conferència inaugural sobre "Efecte de les proteïnes en la programació metabòlica del lactant", a càrrec del Dr. R. Closa. 1. Obesitat infantil: noves eines de prevenció i tractament, D. Yeste; 2. Repercussió a llarg termini del retard en el creixement intrauterí, L. Ibáñez; 3. Talla baixa, J. Bel; 4. Estudi i seguiment del fill de mare amb patologia tiroïdal, A. López. Bloc II, "Patologia ORL", amb: 1. Adenoïdectomia, amigdalectomia i drenatges Transtimpànics, V. Palomar; 2. Otitis serosa, mitjana i crònica. Sinusitis, J. Martí; 3. Cel·lulitis periorbitària i orbitària. Mastoïditis, P. Sala; 4. Patologia tumoral i malformacions ORL, F. Pumarola i M. Pellicer. Tema III, "Cardiologia": 1. Arítmies. Avenços en el tractament, F. Prada; 2. Novetats en cardiologia intervencionista, J.

Girona; 3. Seguiment a primària del nen amb cardiopaties congènites, A. Puigdevall; 4. Endocarditis bacteriana: profilaxi, diagnòstic i tractament, C. Marimon i M. Espiau; 5. Nutrició en nens amb cardiopaties congènites, R. Collell; 6. Nous tractaments farmacològics en la insuficiència cardíaca, J. A. Mairal; 7. Valoració funcional del postoperatori cardíac, M. Doñate. Bloc IV, "Malalties Infeccioses", amb: 1. Pneumònia i vessaments pleurals, V. Pineda; 2. Infecció urinària, A. Pérez; 3. La pell com a marcador d'infeccions, E. Sellarés i E. Baselga; 4. Febre d'origen desconegut, P. Villalobos; 5. Abordatge del lactant de 0 a 36 mesos amb febre sense focus, X. Pérez-Porcuna; 6. Malalties infeccioses emergents, A. Martínez- Roig; 7. Malalties importades, A. Retana.

1.5. Sessions conjuntes

Curs 2006-2007

Sessió conjunta dels grups d'Urgències i Intensius pediàtrics: Intoxicació per monòxid de carboni, doctors T. Gili i L. Martínez.

Sessió conjunta amb la Societat Catalana de Psiquiatria Infanto juvenil sobre Agressivitat infantil i en l'adolescent.

Curs 2007-2008

No es té notícia de la celebració de cap sessió conjunta.

Curs 2008-2009

XXXIII Reunió amb la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria, celebrada el 8 de novembre de 2008, a Lleida, coordinada per N. Pociello.

Sessió conjunta amb la Societat Catalana de Psiquiatria Infanto juvenil: "Signes d'alerta en la detecció precoç de trastorns mentals", a càrrec del Dr. J.M^a. Torrescasana.

Curs 2009-2010

XXXIV Reunió amb la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria, es va celebrar el 13 de novembre de 2009, a Barbastro, coordinada per M. J. Calvo. Les conferències van versar sobre: 1. Immunoteràpia, per I. Guallad; 2. Asma i virus, per S. Nevot; 3. Dermatitis atòpica, per J. Boné; i 4. Al·lèrgia alimentària, per M. T. Giner.

1.6. Sessions addicionals

Curs 2006-2007

Sessió de Benvinguda als Residents, junt amb el Curs Ricard Calpena d'RCP bàsica instrumentada per a R1 (amb set sales simultànies).

Curs 2007-2008

1a Jornada/Taller celebrada el divendres 23 de novembre de 2007, de 15:00 a 20:00 hores, dirigida a residents de Pediatria i Cirurgia Pediàtrica, sobre "Redacció d'un article en una revista biomèdica: conceptes bàsics". Hi va haver deu participants sobre quinze places.

Sessió de Benvinguda als Residents, junt amb el Curs Ricard Calpena d'RCP bàsica instrumentada per a R1 (amb set sales simultànies).

Curs 2008-2009

2a Jornada/Taller celebrada el 7 de novembre de 2008, de 15:00 a 20:00 hores, dirigida a residents de Pediatria i Cirurgia Pediàtrica sobre "Redacció d'un article en una revista biomèdica: conceptes bàsics", a càrrec d'O. García-Algar. Hi va haver tan sols vuit inscrits sobre quinze places ofertes.

Curs 2009-2010

Taller sobre "Medicina basada en la evidencia y su aplicación en pediatría. Formulación de preguntas clínicas y búsquedas bibliográficas", que es va celebrar el 30 de setembre de 2010 a l'Hospital comarcal de l'Alt Penedès, a càrrec del prof. J. C. Buñel i la Dra. R. B. Cortés.

1r Curs sobre Entrevista clínica, els dies 14 i 15 d'octubre, a càrrec de M. Llussà i A. Gallego.

Jornada sobre el tema "L'abús sexual infantil: un problema de tota la societat. Cal saber on som per mirar el futur", celebrada el 15 de maig de 2010, a l'Auditori de l'Acadèmia, estructurada en: 1ª part coordinada per Drs. R. Quilis i A. Natal, la psicòloga I. Quiles i la treballadora social C. Macias. Les conferències van ser: 1. Conseqüències clíniques i socials a curt i llarg termini, G. Gastamiza; 2. Conseqüències mèdiques, J. Pou; 3. Conseqüències psicològiques, X. Pujols; 4. Conseqüències en la família, A. Gallego; 5. Conseqüències socials, J. Domènec i C. Portolés. 2ª part, coordinada per F. Molero, va tractar de "Per què passa. Orígens", amb les xerrades següents: 1. Psicopatologia de l'agressor, A. Martín; 2. Famílies disfuncionals, F. Fora; 3. Papers dels mitjans. La societat està malalta, F. Barri; 4. Internet i pederàstia. Turisme sexual, R. Mora; 5. La prevenció, és possible?, M. J. Larios, V. Molina, R. Quilis, X. Gastamiza, F. Molero. Va congregar 251 assistents, i va ser l'activitat més concorreguda de tot el curs.

1.7. Sessions extraordinàries

Curs 2006-2007

Sessió Inaugural: va tenir lloc el 5 d'octubre, amb la conferència "Eliminació de la parotiditis a Catalunya", a càrrec dels doctors A. Plasencia, À. Domínguez i J. M. Casanovas.

Sessió de Cloenda: va tenir lloc el 14 de juny de 2007, amb el tema "Actitud davant d'un nen amb estereotípies", a càrrec del Prof. Dr. E. Fernández-Álvarez.

Curs 2007-2008

Sessió Inaugural: el 4 d'octubre de 2007, amb una com a Sessió Homenatge a Pere Calafell, en els 100 anys del seu naixement amb el tema "La pediatria social al segle XXI", a càrrec dels doctors A. Natal, R. M. Isnard i C. Gálvez.

Sessió de Cloenda: va tenir lloc el 19 de juny de 2008, amb el tema "Paper de la família i l'entorn en la recerca de la salut. Hàbits saludables?", a càrrec del Dr. R. Prats (Programa salut i escola. Departament de Salut).

Curs 2008-2009

Sessió Inaugural: el 2 d'octubre de 2008, amb la conferència donada per la Dra. J. Júdez, "La pediatria preventiva".

Sessió de Cloenda: el 18 de juny del 2009, a la qual van assistir 127 persones, va tractar sobre el tema "Llums i ombres de les adopcions" i va tenir un ressò especial. La Dra. B. Boadas va ser-ne la moderadora, la presentació va ser a càrrec del Dr. J. Iglésias, i es van fer tres xerrades: 1. Full de ruta de l'adopció, el procediment per adoptar, marc legal i tècnic. Criteris d'idoneïtat i no idoneïtat. Perfil dels adoptants. Èxits i fracassos en l'adopció, Sr. J.L. Comas; 2. Salut física i mental de l'infant adoptat: consulta mèdica de preadopció. Demandes de les famílies. Protocols d'exploració, diagnòstics i senyals d'alerta de l'infant adoptat, Dr. Á. Díaz-Conradi; i 3. L'adaptació i l'evolució de l'infant en el seu nou medi: característiques de l'infant adoptat. Aspectes emocionals i relacionals. Adaptació familiar, escolar i social, Dra. M. Pacheco.

Curs 2009-2010

Sessió Inaugural: L'1 d'octubre de 2009 va tenir lloc la del curs, a la Sala d'Actes del Col·legi de Metges de Tarragona, amb la conferència "Efectes de les proteïnes en la programació metabòlica del lactant", a càrrec del Dr. R. Closa.

Sessió de Cloenda: es va fer el 17 de juny de 2010, amb el tema "Noves perspectives en tractaments en pediatria amb cèl·lules mare", i la va donar la Dra. M. Torrabadella.

2. Grups de treball

Curs 2006-2007

Hi van haver 65 sessions d'onze grups de treball: Atenció Primària, 13; Malalties Infeccioses, 9; Adolescència i Genètica, 7; Neonatologia, 6; Endocrinologia, 5; Pneumologia, Urgències, UCI i Gastroenterologia, 4; Al·lèrgia, 2.

Curs 2007-2008

Es van celebrar 62 sessions de dotze grups de treball: Atenció Primària, 9; Malalties Infeccioses, 8; Adolescència i Genètica, 7; Urgències, Neonatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, 5; Pneumologia i UCI, 4; Al·lèrgia, 2; Immunologia, 1.

Curs 2008-2009

Es van celebrar un total de 44 sessions d'onze grups de treball: Malalties Infeccioses i Genètica, 8; Pneumologia i Endocrinologia, 5; Urgències, 4; Neonatologia, UCI, Al·lèrgia i Gastroenterologia, 3; Adolescència i Atenció Primària, 1.

Curs 2009-2010

En aquest curs es van fer 40 sessions de deu grups de treball: Genètica, 8; Urgències, Malalties Infeccioses, Endocrinologia, 5; Gastroenterologia, 4; Pneumologia, UCI, Al·lèrgia, 3; SEN i Immunodeficiències, 2.

3. Premis i beques

Premi sobre Nutrició Infantil lliurat en el mòdul de Gastroenterologia del Curs de Formació Continuada dels cursos 2006-07 i 2007-08. Escau fer notar que els premis i beques, convocats en els diferents cursos, s'han anat vinculant a la seva especialitat, o lliurant-se en l'entorn de les reunions anuals.

4. Altres temes

Revista *Pediatria Catalana*

Curs 2006-2007: sota la direcció del Dr. Vicente Molina, es van publicar cinc números (315 pàgines), més 1 CD monogràfic amb els continguts de la Reunió Anual i del Congrés de Pediatres de Llengua Catalana. En total van reunir cinc editorials, set casos clínics, cinc treballs originals, quatre articles de formació continuada, i tres treballs de revisió, a més de les seccions "Quin és el seu diagnòstic" i un recull d'informes sobre RCP. La revista es completarà a partir d'ara amb un nou web: www.scpediatria.cat amb apartats específics per a la revista, Programa RCP, Sessions On-line i espais per als diferents grups de treball, incloent-hi el de Pediatria d'Atenció Primària.

Curs 2007-2008: es va canviar el director, i es va nomenar per a aquesta tasca el Dr. A. Martínez-Roig. Es van publicar un altre cop cinc números (310 pàgines), amb cinc editorials, deu treballs originals i formació continuada, sis casos clínics, sis treballs de revisió, quatre de formació continuada, tres de Quin és el seu diagnòstic i dos de "En 5 minuts", a més de les seccions "Els pediatres publiquen fora", Notícies, Cartes al director, "In memoriam", Crítica de llibres, i els esdeveniments referits a "l'any Pere Calafell". A més, es va publicar un article especial, i comentaris bibliogràfics diversos. Es van fer els lliuraments del CD, amb el Programa educatiu sobre asma i el de la Reunió Anual de l'SCP celebrada a Sitges.

Curs 2008-2009: es van publicar un altre cop cinc números (315 pàgines), més 1 CD monogràfic, amb els continguts de la Reunió Anual. En conjunt es van publicar cinc editorials, un monogràfic sobre mediació cultural amb set articles, cinc treballs originals i set casos clínics, cinc "In memoriam", quatre "Quin és el seu diagnòstic" i "Observatoris", tres treballs de revisió i "Pòrtics", dos informes, Formació continuada, i "Pediatres publiquen fora", més un de Tècniques diagnòstiques, "5 Minuts", Comentaris bibliogràfics, Crítica de llibres, Notícies i Finestra d'associacions.

Durant aquest curs també es va publicar una enquesta sobre el "Futur de Pediatria Catalana", amb 270 respostes, en què destacaven fonamentalment les conclusions següents: 1. Es vol que la revista continuï; 2. La qualitat es percep com a bona; 3. Es volen més articles de formació continuada i treballs de revisió; 4. Es demana que s'estableixi el compromís de digitalitzar la revista; 4. Es prefereix la periodicitat de 4 (a 6) números a l'any.

Curs 2009-2010: es van publicar cinc números (311 pàgines), més el CD amb els continguts de la Reunió Anual. En total es van publicar sis editorials, vuit treballs originals i vuit casos clínics, set treballs de revisió i set cartes al director, cinc "Hi trobareu", quatre "Finestres d'associacions" i Crítiques de llibres, tres "Quin és el seu diagnòstic" i "Observatoris", dos Articles de formació continuada, Informes i Articles especials, i un Article de Novetats terapèutiques, a més de les seccions de Notícies, Comentaris bibliogràfics, "Els pediatres publiquen fora" i Fe d'errades.

Secretaria 2010-2011 / 2013-2014

M. Eugènia (Xènia) Ortolà

1. Activitats científiques

1.1. Reunions anuals de l'SCP

Les reunions anuals van mantenir el seu nivell i interès, tot i la situació conjuntural de crisi econòmica que ha afectat la vida laboral i assistencial dels pediatres. A més de les activitats científiques d'alt nivell, es va tenir cura especialment en aspectes com la integració de l'activitat en la ciutat d'acollida on té lloc la reunió anual. Les corresponents al període 2010-2014 es resumeixen a continuació.

Curs 2010-2011

XVII Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Es va celebrar a Tarragona, el 13-14 maig de 2011. Hi va haver 186 inscrits i es van presentar 127 resums. El president del Comitè organitzador va ser el Dr. X. Batlle. La conferència extraordinària va estar exposada pel Dr. C. Rodríguez, sobre "Oncologia pediàtrica del segle XXI: perspectiva global". El simposi satèl·lit previ va tractar sobre "Actualitzacions en vacunacions"; amb els temes següents: 1. Vacuna del papil·loma, amb C. Rodrigo; 2. Vacuna de la varicel·la i rotavirus, amb V. Pineda; i 3. Vacunes anti pneumocòcciques conjugades, amb J. Marès. Hi va haver dues Taules Rodones, la primera sobre Oftalmologia, moderada per J. Calizo, que va constar de: 1. Retinopatia del prematur: avenços i seguiment, amb M. Morales; 2. Despiatge-cribratge en atenció primària, amb M. T. Pérez-Vidal; 3. Patologia ocular freqüent, amb P. Romero; i 4. Atenció del nen deficient visual, amb L. Blanco i E. Gassol. La segona sobre Nutrició pediàtrica, moderada per A. Carrasco, amb els temes i ponents següents: 1. Programació metabòlica precoç, amb R. Closa; 2. Valoració de l'estat nutricional, amb V. Luque; 3. Conseqüències metabòliques de l'obesitat infantil, amb D. Yeste; i 4. L'alimentació a través de la publicitat televisiva, amb P. Genaró. La sessió de "Controvèrsies entre experts" va tractar de Controvèrsies en malaltia celíaca. Estratègies de prevenció precoces davant les tardanes, amb G. Castillejo i Estratègies de diagnòstic invasives i no invasives, amb G. Castillejo i N. Pociello.

En la secció "Els pediatres presenten fora", moderada pel Dr. J. Escribano, es van presentar vuit comunicacions: 1. Resultats de l'estudi multicèntric de corioamniòntis, del Grupo Castriello, amb F. Botet; 2. Disgenèsia tubular per IECA's durant la gestació, amb C. Herrero; 3. Anàlisi de la reversibilitat dels factors de risc cardiovascular en adolescents obesos, després d'una intervenció higiènic-nutricional, amb N. Paris; 4. La inhibició de la via NOTCH disminueix el potencial metastàtic de les cèl·lules del rabdomiosarcoma, amb S. Gallego; 5. Anàlisi prospectiva de la transmissió vertical del VIH, amb M. Méndez; 6. Part preterme electiu en les gastroquisis, amb C. Giné; 7. La nostra experiència amb pacients afectats de gastroquisis, amb J. Prat i 8. Proteïna C-reactiva relacionada amb la grassa visceral i el gruix de l'íntima-mèdia de la caròtida en nens prepuberals, amb A. López-Bermejo.

Hi va haver 127 comunicacions orals i pòsters, i la seva discussió va estar moderada pels doctors I. Badell, J. Maixé, M. A. Samper, V. Pineda, E. Castellarnau, X. Batlle, R. Monné, Á. Díaz, J. Maldonado, E. Marqués, C. Reverté i P. Tarradas. Com és habitual, els tradicionals premis que la Societat procura establir com a estímul i reconeixement per als seus membres, i que es van

vincular a la participació activa en les reunions anuals, també en aquesta edició, i les posteriors, es van lliurar a la millor comunicació oral, la comunicació oral més original, el millor pòster, el pòster més original, el millor cas clínic, la millor presentació feta per un resident R3, R4 o R5, i la millor presentació feta per un resident R1-R2.

Curs 2011-2012

XVIII Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Celebrada a Figueres, 12 de maig de 2012. La presidenta del Comitè organitzador va ser la Dra. M. Calvo. Hi va haver 163 inscrits i es van presentar cent comunicacions i dotze pòsters. La conferència extraordinària va estar exposada pel Dr. N. Bardalet (pediatre i especialista en medicina legal i forense, subdirector de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya -divisió de Girona- i professor de Criminologia de la UdG), sobre "Reflexions entorn la mort traumàtica d'un lactant".

La 1^a Taula Rodona va tractar de "Tos ferina. Una malaltia reemergent", amb F. A. Moraga Llop com a moderador, estant composta per: 1. Epidemiologia de la tos ferina a Catalunya. El brot del Pla de l'Estany, amb N. Camps; 2. Diagnòstic microbiològic de la tos ferina, amb M. G. Codina; 3. Estem fracassant en la prevenció de la tos ferina?, amb F. A. Moraga; i 4. Noves estratègies en la prevenció de la tos ferina, amb M. Campins. La 2^a Taula va tractar de "Patologia rellevant en nens de famílies immigrants", amb Roser Teixidor com a moderadora, constant de: 1. El nen amb drepanocitosi, de l'atenció primària a l'hospital de llè nivell, amb S. Rives i Sola; 2. Dèficit de vitamina D, amb A. Cabot i Dalmau; 3. La malària: formes de presentació i actualització del tractament, amb F. Bastida; i 4. Lesions cutànies en el nen de pell negra, amb E. Sellarès.

En la secció "Els pediatres presenten fora", moderada pel Dr. F. Bastida, es van presentar cinc comunicacions: 1. Paediatric blunt renal trauma: Management, follow-up and new therapeutic tools. 8 years of experience at a paediatric trauma centre, amb J. A. Molino; 2. Thoracoscopic lobectomy: First experiences on 26 cases, amb X. Tarrado; 3. Family presence during invasive procedures at the emergency room. What is the opinion of Spanish Medical staff? amb C. Luaces; i 4. Febrile urinary tract infection in children. Retrospective study, amb S. Mondragon; 5. Intermediate Dose of Imatinib in Combination with Chemo-therapy Followed by Allogeneic Stem Cell Transplantation. (SCT) Improves Early Outcome in Childhood Philadelphia Chromosome-Positive (Ph+) Acute Lymphoblastic Leukaemia (ALL). Results of the Spanish Cooperative Group SHOP / SEHOP Studies SHOP 94, SHOP 99 and SHOP 05, amb S. Rives.

La discussió de les 112 comunicacions orals i pòsters va estar moderada pels doctors J. Agulló, L. Mayol, C. Gonzalo, M. Crehuet, L. Ymbert, P. Almirall, J. M^a. Linares, N. Roig, A. Escuder, J. F. Muñoz, M^a. C. Roura, A. Fàbrega, I. Mascaró i A. Foguet. Es van lliurar els premis a la millor comunicació oral, comunicació oral més original, millor pòster, pòster més original, millor presentació en atenció primària, millor cas clínic, millor presentació feta per un resident R3, R4 o R5 i millor presentació feta per un resident R1-R2. Com a actes lúdics, es va fer una visita especial al castell de Sant Ferran (pati d'armes i cavalleries) i hi va haver una Mostra i tast de productes de la comarca.

Curs 2012-2013

XIX Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Es va celebrar a Vilafranca del Penedès, l'11 de juny. Hi va haver 200 inscrits i es van presentar 134 resums. El president del Comitè organitzador va ser el Dr. V. Morales. La conferència

extraordinària va estar exposada per Sebastià Serrano, catedràtic de lingüística general i teoria de la comunicació de la UB, sobre "La comunicació al segle XXI". Hi va haver un simpòsium satèl·lit previ el 10 de juny sobre "Què hi ha de nou en vacunes?", amb C. Rodrigo com a moderador. Les xerrades van ser: 1. Vacuna antigripal virosòmica en pediatria, amb X. Bruna; 2. Vacunes anta meningocòcciques: vacuna enfront el serogrup B, amb M. Campins; 3. Indicacions de la vacuna anta pneumocòccica conjugada 13-valent, amb J. J. García; 4. Vacuna enfront el rotavirus en els calendaris de vacunació, amb J. Marès; 5. Estratègies en la prevenció de l'hepatitis A i la tos ferina, amb F. A. Moraga. La 1ª Taula Rodona va incloure: "Web 2.0. Les noves tecnologies, problema o solució", moderada per V. Morales, amb S. García-Tornel, J. Fàbrega i A. Arce com a discutidors. La 2ª Taula, "Què hi ha de nou en...", moderada per Ll. Mayol, amb les xerrades: 1. Urgències, amb C. Luaces; 2. Dermatologia, amb E. Sellarès; 3. Infeccions: malària i indicacions de pro-filaxi antibiòtica, (no consta conferenciant). En la secció "Els pediatres presenten fora", moderada per I. Jordan, es van presentar: 1. Parenteral awareness and knowledge about invasive meningococcal disease: results of a multinational survey, amb C. Rodrigo; I 2. Prognosis value of adrenomedullin in serious bacterial infection children admitted at paediatric intensive care unit, amb M. Balaguer. La discussió de les 134 comunicacions orals i pòsters va estar moderada pels doctors Mª. C. Céspedes, J. Bosch, J. Azemar, A. Gatell, S. Sabaté, Mª. T. Samaniego, X. Pérez-Porcuna, X. Bruna, M. Enruba, Á. Díaz-Conradi, S. García i J. Serrano.

Es va introduir una sessió de Tallers simultanis (TIC aplicades a Pediatria, Cirurgia ambulatòria, Ortopèdia per a Pediatres, Taller de simulació d'urgències i Test de diagnòstic ràpid i tècniques de diagnòstic complementàries a la consulta d'atenció primària), amb una acollida excel·lent. Es van lliurar els premis a la millor comunicació oral, comunicació oral més original, millor pòster, pòster més original, millor presentació en atenció primària, millor cas clínic, millor presentació feta per un resident R3, R4 o R5 i millor presentació feta per un resident R1-R2. Com a actes lúdics, es va assistir a una sessió d'entrenaments de la colla casteller de la ciutat i es va fer una passejada i visita a l'escorxador.

Curs 2013-2014

XX Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Celebrada a la Seu d'Urgell el 10 de maig de 2014, hi va haver 208 inscrits i es van presentar 140 resums. El president del Comitè organitzador va ser el Dr. J. Fàbrega. La conferència extraordinària, "Experiències en l'assistència hospitalària pediàtrica a les Terres de Ponent", va estar exposada pel Dr. A. R. Gomà.

Prèviament hi va haver un 1r Simposi, moderat per N. Pociello, sobre "Casos clínics de patologia funcional en gastroenterologia pediàtrica", amb G. Castillejo, i un 2n Simposi, moderat per F. A. Moraga, sobre "Els pediatres hem de seguir vacunant de la varicel·la. Es pot?", amb V. Pineda, C. Rodrigo i J. Vacas. La 1ª Taula Rodona va estar moderada per Ll. Mayol, sobre "Què hi ha de nou en...", composta per: 1. Neurologia Pediàtrica, amb F. Paredes; 2. Cirurgia Pediàtrica, amb A. Castellví; i 3. Neonatologia, amb J. Perapoch. La 2ª Taula, moderada per E. Castellarnau va anar sobre "Novetats en malaltia pneumocòccica", amb: 1. Novetats clíniques, amb R. Sementé; 2. Hem millorat el maneig i pronòstic de la sèpsia a Catalunya? Estudi ABISS - EDUSEPSIS, amb E. Esteban; 3. Tractament inicial de la sèpsia, amb T. Gili; i 4. Prevenció de la malaltia meningocòccica, amb J. Marès. La discussió de les 140 comunicacions orals i pòsters va estar moderada pels doctors R. Mª. Isnard, I. Jordan, E. Alcover, F. Barranco, R. Peiró, Mª. C. Céspedes, R. Sementé, X. Pérez-Porcuna, G. Sans i N. Pociello.

Hi va haver, com l'any anterior, quatre Tallers simultanis dedicats a: 1. Pneumologia/Immunoal·lèrgia: espirometries, Prick-test. NO2, amb S. Nevot, A. Santosti, R. Solé i V. Viraola;

2. Proves complementàries de diagnòstic ràpid a l'atenció primària, amb J. de la Flor, J. Marès i D. Van Esso; 3. Embenats, amb S. Francisco i D. Aloy; i 4. Casos clínics en psiquiatria infantil i/o maneig del dol, amb M. Esquerda i F. Domingo.

Els premis van seguir les mateixes característiques que l'any anterior. Es van lliurar els premis a la millor comunicació oral, comunicació oral més original, millor pòster, pòster més original, millor presentació en atenció primària, millor cas clínic, millor presentació feta per un resident R3, R4 o R5 i millor presentació feta per un resident R1-R2. Cal destacar les activitats dirigides a la societat urgellenca, concretament un taller d'RCP per als nens del Cicle superior d'Educació primària, a càrrec dels doctors Á. Díaz i A. Martínez, del Comitè d'RCP de l'SCP i la "Escola de Pares: resolució de dubtes", a càrrec dels doctors S. García Tornel i J. Marès, amb una extraordinària acceptació i participació. Com a actes lúdics, l'endemà de la reunió es va fer una visita guiada a la ciutat i nombroses activitats esportives a la Seu i entorns.

1.2. Congressos o similars

Curs 2009-2010

X Congrés de Pediatres de Llengua Catalana (CPLLC)

Després del congrés de Menorca, a la reunió del Consell dels congressos (4 de setembre 2010), atesos el compromís i la participació logística i científica absolutament majoritaris de la SCP en detriment dels propis interessos de la mateixa (en suplir la Reunió Anual) i atesos els canvis històrics favorables produïts en el nostre país, el llavors president de la SCP (Dr. Vicente Molina) va presentar una proposta de canvi: celebrar el congrés conjuntament amb la Reunió Anual de la Societat, de manera que una part de l'esdeveniment fos organitzada pel Congrés de Pediatres de Llengua Catalana mateix, que l'estructura organitzativa, logística i financera depengués de la SCP, i que, per motius logístics/financers es fes dins el territori geogràfic de Catalunya. Aquest projecte permetria garantir la continuïtat del CPLC i que el seu temari fos més propi i enfocat a aspectes d'història, docència, sociologia, etc., i de més interès per als Països Catalans. El Dr. Molina va proposar que a efectes logístics i administratius, l'organització correspongués a la SCP, amb dos comitès científics, un per a la RA i un per al CPLC, i amb els dos presidents respectius.

Després d'un debat intens, es va arribar a un acord provisional (ratificat amb posterioritat): celebració conjunta del CPLC amb la RA de la SCP el 2014, amb una durada d'uns dos dies, un dia dedicat al Congrés i l'altre a la Reunió, amb una estructura organitzativa dependent de la SCP i amb un comitè organitzador amb representants de les diferents societats integrants del CPLC, amb dos comitès científics i els seus dos presidents respectius, amb seu al Principat d'Andorra i amb la Dra. Rosa Peiró, representant dels pediatres d'Andorra, com a presidenta del proper CPLC. Arribat el moment de la seva celebració, però, no va ser possible per motius de diversa índole.

1.3. Jornades internacionals

Durant els cursos del període 2010-2014 no va tenir lloc cap jornada internacional.

1.4. Formació continuada

El Curs de Formació Continuada (CFC) va mantenir la distribució clàssica en quatre mòduls dedicats a cadascuna de les subespecialitats pediàtriques, incloent-hi el Curs de Divulgació de l'SCP.

Curs 2010-2011

Curs de Formació Continuada 2010-11 - XLVI Curs de Divulgació

Va comptar amb dos blocs. El primer, de quatre mòduls, van correspondre a les subespecialitats següents: Mòdul I. Nefro-urologia: 1. Actualització de la síndrome nefròtica i glomerulonefritis, amb E. Parada; 2. Actualització en alteracions uro-genitals congènites (vàlvules d'uretra posterior, èctasi pièlica, megaurèter, duplicacions ureterals...), amb C. Herrero i M. Asensio; 3. Avenços en cirurgia nefrourològica, amb Ll. Garcia-Aparicio i J. Cafaratti; 4. Repercussions a nivell renal de malalties sistèmiques, tòxics i medicaments, amb J. Escribano i G. Fraga. Mòdul II.: Hemato-Oncologia: 1. Leucèmies: signes d'alerta en atenció primària. Nous avenços en el seu tractament, amb I. Badell i M. García; 2. Suport dels nens oncològics en fase terminal i de les seves famílies, amb J. Ortiz i L. Gros; 3. Trombopènies/PTI, amb F. Almazán i M. Melo; 4. Hemoglobinopaties, amb R. Teixidor i S. Rives. Mòdul III. Medicina preventiva: 1. Noves vacunes: quines cal incloure en el calendari vacunal?, amb C. Rodrigo; 2. Prevenció de l'obesitat infantil, amb R. Corripio; 3. Toxicologia perinatal: situació al nostre entorn i aspectes preventius, amb O. Vall. Mòdul IV. Neonatologia: 1. Cures centrades en el desenvolupament i en la família: un nou enfoc de les unitats neonatals, amb J. Perapoch; 2. Aspectes bioètics en les UCI-N i límits de viabilitat, amb G. Moretones; 3. Seguiment a consultes del nadó prematur, amb G. Ginovart; 4. Salut a curt, mitjà i llarg termini dels nens nascuts per tècniques de reproducció assistida; amb R. Porta.

En total hi van participar 76 inscrits, que van acreditar 36 hores lectives i 6,5 crèdits pel Consell Català de Formació Continuada.

El segon bloc va tractar sobre "Actualització en Gastroenterologia, Hepatologia i Nutrició", amb les sessions següents: 1. Hepatitis crònica B i C. Protocol de seguiment i tractament, amb I. Loverdos; i Casos clínics, amb M. Montraveta; 2. Actualització en malaltia celíaca, amb G. Castillejo i Casos clínics, amb M. Pich, E. Marquès i P. Sáez; 3. Malnutrició del nen hospitalitzat, per S. Redecillas, i Casos clínics; 4. Cribratge de pacients amb risc nutricional, amb N. Pociello; 5. Hemorràgia digestiva alta i baixa. Protocol d'actuació, amb V. Vila; 6. Casos clínics variats, amb R. García, P. Guallarte, J. Carnicer i O. Segarra.

Curs 2011-2012

Curs de Formació Continuada 2011-12 - XLVII Curs de Divulgació

Distribuït entre els mòduls següents: Mòdul I, sobre "Urgències. De l'atenció primària a l'hospital": 1. Maneig a primària del nen diabètic, amb S. Pie; 2. Urgències en el nen diabètic i CAD, amb M. Gispert-Saüch; 3. Anafilaxi, amb N. Cortés; 4. Noves recomanacions en RCP pediàtrica i neonatal, amb E. Castellarnau; 5. prevenció i tractament inicial de les intoxicacions agudes, amb N. Pociello. Mòdul II, sobre "Pneumologia": 1. Proves funcionals respiratòries, amb J. Sánchez; 2. Asma i corticoides, quan i com, amb C. Martín de Vicente; 3. Diagnòstic i tractament de la tuberculosi a pediatria, amb C. Rodrigo; 4. Patologia pulmonar crònica: pneumònies de repetició i bronquièctasi, amb O. Asensio. Mòdul III, sobre "Bioètica": 1. Trasplantament de donant viu a pediatria. El donant altruista no emparentat, amb J. Lloret; 2. Teràpia fetal i diagnòstic prenatal. Informacions que condueixen a decisions equivocades. Supervivents inesperats, amb O. Gómez del Rincón i J. Moreno; 3. Embaràs i avortament en adolescent. Aplicació de la nova llei, amb N. Parera; 4. Privacitat i confidencialitat del pacient a la consulta, amb R. Jiménez. Mòdul IV, sobre "Neurologia i Neurocirurgia": 1. Trastorns d'espectre autista. Abordatge multidisciplinari, amb A. Hervàs; 2. Tumors del SNC: detecció precoç i tractament, amb N. Pardo; 3. Noves tècniques de neuroimatge. Casos controvertits, amb A. Sánchez-Montáñez; 4. Tractament farmacològic i cirurgia de l'epilèpsia. Últim recurs terapèutic o tractament d'elecció, amb

X. Sanmartí i G. García. Hi va haver 23 ponents i 108 inscrits, i el Consell Català de Formació Continuada per a les professions sanitàries i la Comissió de Formació Continuada del Sistema Nacional de Salut van acreditar 36 hores lectives i 5,5 crèdits.

Curs 2012-2013

Curs de Formació Continuada 2012-13

Els mòduls van correspondre a les subespecialitats de Gastroenterologia, Dermatologia (corresponent al **XLVIII Curs de Divulgació**), Pediatria pràctica i Genètica i Dismorfologia. Les xerrades van començar el 18 d'octubre amb el Mòdul I: 1. Actualització de la malaltia celíaca, amb G. Castillejo; 2. Intolerància-al·lèrgia a les proteïnes de llet de vaca, amb J. Carnicer; 3. Probiòtics i prebiòtics, amb S. Redecillas; 4. Tècniques diagnòstiques en gastroenterologia, amb V. Vila. Mòdul II: 1. Angiomes i propanolol, amb E. Baselga; 2. Casos clínics de dermatologia, diagnòstic per la imatge, amb X. Codina; 3. Dermatologia en el nen immigrant, amb E. Sellarés; 4. Terapèutica pràctica en dermatologia pediàtrica, amb R. Grimalt. Mòdul III: 1. Aspectes ètics dels errors mèdics, casos clínics: com abordar-los i comunicació amb els pares, amb F. J. Cambra; 2. Ús de les xarxes socials a Internet pels pediatres (TIC) i eines per compartir informació a Internet (Google docs, Dropbox, Twitter, RSS, Facebook, LinkedIn), amb R. Capdevila; 3. Pares i pediatres, enred@s a la web, amb A. Arce. Mòdul IV: 1. Ressonància magnètica en les anomalies fetals, amb C. Martín; 2. Cribratge neonatal dels ECM. Indicacions, confirmació diagnòstica i seguiment. Panorama actual del cribratge neonatal a Espanya i Europa, amb G. Pintos; 3. Dismorfologia: sessió de casos clínics, amb E. Gabau; 4. Genomia i epigenètica, amb M. del Campo.

Curs 2013-2014

Curs de Formació Continuada 2013-14

Va estar reduït a tres mòduls, que van correspondre a les subespecialitats de Pediatria pràctica, Urgències i emergències (corresponent al **XLIX Curs de Divulgació**) i Cirurgia. Aquest curs es va decidir reduir a tres mòduls per motius logístics relacionats amb la situació de crisi del país i mundial. D'altra banda, la disponibilitat de les noves tecnologies ha fet possible la implementació de les sessions per videoconferència, amb gran acceptació per part dels pediatres de fora de la ciutat de Barcelona. En aquest punt crec que cal fer esment i agrair el gran esforç que ha representat per a la Secretaria Tècnica la posada en marxa de les videoconferències i la col·laboració dels vocals de vegueries. La participació per videoconferència, variable segons les vegueries, va arribar a xifres de gairebé cinquanta pediatres en el bloc de Pediatria pràctica.

Mòdul I, Pediatria pràctica: 1. Codi sèpsia en pediatria, amb E. Esteban; 2. Trastorns respiratoris del son, amb J. Corominas, P. Echarri i D. Grandi; 3. Nous fàrmacs en pediatria, amb I. Danés; 4. Seguretat del pacient a urgències, amb M. Vila. Mòdul II, Urgències i emergències: 1. Maneig inicial del pacient sèptic a urgències, amb E. Castellarnau. 2. Atenció inicial a la dificultat respiratòria amb N. Pociello; 3. El lactant febril, amb M. Gispert-Sauch. Mòdul III, Cirurgia: 1. Anomalies del descens testicular i escrot agut, amb J. Margarit; 2. Protocol i maneig de la plagiocefàlia postural, amb J. Bosch; 3. Cirurgia dels tumors toraco-abdominals, en una única taula moderada per P. Abad; a. Introducció a la cirurgia dels tumors toraco-abdominals. Diagnòstic i tractament dels tumors hepàtics en nens, amb M. Vancells; b. Diagnòstic i tractament quirúrgic dels sarcomes en nens, amb G. Guillén; c. Tumors toràcics: diagnòstic i tractament en nens, amb N. Brun; d. Factors de risc quirúrgic definits per imatge en neuroblastomes, amb P. Abad; e. Criteris de derivació dels pacients al cirurgia, amb Y. Royo i S. Ruíz.

El CFC està consolidat, amb l'interès dels temes i la publicació de les sessions a la pàgina web de l'SCP, amb manteniment del nombre d'inscrits (a l'entorn de la centena) i, en aquest darrer curs, l'emissió per videoconferència.

1.4. Sessions conjuntes

Curs 2010-2011

Reunió conjunta amb la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria (de celebració alterna a Catalunya i Aragó). Celebrada a Cardona el 19 de febrer de 2011, coordinada per la Dra. M. Garriga, sobre Novetats en urgències: 1. Analgèsia a urgències, amb P. Madurga; 2. Anafil·làxia, amb S. Nevot; 3. Tractament mèdic vs quirúrgic en les apendicitis, amb J. Elias i 4. Patologia dermatològica d'urgències, amb M. A. González-Ensenyat.

Reunió amb la Societat Catalana de Ginecologia i Obstetrícia.

I Jornada d'Atenció Primària al Món Rural. Celebrada a Berga el 6 de maig de 2011, organitzada juntament amb el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona i la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, amb quatre taules rodones sobre: 1. Present, passat i futur de la medicina rural; 2. Formació de residents al món rural; 3. Noves tecnologies al món rural; 4. Pediatria al món rural. No tenim dades sobre els ponents. Hi va haver una conferència inaugural a càrrec del Prof. E. Vilardell.

Curs 2012-2013

Reunió conjunta amb la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria (a Osca), amb el tema: Neuropediatria. 1. Avances en el diagnòstic etiològic de la deficiència cognitiva, amb L. Monge; 2. Avances en patologia neuromuscular: importància del diagnòstic, amb A. Nascimento; 3. Síndrome de Dravet, amb F. X. Sanmartí. Sessió de comunicacions lliures.

Sessió Ordinària: el 14 de març de 2013 va tenir lloc al saló de Cròniques de l'Ajuntament, una sessió conjunta amb l'Ajuntament de Barcelona i l'Agència de Salut Pública de Barcelona, commemorativa sobre "El Pla de Vacunació continuada de la població infantil de Barcelona, 40 anys després (1973-2013)", que es va estructurar així: 1. Els orígens de la vacunació a Catalunya, amb F. A. Moraga; 2. La figura del professor Agustí Pumarola i Busquets, amb A. Rodríguez-Torres; 3. El primer calendari de vacunacions sistemàtiques a Barcelona, amb L. Salleras.

Sessió especial Conjunta: celebrada el 25 d'abril de 2013, entre la SCP, la Societat Catalana de Microbiologia i la d'Obstetrícia i Ginecologia, moderada pel president Dr. F.A. Moraga sobre la "Tos ferina a Espanya. Situació epidemiològica i estratègies de prevenció i control", amb l'esquema següent: 1. Situació epidemiològica a Espanya, amb M. Campins; 2. Diagnòstic microbiològic, amb G. Codina; 3. Noves estratègies de vacunació, amb F. A. Moraga; 4. Vacunació de l'embarassada, amb A. Goncè-Mellgren; 5. Presentació i lliurament del document de consens, amb M. Campins.

II Jornada d'Atenció Primària al Món Rural, amb programa que no tenim a l'abast. **Sessió Conjunta amb la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia:** el 16 de maig de 2013 es va celebrar una sessió sobre "Infecció per CMV congènit: aspectes obstètrics i neonatals", a càrrec d'A. Goncè i F. Botet.

Curs 2013-2014

Sessió Conjunta amb la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya sobre “El valor de les vacunes en el segle XXI”, el dia 3 de desembre de 2013, coordinada per M. Cruz i A. Domínguez. Les intervencions van ser: 1. Beneficis de salut i econòmics de les vacunes, amb L. Salleras; 2. Del calendari de mínims al calendari de màxims, amb F. A. Moraga; 3. Com respondre els missatges negatius sobre les vacunes, amb V. Molina; 4. La vacunació antipoliomielítica a Catalunya. Una intervenció exemplar, amb J. V. Tuells.

Sessió conjunta amb la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia sobre “Sessió Informativa: vacunació de les dones embarassades contra la tos ferina”, amb les intervencions següents, moderades per J. M. Bayas i L. Urbitzondo: 1. La tos ferina en el nadó i l'infant, amb X. Pérez-Porcuna; 2. Vacunació contra la tos ferina de les dones embarassades, amb A. Goncés; 3. Cuidar la dona embarassada i protegir el nadó, amb E. Vela; 4. Cloenda, amb Ll. Salleras.

Jornada Multidisciplinària amb la Societat Catalana de Medicina de l'esport: es va celebrar el 4 de març de 2014, una “Jornada d'Actualització en Nen i Esport: Natació, coordinada” per M. Ballvé i M. Mónaco, estructurada de la manera següent: 1. Recomanacions de la natació pel pediatre: indicacions i contraindicacions. Què diuen les recomanacions de l'AAP. És l'eina millor per combatre el sedentarisme, amb J. Maixé; 2. Aspectes pediàtrics a tenir en compte en el nadador, moderada per S. Nevot (La natació en l'atòpic, Patologia ORL en el nadador i La natació com a eina en la rehabilitació en patologia ortopèdica); 3. La teràpia aquàtica, alguna cosa més que nedar? Teràpia aquàtica vs. natació per a bebès, amb A. Martín; 4. De la natació recreativa a l'alt rendiment, amb J. A. del Castillo.

Sessió conjunta amb la Societat Catalana de Cirurgia i la d'Obstetrícia i Ginecologia: el 27 de març de 2014 va tenir lloc una “Jornada sobre Cirurgia Fetal”, moderada per E. Marimón, amb el programa següent: 1. Correcció prematura del mielomeningocele, amb S. Arévalo; 2. Correcció prenatal de l'hèrnia diafragmàtica, amb J. M. Martínez; 3. El neonatòleg en l'assistència al nadó amb teràpia fetal, amb J. Moreno.

III Programa d'Atenció Primària al Món Rural: “Els equips, la comunicació i les relacions”, va tenir lloc a Berga el 23 de maig de 2014. La primera taula rodona va tractar de la Relació entre nivells assistencials, amb J. Checa i M. Cucurell. La segona taula va tractar de Treball en equip. Tots a una?, amb M. Bundó, M. Díez, A. Picas, S. Granollers, V. Morales i Ll. Esteve. La tercera va tractar de Comunicació amb els pacients, amb M. Morlans, C. Medina, O. Autet, R. Circuns. La quarta va tractar d'El 2.0 a l'AP rural, amb J. Cornet, M. Sans, J. Martínez i S. Alfonso. Les conclusions les va tractar N. Forn, i van tancar la Jornada L. Alonso, N. Font, F. A. Moraga i J. Padrós.

Sessió conjunta amb la Societat Catalana de Medicina Legal i Toxicologia sobre “Causes de mortalitat dels infants i adolescents. Dades de l'Institut de Medicina Legal a Catalunya” amb T. Marrón, G. Gallego i J. Arimany.

Reunió conjunta del Grup de Treball d'Atenció primària de la SCP i el IDIAP: el 3 de juny de 2014 es va celebrar aquesta reunió, per tractar sobre “Com potenciar la recerca en atenció primària pediàtrica”. La presentació va anar a càrrec de X. Pérez-Porcuna, i, per part del IDIAP, C. Violan va fer: 1. Presentació de la plataforma SIDIAP per realitzar estudis a l'atenció primària; 2. Presentació de projectes de recerca realitzats a l'atenció primària; 3. Presentació dels recursos: unitats territorials de recerca; 4. Establiments de grups de treball, i 5. Línies de futur: línia de recerca pediàtrica.

1.5. Sessions addicionals

Curs 2010-2011

Jornada d'actualització en Urgències pediàtriques: el dijous 28 d'octubre de 2010 es va celebrar aquesta jornada amb la introducció a càrrec de M. Sánchez. La primera taula rodona va tractar sobre "El triangle de valoració pediàtrica", amb C. Luaces de moderador i amb el següent contingut: 1. Presentació del triangle de valoració pediàtrica, amb C. Luaces; 2. Cas clínic: Disfunció del SNC, amb X. Codina; 3. Cas clínic: Fallada respiratòria, amb Z. Ibars; 4. Cas clínic: Xoc, amb E. Castellarnau; 5. Cas clínic: Fallada cardiopulmonar, amb F. X. Traveria. La segona taula rodona va tractar sobre "El metge d'urgències davant aspectes pediàtrics concrets", amb M. Sánchez de moderador i el contingut: 1. Trasllat pediàtric prehospitalari, amb P. Domínguez; 2. Abús sexual i maltractament, amb J. Pou; 3. Nounats a urgències, amb A. Martínez; 4. El nen en coma, amb M. Gispert.

1r Curs TDAH-TA (trastorn d'aprenentatge): el 12 de novembre de 2010 es va celebrar aquest curs a càrrec dels professionals: L. S. Eddy, S. Batlle, E. Camprodon, N. Ibáñez. El programa estava format per: 1. Terminologia i història; 2. Entrevista clínica i simptomatologia; 3. Criteris diagnòstics, diagnòstic diferencial i comorbiditat; 4. Pronòstic; 5. Tractament farmacològic; 6. Psicoeducació; 7. Entrenament a pares; 8. Intervenció a l'escola.

I Curs sobre L'alimentació dels nens: podem millorar-la?, celebrat el 5 de maig de 2011, amb les xerrades següents: 1. Introducció a aspectes fisiològics i patològics relacionats amb l'alimentació, amb J. Bràs; 2. Aspectes nutricionals, amb L. Padró; 3. Aspectes culturals actuals de l'alimentació, amb J. Bràs; 4. Alimentació al primer any de vida i ètnia. Aspectes educatius de l'alimentació: aprenentatges bàsics i hàbits per sota de 2 anys, amb B. Miguel; 5. Aspectes educatius de l'alimentació: aprenentatges bàsics i hàbits per sobre dels 2 anys. Ètnies. Vegetarianisme, amb J. Ngo; i 6. Taller de casos, amb debat i suggeriments d'intervenció i avaluació.

Curs 2011-2012

IV Jornada d'atenció pediàtrica al mon rural. El 25 de maig de 2012 es va celebrar a Berga, aplegant més de 200 assistents, que van discutir sobre: 1. Acompanyament dels malalts crònics pediàtrics, adolescents en els seus darrers moments; 2. Tractament de la celiaquia; 3. Tractament de la diabetis; 4. Maneig de les discapacitats en nens: experiència d'en Marc Perpinyà, que va patir un càncer durant la seva adolescència; 5. Reflexió sobre els requeriments ètics en la sedació al final de la vida, i la demanda de la mort a casa; 6. Oportunitats que ofereixen les tecnologies de la informació i comunicació (TIC); 7. Tuberculosi, maneig i tractament. La conferència de cloenda va ser a càrrec del Dr. P. J. Cardona, sobre "Teràpia Ruti per a la tuberculosi".

Curs 2012-2013

V Jornada d'atenció pediàtrica al mon rural. El dia 10 de maig de 2013 es va celebrar, de nou a Berga. Els principals temes van ser: 1. La integració de la salut mental a l'atenció primària: Programa de coordinació entre l'atenció primària. 2. L'atenció especialitzada al Berguedà, amb C. Pedrol; 3. Integració de la salut mental a l'atenció primària, amb P. Bonet i J. Gomà; 4. Trastorns prevalents: dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH), amb A. Sans; 5. Quin paper pot jugar en la salut mental l'atenció de l'obesitat infantil i juvenil, amb F. Moruno; 6. Depressió: models de teràpia de curta durada, amb G. Batlle; 7. Programa INDI, una eina per millorar l'abordatge de la depressió i el trastorn d'ansietat, amb E. Aragonés; 8. Programa d'intervenció

grup al psicoeducatiu, una eina no farmacològica per al tractament de persones amb trastorns mentals lleus, amb Q. Barcons. Les conferències finals van tractar sobre "Reflexió sobre la salut mental dels propis metges", amb A. Arteman, i "Tornar a la prescripció de psicofàrmacs clàssics en psiquiatria: un dramàtic retrocés en la lluita contra l'estigma en els adolescents amb problemes de salut mental", amb M. Casas.

Model d'Atenció Al·lèrgològica a Catalunya, dins el Pla de Salut 2011-2015: el 23 de maig de 2013 es va presentar el model amb una introducció a càrrec de F. A. Moraga, Ll. Marquès i J. Fusté, i una taula rodona sobre "Situació actual de l'atenció Al·lèrgològica en pediatria a Catalunya", moderada per S. Nevot, que constava de: 1. Cartera de serveis en l'atenció a la patologia al·lèrgica, amb S. Nevot; 2. Necessitats dels pediatres d'assistència primària, amb G. Morera; i 3. Què aporta el desplaçament de l'al·lèrgològic a l'assistència primària, amb L. Ferré.

1a Sessió d'Orientació als Residents. Durant el curs 2012-2013 es va instaurar un nou projecte dirigit a l'orientació professional dels residents en acabar la seva formació. Es va establir la Jornada "S'acaba la residència" d'orientació als R4-R5, amb participació de pediatres hospitalaris i de primària i d'ex-residents, que van aportar les seves visions i experiències. Va tenir una gran acollida.

Curs 2013-2014

Taller sobre Cirurgia ambulatòria: el 7 de novembre de 2013, es va celebrar, coordinada per E. May, amb J. Margarit, C. Grande, A. Pizà.

Taller en forma de «Hangout en viu»: el 20 de febrer de 2014 es va fer per primera vegada un taller amb aquest format, sobre "Entorn Google, Eines TIC a l'abast de tothom", conduït per R. Capdevila, amb gran acceptació per part de molt membres de la Societat, especialment aquells que treballen lluny de Barcelona.

II Sessió per a residents sobre «S'acaba la Residència Què cal saber per seguir endavant?»: El 6 de febrer de 2014 va tenir lloc la segona sessió ja esmentada abans amb el programa següent: Presentació, a càrrec de F. A. Moraga i I. Jordan; 1. Quines inquietuds tenen els residents quan acaben?, amb G. Artigas; 2. Atenció primària, amb X. Pérez-Porcuna; 3. Atenció hospitalària, amb A. Mirada; 4. Fer la tesi o llençar-se a la recerca, amb I. Jordan; 5. Taula rodona sobre experiències de cinc ex-residents amb diferents sortides.

Sessió sobre "Les guies, els protocols d'abordatge de la patologia al·lèrgica i els criteris de derivació a l'atenció primària": el 27 de maig de 2014 es va celebrar una sessió monogràfica sobre aquest tema, que va anar a càrrec de M. Ibero i S. Nevot. El 29 de maig de 2014 va tenir lloc un altre Taller organitzat pel grup de treball d'Al·lèrgia, sobre "Insuficiència respiratòria i infiltrats pulmonars", a càrrec de J. Costa.

Curs 2014-2015

"Proyecto de Prevención de la Obesidad Infantil (POIM)": a l'octubre de 2014, la Dra. M.ª Victoria Marcos va exposar el projecte objecte de premi «Fomento Estímulo a la Investigación Ordesa de la AEP, 2013».

1.6. Sessions extraordinàries

Sessions inaugurals. Des de la presidència del Dr. Vicente Molina, les sessions inaugurals es van anar fent de manera rotatòria fora de Barcelona per afavorir l'assistència de pediatres del territori, amb temes més de caire humanístic, històric, no estrictament científics.

Sessions de cloenda. Les sessions de cloenda del curs de formació es duen a terme al final de l'Assemblea General, el mes de juny, amb un caire similar a les inaugurals.

Jornada multidisciplinària. En aquest període de 2010-2014 es va establir la denominada Jornada Multidisciplinària, l'objecte de la qual és aplegar diversos professionals relacionats amb l'entorn i cura de l'infant per debatre temes des d'un vessant multidisciplinari. El punt de partida va ser una sessió extraordinària al maig del 2010 sobre "L'abús sexual infantil: un problema de tota la societat. Cal saber on som per millorar el futur", amb 251 inscrits i un gran ressò mediàtic. Es va instituir com a jornada anual.

Curs 2010-2011

Sessió Inaugural: a Girona, el 7 d'octubre de 2010: "Els hospitals de la ciutat de Girona durant la Baixa Edat Mitjana: la xarxa d'assistència sanitària i de beneficència durant els segles XII-XV" a càrrec de Ll. Mayol, que va ser presentat per les doctores M. Calvo i M. García.

Sessió de Cloenda: el 9 de juny de 2011: "Comunicació en pediatria: la relació amb el pacient, una visió des del cinema i el teatre", a càrrec de X. Clèries (IES).

II Jornada Multidisciplinària: "Trebant junts: dels 3 als 6 anys. Professionals i escola", el 4 de juny de 2011, amb la coordinació de R. Quilis, J. Bràs i M^a. E. Ortolà. Va congregar 90 inscrits i va constar d'una 1^a Taula Rodona sobre Dificultats per progressar, coordinada per J. Bràs: 1. Detecció precoç, amb M. Guitet; 2. Interculturalitat i trastorns adaptatius, amb I. Martín; 3. L'educació en situació de malaltia. Adaptació curricular, amb M. Cruz. La 2^a Taula va anar sobre Problemes de Salut, moderada per E. Ortolà: 1. Malalties cròniques, amb J. Lopez-Cacho; 2. Brots epidèmics per malalties prevenibles, amb J. Batalla. La 3^a va tractar sobre Salut Mental, coordinada per X. Gastamiza, i va constar de: 1. Signes d'alarma, amb A. Bielsa; 2. TDAH a l'escola, amb L. Eddy; 3. Trastorns adaptatius i fòbies, amb X. Gastamiza. La 4^a va tractar de Violència, coordinada per R. Quilis, i va constar de: 1. El nen agredit. Bullying, amb F. Barri; 2. Intimidació professional, amb A. Jimeno i 3. Aspectes penals de la violència escolar, amb C. Portolés. A més, hi va haver una conferència sobre el Programa Salut i Escola, a càrrec de C. Cabezas.

Curs 2011-2012

Sessió Inaugural: a Lleida, el 6 d'octubre de 2011 amb el tema "Les TIC i la nova pediatria", per R. Capdevila.

Sessió de Cloenda: el 21 de juny de 2012 amb el tema "Ampliació del pla de cribratge neonatal", per M. Jané (Programa de Salut MaternoInfantil, DGSP).

Jornades Glaxo SKF: el 26-27 de setembre de 2011, sobre "Presentacions científiques: comunicació eficaç en ciències de la salut"; l'11 de maig de 2012, sobre "Cerca i administració d'imatges científiques com a eina d'ajut al diagnòstic".

Jornades Astra Zeneca: el 7 d'octubre de 2011: "L'entrevista clínica: abordatge de situacions clíniques a la consulta", amb M. Llussà i E. García.

I Curs d'Immunodeficiències Primàries: el dia 1 de desembre de 2011 es va celebrar aquest primer curs, coordinat per P. Llobet i P. Soler, amb el programa següent: 1. Principis d'immunologia per entendre les IDP. Introducció a les IDP, amb T. Español; 2. IDP per desperfectes de producció d'anticossos, amb P. Llobet; 3. Seminari 1: Citometria de flux: nocions bàsiques i aplicacions, amb M. Hernández; Seminari 2: Diagnòstic molecular, amb M. J. Otero; 4. IDP per

defectes a la immunitat innata, amb L. Alsina; 5. IDP per defectes fagocítics, amb A. Martín; 6. IDP per defectes de limfòcit T, amb P. Soler-Palacín; 7. Altres IDP ben definides, amb O. de la Calle; 8. Seminari 3: Casos clínics problema, amb F. Caracseghi; 9. Seminari 4: TPH i teràpia gènica, amb I. Badell; 10. IDP per desregulació immune i malalties autoinflamatòries, amb J. A. Aróstegui.

I Jornada d'endocrinologia pediàtrica: el divendres 20 de gener de 2012 es va celebrar la aquesta jornada amb el programa següent: 1. En quin punt es troba la teràpia gènica en diabetis tipus 1?, amb F. Bosch; 2. Maneig de situacions difícils en diabetis tipus 1 infantil, amb R. Cardona; 3. Proposta de maneig de l'hipogonadisme hipogonadotrop masculí, amb M. Gussinyé.

Curs d'iniciació a les TIC: el 26 d'abril de 2012 amb el tema "Tecnologies de la informació i de la comunicació. Xarxes socials i la web 2.0".

Jornada d'Orientació laboral als MIR, el 3 de maig de 2012, amb M. C. Monzón, G. Artigas, E. Castejón i M. Enrubia.

I Seminari sobre Medicaments homeopàtics a pediatria: el 29 de juny de 2012 es va celebrar aquest seminari d'aplicació pràctica, a càrrec exclusivament del Dr. X. Riopedre, amb les xerrades: 1. L'homeopatia a la medicina actual; 2. Conceptes generals; 3. El medicament homeopàtic; 4. Dubtes freqüents: seguretat, complementarietat, precaucions; 5. Aplicació a casos pràctics.

Curs 2012-2013

Sessió Inaugural: a Barcelona, el 4 d'octubre de 2012 amb el títol "Les malalties infeccioses en el nen a Catalunya. Les meves vivències", a càrrec de J. M^a Corretger.

Sessió de Cloenda: el 20 de juny de 2013 amb el títol "Acceleració secular del creixement. Gens i medi ambient", a càrrec de A. Carrascosa.

III Jornada Multidisciplinària: "El menor institucionalitzat: aspectes mèdics, psicològics i jurídics", el 17 de novembre de 2012, amb la coordinació de R. Quilis, E. Castejón, I. Jordan, R. Monné, A. Natal i M. E. Orolà. Inauguració a càrrec de F. A. Moraga; Primera taula rodona: El menor d'alt risc, amb A. Natal com a moderador: 1. Gradient social i salut infantil, amb L. Rajmil; 2. Infància en risc: de la sospita a la comunicació, amb J. Ferrer; 3. Quina és la simptomatologia de la privació afectiva?, amb A. Bielsa; 4. Per què desemparem un menor?, amb D. Coll. Segona taula rodona: Problemàtica del menor institucionalitzat, amb R. Monné com a moderadora: 1. Els itineraris educatius dels infants i adolescents en acolliment residencial i familiar, amb C. Montserrat; 2. Prevalença de delictes en menors, amb S. Torras; 3. El menors no acompanyat (MENA): estimació forense de l'edat, amb A. Pujol; 4. El paper de l'educador de carrer, amb A. Peláez. La conferència extraordinària va estar dictada per C. Portolés: Responsabilitat penal del menor. La rehabilitació: una quimera? La cloenda i les conclusions finals van anar a càrrec de R. Quilis.

III Curs d'Immunodeficiències, celebrat el 16 d'abril de 2013, amb el programa següent: Benvinguda i presentació de l'ESID, amb P. Soler; 1. Com funciona el sistema immunitari, amb M. J. Otero; 2. Signes d'alarma. Classificació de les IDP, amb T. Español; 3. Proves diagnòstiques bàsiques per al diagnòstic de les IDP, amb M. Hernández; 4. Casos clínics pràctics, amb L. Alsina; 5. IDP per defectes de producció d'anticossos, amb P. Llobet; 6. IDP per defectes del limfòcit T, amb P. Soler; 7. Tractament de les IDP: gammaglobulines, vacunes i antibiòtics, amb M. Piquer; 8. Tractament de les IDP: trasplantament de precursors hematopoètics, amb

I. Badell; 9. IDP per defectes fagocítics, amb A. Martín; 10. Malalties autoinflamatòries, amb E. Ruiz; 11. IDP per disregulació immunitària i limfoproliferació, amb J. L. Dapena; 12. Altres IDP ben definides, amb C. Rodrigo. La Jornada s'acabà amb un examen a càrrec de P. Soler i amb un Què hem après?, a càrrec de P. Llobet.

II Seminari sobre Medicaments homeopàtics a pediatria. Aplicació pràctica: el 13 de juny de 2013 es va celebrar el segon seminari a càrrec exclusivament del Dr. X. Riopedre, amb la xerrada: "Ús dels medicaments homeopàtics en al·lèrgia i pell".

Curs 2013-2014

Sessió Inaugural: a Tarragona, el 10 d'octubre de 2013, amb el títol "Valors professionals en la relació assistencial: un retorn a les bases de l'ètica mèdica", per J. Escribano.

Sessió de Cloenda: el 19 de juny de 2014, amb la conferència extraordinària "100 anys de radiologia pediàtrica", a càrrec del Dr. X. Lucaya.

Sessió extraordinària: hi va haver una sessió el 26 de setembre de 2013, "In Memoriam de Oriol Casassas, metge humanista" al Col·legi de Metges de Barcelona.

Jornada Multidisciplinària amb la Societat Catalana de Neurologia i la Societat Catalana de Nefrologia: el Grup de Treball de Neurologia pediàtrica, que fins ara no havia fet sessions científiques oficials, en va fer una primera sessió conjunta per "Latenció al pacient amb esclerosi tuberosa", coordinada per V. Delgadillo, amb les ponències següents: 1. Maneig i control de l'epilèpsia, amb F. X. Sanmartí; 2. Seguiment neurològic, amb E. Vázquez; 3. Evolució de l'esclerosi amb el pacient adult, amb M. Falip; 4. Manifestacions i seguiment renal, amb M. R. Torra; 5. Tractament, amb H. Salvador; 6. Introducció i conclusions finals, amb S. Boronat.

IV Jornada Multidisciplinària sobre "Embaràs a l'adolescent", portada a terme el 30 de novembre 2013, organitzada pel Comitè científic del recent constituït Grup de Treball de Pediatria Social, amb 280 inscrits, socis i no socis de la SCP, constà de: Bloc I. Prevenció de l'embaràs i característiques de l'adolescent embarassada, moderat per I. Martín i H. Mausbach: 1. Mesures de prevenció de l'embaràs: podem millorar-la? , amb C. Ollé; 2. Atenció de l'adolescent embarassada a la primària: quins especialistes han d'intervenir i quan, amb G. Perkal; 3. Fets diferencials en l'atenció a la gestant adolescent, amb E. Vela; 4. Vivències de l'embaràs de l'adolescent en les diferents ètnies, amb B. Araissi, C. Tulbure, G. Paredes i F. Habib. Bloc II. L'equip tècnic, el treball social i els aspectes legals en l'embaràs de l'adolescent, moderat per A. Natal: 1. Suport psicològic i control de l'entorn social de la gestant, amb A. Bielsa; 2. Paper dels equips de suport social amb l'adolescent embarassada, amb L. González; 3. Malalties de transmissió sexual en l'adolescent, amb C. Fortuny; 4. Dret sanitari de la menor gestant, amb C. Villagrasa. Conferència-xerrada de cloenda: L'embaràs en l'adolescent en el segle XXI: quins riscos suposa per a la gestant i el fetus?, donada per J. M. Laïlla. Conclusions finals i cloenda a càrrec de A. Martínez- Roig.

IV Curs d'immunodeficiències primàries: els dies 7, 9, 22 i 24 d'abril de 2014 es va celebrar aquest curs anual, coordinat per P. Soler, amb un nou format i el programa següent: 1. Com funciona el sistema immunitari, amb M. J. Otero; 2. Signes d'alarma. Classificació de les IDP, amb L. Alsina; IDP per defectes de producció d'anticossos, amb M. P. Llobet; 3. IDP per defectes del limfòcit T, amb P. Soler; 4. Proves diagnòstiques bàsiques per al diagnòstic de les IDP, amb M. Martínez- Gallo; 5. Tractament de les IDP: gammaglobulines, vacunes i antibiòtics, amb C. Rodrigo; 6. Tractament de les IDP: trasplantament de precursors hematopoètics, amb I. Badell; 7. Casos clínics dels alumnes (4), amb M. P. Llobet; 8. IDP per defectes fagocítics, amb A. Martín; 9. IDP per defectes del complement i la immunitat innata, amb L. Alsina;

10. Proves per al diagnòstic dels defectes de la immunitat innata, amb M. Hernández; 11. Malalties autoinflamatòries, amb E. Ruiz; 12. Casos clínics dels alumnes (2), amb L. Alsina i M. P. Llobet. 12. Altres IDP ben definides, amb M. Piquer; 13. IDP per disregulació immunitària i limfoproliferació, amb J. L. Dapena; 14. Casos clínics dels alumnes (3), amb P. Soler i M. P. Llobet Agulló; 15. Examen, amb P. Soler; i 16. Què hem après?, amb M. P. Llobet.

I Curs d'Immunodeficiències primàries per a Infermeria: el dia 22 d'abril de 2014, i per primera vegada, l'anterior curs es va complementar amb aquest, a càrrec de G. Bonamusa, P. Soler i M. P. Llobet.

Sessió multidisciplinària sobre Transmissió vertical de la Hepatitis B són suficientment eficaces les estratègies de prevenció actuals?: el 13 de maig de 2014 es va celebrar aquesta sessió, amb S. Barrera, M. Méndez, D. Ríos, J. Lecumberri i R. Morillas.

2. Grups de treball

Han mantingut la seva activitat habitual al llarg d'aquests anys. S'han creat tres nous grups: *Activitat física i de l'esport* (coordinador Mauricio Mónaco), *Mort sobtada* (Gemma Claret) i *Pediatria social* (Antoni Martínez-Roig).

Curs 2010-2011

L'any 2011 es va crear un grup de treball multidisciplinari (Grup mixt Ensenyament-Salut Pública-SCP) per afrontar temes relacionats amb salut i escola (2011), a banda dels altres grups de treball específics (Josep Bràs i Xènia Ortola, representants de l'SCP): *Activitat física i de l'esport* (coordinador M. Mónaco), *Mort sobtada* (G. Claret) i *Pediatria social* (A. Martínez-Roig). Les reunions per grups van ser: Malalties infeccioses, 7; Endocrinologia i Gastroenterologia, 6; Urgències, 5; Al·lèrgia, Immunodeficiències, Neonatologia i Pneumologia, 4; Cures Intensives i Genètica, 3; Adolescència, 1. En total, 45 reunions d'aquests onze grups.

Curs 2011-2012

Es van celebrar 45 reunions de deu grups de treball: Malalties infeccioses, 7; Endocrinologia, 6; Urgències, Pneumologia i Gastroenterologia, 5; Immunodeficiències, UCI i Neonatologia, 4; Al·lèrgia, 3; Genètica, 2.

Curs 2012-2013

Es van celebrar 41 sessions de només nou grups de treball actius. Els més actius, com gairebé sempre, van ser els d'Endocrinologia, 8 i Malalties infeccioses, 7; seguits de Pneumologia, 5; Urgències, Immunodeficiències, UCI i Gastroenterologia, 4; Al·lèrgia, 3 i Neonatologia, 2.

Curs 2013-2014

Es van celebrar 46 sessions de catorze grups de treball. Quatre d'aquests (Neurologia, Activitat física i esport, Pediatria Social i Mort Sobtada) van celebrar les seves primeres reunions. El grup d'Atenció primària va fer sols una sessió i el de Genètica està totalment latent des del 2012. La distribució de sessions va ser: Endocrinologia i Gastroenterologia, 6; Malalties infeccioses, 5; Urgències, UCI, Pneumologia, 4; Immunodeficiències, Al·lèrgia, Neonatologia i Neurologia, 3; Activitat física i esport, 2; Mort Sobtada, Atenció Primària, Pediatria social, 1.

3. Premis i beques

Tal com s'ha anat recordant, a les reunions anuals s'han mantingut els premis atorgats a les millors comunicacions orals i pòsters, als més originals, al millor cas clínic, la millor presentació en atenció primària, la millor presentació per un R1-R2 i per un R3,R4 i R5.

El curs 2014 es va proposar la creació del Premi Societat Catalana de Pediatria per donar visibilitat a la SCP dins l'Acadèmia, i lliurar el premi a la Sessió de Cloenda del curs, juntament amb els premis de les altres societats. La proposta va ser premiar, en anys alterns, el millor treball publicat a Pediatria Catalana en els dos anys previs i la millor presentació del CIAP, amb la participació dels socis en l'elecció dels premiats.

4. Assemblees extraordinàries

El 8 de març de 2012 es va celebrar l'Assemblea General Extraordinària, en què es van aprovar els nous estatuts de l'SCP: més operatius, amb obertura a altres professionals, adaptats a la normativa legal vigent i amb l'eliminació d'aspectes de funcionament que van passar al Reglament de Règim Intern, també elaborat en aquest període.

5. Altres temes

Lloc Web: L'octubre del 2010 es va inaugurar el nou portal web www.scpediatria.cat. fruit de la inestimable dedicació del Dr. X. Bruna, que actualment n'és el director. Es va crear un apartat de "La Junta informa" per difondre el treball, les reunions i les consideracions de la Junta, i un apartat de "Notícies" d'interès per als socis. En tot aquest temps (2010- 2014) ha estat, amb molta diferència, el lloc web més actiu entre tots els de les societats de l'Acadèmia, amb un màxim de gairebé 30.000 visites l'any 2013 i un percentatge del 14-16% de les visites de totes les societats de l'Acadèmia. Un dels apartats més visitats són les sessions online (amb 90 sessions publicades a juny del 2014). L'any 2013 es va posar en marxa el Twitter (@SCPed), que, a data de juny del 2014, comptava amb 683 seguidors i més de 1.600 piulades relacionades amb activitats i informació de l'SCP i d'institucions catalanes d'interès per als socis.

6. Dades addicionals

L'any 2012, el president de l'SCP, Dr. V. Molina, va presentar el Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas al conseller de Salut, el president del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, el president de l'Acadèmia i la Direcció de l'Institut d'Estudis de la Salut.

Des de l'any 2012-13 es participa en el Projecte Essencial de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, amb recomanacions sobre aspectes assistencials (terapèutica).

La relació amb els diferents mitjans de comunicació s'ha anat incrementant de manera gradual, fet interessant per donar més visibilitat a la nostra Societat, tot i que cal ressaltar la dificultat per donar una resposta, atesa la urgència i els tempos que requereixen els mitjans i la disponibilitat de col·laboració dels pediatres.

Durant el període 2010-2014 s'han incrementat les relacions amb les institucions (Conseilleria de Salut, CatSalut, ICS, COMB), s'ha participat en nombroses reunions i s'han iniciat alguns grups de treball, a fi de situar la pediatria en el centre del debat i promoure la implementació del Pla Estratègic d'Ordenació Pediàtrica en l'Atenció Primària amb la posada en marxa de models de pediatria territorial.

Com es pot veure, la nostra Societat científica gaudeix d'una salut excel·lent, amb un total de 1.628 socis a data de juny de 2014 i, atès que vetllem per la salut i el benestar dels infants, encara podem créixer!

Informe adicional Curs 2014-2015

Secretària: M. Concepció Céspedes

Completat el període d'Informes de Secretaria que abasta aquest recull -en el marc cronològic de la publicació, entre els cursos 1992-1993 i 2013-2014-, i tenint en compte que el curs següent haurà finalitzat mentre s'elabora i edita aquesta publicació, s'ha optat per annexar aquest informe adicional relatiu a la respectiva Secretaria de la Junta, extret de l'Acta de l'Assemblea General de Socis de la Societat Catalana de Pediatria, a finals del curs 2014-2015.

Informe de secretaria

La Secretaria presenta la memòria i fa el resum de les activitats docents dutes a terme durant el curs 2014-2015.

El **Curs de Formació Continuada** està consolidat amb la publicació de les presentacions al web, i s'han emès les sessions per videoconferència amb molt bona acollida, ja que s'ha arribat als 37 assistents en línia.

La **Sessió inaugural** es va fer a Girona, a càrrec de la Dra. J. Almirall. Recorda les activitats extraordinàries d'aquest curs i recull la tasca feta pels grups de treball i la Secció i les activitats fetes a Vegueries.

El Dr. S. Nevot, president del Comitè organitzador de la **XXI Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria** que va tenir lloc a Manresa, fa un resum dels continguts i dels premis atorgats, i ressalta l'alta assistència de pediatres i la participació de la societat del Bages en el Taller d'RCP per a nens i el Taller d'al·lèrgia per a pares.

També presenta, a continuació, un gràfic amb el **Moviment de Socis** d'aquests últims anys i destaca l'increment espectacular d'aquest darrer any (actualment en som 1.715) i, finalment, en nom de la Dra. A. Arce, presenta l'informe de les **Relacions amb els Mitjans de Comunicació** i comenta la gran quantitat de sol·licituds rebudes, durant tots els mesos de l'any i des de tots els mitjans: ràdio, TV, premsa, xarxes, cosa que comporta com a mínim una intervenció al mes i quinze només al juny.

Destaca la col·laboració continuada amb el programa Lletra lligada, de Ràdio-4, de consells als pares.

El Dr. A. Martínez presenta l'activitat del **Grup d'RCP** amb l'establiment dels referents de zona i mapa d'instructors, i l'adaptació de la formació. S'han fet diferents modalitats de cursos d'RCP en 74 edicions que han format un total de 1.416 alumnes. Entre ells, i com és habitual, s'ha fet la **Sessió de Benvinguda als nous Residents de pediatria** i diversos **Cursos d'Instructors**. S'ha participat activament en el taller de suport vital de la Reunió Anual que va ser un gran èxit.

El Dr. Antoni Martínez-Roig presenta la **Memòria de Pediatria Catalana** corresponent a l'any 2014, volum 74, on s'han publicat quatre números ordinaris. S'ha reunit el Consell Editorial, format pels coordinadors de tots els Grups de Treball de la Societat. S'ha publicat al web tota la col·lecció de la revista, des dels seus inicis el 1928 fins a l'actualitat i s'ha aplicat un cercador; finalment s'han pogut recuperar els casos clínics interactius de l'Àgora de l'Acadèmia i es començaran a publicar de nou al web de la revista, que disposa de domini propi. Es posa en marxa una nova secció, la Imatge enigma. El Dr. Martínez-Roig explica a l'Assemblea que després de 8 anys de dedicació intensa, ha decidit deixar la direcció de la revista. El president

i l'assemblea li agraeixen la seva dedicació i impuls, que s'ha traduït en una revista de gran qualitat i prestigi en el nostre àmbit.

La Dra. I. Jordan, en nom del Dr. Ll. Mayol, presenta els resultats del **CIAP** amb 82.

assistents que donen una valoració científica molt alta. Enguany s'ha mantingut el format reduït a 2 dies i les sessions interactives que són molt ben valorades pels alumnes, com també ho són els casos clínics. L'estancament en el nombre d'assistents obliga a estudiar canvis de cara a la propera convocatòria.

El Dr. X. Bruna presenta dades del **Portal Web**, amb una comparativa de les visites rebudes des del gener del 2013 fins al maig del 2015, amb un augment significatiu de les visites. La Societat té el web més actiu comparada amb els webs d'altres societats gestionades per l'Acadèmia. S'han publicat 63 avisos a la Junta informa, 85 notícies diferents i 95 sessions online, cosa que representa un gran augment respecte el curs anterior. El Twitter ja compta amb més de 1.083 seguidors i ha fet més de 2.814 piulades.

El Dr. S. Nevot presenta la informació de la **Reunió Anual** de Món Sant Benet, que va tenir una durada de dos dies i més participació que els anys anteriors, a més d'un molt bon nivell científic. Recorda els **Premis atorgats**, així com l'obertura a la societat del Bages amb el taller de suport vital per a 102 nens de 6è de primària de les escoles del Bages i la xerrada- taller sobre l'anafilaxi.

La Dra. R. M^a. Isnard explica a l'Assemblea que el **Premi Societat Catalana de Pediatria 2015** s'adreçarà a premiar la millor xerrada i documentació facilitada del CIAP2014-2015. Destaca l'augment significatiu del nombre de socis, que atribueix a les activitats adreçades als R1 i en acabar la residència. El president aprofita per felicitar els organitzadors de la I Jornada de Benvinguda d'aquest any; recorda que l'import del petit augment de quota de l'any passat ha permès dotar el Premi Societat Catalana de Pediatria i les beques per a Residents que són socis i presenten comunicacions orals o pòsters a la reunió anual (bonificació del 50% del cost de la matrícula).

Informe de vicepresidència de l'àrea professional

El Dr. X. Pérez-Porcuna va parlar dels tres grans eixos en què s'ha treballat: el **Pla estratègic d'atenció pediàtrica a l'atenció primària**, ressituar la pediatria al centre del debat i les relacions institucionals. S'ha donat prioritat a l'atenció primària pediàtrica.

S'han tingut reunions de treball amb l'Honorable Conseller de Salut, l'IDIAP -en què s'ha aconseguit que nomenin un pediatre pel CEIC, amb l'ICS, amb bona sintonia amb el Dr. de Juan, i amb el Síndic de Greuges. Ha estat totalment nul·la la relació amb el CatSalut, sense poder obtenir ni una sola data com a proposta de reunions.

Informe de vicepresidència de l'àrea científica

La Dra. I. Jordan presenta el **Programa de Formació Continuada** per al curs vinent, 2015-2016.

Comenta que el Curs de Formació tindrà tres blocs, i tres sessions per bloc a fi de poder donar cabuda a reunions conjuntes amb altres especialitats o societats de l'Acadèmia. La **Sessió Inaugural** serà a Lleida, a càrrec del Dr. F. Domingo. El curs constarà de tres blocs temàtics: Pediatria pràctica, Assistència inicial al malalt crític a partir de casos clínics (Curs de Divulgació, que es tornarà a fer a Can Caralleu), i Patologia quirúrgica. La **Sessió de Cloenda** serà el juny a Barcelona a càrrec del Dr. J. J. Gil-Gibernau.

Com ja és habitual, aquest curs també hi haurà el **CIAP**, els cursos d'**RCP**, les activitats dels **Grups de Treball** i **Vegueries** i la **Reunió Anual** a Tortosa, una nova edició de la **Jornada Multidisciplinària** que tractarà sobre "El Somni olímpic o maltractament infantil" i una nova edició de la **Jornada de Benvinguda al residents**. A més, s'organitzaran tallers i sessions conjuntes amb altres Societats, la sessió per als residents que acaben l'etapa de formació així com les activitats dels diferents grups de treball i vegueries i una **Sessió Especial** en motiu del Centenari de l'Hospital del Mar.

Explica la participació en el **Projecte Essencial**, juntament amb l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, del passat any, i la proposta de cinc nous temes per al proper curs. Per finalitzar, exposa el projecte presentat a la recollida de propostes per a la **Marató de TV3** dels propers anys 2016 i 2017, que són en relació a "Les malalties infeccioses en el nen i l'adolescent" per una banda i "La sèpsia", per una altra. La primera és una proposta de la Societat Catalana de Pediatria i la segona és una col·laboració amb la Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica.

Informe de presidència

El president, Dr. F. A. Moraga, ressalta la gran quantitat de col·laboracions que ens han sol·licitat tant organismes oficials (Conselleria Salut, Conselleria de Benestar, Caritas, Creu Roja, Agència de Salut Pública, DGAIA, entre altres) i destaca l'acord de col·laboració signat amb la Creu Roja. Destaca l'elevat nombre de sol·licituds rebudes perquè la Societat es pronuncï sobre diferents temes en els mitjans de comunicació. Només aquest mes de juny amb el cas de diftèria s'han fet més de 15 intervencions.

Comunica el canvi en la direcció de la revista *Pediatria Catalana*, atès que el Dr. Martínez Roig ha demanat el seu relleu després de més de vuit anys en el càrrec. El president el felicita per la gran tasca feta i comunica el nomenament del nou director, el Dr. C. Rodrigo.

En relació amb les reunions anuals, la del 2016 serà a Tortosa i just ahir va visitar-ne les instal·lacions juntament amb el Dr. P. Generó i la secretària. S'han rebut dues sol·licituds, una per al 2017 dels doctors A. Ballester i J. Marès, a Blanes, i una altra del Dr. A. Martínez pel 2018 a Terrassa, que han estat aprovades en junta. Destaca la qualitat de les sessions del Curs de Formació Continuada i l'obertura de les sessions al servei de videoconferències, cosa que permet l'assistència dels socis més allunyats. S'han fet també diverses sessions conjuntes amb altres societats de l'Acadèmia. S'ha seguit amb la digitalització de publicacions històriques de la Societat, que s'han publicat al web, així com el **Manual d'exàmens d'aptitud esportiva** i el **PADP 1996 i 1998**. La Societat Catalana de Pediatria va rebre el **Premi de Diari Médico** a les millors idees per l'impuls que ha donat al Codi Sèpsia en Pediatria.

Referències

1. Per a períodes anteriors, quant a la història, l'organització i el funcionament de la Societat, la referència és el llibre *Metges de Nens. Cent anys de pediatria a Catalunya*, Oriol Casassas i Joaquim Ramis, 1993, editat per iniciativa de la Societat Catalana de Pediatria, que abasta fins a l'any 1992.
2. Anteriors al període (el curs 1991-1992, i retrospectivament): Xavier Demestre i Guasch, Enric Mauri i Clua, Damià Pedrola i Guixé, Salvador Sargas i Juncosa, Josep M. Casasa i Carbó, Joan Martínez i Mora, Albert Pi i Ferrer, Frederic Corominas i Beret, Francesc Prandi i Farràs, Ignasi M. Aragó i Mitjans, Francesc Canivell i Artal, Agustí Pérez i Soler, Francesc Llauredó i Tomàs, Emili Balanzó i Cabot, Miquel Echegaray i Herrero, Josep M. Girona i Cuyàs, Miquel Torelló i Cendra, Polió Buxó i Izaguirre, i August Brossa i Bosque. Posterior al període (el curs 2014-2015, i actual): M. Concepció Céspedes i Domínguez.
3. Els informes s'han confeït a partir dels documents elaborats pel secretari o secretària, amb la seva aportació personal, corresponent al mandat respectiu (per ordre de més antiguitat): Josep M. Pujals i Ferrús, Esteve Amigó i Palés, Romà Baraibar i Castelló, Montserrat Torrent i Español, Xavier Riopedre i Saura, i M. Eugènia (Xènia) Ortola i Castells; això, amb una col·laboració addicional, en la redacció dels textos, de Josep M. Pujals, Romà Baraibar i Xènia Ortola.
4. Competències de Professions Sanitàries. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 2002.

Els socis

Romà Baraibar

La Societat Catalana de Pediatria es va fundar l'any 1926 amb vint-i-dos socis, cap dels quals era de sexe femení (Fig. 1). De l'any 1928 es conserva una altra llista que mostra un total de vint-i-un socis, dels quals tampoc cap era una dona. No va ser fins l'any 1949 que en un número de la revista de la Societat (Fig. 2) es va mostrar la llista dels diferents tipus de socis: de número (67), agregats (12), d'honor (1) i de mèrit (1). Cal remarcar que aquesta llista estava degudament avalada pel governador civil i ja hi constaven tres dones, dues sòcies de número i una agregada. En total, 3 de 81 (3,7% del total).

Durant el període 1926-2015 (90 anys), l'evolució d'aquest col·lectiu ha estat gairebé sempre ascendent (Taula 1). En el període 1992-2015, del qual es tenen dades ininterrompudament, s'aprecia un increment anual mitjà de dinou socis (449/24 anys). El descens que es visualitza l'any 2001 és degut a una reorganització dels arxius per part de Secretaria. Cal esmentar el gran ascens (87 socis) que va tenir lloc l'any 2015, les causes del qual queden per esbrinar.

Respecte a les franges d'edat, cal destacar que les dels nostres socis les comprenen totes, des de la de 25 a 30 anys fins a la de 86 a 90. A la Taula 2 s'aprecia que sis socis tenen més de 85 anys i 44 en tenen menys de 30. Però la franja d'edat més comuna ha variat al llarg dels anys, de manera que cada vegada la mitjana d'edat és més jove. Sobre això, cal esmentar que la jornada de benvinguda de nous residents, que inclou la presentació de la Societat a aquest col·lectiu, ha contribuït de manera positiva a les altes precoces de MEF.

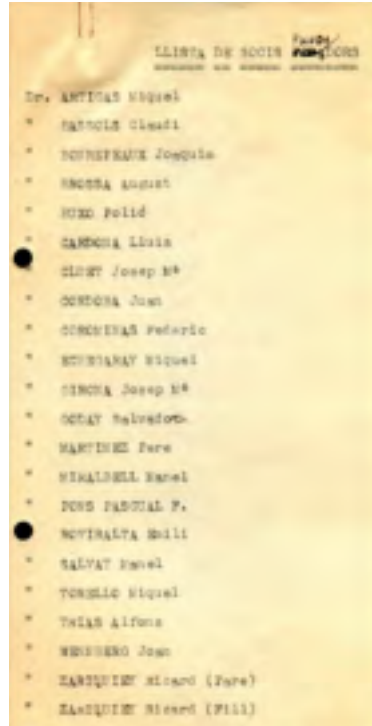


Fig. 1. Llista original dels socis fundadors de l'SCP (any 1926).

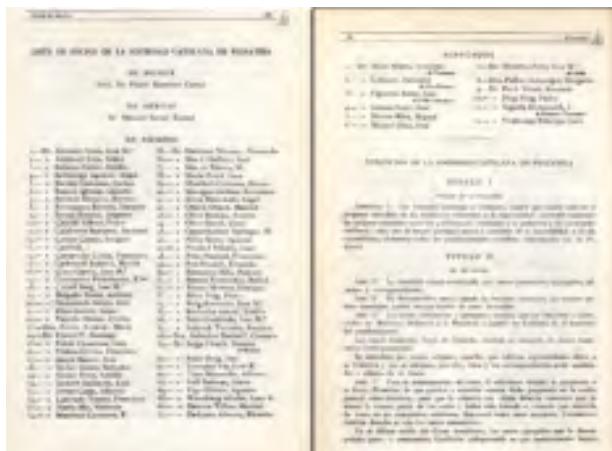
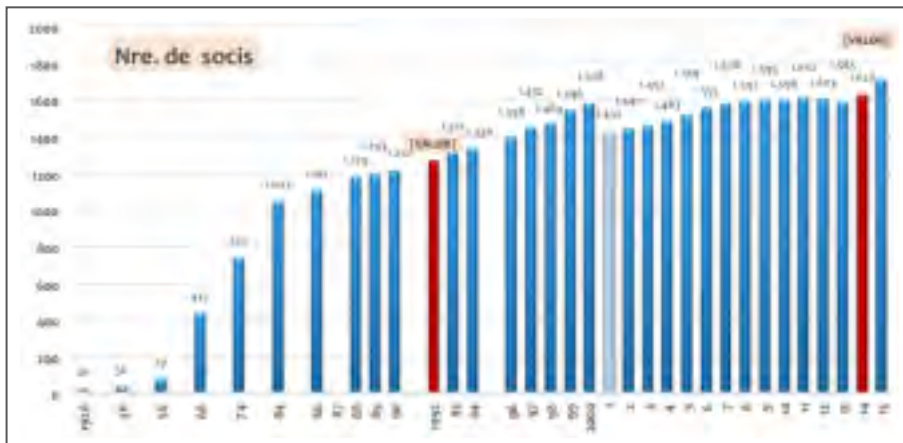
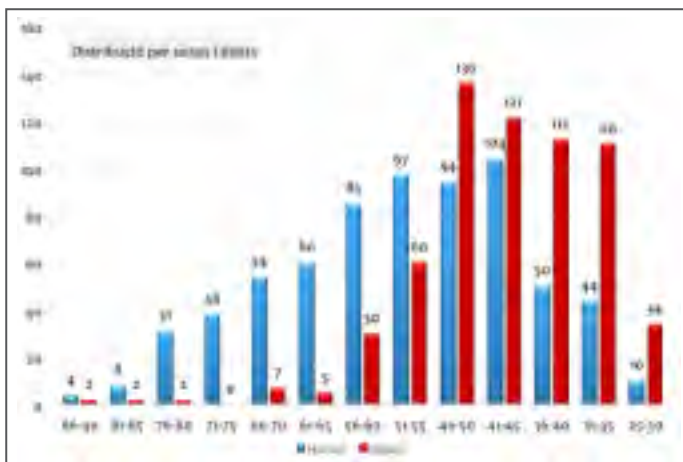


Fig. 2. Número del Butlletí de la Societat en què consta la llista de socis.

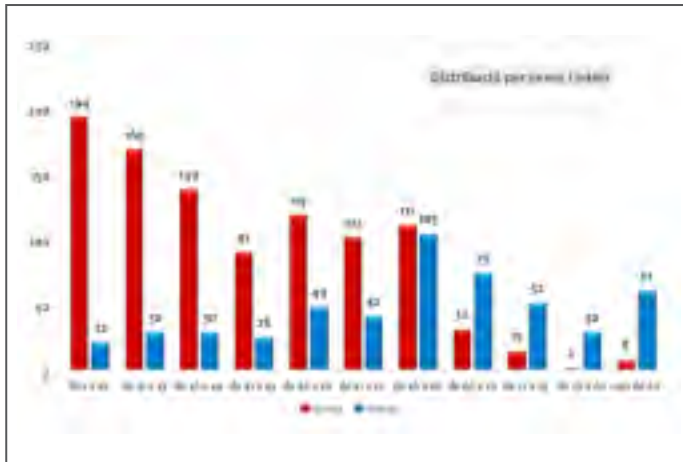


Taula 1. Evolució del nombre de socis des de la fundació de l'SCP (1926-2015).

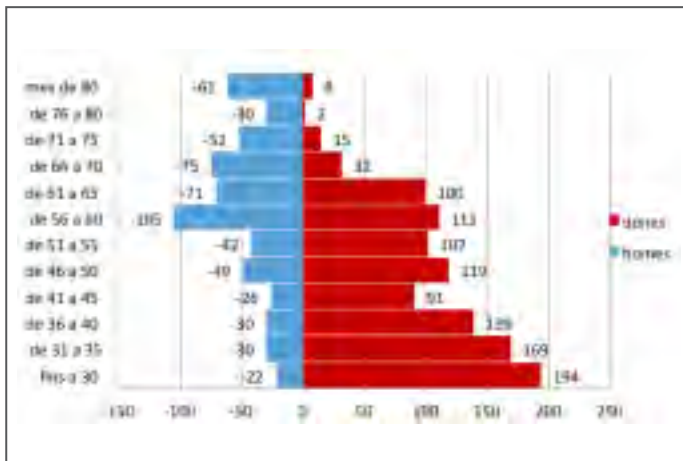


Taula 3. Distribució per franges d'edat i sexes (fins al 1999).

Quant a la distribució per sexes, esmentada ja a l'inici, al llarg de la història de la Societat i fins al 1999, els homes han estat els més nombrosos només en les franges d'edat més avançades (més de 55 anys), mentre que les dones són invariablement només per sota dels 50 anys, abans del 1999, i per sota dels 65, en l'actualitat. Per sota dels 40 anys, menys de la tercera part són homes (Taula 3 i 4), i aquesta distribució encara es fa més evident en l'actualitat (Taula 4). La Taula 5 mostra «l'excés» de població femenina respecte de la masculina per franges d'edat en la població de socis del 2014.



Taula 4. Distribució per franges d'edat i sexes fins al 2014.



Taula 5. Excedent de població femenina respecte de la masculina en les diferents edats (any 2014).

04

La revista *Pediatria Catalana*

Entrevista de Xavier Demestre a Antoni Martínez-Roig



Entrar a casa del Dr. Antoni Martínez Roig imposa respecte. No precisament per la seva afabilitat, sinó pel caràcter de casa sòlida que desprenen les seves parets, les seves coses. Un silenci i una pau increïbles enmig de l'Eixample barceloní fan fàcil concentrar-se en el motiu de la meua visita. Ell és, des de ja fa uns quants anys, el director de la revista de la Societat Catalana de Pediatria, *Pediatria Catalana* (PC). Una tasca feixuga, sens dubte. El conec de fa molts anys, i mai no ha abandonat el seu ordre i la seva seriositat en totes les tasques que duu terme. Això no impedeix que sigui un home obert i acollidor, i estimat per tothom, com vaig comprovar el dia del seu homenatge per la jubilació assistencial de l'Hospital del Mar. Seiem.

Què va pensar el dia que li van proposar dirigir PC?

Diferents coses, que eren contraposades, com vaig comentar en la meua salutació a l'inici del mandat. Agraïment i augment de l'autoestima per haver estat escollit, però alhora ganes de fugir. En aquells moments van entrar en joc pensaments com que la manca d'experiència en aquest tipus de treball podria ser un llast, el fet de restar hores a la vida personal, la il·lusió del repte per tal de mantenir i si fos possible superar el nivell de la revista, i el fet de servir la Societat Catalana de Pediatria.

També vaig pensar que seria una covardia no acceptar el repte, ja que les coses surten bé o malament si et poses a fer-les, només pensant-hi des de la llunyania mai no surten.

Quins canvis ha introduït en aquests vuit anys de mandat?

Des del punt de vista de funcionament intern i per tal de millorar la qualitat, un és que els articles siguin revisats per dues persones enlloc d'una sola. Un altre, aquest de formal, fer les reunions del Consell Editorial de manera alterna a la seu de l'Acadèmia i a la seu de la Societat Catalana de Medicina Familiar, per tal d'acostar la seu a tothom.

Des del punt de vista extern, la publicació del que anomenem Observatori, que només pre-tén reproduir, de manera sintètica, articles que surten a revistes obertes com *MMWR*, *Euro-surveillance*, alertes de medicaments, la revista de l'OMS, i que creiem que poden tenir interès en el nostre entorn; i també la publicació de la foto amb comentari a la contraportada.

Hem iniciat la publicació de casos en línia interactius a l'apartat del web de l'Acadèmia, que s'anomena Àgora, i ara estem treballant per presentar-hi una imatge enigma per tal de poder establir el diagnòstic amb unes dades mínimes, com ja es fa actualment en altres revistes internacionals. També hem digitalitzat els números de la revista, i fem la publicació avançada al web del resum dels articles que ja estan acceptats.

Un canvi visible que s'ha produït durant aquest darrer any, però que no ha estat iniciativa meua, és la publicació digitalitzada de tota la col·lecció de la revista amb possibilitat de consulta de l'hemeroteca. I, finalment, un canvi que s'ha fet, però no a gust, ha estat la reducció de sis a quatre números a l'any.

Quins són els canvis que, si els pogués fer, creu que afectarien positivament el desenvolupament de PC?

Poder disposar d'una persona a dedicació exclusiva a temps parcial. També poder tenir una pàgina web on els autors poguessin enviar els articles, que s'autoconvertissin en PDF i els revisors poguessin fer la seva feina des de la pàgina, de manera que les condicions de formalitat de l'article fossin més rigoroses, per tal que al revisor només li calgués fer fonamentalment la revisió de contingut.

Poder disposar automàticament dels articles que es presenten en el curs de formació continuada o en el CIAP i que el Consell de Redacció cregui que són interessants per difondre a tota la Societat, i adaptar-los al format de treball de revisió o formació continuada, etc., segons cada cas.

També disposar dels diferents treballs que es presenten en els grups de treball i que siguin adaptables a la publicació.

Està raonablement satisfet de la relació esforç/resultats de la seva gestió al capdavant de PC?

No. Ho matisaré. Quant a la qualitat dels articles presentats, no en tinc cap queixa. Tots els revisors han estat exigents amb els autors, i de vegades hi han dedicat més temps personal del que calia, per tal de mantenir la qualitat de contingut i formal de la publicació. En canvi, no puc estar satisfet amb els temps de publicació. En moments com els dos o tres darrers anys en què hem disposat d'articles per preparar els diferents números, no hem aconseguit anar al dia en relació amb la data que arribava als domicilis i la que constava a la revista.

Una altra cosa que no he aconseguit és seguir plenament els temps que en el propi funcionament ens hem marcat i consta a les normes d'autors. Això genera tensió de vegades entre autor i revisor, en especial quan és un article complex per diverses circumstàncies, siguin formals o de contingut.

Quin grau de receptivitat creu que té PC entre els socis de l'SCP? Té algun tipus de mètode per esbrinar-ho?

És una opinió molt subjectiva, però crec que és bona, amb matisos. Hi ha qui la considera una revista casolana i com a tal se l'aprecia. És a dir, que no ofereix grans avenços, però aporta material útil per a la pràctica diària en seccions com els treballs de revisió o la formació continuada. També els casos clínics o quin és el diagnòstic són estimulants per a metges que no estan en grans centres o en centres amb un nombre de visites no gaire excessiu.

El 2008 es va fer una enquesta entre els socis, i la van respondre 270. Això ens fa pensar que probablement fossin els més motivats. El 95% la llegien i l'aproven en el contingut i formalment. No es comentava l'opció de suprimir cap secció de les existents.

En altres temps, obtenir articles originals era difícil. I ara?

La reducció de sis a quatre números a l'any és una de les conseqüències. Té les seves pujades i baixades. Sorpresivament, hem estat uns dos anys rebent-ne un nombre important i ara tornem a la sequera. La participació del grup de treball d'urgències ha estat rellevant i hi ha ajudat molt.

El fet de no ser una revista indexada a PubMed i sense factor d'impacte és la gran limitació per enviar els treballs a la revista. És totalment comprensible que la gent jove els vulgui enviar a revistes foranes. Crec que per enviar un original amb un contingut de dades impor-



Reunió del Consell de Redacció a casa del Prof. Josep Argemí a Matadepera, juliol 1997.

tant, innovador o generador d'opinions contraposades a la nostra revista, l'autor principal ha de ser una persona molt lluitadora per la nostra condició de país.

En aquests anys no hem sabut mantenir constant la motivació, i això és atribuïble a que tal vegada no sabem com fer-ho. Una cosa és parlar individualment amb els companys més propers i aconseguir participació o no, i l'altre és que tots els socis sentin implicació amb la revista, per tal de mantenir la qualitat i els números actuals. Aquest darrer punt no l'he sabut transmetre a tothom. De vegades et refies que hi ha sentiments i pensaments que són generals i insistir-hi es pot fer pesat als receptors i probablement som d'una manera de ser que cal que ens recordin determinades coses molt bàsiques i molt de casa.

El finançament de PC sempre ha estat difícil. Per què han desaparegut els anunciants?

Suposo que les seves línies comercials han derivat cap a altres interessos. Caldria buscar altres fonts de finançament o de mecenatge.

S'ha pensat a fer PC només en línia?

Sí. Aquesta és l'opció que tard o d'hora acabarà sent la forma de publicació de Pediatria Catalana. Se n'ha parlat, però de moment mentre l'economia permeti la publicació en paper es manté així.

S'ha plantejat algun tipus de canvi idiomàtic a PC?

No. En un moment determinat, durant els set anys i mig que he estat al capdavant del Consell Editorial, algun membre ho va suggerir. Això reflecteix que no és un tema que preocupi. Però sí que tothom considera que en dificulta la difusió.

Seria bo que sortís amb més puntualitat? Per què no ho fa?

Com he comentat abans, és una espina clavada que tinc. Hauria de sortir en el període que marca el número corresponent.

No hi ha un únic factor. N'hi ha molts i tal vegada en cada número el motiu és diferent. Tant pot ser el retard de l'entrada d'un article a impremta, com el fet de no disposar de l'anglès, el fet que a les segones correccions es trobin coses que a la primera els revisors havien passat per alt, algun problema d'impremta, en fi, ja veieu, coses diferents en les quals tots hi tenim una part de responsabilitat. Respecte al resum en anglès, malgrat que els autors l'envien, la norma de la revista és que el membre del Consell Dr. Carlos Rodríguez Galindo en faci el resum correcte. Ell està treballant al Dana-Farber Cancer Institute and Children's Hospital de Boston, on és el director del Programa de tumors sòlids pediàtrics. Per cert, que l'any passat va rebre un reconeixement important, el 2014 Innovation Award for Clinical Faculty.

Quina dedicació li suposa la direcció de PC? Té una bona col·laboració? De quina manera?

És una dedicació que diria en dues dimensions: la propera i la de distància. La propera és la dedicada a la revisió de treballs, com qualsevol membre del Consell, i la preparació de l'Observatori i de l'apartat Hi trobareu, que són, de moment, tasques específiques.

La de distància és la planificadora i controladora. Demanar editorials, pensar en algun número monogràfic, preparar les innovacions, com ara els casos interactius o les imatges enigma que sortiran properament; pensar en les persones que puguin ser al Consell quan hi ha vacants de sèniors; establir relació amb caps de servei, residents o responsables dels grups de treball per demanar-los col·laboracions; arbitrar en alguna situació problemàtica amb algun autor; controlar els temps establerts per les normes; respondre a temes institucionals, si es presenta el cas...

Per la meua part, i durant els anys que he estat en el càrrec, he de dir que la col·laboració de tots els membres del Consell ha estat màxima, amb la sinceritat que quan no han pogut més han abandonat consensuadament el carro. Amb tot, he de destacar dues persones: una és la Natàlia Corominas, com a secretària de redacció, que amb tota la seva càrrega de treball assoleix també la tasca de la revista amb tot el temps que li permeten les altres activitats de l'Acadèmia i l'SCP. L'altra és en Pedro Domínguez, amb més de 25 anys a la revista i pedra cabdal perquè la revista mantingui la qualitat formal que en aquests moments presenta, amb un sistema de treball autodidacta i de manera voluntària digne dels millors elogis. És un mestre en el seu treball de cap de redacció. Un altre col·laborador encomiable, que ha variat en aquests anys, és l'altre cap de redacció. Els doctors J. Castellví i L. Sansa, i la doctora A. Caballero, cadascun amb estils diferents, crec que han estat d'una ajuda encomiable per equilibrar situacions, sempre amb la mirada posada en la millora de la revista.

Ara mateix, què li agradaria poder fer per potenciar PC?

Una cosa seria saber conscienciar els meus companys de manera adient per tal que la nostra revista sigui una opció important a l'hora de publicar el coneixement del que passa a casa nostra, de les nostres maneres de fer, de difondre els avenços. Una altra, que poguéssim ser referenciats als índexs de revistes amb factor d'impacte, i tenir alguna persona a temps parcial de dedicació exclusiva.

Troba prou suport per part de la Junta de Govern de l'SCP?

Sí, sense cap dubte. He estat amb tres juntes i totes ens han donat suport. Dos dels darrers presidents han estat directors de la revista prèviament i això es nota en la seva mirada i dedicació.

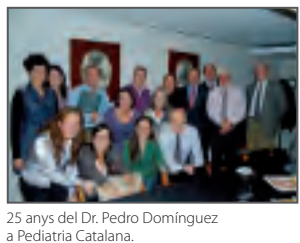
Torno a casa, satisfet d'haver compartit una bona estona amb una bona persona, honest, fidel als seus i a si mateix. Quin goig per a la Societat.

85 aniversari
PEDIATRIA CATALANA
Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria

1928: Descripció de la síndrome de Down.
1938: Primer cas de síndrome de Down.
1947: Primer cas de síndrome de Down.
1973: Primer cas de síndrome de Down.
1979: Primer cas de síndrome de Down.
1981: Primer cas de síndrome de Down.
1994: Primer cas de síndrome de Down.
2001: Primer cas de síndrome de Down.
2013: Primer cas de síndrome de Down.

Directors:
1928: Josep Gual i Rodríguez.
1929-1932: Felip de Guzmán.
1933-1934: Miquel Ferrer i Guzmán.
1935-1936: Josep M. Casanoves.
1937: Eusebi Gual i Ferrer.
1938-1940: Josep Gual i Ferrer.
1941-1959: Andreu Vila i Balada.
1960-1966: Ovidi Casanoves.
1967-1973: Josep Gual i Ferrer.
1974-1978: Carles de Guzmán.
1979-1980: Josep M. Casanoves.
1981-1987: Josep M. Casanoves.
1988-1996: Josep Gual i Ferrer.
1997-2000: Ferran Milla i Margu.
2001-2008: Vicenç Milla i Margu.
2009: Antoni Milla i Margu.

85 anys d'evolució continua.
85 anys sent via de difusió.
1928-2013



25 anys del Dr. Pedro Domínguez a Pediatria Catalana.

05

Activitats de la Societat Catalana de Pediatria

El Curs Intensiu d'Actualització en Pediatria. CIAP

Romà Baraibar, Lluís Mayol, Josep Caritg

Al principi del 1998, quan era tresorer de la Societat Catalana de Pediatria (SCP), llavors presidida pel Dr. J. Argemí –la Vicepresidència era a càrrec de J. M. Corretger i la Secretaria de J. M. Mauri, i encara no hi havia Vocal de Docència–, vaig exposar a la Junta l'esborrany d'un projecte de formació continuada per a pediatres postgraduats en el si de la nostra Societat.

Eren temps en què, vist el que ara s'esdevé, es pot dir que sense saber-ho nedàvem en l'abundància de recursos. Les cases comercials encara s'abocaven a ajudar-nos fent possible la nostra assistència a uns congressos les expectatives científiques dels quals gairebé sempre quedaven per sota de l'esperat. Sovint, en aquells temps i en aquells congressos d'escala nacional, les sales estaven mig buides, les ponències eren poc interessants, els ponents no eren els que en sabien més, d'allò de què parlaven, i s'empraven els dies més per visitar els atractius turístics de la ciutat que acollia el congrés que per formar-se amb els continguts científics que s'exposaven a les sales. En el millor dels casos, s'hi anava a presentar comunicacions de manera que la sala estava plena a l'inici de la sessió i cada vegada més buida a mesura que els residents anaven presentant els seus casos i marxaven amb la idea d'haver acomplert.

Enfront d'això, tots sabíem que en alguns llocs, gairebé sempre fora de les nostres fronteres, hi havia cursos als quals tots ens delíem per anar, en els quals es donaven informacions innovadores sobre les diferents especialitats i als quals, realment, s'hi anava a aprendre. Eren cursos d'estructura diversa, uns de presencials, uns altres que començaven a ser en línia, però tots amb una característica comuna: eren seriosos, d'assistència i participació obligada, amb una documentació rebuda extensa i pràctica, programes exhaustius, exigents i, fins i tot en alguns, amb alguna mena d'examen o valoració posterior.

A semblança d'aquest, vam proposar crear, i ens van aprovar fer-ho, un instrument de formació continuada de postgrau, de periodicitat semestral o anual, que aprofités la categoria científica i la capacitat comunicativa d'alguns membres de l'SCP, que vàiem regularment en els diferents grups de treball, que sabien de què parlaven en les seves intervencions científiques i que treballaven bé, però que sovint quedaven amagats als seus hospitals sense que se'ls tragués prou «partit docent».

Havia de ser un Curs que servís, de manera Intensiva (concisa, esquemàtica, pràctica i ràpida), per Actualitzar els coneixements més recents, els principals avenços diagnòstics i terapèutics i els canvis conceptuals més significatius, en temes que incloguessin totes les especialitats o blocs temàtics pediàtrics o relacionats amb l'exercici de la Pediatria, i el vam anomenar CIAP.

Havia de ser un mitjà que exigís un esforç que pagués la pena fer, perquè la recompensa s'ho valgués i que, a més, aquest esforç no fos exigint al final d'una jornada habitual de feina

esgotadora, sinó que s'oferís a més d'aquesta, en una mena de retir espiritual fora del lloc de treball habitual –i on, a més, no fos possible anar i tornar de la feina fàcilment–, on s'anés a aprendre, però també a gaudir d'alguna manera: menjar i dormir bé, i conviure amb els companys de professió mentre ens relaxàvem després amb les instal·lacions ofertes per una hostaleria seleccionada.

Des del primer dia vam tenir clares unes característiques diferencials que hauria de tenir el CIAP, i eren que fos:

- **Presencial.** Ens va semblar que era important que ho fos, per assegurar l'aprofitament intensiu de les sessions, i des del primer dia vam establir un control d'entrada a les sessions i un auditori còmode i amb la millor visibilitat possible.

A propòsit d'això, cal dir que després del primer curs a l'hotel El Montanyà de Seva, i per buscar la màxima comoditat per als assistents i la millor hostaleria, vam intentar fer CIAP a diferents llocs (Lloret, Calafell, Montserrat...), sense gaire èxit i algunes vegades amb molts patiments i maldecaps organitzatius, per la qual cosa vam acabar retornant al lloc segur, apostant definitivament pel ja nou El Montanyà –que vam inaugurar– i que si bé tenia uns costos més alts, aquests es veien compensats pel que estalviàvem amb altres conceptes. I allà seguim fins ara.

- **Intensiu.** Ja que fèiem l'esforç de ser-hi, calia aprofitar bé el temps i durant quatre dies (ara dos), es programaven sessions de matí i tarda, de 7-8 hores en total, amb un total de 32 hores lectives. Les persones que s'hi inscrivissin ho havien de fer només per aprendre i no per anar de vacances. La puntualitat havia de ser molt rigorosa i ha estat una obsessió tant en el començament de les sessions com en la durada de les xerrades, ja que és impossible conjugar una alta intensitat de curs amb una desorganització horària.
- **D'actualització.** Que s'expliquessin als alumnes coneixements nous, habilitats noves, coses noves, que els permetessin estar al dia en els principals temes pediàtrics, i que a més la gran majoria fossin pràctiques, encara que de vegades també s'inclouessin temes teòrics d'un interès especial, o que haguessin canviat darrerament...
- **Participatiu.** Les sessions havien de ser participatives, pràctiques, interactives, «vives», amb diferents modalitats d'intervenció docent i d'exposició dels temes (Taula 1).

Taula 1. Tipus de sessions

Sessions interactives
Sessions iconogràfiques
Sessions audiovisuals
Sessions de controvèrsies
Seminaris pràctics
Casos clínics
Classes magistrals clàssiques
Algoritmes diagnosticoterapèutics
Flaixos en...
Botigues CIAP

- **Científicament seriós.** Les sessions havien de ser a càrrec de veritables experts en els temes, i les xerrades s'havien de preparar específicament per al CIAP i no ser aprofitades d'una xerrada feta abans. Que aquests experts les donessin abans per escrit ampliables i que idealment donessin també en format PPT l'exposició completa amb tota mena d'imatges o vídeos inclosos. Com que això representa un esforç i les exigències quant a

presentació dels documents era força alta, vam ser dels primers a pagar els ponents per aquesta activitat, amb tarifes ajustades, això sí, al que l'SCP es podia permetre en aquells moments. Els professors han estat des del primer dia avaluats pels alumnes amb uns qüestionaris específics (Taula 2), i han assolit una puntuació mitjana de 8,9.

Taula 2. Avaluació de la metodologia (professors)	8,9
Informació científica donada	9,2
Documentació donada	9,1
Estructura dels continguts	8,8
Temps adequat als continguts	8,7
Mètode adequat als objectius	8,9
Qualitat tècnica	8,9
Nous coneixements obtinguts	8,6
Objectius generals assolits	8,7

- **Aprofitable.** Era inexcusable que els participants s'emportessin a casa eines per continuar consultant les fonts d'aquest aprenentatge: el llibre del CIAP i més endavant, el web del CIAP.
- **No comercial.** Vam fugir de les exposicions de les cases comercials a mode d'estands, que ens pressionessin o «molestessin» durant el curs, cosa que ens feia disminuir les fonts d'ingressos, però no vam voler que això representés un destorb per la marxa del curs. En canvi, alguns professors o l'organització mateix, van muntar les «botigues CIAP», on es mostraven estris d'utilització pràctica i es comentaven amb els participants al curs.
- **Controlable.** Les places van ser limitades a 150 persones aproximadament, per poder assolir correctament els objectius docents i poder dedicar l'atenció adequada als participants. L'organització ha estat també constantment avaluada pels assistents amb un altre qüestionari (Taula 3), amb una nota mitjana de 9,3.

Taula 3. Avaluació de l'organització	9,3
Organització correcta	9,7
Respecte als horaris	9,9
Durada i dies	8,9
Locals i lloc	9,5
Hostaleria	9,0
Menjar	8,9
Objectius generals assolits	8,7

Resum de les dades dels divuit anys de CIAP, 1988-2015

Durant els darrers divuit anys (Taula 4), que van de la tardor del 1998 a la primavera del 2015, s'han fet ja dinou cursos intensius d'actualització en pediatria –se'n van fer dos l'any 1999, que havien de ser en aquestes estacions de l'any–, però aquesta freqüència es va demostrar inviable i, d'altra banda, innecessària. En aquests cursos s'han fet un total de 754 intervencions docents amb les diverses modalitats descrites a la Taula 1, que hem agrupat en 36 blocs temàtics (Taules 5 i 5'). Alguns temes han estat especialment repetits durant tots aquests anys (Taula 5''), per la seva rellevància clínica.

Taula 4. Dades generals

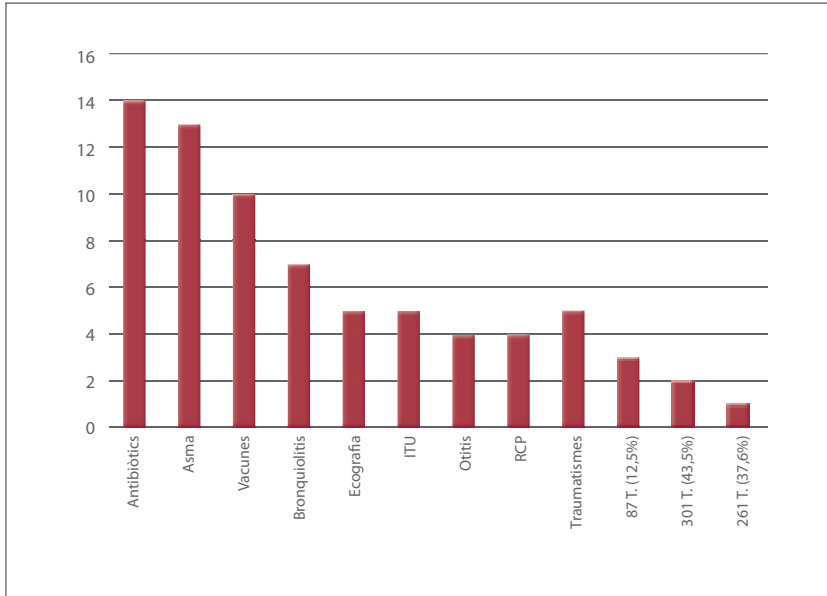
Anys (1998-2015)	18
Cursos	19
Total d'intervencions docents	754
Blocs temàtics	36
Professors	354
Temes per curs	43/21*
Alumnes per curs	100*/144/100**
Alumnes totals	574
Assistències totals d'alumnes	2.059

*primers i **darrers anys

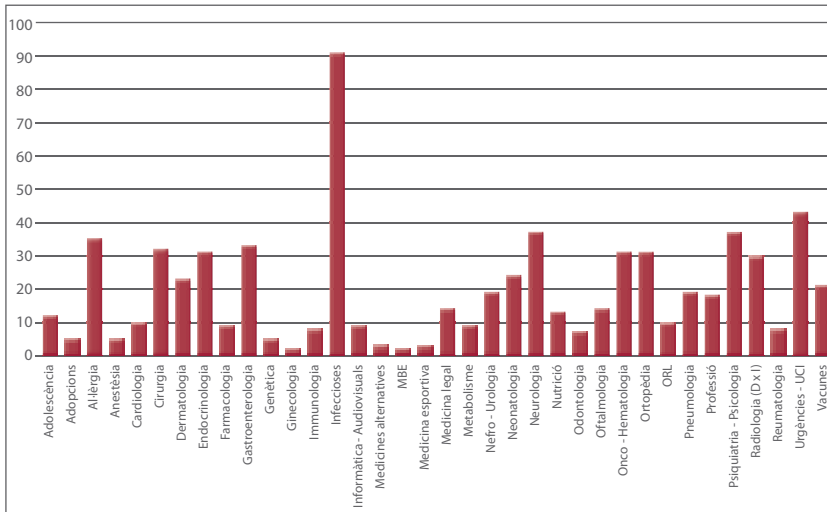
Taula 5. Blocs temàtics

Adolescència	12
Adopcions	5
Al·lèrgia	35
Anestèsia	5
Cardiologia	10
Cirurgia	32
Dermatologia	23
Endocrinologia	31
Farmacologia	9
Gastroenterologia	33
Genètica	5
Ginecologia	2
Immunologia	8
Infecçioses	91
Informàtica - Audiovisuals	9
Medicines alternatives	3
MBE	2
Medicina esportiva	3
Medicina legal	14
Metabolisme	9
Nefrourologia	19
Neonatologia	24
Neurologia	37
Nutrició	13
Odontologia	7
Oftalmologia	14
Oncohematologia	31
Ortopèdia	31
ORL	10
Pneumologia	19
Professió	18
Psiquiatria - Psicologia	37
Radiologia (D x I)	30
Reumatologia	8
Urgències - UCI	43
Vacunes	21

Taula 5': TEMES MÉS FREQUENTS



Taula 5': NRE. DE XERRADES PER BLOC TEMÀTIC



Hi han col·laborat 354 professors diferents, la immensa majoria dels quals són socis de l'SCP experts, com s'ha dit, en els temes dels quals han parlat i molts pertanyen, també, a algun dels tretze grups de treball (Taula 6) de la Societat. Uns quants s'han convertit en habituals per la demanda que els alumnes fan, i gairebé cada any hi participen encantats.

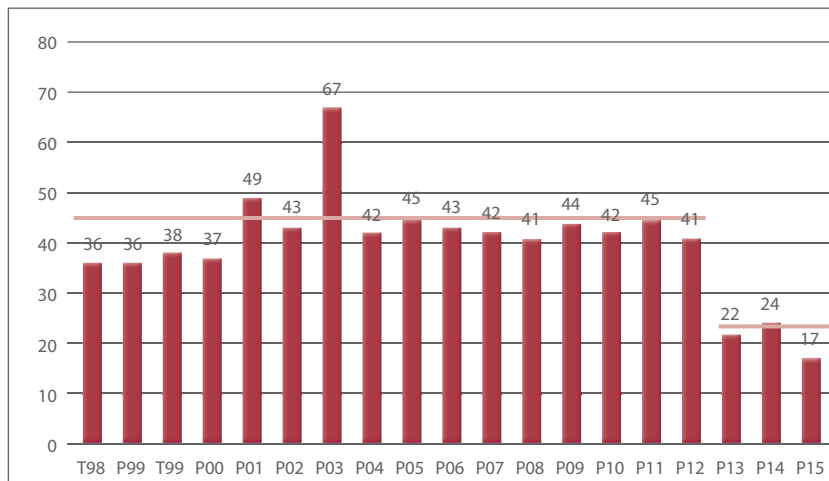
Fins l'any 2012, el CIAP durava quatre dies (divendres, dissabte, dilluns i dimarts), però la crisi econòmica va provocar que la seva durada quedés reduïda a tres i finalment a dos. Així, abans es tocaven una mitjana de 43 temes/curs mentre que en els darrers tres CIAP el nombre de temes s'ha reduït a 21 de mitjana (Taula 7). Darrerament s'han reforçat les sessions interactives, iconogràfiques, de seminaris o de casos clínics enfront de les xerrades clàssiques, que han estat només d'una mitjana de 7/any (30%), per buscar encara més la participació activa de l'alumne.

En els darrers cinc anys també s'ha introduït un examen després de cada sessió sobre els diferents temes explicats, per estimular l'atenció i l'aprofitament dels alumnes.

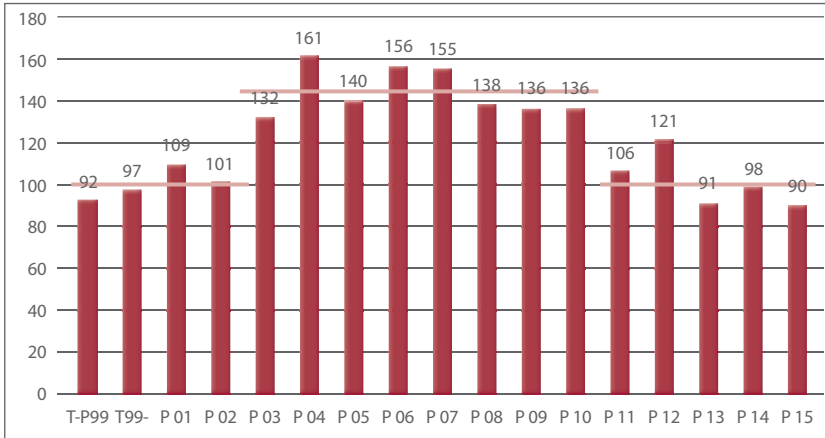
Taula 6. Grups de treball de l'SCP

- Activitat física i esport
- Neonatologia
- Al·lèrgia
- Cures intensives
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Immunodeficiències
- Mort sobtada
- Malalties infeccioses
- Urgències
- Pediatria social
- Pneumologia
- Neurologia

Taula 7. TEMES/CURS



En aquests divuit anys hi han participat 574 alumnes, amb un total de 2.059 assistències, ja que molts pediatres han vingut a més d'un CIAP. Fins i tot bastants s'han convertit en assistents habituals i és freqüent que un equip de treball es torni en diferents anys i així, en conjunt, hi poden assistir sempre. A la Taula 8 es mostra l'assistència als diferents cursos durant tots aquests anys.

Taula 8. ASSISTENTS/ANY

Malgrat tot, cal destacar que no hem pogut «enganxar» a aquest programa de formació continuada més d'una tercera part dels socis de l'SCP, circumstància que d'altra banda, ha esdevingut una constant en la història de la Societat: en qualsevol de les activitats que organitza sempre hi participen els mateixos pediatres, els quals ho fan a gairebé totes les que els són adients, mentre d'altres no participen mai en cap. Només els cursos d'RCP atreuen sistemàticament tota una població, per bé que ben diferenciada i més jove.

El futur (alguns núvols negres poden amenaçar la supervivència del CIAP?)

No ens hem d'enganyar: des de sempre, algunes cases comercials concretes han ajudat de manera individual, si més no parcialment, a gairebé tots els pediatres que han assistit al CIAP, i per això aquesta eina de formació continuada ha estat reeixida fins ara. Però moltes d'aquestes indústries, per les restriccions econòmiques actuals que tan bé coneixem i patim, ja no ho han pogut fer en els darrers tres o quatre anys ni ho podran continuar fent tampoc en el futur, perquè costejar un curs a tants alumnes té inevitablement un cost elevat. Això n'està ja limitant significativament l'assistència (144 de mitjana precrisi vs. 100 en aquests darrers anys).

Però és que, a més, molts pediatres que voldrien venir i podrien fer-ho si se'ls deixés organitzar lliurement, troben moltes dificultats per venir perquè ni als hospitals ni als CAP no els donen permisos. I quan no es podria fer d'altra manera, no els posen substituïts. Perquè tots sabem que hi ha molta –massa– feina en la majoria de llocs de treball, de manera que moralment, no es pot deixar tot sol un company fent assistència massiva mentre l'altre gaudeix de la docència exclusiva al CIAP com es podia fer fins ara –per bé que amb dificultats.

I què se'ns demanarà als organitzadors, i es bo que es faci: que mantinguem una qualitat global, organitzativa i metodològica; que tractem sempre temes interessants, originals i innovadors per als alumnes; que comptem amb professors didàctics, renovats, amb la mateixa il·lusió de sempre per explicar el que saben, malgrat que també les seves condicions de treball –tots som els mateixos–, són cada vegada més precàries; que donem bon material audiovisual, i escrit, amb l'esforç i dedicació extra que això representa; que utilitzem les noves tecnologies aplicades a la docència malgrat que són costoses; que malgrat que hi hagi relativament poca cosa escrita sobre avaluació de la metodologia docent, ens assegurem que aquesta estigui en primera línia, etc.

Perquè també es poden trobar, i cada vegada més, bones modalitats formatives que permeten l'actualització de coneixements sense sortir de casa, a un cost econòmic raonable, encara que requereixin més disciplina i encara que res no superi els valors afegits que dona el CIAP, com l'intercanvi d'opinions, ja sigui dins o fora de l'aula amb professors i altres alumnes, l'explicació en viu i, de vegades, del material didàctic o el contacte directe amb els amics i companys.

Perquè, per motius que ningú no desitja, l'organització o el professorat no mantingui el nivell d'excel·lència d'anys anteriors, tot i que van canviant inexorablement –no hi ha ningú intocable–, precisament per evitar això.

Perquè hi hagi un cert cansament per part dels alumnes envers l'instrument docent, després de gairebé 20 anys d'història, quan a més aquest potser ja no és tan atractiu, en haver reduït els dies, les xerrades, els crèdits del curs, etc.

Totes aquestes coses han d'estimular l'organització a millorar constantment l'oferta del curs, modificar-lo, adaptar-lo a les noves tecnologies docents, etc., cercant l'excel·lència alhora que se cerquen nous mètodes d'esponsorització o finançament dels assistents.

Potser caldrà tornar a plantejar-se la visita sistemàtica i el contacte permanent amb les diferents autoritats sanitàries (incloent-hi les dels hospitals i els CAP), que siguin responsables de facilitar, en els diferents àmbits, la formació continuada del col·lectiu de pediatres catalans, perquè tinguin sempre en compte el CIAP com a instrument preferent i potenciar, enfront d'altres cursos o instruments, aquesta formació.

En fi, caldrà que l'SCP, per mitjà dels diferents mètodes d'exploració d'opinions dels socis de què pot disposar, ens faciliti la cerca sobre la manera com vol ser continuament format el col·lectiu pediàtric, sobre quins temes vol concentrar aquesta formació, sota quina modalitat docent prefereix fer-ho i en què vol destinar els seus, cada vegada més escassos, recursos horaris i econòmics, de manera que aquesta formació pugui ser, en definitiva, sostenible i de la millor qualitat.

Al llarg d'aquests anys han participat en l'organització del CIAP: Jordi Anton, Romà Baraibar, Xavier Bruna, Josep Caritg, Montserrat Carrera, Rocío Cebrian, Natàlia Corominas, Mireia del Toro, Lluís Delgado, Iolanda Jordan, Josep Lloret, Claudia Marhuenda, Josep Marès, Josep Maria Mauri, Lluís Mayol, Antonio Moreno.





1r CIAP 1998.



1r CIAP 1998.



20è CIAP 2016.

Programa de reanimació cardiopulmonar de la Societat Catalana de Pediatria. RCP

Abel Martínez

«La formació en reanimació cardiopulmonar (RCP) pediàtrica és un aspecte fonamental per assegurar la integritat de la cadena de la supervivència a l'hora d'atendre l'infant en situació d'aturada cardiorespiratòria (ACR).



l Curs d'Instructors de l'RCP Pediàtrica. Hospital Universitari Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona, 9-11 de novembre de 2000.

L'RCP pediàtrica no tan sols és una habilitat competencial essencial que cal incorporar al procés d'aprenentatge de pediatria, sinó una habilitat que hauria de ser ensenyada a tots els llocs on es pugui donar una ACR.»

Els inicis del programa, la primera etapa

Per referir-nos a l'origen del programa de RCP de la Societat Catalana de Pediatria (SCP) cal situar-se a l'any 1997 i parlar d'un grup de pediatres intensivistes, especialment motivats i preocupats per la millora del maneig de les aturades cardiorespiratòries dels infants i de la seva implantació en el territori català.

L'1 de juliol de 1997, i després de ser aprovat per la Junta Directiva de l'SCP –que en aquells moments presidia Josep Argemí–, es va constituir el Grup d'Intensius Pediàtrics (GIP), i va ser en aquell moment que es va gestar l'inici del futur programa d'ensenyament i difusió de l'RCP pediàtrica a Catalunya.

Els membres del GIP van tenir clar des d'un primer moment que calia tenir com un dels seus projectes principals el desenvolupament d'un programa de formació en reanimació cardiopulmonar pediàtrica per als socis de l'SCP.

En aquell temps, a més, el Grup Espanyol de RCP Pediàtrica i Neonatal (GERCPPN), que ja existia, tenia una clara vinculació amb la Societat Espanyola de Cures Intensives Pediàtriques (SECIP) i, per tant, amb el GIP, i també s'havien marcat com una de les seves accions immediates el desenvolupament autonòmic de les activitats d'investigació i docència en RCP pediàtrica a tot l'estat espanyol.

En aquest context favorable, el mes d'octubre de l'any 1997 el GIP va plantejar aquest projecte de programa de formació en RCP per als socis de l'SCP i ho va sol·licitar oficialment a la Junta Directiva el mes de desembre. Tots els membres de l'SCP ho van considerar molt positivament i es va decidir invertir en accions de RCP com una clara estratègia de futur.

En un primer moment, l'objectiu fonamental del programa va ser possibilitar als socis de l'SCP la formació en l'assistència a l'aturada cardiorespiratòria, en el nivell de reanimació cardiopulmonar tant bàsica com avançada, i ajustant-se a les seves necessitats i facilitant-hi l'accés en el seu entorn geogràfic natural, sense haver de recórrer a desplaçaments fora de Catalunya, que era el procediment habitual en aquell moment. El projecte iniciat pel GIP pretenia ser ambiciós i va voler incorporar immediatament altres col·lectius rellevants relacionats amb l'RCP, com els pediatres d'urgències, els neonatòlegs o els incipients metges prehospitalaris, però sense oblidar altres objectius secundaris, com la formació en RCP de la població general i de col·lectius particulars (pares i educadors d'infants amb risc, assistents sanitaris, cossos de seguretat, etc.), la investigació epidemiològica i clínica, a més de l'assessorament institucional en matèria de RCP pediàtrica a altres entitats.

El primer pas organitzatiu va ser constituir la Comissió de RCP del GIP i anomenar per dirigir-la una comissió gestora formada per socis de l'SCP participants en la creació del GIP. Eren Josefa Rivera (Consorti Hospitalari Parc Taulí, Sabadell), Pedro Domínguez (Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron, Barcelona), Francisco José Cambra (Unitat Integrada de Pediatria Clínic-Sant Joan de Déu, Barcelona) i Eduard Carreras (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona); ells van constituir el primer nucli operatiu encarregat de dissenyar i posar en marxa el desenvolupament inicial del programa, i van iniciar una planificació de cursos de RCP a càrrec de membres del GIP (que a la vegada eren instructors de RCP del GERCPPN formats a l'Hospital La Paz de Madrid). Aquests cursos van seguir des d'un primer moment les recomanacions de l'European Resuscitation Council (ERC) i van comptar amb el suport logístic, administratiu i de material necessari per desenvolupar un programa seriós de formació en RCP proporcionat per l'SCP.

Els mesos següents van demostrar que el projecte proposat pel GIP era un projecte ambiciós i interessant, tant en l'aportació de coneixements i habilitats als professionals com en el vessant econòmic i de finançament; a més, es va consolidar la integració al projecte d'altres especialitats pediàtriques, com el Grup d'Estudis Neonatals (GEN) i el Grup d'Urgències Pediàtriques (GUP); les úniques condicions van ser que els metges fossin socis de l'SCP i acreditats com a instructors de RCP pediàtrica pel GERCPPN.

El document marc del programa de RCP que incorporava totes aquestes premisses va ser presentat a la Junta de l'SCP el maig del 1998, moment en què es va constituir el primer Comitè del Programa de RCP de l'SCP, format per Francisco José Cambra (GIP), Eduard Carreras (GIP), Pedro Domínguez (GIP), Julio Moreno (GEN), Pepi Rivera (GIP) i Javier Travería (GUP). Pedro Domínguez, que va ser proposat com a coordinador principal del programa, i Pepi Rivera, com a coordinadora adjunta, van ser els encarregats, entre altres funcions, de signar els convenis pertinents amb la Fundació Catalana de Pediatria (FCP).

Després de la consolidació com a Comitè de RCP de l'SCP, de la compra de material docent, de l'adequació dels programes dels cursos i de la confecció del material audiovisual i d'estudi –(les recomanacions per l'RCP pediàtrica es van publicar a *Pediatria Catalana* 1998; 58:113-119 i 182-194)–, calia fer una difusió a tots els socis de l'SCP, i va ser realment el 30 de setembre de 1998 que el programa de RCP de l'SCP es va «vestir de llarg» amb una carta enviada pel Dr. Argemí i pels coordinadors del Comitè a tots els socis.

Les primeres experiències del Programa van ser a principis de l'any 1998, amb la impartició d'un mòdul pediàtric a dos cursos de RCP d'adults, però no va ser fins al mes de maig que es van fer els primers cursos exclusivament pediàtrics, que van consistir en la realització d'una primera edició del curs de RCP bàsica instrumentada per a pediatres a Sabadell, coincidint amb la VI Reunió Anual de la Societat, i d'un altre curs de RCP bàsica instrumentada per a metges residents de primer any de pediatria a Barcelona, a la seu de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Els resultats d'aquests dos cursos van estar valorats molt positivament, tant pels alumnes com pels docents i organitzadors, fet que va estimular el Comitè de RCP a organitzar altres cursos.

La col·laboració i l'establiment d'acords entre la Fundació Catalana de Pediatria i diversos hospitals del nostre entorn amb una significativa activitat pediàtrica (Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron, Sant Joan de Déu, Sant Pau i Parc Taulí) va ser fonamental per poder engegar el desenvolupament de cursos de molta més complexitat, com l'RCP avançada. Així, fruit d'aquests acords, es va fer el I Curs de RCP Pediàtrica Avançada, organitzat pel Comitè de RCP de l'SCP a l'Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron durant els dies 26, 27 i 28 de novembre de 1998. Els primers diplomats en RCP pediàtrica i neonatal avançada sortits del programa van ser 18 alumnes (17 pediatres i 1 infermera pediàtrica), que van assistir amb

total aprofitament al curs impartit per docents vinculats a diferents hospitals de Catalunya. El programa del curs incloïa aspectes teòrics, però el seu desenvolupament va ser eminentment pràctic, i atenet als resultats de la valoració del curs, tant per als alumnes com per als professors va ser un èxit.

Des de la seva posada en marxa, la gestió del Comitè en aspectes estratègics, científicotècnics i economicofinancers va ser molt satisfactòria, i tot i que el programa estava considerat per l'SCP com un dels productes estrella, hi havia aspectes clarament millorables, com ara els logístics i administratius. Això va fer plantejar la conveniència d'elaborar un pla estratègic que, en un marc d'exigència i autofinançament, considerés els principals reptes que l'SCP volia assumir pel que fa a l'RCP pediàtrica, tots ells compartits pel Comitè de RCP i molts dels quals havien estat ja previstos en el document marc inicial del programa GIP.

Fruit d'aquesta reflexió i anàlisi, aquesta primera etapa de disseny, posada en marxa i desenvolupament inicial del programa de RCP de l'SCP es va donar per finalitzada, i l'octubre de l'any 2001 es va oferir el càrrec de coordinador de la nova etapa a Ricard Carpena, que, basat en l'experiència que tenia a les comarques del Maresme i la Selva, va dissenyar el programa de desenvolupament de l'ensenyament de RCP pediàtrica a Catalunya, que va ser aprovat per la Presidència de l'SCP (Josep Maria Mauri) i pel comitè de RCP.



Segona etapa del programa, l'expansió

Amb el lideratge de Ricard Carpena el projecte preveia l'ensenyament de l'RCP a tots els àmbits, més enllà dels pediatres de l'SCP (metges no pediatres, diplomats en infermeria, tècnics sanitaris i persones de camps no sanitaris). Es pretenia incidir en tots els aspectes docents i de difusió per tal de disminuir la morbimortalitat de l'aturada cardiorespiratòria en la infància, utilitzant l'empària i els recursos de l'SCP, vertebrant una xarxa d'ensenyament, fent una divisió territorial de Catalunya per àrees amb uns coordinadors per facilitar, d'una banda, l'optimització de les tècniques de RCP avançades als hospitals i centres d'assistència,

i, de l'altra, la divulgació dels ensenyaments de RCP bàsica, amb interès especial en els llocs de més risc d'ACR.

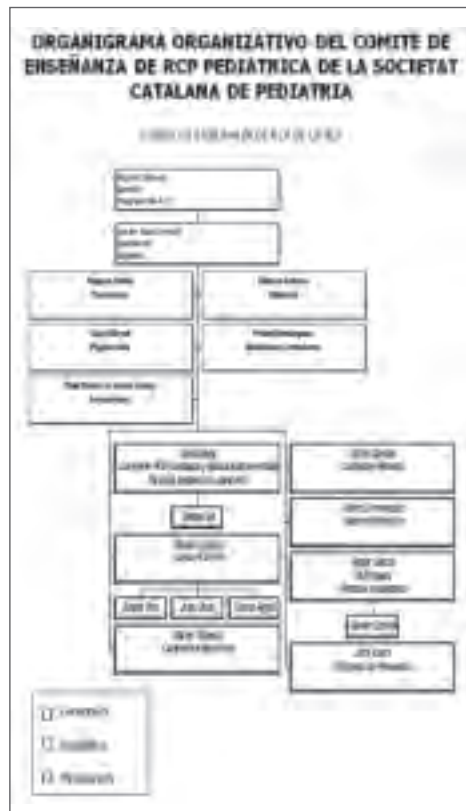


Es tractava d'apropar l'ensenyament a tots els nivells.

El projecte es va presentar a l'SCP i es va publicar a *Pediatría Catalana* el setembre del 2002 com Programa de Desenvolupament de l'ensenyament de la RCP pediàtrica i prevenció de l'aturada cardiorespiratòria en l'infant: segona etapa del Programa de RCP de la Societat Catalana de Pediatria.

Les bases del nou projecte consistien en:

- La sectorització de l'ensenyament per àrees i un desenvolupament per fases, per tal d'obtenir un resultat final d'independència de cada àrea en els diferents cursos, i assolir un òptim grau de qualitat de l'ensenyament mitjançant la supervisió dels cursos fets.
- Un autofinançament del programa mitjançant les inscripcions dels alumnes, preus per curs i grups, i altres fonts de finançament addicional, tant públiques com privades.
- Un organigrama clar format per un director del projecte i un sotsdirector logístic, amb el suport d'un comitè científic i un comitè de coordinadors d'àrea, així com el nomenament d'una vicepresidència econòmica per temes de finançament i pressupostaris, una secretaria per als tràmits administratius i burocràtics i una àrea institucional de relació amb la resta d'institucions de l'SCP (revista *Pediatría Catalana*, cursos CIAP, etc.) i per a les altres gestions del desenvolupament del programa.



Van ser uns anys de consolidació del projecte a Catalunya, que va disposar de logotip propi i d'enllaç al web de l'SCP.

Es van iniciar els cursos d'instructors de RCP avançada pediàtrica i neonatal, la primera edició dels quals es va fer a l'Hospital Maternoinfantil de la Vall d'Hebron l'any 2000, amb Jesús López Herce com a representant del GERCPNN. Es va millorar la documentació dels alumnes i el material de suport dels instructors, i es van fer diverses publicacions.

També van ser anys d'expansió. El 16 de setembre de 2003 es va constituir a la seu de Barcelona de l'Acadèmia el Consell Català de Ressuscitació (CCR), liderat pel Manel Cerdà, i a l'estat espanyol es va seguir mantenint de manera molt activa la relació amb el GERCPNN com a membres del Consell de Coordinadors Autonòmics. Es va continuar participant en projectes d'investigació, com l'*Estudio Epidemiológico del Paro Cardio Respiratorio y RCP en Pediatría*, juntament amb el GERCPNN, coordinat a Catalunya per Sonia Cañadas i Pedro Domínguez; es va col·laborar amb la Societat Aragonesa de Pediatria en l'organització de cursos, i pel que fa a l'àmbit europeu, en la participació (a càrrec dels doctors Burkhard J. Wermter i Pedro Domínguez) en diversos cursos i en el projecte GIC (Curs genèric d'instructors).

Malauradament, la malaltia i la mort prematura de Ricard Carpena va significar un gran cop al programa i a tots els membres del Comitè, i es va iniciar de manera inesperada una tercera etapa, enfocada com de transició. Álvaro Díaz Conradi, que ja feia funcions de sotsdirector del programa, va acceptar-ne la direcció des de l'any 2005.

Tercera etapa, la transició

Álvaro Díaz Conradi, lligat de manera directa a l'etapa anterior, va acceptar assumir el repte del lideratge del comitè de RCP en aquesta etapa de dol i transició. El nou projecte va voler mantenir les línies ja marcades respecte l'ensenyament de l'RCP pediàtrica a tot Catalunya, incidint especialment en la qualitat dels cursos i en una ampliació progressiva de les activitats.

Així, els principals objectius plantejats en aquesta etapa van ser:

- Mantenir l'ensenyament de RCP pediàtrica i neonatal en totes les seves variants: RCP-B, RCP-BI, RCP-avançada, RCP-NN bàsica i avançada, i iniciar els cursos de refresc de RCP avançada.
- La consolidació de la formació d'instructors de RCP bàsica, principalment, i avançada, així com de RCP neonatal en col·laboració amb la SENEo.
- La creació de nous productes, fent realitat la incorporació del Mòdul d'Atenció al pacient politraumatitzat pediàtric, en els cursos de RCP avançada (pioner en tot l'estat espanyol).
- Assolir la certificació i l'acompliment dels criteris d'acreditació dels cursos a nivell nacional (GERCPNN) i internacional (ERC), mitjançant la supervisió de tots i cadascun dels cursos, així com l'acreditació dels alumnes i dels professors de cada curs a través del CCFMC i el Sistema Nacional de Salut.
- La posada al dia i la difusió de les noves recomanacions internacionals per adaptar-les al nostre projecte a través del GERCPNN.
- La reunificació dels instructors formats pel comitè a través d'un registre realitzat per l'SCP.

Per mantenir l'impuls que s'havia donat en els darrers anys al programa, calia una implicació intensa de tots i cadascun dels membres del Comitè; així doncs, es va refer l'organigrama per

tal que fos més funcional i amb una assignació de tasques més específiques, repartides entre tots els membres, a la vegada que una participació en grups de treball del CCR (trauma, SVB,SVA).

Tot i que l'SCP i el Comitè del programa ja feien un curs per a nous residents MIR que pretenia donar-los la benvinguda, l'any 2005 es va fer la primera edició del Curs Ricard Carpena per a residents de pediatria i cirurgia pediàtrica, en memòria de l'antic director. Des d'aleshores, el programa considera aquest curs emblemàtic.



Finalment, a finals de l'any 2008 el Comitè va donar per acabada l'etapa de transició i va oferir la direcció del nou projecte a Abel Martínez Mejías, que en un primer moment la va ocupar en funcions i ja a partir del mes de gener del 2009 de manera oficial.

Quarta etapa, el present i el futur

En aquesta etapa, el programa de RCP de l'SCP va voler mantenir els objectius d'ensenyament i difusió de l'RCP pediàtrica i neonatal iniciats els anys anteriors i vetllar perquè les activitats fetes a Catalunya seguissin els estàndards de qualitat i homogeneïtat establerts per l'International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) i l'European Resuscitation Council (ERC) en les seves revisions quinquennals.

Es va mantenir la gestió del programa per un comitè multidisciplinari format en aquell moment per pediatres provinents de grups de treball d'urgències pediàtriques, cures intensives pediàtriques i neonatologia, i es va decidir continuar amb el projecte de programa iniciat a principis del 2000, apostant per una repercussió més àmplia al territori, fugint de l'exclusivitat dels hospitals grans i consolidant una diversificació de l'oferta formativa, i ampliant-la a demandes de grups com infermeria, pediatres d'assistència primària, tècnics sanitaris i població general.



Però, tot i que hi havia una bona acceptació del projecte per part de l'SCP i que el funcionament era òptim, el Comitè va creure en aquell moment que calia replantejar-se el futur: volíem ser el referent en temes de formació, difusió i aplicació dels coneixements de RCP pediàtrica i neonatal (RCPP-N) per als professionals de la salut i de la població general a Catalunya, volíem garantir a totes les persones interessades la possibilitat de poder obtenir o actualitzar els seus coneixements en RCPP-N, amb qualitat i segons les normes internacionals actualment acceptades, i volíem ser garants d'una formació uniforme i estandarditzada en suport vital (concepte més ampli que l'RCP, i que inclou la prevenció de l'ACR, la seva identificació precoç, les tècniques de RCP i les cures postressuscitació).

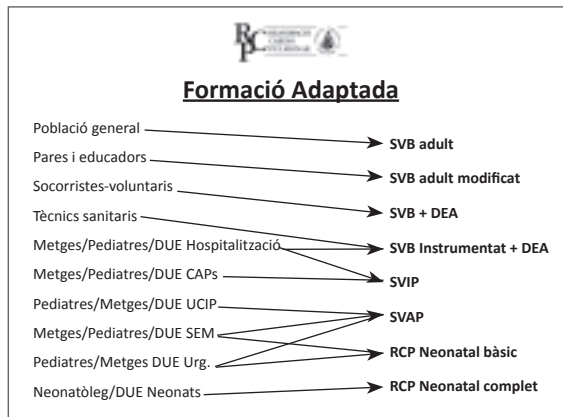
El Comitè va creure necessari donar un altre nou impuls al programa i millorar la difusió de coneixements en RCPP-N, sense renunciar al rigor científic, però posant l'èmfasi en altres aspectes, com la proximitat als col·lectius, l'adaptabilitat a les demandes i l'accessibilitat a les nostres ofertes, i per això es va plantejar un canvi, un nou pla estratègic amb el qual afrontar el futur amb garanties.

El nou Pla Estratègic 2010-2015 va ser presentat oficialment a la Junta de l'SCP el juny del 2011 i pretenia:

- Ampliar els objectius d'ensenyament de RCP i prevenció de l'ACR marcats en el programa presentat el 2001 incidint en la necessitat d'adaptar la formació als col·lectius, amb el concepte més ampli de suport vital, i crear nous productes (SVB+DEA, SVIP, SVAP), per apropar, així, el programa a les persones i a tot el territori català.
- Refermar els nostres valors i punts forts, com el rigor científic, la uniformitat en les activitats, el respecte per les persones i una transmissió de l'ensenyament fàcil, senzill i adaptat als col·lectius.
- Reforçar la marca RCP-SCP, incidint en les característiques pròpies del nostres cursos com un sistema condició *sine qua non* de qualitat, cursos molt dinàmics dels grups petits (ràtio instructor/alumne 1/4-6) fins i tot en RCP avançada, amb estudi previ per part de l'alumne, fent una aposta clara per la metodologia semipresencial, amb la utilització de les noves tecnologies per tal de treballar els aspectes teòrics a distància i la pràctica de manera presencial i amb un continuïtat formatiu que afavoreixi la immersió total de l'alumne al curs, sense dispersions.
- Refermar la nostra autonomia d'acció, gestió i autofinançament, de manera àgil i transparent.

D'aquesta reflexió i declaració d'intencions van sortir un seguit de línies estratègiques i accions que s'han anat consolidant durant aquesta etapa:

- S'ha fet una adaptació clara de la formació a la població diana segons les seves necessitats, i s'han creat productes nous o adaptat els existents, com ara el **Curs de Suport Vital Intermedi Pediàtric (SVIP)**, que va veure la llum l'any 2009 després d'una experiència pilot a Sabadell; la modificació del curs **European Pediatric Immediate Life Support (EPILS)**, un curs d'un dia de durada, adreçat a les persones que tenen l'obligació d'atendre pacients pediàtrics (pediatres, metges i infermers), però que per circumstàncies pròpies del seu lloc de treball (centres d'atenció primària, plantes d'hospitalització, dispensaris...) no disposen del material, l'entorn o les competències suficients per fer una RCP avançada; la introducció del mòdul d'atenció inicial i maneig del nen greu en els cursos de RCP avançada, o l'adaptació del suport vital bàsic per a infants de primària, iniciat com una activitat de la reunió anual el maig del 2014 a la Seu d'Urgell i que ja ha quedat establert. Val a dir que totes aquestes aportacions han estat presentades al GERCPNN, que les ha recollit i adaptat al seu programa.
- S'ha estimulat una tasca d'incorporació i col·laboració activa amb altres centres, entitats i organismes, fent activitats conjuntes amb altres societats, amb el CCR, la Creu Roja i universitats de tot el territori català. Des de l'any 2012, un pediatre (Dr. A. Martínez) té representació al comitè executiu del CCR.



- S'ha reprès la formació d'instructors de RCP avançada amb tres noves edicions. S'ha fet la primera jornada d'homologació d'instructors de la SENEo vàlida en el nostre programa i el primer curs genèric d'instructors SVIP-SVAP, fet a la seu de l'Acadèmia el febrer del 2014.

També es va fer una actualització de la llista d'instructors tant de RCP bàsica com avançada, amb la incorporació de la llista d'instructors i directores al CCR i al GERCPNN, i es va dissenyar d'acord amb la tendència de l'ERC una nova trajectòria formativa –definint els instructors i directores potencials, posteriorment candidats i finalment en pràctiques– abans d'obtenir la titulació. S'ha estat estricte en l'acompliment, però a la vegada s'ha facilitat la realització de cursos i jornades de manera periòdica per mantenir la certificació i aconseguir la recreditació en els canvis de guies.

- S'ha utilitzat el potencial que ens ofereixen les TIC i les noves tecnologies per tal de millorar en la difusió, la simulació dels aspectes pràctics docents i principalment en la gestió del programa, on es va donar la capacitat als directores de cursos tant a nivell del CCR com del

GERCPNN de poder gestionar directament les seves activitats sense utilitzar la secretaria de l'SCP, i s'ha iniciat l'ús de la plataforma en línia del CCR per als cursos de SVIP i SVAP.

- S'ha incorporat la infermeria al Comitè, representada per Sergio Alonso des de l'any 2012, i s'ha fet una nova distribució del Comitè de RCP, per tal que tots els membres siguin referents d'una zona, amb tasques de captació de necessitats formatives. Això afavoreix la realització d'activitats i la selecció d'instructors per adaptar-los al territori en nombre i tipologia de cursos. El Comitè també ha confeccionat el mapa d'instructors de RCP de Catalunya, a banda de les funcions específiques ja assignades en les anteriors etapes.
- S'ha seguit mantenint una gran activitat en docència de cursos i revisió de documents i publicacions.



I ara, a les portes del 2016, s'imposa un altre repte, el futur i la realització d'una nova revisió del programa per als propers cinc anys, amb el convenciment que qualsevol continuisme en el desenvolupament del programes anteriors seria adequat i positiu per a la nostra època i territori, però on segurament caldrà:

- Seguir incidint en el concepte de suport vital i integrar-lo definitivament, donant més importància a la prevenció, la identificació i el maneig de les situacions de risc preaturada (incloent-hi un nou mòdul SVAT de trauma pediàtric) i a l'estabilització postaturada per nivells i àmbits.
- Seguir treballant també per als col·lectius no mèdics ni hospitalaris, com els professionals d'atenció primària, els educadors i tutors i les famílies amb infants de risc d'ACR. En aquest sentit, la col·laboració amb el CCR per tal d'aconseguir la formació a les escoles de suport vital de manera curricular serà una constant.
- Seguir incorporant més simulació als nostres cursos, de manera low cost, adaptada, però de qualitat.
- Tenir la mirada posada a Europa, lluitant i treballant juntament amb el CCR i el GERCPNN per aconseguir una equivalència de cursos i un reconeixement de les titulacions dels nostres alumnes i instructors de manera automàtica.
- Valorar la necessitat de la realització dels canvis pertinents en l'organització del comitè i el funcionament del programa per tal de seguir mantenint amb sostenibilitat i qualitat les activitats que es volen desenvolupar i afrontar així els propers anys amb garantia d'èxit.

I finalment, cal fer un petit homenatge a les persones que des de l'inici, des del dia zero, han estat al peu del canó del programa, on moltes vegades el dia a dia ens ofega i l'entorn no ens afavoreix gaire: gràcies a la Pepi Rivera, gràcies a l'Archi Cambra i, sobretot, al Pedro Domínguez, ells son l'*alma mater* d'aquest projecte. Gràcies.

Activitats del programa de RCP de l'SCP

La principal tasca desenvolupada pel programa són els cursos de reanimació cardiopulmonar pediàtrica, que formen part del programa de RCP de la Societat Catalana de Pediatria, l'objectiu principal del quals és possibilitar a tota la població, però principalment als socis de l'SCP la formació en RCP pediàtrica, l'accés a aquesta formació. Es pretén millorar la competència de les persones que es poden veure involucrades en una situació de risc d'ACR i sobretot als pediatres en la seva atenció, incorporant coneixements, habilitats i actituds fonamentals relatius a l'RCP pediàtrica.

Els cursos segueixen les recomanacions del Grup Espanyol de RCP Pediàtrica i Neonatal, que al seu torn segueix les guies de l'ERC amb programes coherents amb els objectius específics del curs de què es tracti. Són impartits per professors acreditats pel mateix grup, bé com a instructors bé com a diplomats en RCP pediàtrica i neonatal. El seu desenvolupament és eminentment pràctic, i el contingut teòric és preparat parcialment pels alumnes abans del curs, sigui amb el lliurament d'un manual o mitjançant un treball a distància amb plataforma en línia. Els cursos estan acreditats pel Grup Espanyol de RCP Pediàtrica i Neonatal, i pel Consell Català de Ressuscitació, que també acredita els diplomes que obtenen els alumnes que superen l'avaluació teòrica i pràctica que es fa en finalitzar els cursos.

La cadena de formació en RCP pediàtrica està constituïda per: diplomats en RCP bàsica, diplomats en RCP bàsica instrumentada –que incorpora el desfibril·lador automatitzat (DEA) als cursos de bàsica de forma a partir de les guies 2005–, diplomats en suport intermedi pediàtric (SVIP) –incorporat al programa a partir del 2009–, diplomats en RCP avançada pediàtrica i neonatal (SVAP), instructor de RCP bàsica –fet amb el CCR a partir del 2003–, instructor de RCP pediàtrica i neonatal (SVIP o SVAP) i instructor-director de RCP pediàtrica i neonatal –el nivell superior, acreditat directament pel CCR o el GERCPN a instàncies del Comitè de RCP per a la direcció de cursos de RCP avançada pediàtrica i neonatal.

Els tipus de cursos que permeten accedir als diferents nivells de la cadena formativa pediàtrica són els següents: RCP bàsica, RCP bàsica instrumentada, SVIP, RCP avançada pediàtrica i neonatal o SVAP, monitor de RCP bàsica i instructor en RCP avançada. A més, s'han dissenyat els mòduls de refresc de RCP avançada i els mòduls de RCP pediàtrica per a cursos de RCP avançada de l'adult. Finalment, el GERCPN assumeix i reconeix com a propis els cursos específics de reanimació neonatal proposats per la SENEo, en el disseny dels quals han participat els membres del GERCPN representants d'aquesta societat.

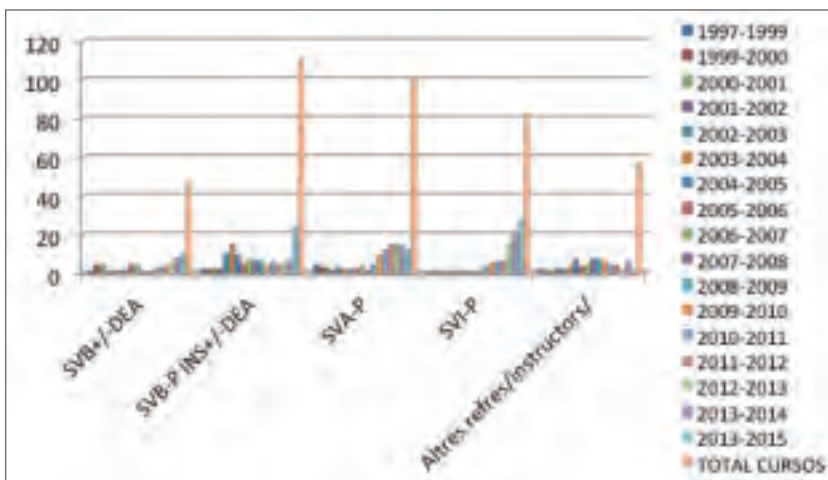
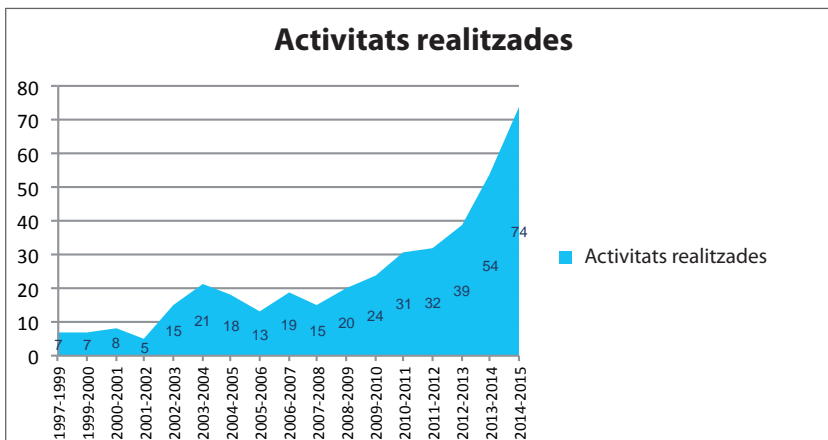
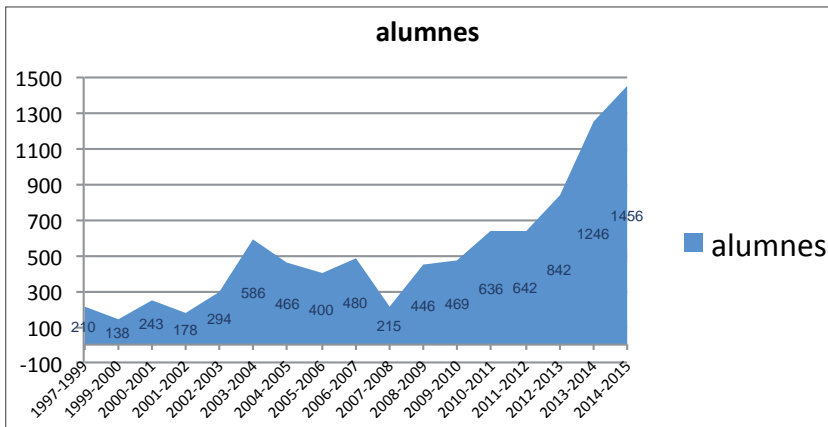
El programa de RCPSC, juntament amb el GERCPN, ha estimulat les activitats docents, ha definit criteris d'acreditació pel que fa a programes, contingut, material didàctic i metodologia de l'ensenyament i avaluació, per garantir així la qualitat de l'ensenyament. A més, es disposa d'un programa de formadors de formadors i el seu objectiu és capacitar un nombre suficient de professors que permeti satisfer les necessitats docents del país i assegurar una formació homogènia de qualitat. És un programa que està obert a metges, infermeres i tècnics. L'acreditació de monitor SVB o instructor té una vigència de dos anys, durant els quals s'ha de participar com a professor en dos cursos com a mínim per optar a la recertificació. El programa de l'SCP ha anat fent periòdicament jornades d'instructors per facilitar l'intercanvi

d'experiències i afavorir la posada al dia dels temes relacionats amb l'RCP i les recomanacions quinquennals.

Però tot i que els cursos han estat la tasca principal, durant tots aquests anys es podria elaborar una llista d'activitats (docents, d'investigació, de difusió...) en què el programa de RCP de l'SCP ha estat implicat directament des de l'inici fins a l'actualitat:

- L'elaboració de quatre documents programàtics de RCP-SCP.
- Un registre de l'activitat des de l'inici del programa.
- La compra periòdica de material inventariable.
- La firma d'acords de col·laboració amb hospitals, centres docents (Creu Roja, CES, IEM), universitats i escoles universitàries d'infermeria.
- Presentació en congressos:
 - Rivera P, et al. Programa de Reanimació Cardiopulmonar de la Societat Catalana de Pediatria: Una experiència a compartir. VII Congrés de Pediatres de Llengua Catalana. El Campello (Alacant), octubre 1998.
 - Domínguez P, et al. El modelo catalán de desarrollo autonómico de la RCP. Reunión Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Badajoz, 1999.
 - Domínguez P, Brukhart W et al. Cardiopulmonary Resuscitation Program of the Catalan Society of Paediatrics. 9th Congress of the Paediatric Emergency Study Group of the Italian Paediatric Society and 1st European Convention of Paediatric Emergency Medicine. Milà, 2002.
 - Martínez-Mejías A et al. Soporte Vital Intermedio Pediátrico SVI-P, Nuevo Curso, Vieja Demanda. Comunicació a la XV Reunión Anual SEUP, Sevilla, abril 2010.
 - Martínez Mejías A et al. Una nova proposta formativa. El curs de Suport Intermedi Pediàtric SVI-P. X Congrés de Pediatres de Llengua Catalana, Ciutadella (Menorca), maig 2010.
 - Martínez Mejías A et al. Pediatric intermediate life support. Our experience with a new course in Catalonia (Spain). Resuscitation 2010. Oporto (Portugal), desembre 2010.
- Publicacions en revistes:
 - López-Herce J, Domínguez P, Rodríguez-Núñez A and the Spanish Paediatric and Neonatal Resuscitation Group. Multicenter study on paediatric cardiopulmonary arrest in Spain: mortality analysis by age groups. Resuscitation 2000;45:537.
 - Calvo C, Delgado MA, García L, López-Herce J, Loscertales M, Rodríguez A, Tormo C. Guia de reanimació cardiopulmonar bàsica i avançada en pediatria (I). *Pediatr Catalana* 1998;58:113-9.
 - Calvo C, Delgado MA, García L, López-Herce J, Loscertales M, Rodríguez A, Tormo C. Guia de reanimació cardiopulmonar bàsica i avançada en pediatria (i II). *Pediatr Catalana* 1998;58:182-94.
 - Domínguez P, Rivera P. I Curs de RCP Pediàtrica Avançada organitzat pel Comitè de RCP de la Societat Catalana de Pediatria. *Pediatr Catalana* 1998;58:370-2.
 - Domínguez P, Rivera P, Travería FJ, Moreno J, Carreras E, Cambra FJ. Desarrollo autonómico de la reanimación cardiopulmonar pediátrica: Programa de RCP de la Societat Catalana de Pediatria. *An Esp Pediatr* 1999;Supl128:87.
 - Pujol M, Domínguez P, Balcells J, Vilchez MR, Ortega J, Roqueta J, Iglésias J. Efectivitat de la reanimació cardiopulmonar a la unitat de cures intensives pediàtriques. *Pediatr Catalana* 2000;60(Supl 1):S77.
 - Díaz-Conradi A, Carreras M, Carreras J, García-Puig R, Tobeña L. Cursos de reanimació cardiopulmonar pediàtrica bàsica per a pares i educadors. *Pediatr Catalana* 2002;63: pàg.
 - Domínguez P. Desenvolupament de l'ensenyament de l'RCP pediàtrica i neonatal: del Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal al Comitè de RCP de la Societat Catalana de Pediatria *Pediatr Catalana* 2002;63:253-8.
 - Carpena R. Desenvolupament de l'ensenyament de l'RCP pediàtrica i prevenció de l'aturada cardio-respiratòria en l'infant: segona etapa del Programa de RCP de la Societat Catalana de Pediatria. *Pediatr Catalana* 2002;63:259-66.

- López Herce J, García C, Domínguez P, Custodio A, Rodríguez-Núñez A, Calvo C, Rodríguez MA and the Spanish group of cardiopulmonary Arrest in Children. Characteristics and outcome of cardio-respiratory arrest in children. Resuscitation 1004;63:311-20.
 - Domínguez P, Cañadas S, López-Herce J, Rodríguez-Núñez A, Wermter B, Balcells J. Novetats en RCP 2005: perspectiva global. *Pediatr Catalana* 2006;66:268-72.
 - Domínguez P, Cañadas S, Martínez A, Delgado L, García R, Lobera E, Vinzo JM, Ruiz CW. Novetats en RCP 2005: RCP pediàtrica bàsica. *Pediatr Catalana* 2006;66:292-300.
 - Cañadas S, Domínguez P, Travería FJ, Cambra FJ, Rivera J, Caritg J, Mayol L, Díaz A. Novetats en RCP 2005: RCP pediàtrica avançada. *Pediatr Catalana* 2006;66:301-6.
 - Ruiz C.W, Vinzo A, Linde A, Thió M, Salcedo S. Novetats en RCP 2005: reanimació neonatal. *Pediatr Catalana* 2006;66:307-10.
 - Domínguez Sampedro P, Cañadas Palazón S, de Lucas García N, Balcells Ramírez J, Martínez Ibáñez V. Asistencia inicial al traumatismo pediátrico y reanimación cardiopulmonar. *Anales de Pediatría* 2006;65(6):586-606.
 - Díaz Conradi A. La reanimació cardiopulmonar pediàtrica a l'escola. *Pediatr Catalana* 2012;72:93-5.
- Un registre d'instructors acreditats pel GERCPN i el CCR disponibles (hem passat de tretze al moment de posar en marxa el programa, l'any 1999, a un total de 163 el juny de 2015).
- L'enquesta als socis de l'SCP: «Té interès la formació en reanimació cardiopulmonar pediàtrica i neonatal entre els pediatres catalans?» feta el 1999.
 - La participació en l'estudi epidemiològic sobre aturada i reanimació proposat pel GERCPN des del 1998.
 - La col·laboració amb l'Institut d'Estudis de la Salut (Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya) en el programa d'avaluació de la competència dels pediatres (prova ACOE: avaluació clínica objectiva estructurada).
 - Activitats conjuntes amb el CCR en el Dia europeu de l'RCP.
 - I, per descomptat, els cursos de RCP pediàtrica (fins al juny del 2015):
 - 47 cursos de SVB incorporant el DEA des del 2005.
 - 111 cursos de SVB instrumentat, incorporant el DEA des del 2005 (11 edicions del Curs Ricard Carpena per a residents de pediatria i cirurgia infantil).
 - 101 cursos de SVAP (RCP avançada pediàtrica i neonatal).
 - 82 cursos de SVIP, iniciats el gener del 2009.
 - 57 altres activitats entre les quals hi ha:
 - 2 cursos d'instructors de RCP bàsica instrumentada.
 - 5 cursos d'instructors de RCP avançada pediàtrica i neonatal (VH2000, CSPT2001, HSJD2006, Acadèmia 2/2011 i 11/2011).
 - 1 jornada d'homologació del curs pont d'instructors SEN (Acadèmia, juny 2013).
 - 1 curs d'instructors genèric SVIP-SVAP (Acadèmia, febrer 2014).
 - 4 jornades/taller del Comitè de RCPSCP (iniciades l'any 2010).
 - 1 jornada d'acreditació d'instructors (Acadèmia, juny 2011).
 - 1a trobada d'instructors (Acadèmia, 7/11/13).
 - 2 cursos de refresc SVAP.
 - 1 curs de suport a la Sociedad Aragonesa en els cursos de RCPAPN (2005).
 - 2 cursos de suport RCPAPN i a l'ERC SubTírol.
 - 18 cursos de RCP inicial complet neonatal.
 - 16 xerrades per a pares i educadors en SVB (escoles bressol i centres de Barcelona i Terrassa.)
 - 3 activitats de SVB amb nens i nenes de d'Educació Primària (Sant Esteve de Palautordera, a la Reunió Anual de l'SCP de la Seu, el 2014, i del Món Sant Benet, el 2015).



Qui ha participat en el programa de RCP-SCP

Directors del programa

1997-2001: Pedro Domínguez Sanpedro
i Josefa Rivera Luján
2002-2005: Ricard Carpena Marqués
2006-2008: Álvaro Díaz Conradi
2009-actualitat: Abel Martínez Mejías



Ricard Carpena.



Álvaro Díaz.

Membres actuals del Comitè de RCP de la Societat Catalana de Pediatria

Abel Martínez, Pedro Domínguez, Pepi Rivera, Francisco Javier Travería, Francisco José Cambra, Álvaro Díaz, Sonia Cañadas, Sergio Alonso, Lluís Mayol, Lluís Delgado, Jordi Fàbrega, Eduard Solé, Ester Castellarnau, Luis Renter, Cèsar W. Ruiz, Mònica Balaguer, Jesús Payeras.

Membres del Comitè de RCP de la Societat Catalana de Pediatria en les seves diferents etapes

Eduard Carreras, Josep Caritg, Marta Thió, Joan Vinzo, Albert Balaguer, Roger García, Eduard Lobera, Carme Figaró, Jordi Carol, Julio Moreno, Aurora Montoro.

Col·laboradors del programa de RCP de l'SCP

Teresa Gili, Xavier Codina, Silvia Zambudio, Josep Maria Barrosso, Carles Luaces, Marc Linés, M^a Luisa Hernández, Carmen Campos i els doctors Ignacio Manrique, Custodio Calvo, Jesús López Herce, a més de la Junta Directiva del GERCPN, Manel Cerdà, Xavier Balanzó i el comitè executiu del CCR.

Agraïments: a la Secretaria de l'SCP (Regina Carbó, Sara Jabalera, Andrea Muriano i Marta Torrent) i en especial a la Dra. Natàlia Corominas, que ha estat el pilar on recolzar-se en tot moment, i també al Dr. Jesús López-Herce del GERCPN, perquè sense el seu suport i alè en l'inici del nostre projecte segur que tot hauria estat molt més difícil.

L'SCP i el seu entorn

A Espanya, el 1987, la Societat Espanyola de Medicina Intensiva Crítica i Unitats Coronàries (SEMICYUC) va posar en marxa el Pla Nacional de RCP, amb un important treball en el camp de l'RCP de l'adult. El 1992 es va començar a treballar específicament en el desenvolupament de la formació en RCP pediàtrica i neonatal, i la Societat de Cures Intensives Pediàtriques (SECIP), amb la col·laboració de la SEMICYUC, van proposar la creació del Grup Espanyol de RCP Pediàtrica i Neonatal (GERCPN).

El grup va quedar constituït oficialment el 1994, amb la participació de membres de la SECIP, la SEMICYUC i la Societat Espanyola de Neonatologia (SENeo). A partir del 1999, el GERCPN va comptar amb representació de la Societat Espanyola d'Urgències Pediàtriques (que, igual que la SECIP i la SENeo, forma part de l'Associació Espanyola de Pediatria) i de la Societat Catalana de Pediatria, que va integrar dos membres (Carles Luaces



Pepi Rivera, Abel Martínez, Ferran A. Moraga-Llop i Pedro Domínguez a l'entrega del Premi Diario Médico a les millors idees 2015 per al Programa de RCP per a nens.

i Pedro Domínguez) al GERCPN, que finalment va constituir el seu Consell Autòmic l'any 2000.

El GERCPN és un grup multidisciplinari, multicèntric i d'àmbit estatal, que té com a objectius principals l'estudi de l'aturada cardiorespiratòria en l'infant i la formació en reanimació cardiopulmonar pediàtrica i neonatal. Ha desenvolupat una tasca extensa promovent l'ensenyament universal i dissenyant activitats docents orientades a diferents col·lectius (personal sanitari, no sanitari i població general), i ha plantejat la necessitat d'incloure la formació en RCP bàsica pediàtrica en el currículum dels estudis de medicina i infermeria, i la de RCP pediàtrica en el programa de l'especialitat de pediatria; fins i tot ha col·laborat en el desenvolupament de l'ensenyament de l'RCP en països iberoamericans.

Ha elaborat i publicat recomanacions de RCP pediàtrica i neonatal, en consonància amb les recomanacions internacionals, i ha fet propostes innovadores per mitjà del seu representant a Europa, actualment el Dr. Antonio Rodríguez Núñez.

El 1995, per mitjà de la revista *Anales Españoles de Pediatría* (publicació oficial de l'Associació Espanyola de Pediatria), va difondre les primeres recomanacions, que es van revisar i ampliar entre el 1999 i el 2000.

El 16 de setembre de 2003, a la seu de l'Acadèmia, a Barcelona, es va constituir el Consell Català de Ressuscitació (CCR) amb la signatura de sis societats científiques d'àmbit català (Anestesiologia, Reanimació i terapèutica del dolor, Cardiologia, Medicina d'urgències i SEMES Catalunya, Medicina Familiar i comunitària, Medicina intensiva i crítica) i la Societat Catalana de Pediatria (representada per Josep M. Mauri i Álvaro Díaz) per tal de dur a terme l'ensenyament, la difusió, l'estímul de la investigació i la prevenció de l'aturada cardiorespiratòria i de l'RCP, de manera coordinada a tot Catalunya per tal de garantir qualitat, uniformitat i estandardització de totes les societats, a càrrec d'una comissió gestora liderada per Manel Cerdà.

El 15 de juliol de 1999, a iniciativa de tres entitats –Societat Espanyola de Medicina Intensiva, Crítica i Unitats Coronàries (SEMICYUC), Associació Grup Espanyol de Reanimació Cardiopulmonar Pediàtrica i Neonatal i Creu Roja Espanyola (CRE)–, es crea el Consell Espanyol de Ressuscitació Cardiopulmonar (CERCP).

El CERCP és una associació científicosanitària, sense ànim de lucre, formada per organitzacions (associacions científiques i institucions públiques) amb una activitat acreditada en l'àmbit del suport vital i de la ressuscitació cardiopulmonar. El CCR va entrar a formar part d'aquest consell el 2003. Però no va ser fins el 20 de gener de 2006 que el CERCP es va presentar en societat a la seu del Ministeri de Salut i Consum, a Madrid, i l'European Resuscitation Council (ERC) el va reconèixer de manera oficial. Des d'aleshores s'ha participat activament en l'adaptació i la difusió al territori espanyol de les recomanacions ERC en RCP 2010 i les recents 2015 a tots els àmbits, amb una col·laboració estreta amb l'ERC.



El Programa d'Autoavaluació Docent en Pediatria (PADP)

Josep M. Bosch i Xavier Demestre

El gener del 1995 va néixer un projecte molt ambiciós, de gran envergadura, ideat i promociat pels doctors Josep M. Bosch i Josep Argemí. El propòsit era editar una publicació periòdica de tests d'autoavaluació amb respostes comentades i referides, que constituís un instrument per a la formació continuada en pediatria.

Patrocinat conjuntament per la Societat Catalana de Pediatria (SCP) i el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS) de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES) de la Generalitat de Catalunya, i organitzat pel Grup de Treball de Formació Continuada (del qual era responsable el Dr. J. Argemí) del Comitè de Pediatria del CCECS, presidit pel Dr. J. M. Bosch.

L'objectiu general i fonamental del Programa d'autoavaluació docent en pediatria (PADP) era ser una eina d'autoaprenentatge. Es basava a promoure en la persona que fa el test una motivació per resoldre les qüestions plantejades, identificar la bona elecció o no de la resposta, i poder revisar l'explicació raonada sobre la qual es basa la tria correcta de l'ítem. Les preguntes formulades havien de ser tècnicament correctes i superar un procés de validació; és a dir: pertinents (adequades als coneixements que un pediatre necessita per a l'exercici correcte de la professió), clares (evitant confusions) i unívokes (amb el màxim consens entre experts respecte a la resposta correcta).

A més, es van redactar uns objectius específics i uns objectius pedagògics relacionats amb tots els aspectes de la pràctica en l'atenció a l'infant.

Es va dissenyar el *Manual per al desenvolupament de qüestions d'elecció múltiple*, per tal d'utilitzar-lo com a suport metodològic dels experts del PADP. Per elaborar-lo es va fer servir, fonamentalment, la documentació i l'assessorament del Workshop on Development of Multiple-Choice Question Examinations, que va tenir lloc a l'IES el desembre del 1994 sota la direcció d'experts del National Board of Medical Examiners dels Estats Units.

Primer es va constituir un consell editorial o de redacció, amb la funció de recollir, revisar i seleccionar les preguntes, i incorporar-les a un banc general per després escollir les que formarien part de la publicació. L'elaboració de les preguntes es va encarregar a un comitè d'experts, seleccionat per l'organització entre professionals de reconegut prestigi i experiència en el camp de la pediatria i que figuren com a coautors en la publicació corresponent.

El Consell de Redacció va estar constituït pels doctors Jesús Carnicer, Josep M. Corretger, Xavier Demestre, Pedro Domínguez, Vicente Molina, Ferran A. Moraga, M. Eulàlia de Muga, Valentí Pineda, Jordi Prats, Carlos Rodrigo, Santiago Rosales, Lluís Sansa i Diego Van Esso. La secretària de redacció va ser la Dra. Natàlia Corominas.

El Comitè d'Experts i coautors del primer número del 1996 van ser Orensi Altirriba, Òscar Asensio, Joaquim Bosch, Josep M. Bosch, Jesús Carnicer, Jaume Casaldàliga, Joan C. Carreño, Margarida Català, Nicolau Cobos, Josep M. Corretger, Josep Cubells, Xavier Demestre, Pedro Domínguez, Antoni García-Marín, Josep Gaspà, Gemma Ginovart, Josep Llorens, Jaume Macià, Emilio Martín, Vicente Molina, M. Eulàlia de Muga, Santiago Nevot, Pere Obiols, Pere Plaja, Francesc Prandi, Jordi Prats, Artur Puig, Josep M. Pujals, Jaume Rosal, Santiago Rosales, Agustí Saenz, Josep Sánchez de Toledo, Lluís Sansa i Diego Van Esso.

Se'n va fer una segona edició, l'any 1998, en què els doctors Jordi Pou i Guillem Pintos es van incorporar al Consell de Redacció, i Romà Baraibar, Xavier Bruna, Montse Carrera, Núria

Curell, Mireia del Toro, Cristina Díaz, Angèlica Diéguez, Dimpna C. Albert, Marisol Florensa, Josep M. Gairí, Anna Gatell, Eduard Hidalgo, Josep Marès, Xavier Miró, Antonio Moreno, Roser Porta, Immaculada Puig, Frederic Raspall, Pere Sala, Elida Vázquez, Xavier Viñalonga i Helena Viñals van ser els autors.

I aquí va acabar la història d'un projecte amb una finalitat ben clara: procurar l'autoavaluació i la formació continuada, fugint de proves selectives, incriminatòries, amenaçadores, que fan oblidar la responsabilitat inherent a cada un dels professionals a mantenir un nivell de competència adequat al temps.

Va ser el producte d'un gran esforç, especialment dels seus impulsors, els doctors J. M. Bosch i J. Argemí, sense, per a mi, cap més compensació que haver aconseguit que el seu projecte veiés la llum un parell de vegades. Les dificultats inherents a l'economia, sense finançament per manca d'interès dels possibles mecenes, junt a la gran dificultat de mantenir el màxim rigor en l'elaboració dels qüestionaris sense que ningú se sentís ferit en l'orgull propi en no ser seleccionades les seves preguntes, van acabar d'enfonsar el projecte.

Una llàstima, una veritable llàstima, ja que posseïa el mèrit del treball ben fet, a casa nostra, i amb gent nostra. Va despertar cert interès més enllà de les fronteres catalanes, però no, ningú va voler córrer amb les despeses d'una costosa traducció.

En fi, ara està penjat al web de la Societat, totalment digitalitzat. Potser caldria revisar-ne moltes preguntes, però tant la metodologia com moltes de les qüestions continuen sent vigents i útils.



Les microresidències

Josep Argemí, Xavier Demestre

En el curs 1995-1996, durant la presidència del Dr. Josep Argemí, es van crear i organitzar les anomenades *microresidències*. Aquesta iniciativa consistia en una activitat de formació «per l'acció» amb l'objectiu de procurar l'adquisició de capacitats.

El paper de la Societat Catalana de Pediatria (SCP) era facilitar la formació mitjançant la promoció i la divulgació d'aquestes activitats, així com acreditar-les i certificar-les als socis que les duiguin a terme, i vetllant per la transparència institucional del sistema, signant els corresponents convenis amb els oferents.

Es van oferir estades curtes en serveis pediàtrics especialitzats, que tenien com a objectiu aprendre tècniques o protocols d'actuació concrets. La durada podia variar des de poques hores fins a un màxim de dues setmanes, equivalents a 80 hores i 8 crèdits. En acabar, l'ofertent havia de fer una avaluació de les capacitats adquirides pels pediatres assistents d'acord amb els objectius marcats en el contracte.

En total, el primer any es van oferir vint-i-dues microresidències: sis places d'oftalmologia, quatre d'odontologia, quatre de pneumologia, tres d'ORL, dues de nefrologia, dues de cirurgia i una de reanimació neonatal. En els cursos següents, l'oferta i la sol·licitud de formació en aquest format va ser nombrosa i variada: trenta propostes l'any 1997, i fins a un màxim de quaranta-set l'any 1998.

Els centres que es van adherir a aquesta iniciativa oferint diversos temes i tècniques d'aprenentatge van ser: Hospital del Mar, Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Hospital de Terrassa, Hospital General de Manresa, Hospital Sant Joan de Déu, Consorci Hospitalari Parc Taulí, Hospital Sant Jaume de Calella, Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron, Hospital Josep Trueta de Girona, Hospital General de Granollers, Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, SCIAS-Hospital de Barcelona.

I els temes i les tècniques ofertes: valoració analítica renal; valoració de la tensió arterial; interpretació i valoració dels paràmetres hematològics de laboratori; cribratge auditiu en la infància; exploració ORL pediàtrica bàsica; examen de fons d'ull a pediatria; exploració oftalmològica a pediatria; fons d'ull; cribratge de l'estrabisme; afeccions oculars externes; malformacions orofacials, fissura labial i palatina; odontopediatria; valoració auxològica; ortopèdia i traumatologia infantil; exploració ortopèdica; exploració funcional respiratòria; fisioteràpia respiratòria; clínica de l'asma; fibroscòpia pediàtrica; exploració i tractament dermatològic; sutures cutànies; valoració cardiològica; interpretació radiològica; fimosi, hèrnia i criptorquídia; envèrinaments; accés a via venosa; examen neurològic del nounat, i reanimació cardiopulmonar en el nounat i lactant petit.

La publicació *Diario Médico*, en la seva edició del dimecres 18 de juny de 1997, entrevistava Josep Argemí Renom, president de la Societat Catalana de Pediatria, per interessar-se en una oferta innovadora de formació continuada per als socis de la Societat. La finalitat, com ell explicava, era «proporcionar aprenentatge d'habilitats i tècniques a través de residències de curta durada, anomenades microresidències». Així doncs, es tractava, d'oferir a tots els pediatres interessats una estada en un servei hospitalari o d'atenció primària que, prèviament, havia dissenyat amb objectiu docent un programa de formació específica en una tècnica concreta, de caràcter eminentment pràctic i que obtenia el vistiplau de la societat científica.

El cost era variable segons les tècniques i l'utilitat emprats, sense comptar les hores de dedicació del professorat, format per professionals dels diversos centres que exercien la formació *gratis et amore*. Els pediatres sol·licitants havien de satisfer les quotes assignades per a cada microresidència, però gairebé tots es podien beneficiar de l'àmplia oferta de beques que oferia la Societat Catalana de Pediatria mateix.

Van ser molts els pediatres que les van fer. L'experiència va ser molt satisfactòria, si tenim en compte els resultats de l'avaluació dels participants i dels organitzadors, per bé que la seva continuïtat es va veure afectada per l'alt cost econòmic i de disponibilitat de temps, però les convocatòries es van allargar fins al curs 2000-2001, en què encara consta la convocatòria de sis microresidències.

06

La pàgina web de la Societat

Xavier Bruna

La Societat Catalana de Pediatria (SCP) no es podia quedar al marge de les noves eines tecnològiques i dels nous mitjans de comunicació que oferien les TIC (tecnologies de la informació i la comunicació).

El primer pas va ser crear, en el si de l'Acadèmia, el lloc web. L'any 1995 es va iniciar el projecte Telemed, liderat pel Prof. Josep Argemí, i el juny del 1996 es van posar en línia el web de l'Acadèmia i el de totes les societats. En aquest primer web es podien trobar referències històriques de l'SCP, els grups de treball i les activitats organitzades per la Societat.

L'accés cada vegada més estès dels pediatres a Internet ha permès deixar de fer servir el paper per difondre algunes informacions que s'han incorporat al web, com ara el programa de la reunió anual, el llibre del CIAP (el Curs intensiu d'actualització en pediatria) o el full *La Junta informa* que els socis rebien periòdicament.

L'any 2006, la Secció d'Atenció Primària de l'SCP va obrir un altre web, que es gestiona de manera independent, i al qual s'accedeix des de la pàgina principal. El comitè d'RCP també disposa de web propi, autogestionat des del 2006.

L'octubre del 2010 es va renovar completament el disseny del web i s'hi van incorporar nous continguts, en particular un apartat de notícies. Aquesta renovació va estar acompanyada de la creació de la figura de director del web, un pediatre de l'SCP encarregat de gestionar-lo i de renovar-ne el contingut científic.

En l'apartat de formació, a més de trobar-hi les dates amb les activitats de la Societat, a partir de l'any 2005 es dona accés, en un espai reservat als socis, a les presentacions de les



sessions del curs anual de formació continuada de l'SCP i a les dutes a terme pels diferents grups de treball. L'any 2014, el nombre de presentacions a què es podia accedir era superior a la centena.

Seguint la línia de la majoria de publicacions científiques, la revista *Pediatría Catalana*, publicació oficial de l'SCP, va tenir també la seva versió electrònica l'any 1998. A més, s'han digitalitzat tots els números de la revista i actualment es pot consultar des del número 1, publicat l'any 1928.

L'SCP tampoc no ha pogut quedar-se aliena a les xarxes socials i té el seu compte de Twitter des de l'octubre del 2012. L'abril del 2015 va assolir el miler de seguidors.



07

Els Congressos



Desquerra a dreta: Luis G. Trapote, Josep Bras, Carles A. Wennberg, Josep Campistol, 1992.

L'origen de la Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria

Entrevista de Xavier Demestre a Josep M. Bosch

Sembla una casualitat, Dr. Bosch, però just a l'inici del període que analitzem de l'activitat de la Societat Catalana de Pediatria (SCP), l'any 1992, es va celebrar la I Reunió Anual de l'SCP a Lloret. Si no ho recordem malament, va coincidir amb l'últim any del seu mandat al capdavant de la Societat. Jo mateix, secretari general els anys anteriors, vaig ser testimoni de la gestació d'aquestes reunions, que s'han anat duent a terme fins al dia d'avui. Vostè va ser l'ideòleg, el gestor i l'impulsor d'una activitat inèdita fins llavors. Què pretenia amb aquesta idea?

Josep M. Bosch. En general, les associacions professionals, i especialment les científiques, d'un país com el nostre celebren una reunió anual en què s'evidencia no tan sols la qualitat i el volum de l'activitat duta a terme –en el nostre cas, assistencial i de recerca–, sinó també la seva manera de fer i de ser. El propòsit d'aquesta trobada festiva i laboral alhora es va fonamentar en el treball, la companyonia i el gaudi dels pediatres que acull l'SCP.

XD. Per què es va elegir Lloret de Mar, i l'Hotel Monterrey concretament, per fer aquest esdeveniment?

JMB. La primera reunió anual de l'SCP es va encarregar al Dr. Pompeu Pascual, de Girona. Ell va proposar de fer-la a Lloret i a l'Hotel Monterrey, i va ser tot un èxit. La primera reunió va marcar el futur de les reunions anuals que s'han esdevingut després.

XD. Va trobar les ajudes econòmiques suficients per portar a bon fi aquesta activitat?

JMB. Sí. Es va comptar, com és usual, amb les aportacions dels socis de l'SCP i també amb les aportacions d'entitats relacionades amb la medicina pediàtrica.

XD. I col·laboradors actius compromesos amb aquest sector?

JMB. També, tot i que els col·laboradors més actius van ser els socis de l'SCP i especialment els organitzadors. Aquesta és una característica de les nostres reunions en general.

XD. Li va ser gratificant el resultat d'aquesta primera reunió? Es van aconseguir els objectius marcats?

JMB. Sí, totalment.

XD. Enguany se celebrarà la XXII Reunió Anual a Tortosa. Hem de suposar que està satisfet que la seva idea s'hagi perpetuat en tots aquests anys. És així? Està conforme o identificat amb l'evolució que ha experimentat aquesta activitat de l'SCP?

JMB. Molt, però això no vol dir que cadascuna de les reunions anuals celebrades no hagi tingut aspectes propis i distintius. Aquest detall el considero molt positiu. La uniformitat és avorrida.



I - Lloret,
6 i 7 de maig de 1992



II - Roses,
7 i 8 de maig de 1993



III - Seva (El Montanyà),
2 i 3 de juny de 1995



IV - Tortosa,
31-maig i 1-juny de 1996



V - Lleida,
6 i 7 de juny de 1997



VI - Sabadell,
15 i 16 de maig de 1998



VII - Sitges,
28 i 29 de maig de 1999



VIII - Reus,
2 i 3 de juny de 2000



IX - Girona,
12 i 13 de maig de 2001



X - Perpinyà,
6, 7 i 8 de juny de 2002



XI - Seva,
23 i 24 de maig de 2003



XII - Port Aventura,
4 i 5 de juny de 2004



XIII - Platja d'Aro,
10 i 11 de juny de 2005



XIV - Sitges,
25 i 26 de maig de 2007



XV - Berga,
16 i 17 de maig de 2008



XVI - Val d'Aran,
15 i 16 de maig de 2009



XVII - Tarragona,
13 i 14 de maig de 2011



XVIII - Figueres,
12 de maig de 2012



XIX - Vilafranca del P.,
11 de maig de 2013



XX - La Seu d'Urgell,
9 i 10 de maig de 2014



XXI - Manresa,
8 i 9 de maig de 2015



XXII - Tortosa,
6 i 7 de maig de 2016

XD. S'havia discutit, en alguna ocasió, la possibilitat, a fi de facilitar les tasques administratives, de fixar una seu permanent de les reunions. Què n'opina?

JMB. Crec que seria un greu error. Considero que la pluralitat de la ubicació anual és divertida i enriquidora, i que apropa en sentit recíproc pediatres i territori.

XD. Enyora organitzar alguna activitat en el si de l'SCP?

JMB. Sí, però les coses s'han de fer en el moment oportú i amb la garantia que sortiran bé.

Reunions anuals	President Comitè Organitzador
I Reunió Anual Lloret, 6 i 7 de maig de 1992	Peius Pascual
II Reunió Anual - Roses, 7 i 8 de maig de 1993	Josep M. Bosch Banyeras
III Reunió Anual Seva (El Montanyà), 2 i 3 de juny de 1995	Jordi Prats Josep Maria Mauri
IV Reunió Anual Tortosa, 31 de maig i 1 de juny 1996	Emili Marquès
V Reunió Anual Lleida, 6 i 7 de juny de 1997	Francesc Prandi Anton R. Gomà
VI Reunió Anual Sabadell, 15 i 16 de maig de 1998	Josefa Rivera
VII Reunió Anual Sitges, 28 i 29 de maig de 1999	Xavier Demestre
VIII Reunió Anual Reus, 2 i 3 de juny de 2000	Carles Martí Henneberg
IX Reunió Anual Girona, 12 i 13 de maig de 2001	Jaume Macià
X Reunió Anual Perpinyà, 6, 7 i 8 de juny de 2002	Josep Argemí
XI Reunió Anual Seva, 23 i 24 de maig de 2003	Antoni Natal
XII Reunió Anual Port Aventura, 4 i 5 de juny de 2004	Josep Cubells
XIII Reunió Anual Platja d'Aro, 10 i 11 de juny de 2005	Jordi Pou
XIV Reunió Anual Sitges, 25 i 26 de maig de 2007	Xavier Demestre
XV Reunió Anual Berga, 16 i 17 de maig de 2008	Xavier Giné
XVI Reunió Anual Val D'Aran, 15 i 16 de maig de 2009	Vicente Molina
XVII Reunió Anual Tarragona, 13 i 14 de maig de 2011	Xavier Batlle
XVIII Reunió Anual Figueres, 12 de maig de 2012	Mar Calvo
XIX Reunió Anual Vilafranca del Penedès, 11 de maig de 2013	Vicente Morales
XX Reunió Anual La Seu d'Urgell, 9 i 10 de maig de 2014	Jordi Fàbrega
XXI Reunió Anual Manresa, 8 i 9 de maig de 2015	Santiago Nevot



II Reunió Anual, Roses 1993. Sortida en globus.
Desguerra a dreta: Emilio Fernández-Alvarez, Leopoldo García i Mercedes, Xavier Demestre i Maria Rosa.

El Congrés de Pediatres de Llengua Catalana

Joaquim Ramis

Els pediatres han tingut una presència activa en els Congressos de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, participant en l'organització, col·laborant en algunes de les ponències, presentant comunicacions o, simplement, amb la seva presència. A mitjan dècada dels setanta es va considerar adient reunir els pediatres de Catalunya i d'altres terres de parla catalana per tenir un espai comú de trobada i debat sobre temes exclusivament pediàtrics. Aquella primera idea sorgida en el si de la Societat Catalana de Pediatria es transformà en poc temps en una convocatòria a tots els pediatres de llengua catalana.

Convocats per la Societat Catalana de Pediatria, es van reunir pediatres del País Valencià, de les Illes Balears, d'Andorra i de les comarques de parla catalana del sud de França (Rosselló, Conflent, etc.) i s'acordà, conjuntament, iniciar unes reunions obertes a tots els pediatres i que poguessin ser l'inici d'unes trobades per transformar-les –si fos possible– en veritables congressos de pediatres de llengua catalana.

Els dies 2, 3, 4 i 5 de març de 1978 va tenir lloc a Girona, el **1r Congrés de Pediatres de Llengua Catalana**. Pere Calafell i Gibert va ser-ne nomenat president d'honor; Oriol Casassas, president, i Alfred Marquès i Gubern, secretari. Hi havia representants de les diferents societats de pediatria: Societat Balear de Pediatria, Societat Valenciana de Pediatria, Societat Catalana de Pediatria, així com d'Andorra i de les comarques de parla catalana de la Catalunya del Nord. El Comitè Local va ser presidit pel pediatre gironí Josep Campistol. S'hi van presentar dues ponències, la primera, coordinada per Josep Llorens i Terol, «Epidemiologia pediàtrica als Països Catalans», va ser desenvolupada en diferents taules: epidemiologia de les malalties infeccioses, dels accidents en els infants i de les malalties cròniques. La segona ponència, sobre «Necessitats pediàtriques dels Països Catalans», coordinada per Ramon Bacardí i Pons, també es va desenvolupar en diferents taules: necessitats assistencials de la pediatria general; d'especialitats pediàtriques i de la pediatria social. Els responsables de les taules rodones van ser Gabriel Rul·lan per les Illes, Josep Micó pel País Valencià i Jaume Botey per Catalunya. Manuel Cruz Hernández, catedràtic de pediatria de la Universitat de Barcelona, va fer un discurs en català com a representant de l'Associació Espanyola de Pediatria.

Tres anys més tard, del 18 al 21 de juny de 1981, a Palma, se celebrava el **2n Congrés**. La presidència d'honor va recaure en Francesc de Borja Moll, insigne lingüista mallorquí; el Congrés va ser presidit per Gabriel Rul·lan Boades, i actuà de secretari Jaume Cifre, tots dos pediatres de Palma.

En el curs del Congrés es van desenvolupar quatre ponències: «Sociologia de la nutrició infantil: desnutrició intrauterina, lactància materna i patologia nutricional exògena», «Aplicacions clíniques de la immunologia a la pediatria: Immunodeficiències. Immunologia a les especialitats pediàtriques. Al·lèrgies», «La infermeria pediàtrica avui: la infermeria pediàtrica de primera línia. La infermeria pediàtrica i el nen en hospitalització de curta durada. La infermeria pediàtrica davant la problemàtica de l'infant crònic» i «Iatrogènia a l'assistència pediàtrica primària. Iatrogènia dins algunes malalties pediàtriques agudes. Iatrogènia dins algunes malalties pediàtriques cròniques».

Per al **3r Congrés** es va escollir Andorra la Vella, els dies 6, 7 i 8 d'abril de 1984. Pompeu Pascual i Josep Cornellà, tots dos de Girona, van ser-ne el president i el secretari, respectivament. La presidència d'honor va ser per a Oriol Casassas, en reconeixement per la seva trajectòria de servei i per haver estat el promotor dels congressos. S'hi van desenvolupar quatre ponències: «Cirurgia pediàtrica: història de la cirurgia pediàtrica als Països Catalans.

Patologia hepàtica. Patologia del canal inguinal», «Adolescència: fisiopatologia de la pubertat. Aspectes psicodinàmics i psicopatològics. Adaptació social: problemes d'adopció i de delinqüència juvenil», «Farmacologia pediàtrica: farmacologia clínica pediàtrica. Avenços en terapèutica antiinfecciosa. Avenços en terapèutica pediàtrica» i «L'atenció primària per a la salut i la infermeria: experiències d'infermeria en l'atenció primària, rural i urbana. L'odontologia preventiva entre els 12 i 13 anys. Experiències i continguts d'educació sanitària a l'escola i altres àmbits, dirigida a xiquets, pares i mestres».

Els dies 3, 4 i 5 juny de 1988 es va convocar el **4t Congrés** a Peníscola. Va ser presidit per Joan Ll. Rico i la Secretaria fou coberta per Empar Lurbe. S'hi van desenvolupar quatre ponències: «Cirurgia pediàtrica: patologia del coll. Tumoracions i fístules congènites. Urologia pediàtrica, peu infantil», «Malalties infeccioses: infeccions per bacteris oportunistes. SIDA infantil. Infeccions respiratòries. Tuberculosi. Actualització de les infeccions intestinals», «Paper de la infermeria en l'atenció del xiquet: educació per a la salut en la vida del xiquet. Atenció integral en infermeria pediàtrica. Documentació utilitzada en infermeria pediàtrica» i «Protocols terapèutics en pediatria extrahospitalària: febre, anèmia hipocròmica. Cefalàlgies».

Per al **5è Congrés**, celebrat tres anys més tard, del 22 al 24 de maig de 1991, va ser escollida la ciutat de Tarragona. El va presidir Xavier Allué i Martínez i actuà de secretari Agustí Tarrés i Roura. Igual que en els congressos anteriors, s'hi van desenvolupar quatre ponències: «Noves tecnologies d'aplicació en pediatria. De la digitalització a la comunicació perspectiva en la imatge diagnòstica. Noves tecnologies genètiques aplicades al diagnòstic i tractament en pediatria. Intel·ligència artificial», «Nous aspectes de les infeccions i vacunacions i novetats en patologies respiratòries i digestives. Novetats en la patologia infecciosa broncopulmonar. Noves perspectives de les vacunacions», «Patologia hematològica, hemofília, infeccions per VIH i els seus tractaments. Trasplantament de medul·la òssia en les hemopaties congènites» i «L'esport en l'edat escolar: la revisió medicoesportiva pediàtrica. Fisioteràpia aplicada a les lesions de creixement». Van completar el Congrés unes taules rodones sobre «Dieta mediterrània» i «Plurilingüisme i trastorns de llenguatge».

El **6è Congrés** es va celebrar a Illetes (Mallorca), del 27 al 30 d'abril de 1994, i va comptar amb l'assistència de més de 300 congressistes i més de cent acompanyants. Va ser un gran èxit. Va ser-ne president el mallorquí Jaume Cifre i Sastre, i un dels quatre vicepresidents, Josep Maria Casasa i Carbó. Va constar de quatre ponències coordinades per Alfred. Gallart i Català («Actualitzacions en pediatria pre i postnatal»), C. Servera Sitjar («Actualitzacions en l'educació per a la salut i millora de la qualitat de vida»), Joan Brines i Solanes («Avenços en malalties infeccioses»), Joan Figuerola i Mulet («Prevenició, diagnòstic i tractament en al·lèrgia pediàtrica»), així com dues taules rodones coordinades per Joan Gasull i Rius («Ortopèdia: esquena») i A. Femenia i Rius («Avenços en cirurgia pediàtrica»), i un fòrum professional coordinat per Josep Maria Paricio i Talayer («Coordinació pediàtrica especialitzada i atenció primària, de la teoria a la practica. El fet comarcal»). Es van presentar 87 comunicacions lliures i 24 pòsters. Durant l'Assemblea General celebrada l'últim dia del Congrés es van aprovar les Ordinacions Generals dels Congressos de Pediatres de Llengua Catalana i la celebració del 7è Congrés l'any 1998 al País Valencià.

Del 21 al 24 d'octubre de 1998, doncs, el País Valencià va ser el receptor de l'esdeveniment: el **7è Congrés** se celebrà a Penya-Segat (Alacantí). El president va ser-ne Francesc Asensi i Botet; el secretari, Lluís Cerveró, i els vicepresidents representaven les tres societats: Catalunya (Josep Argemí i Renom), Mallorca (Martí Roca i Rosado) i València (Carles Paredes Cencillo); a més, hi va haver representants d'Andorra (Rosa Peiró) i de Perpinyà (Claude-Émile Tourné).

S'hi van presentar quatre ponències: la primera, «Vacunes: present i futur. Bases per a propostes de calendaris vaccinals per a l'any 2000. Estratègies vaccinals en la població infantil

de Catalunya. Vaccins antimeningocòccics»; la segona, «Salud mental infantil. Dèficit d'atenció: trastorn per defecte d'atenció. Tractament psicològic de les repercussions escolars, familiars i socials i la impulsivitat infantil. El fracàs escolar com a motiu de consulta en un centre de salut mental. Anàlisi qualitativa i quantitativa del fracàs escolar»; la tercera, «El nen davant la malaltia», amb dues taules rodones, una sobre el dolor en l'infant («El dolor a la nostra cultura; Tractament del dolor postoperatori; El nen davant el dolor quirúrgic; dolor i cirurgia pediàtrica i dolor del malalt crònic en pediatria») i una altra sobre qualitat de vida en el malalt crònic («L'evolució històrica sobre la malaltia crònica –amb l'exemple de la polio-mielitis–; qualitat de vida en el nen amb SIDA; malaltia reumatològica i qualitat de vida dels supervivents de càncer pediàtric»), i la quarta, «Cirurgia endoscòpica; laparoscòpia abdominal en pediatria; dolor abdominal recidivant i les indicacions de la laparoscòpia».

Entre les diferents ponències hi van haver diverses conferències: «Medicina basada en l'evidència», «Observació preventiva en la primera infància», «Referents històrics de la història clínica pediàtrica al nostre entorn» i «El pediatre, pràctic del naixement», a més d'un fòrum sobre l'alletament matern i els distints nivells d'atenció pediàtrica.

El **8è Congrés** va tenir lloc els dies 6, 7 i 8 de juny de 2002, a Perpinyà. Va ser presidit per Josep Argemí Renom, i els temes i continguts es van publicar en un número especial de la revista **Pediatria Catalana** (vol. 62, suplement 1:2002). Es va desenvolupar en cinc taules rodones.

La primera, coordinada per Ferran Moraga, amb el títol «Vaccins des de Puigcerdà (Francesc Piguillem-1800) fins a Alacant (Francesc de Balíus-1803)» i va tractar diferents aspectes de les malalties infeccioses en els darrers decennis: «Evolució de les malalties immunoprevisibles a Catalunya», «Oportunitats perdudes de vacunació», «Urgències relacionades amb l'administració de vacunes» i «Vacunació en l'embaràs i període neonatal».

La segona taula, «El vessant pediàtric de l'obstetrícia moderna», va ser coordinada per Claude-Émile Tourné, repartida en diferents sessions: «Prematuritat espontània i induïda», «Efectes neonatals de la instrumentació obstètrica» i «Risc biològic i risc psicosocial en l'aparició de seqüeles lleus tardanes en els prematurs >1.500 g». També es presentà un programa pioner de cirurgia fetal a Europa.

La tercera va ser coordinada per Josep Marès. Sota el títol «Retards en el desenvolupament. Un repte per al pediatre», es va desenvolupar en diferents sessions: «Nadó prematur i baix pes», «Desenvolupament psicomotriu», «Repercussió sobre l'aprenentatge en el nadó amb risc neurològic» i «Retard de creixement en el nen».

La quarta taula, coordinada per Francesc Asensi, tractà sobre «La formació continuada en pediatria», i va estar subdividida en «La competència professional, aspectes avaluatius», «Utilitat d'Internet en la formació continuada i l'autoaprenentatge», «Formació pediàtrica continuada en salut mediambiental» i «Formació continuada en pediatria: demanda i oferta».

La cinquena taula, titulada «Multilingüisme als Països Catalans: riquesa o font de problemes», va ser coordinada per Francesc Ferrés.

El **9è Congrés** se celebrà a Barcelona els dies 25, 26 i 27 de maig de 2006. Va ser presidit per Joaquim Ramis i Coris, amb les vicepresidències dels presidents de la Societat Balear de Pediatria (José M. del Valle Millán), de la Societat Catalana de Pediatria (Jaume Iglésias i Sola), de la Societat Valenciana de Pediatria (Josep Manuel Martínez Arenós) i els representants d'Andorra (Rosa Peiró i Bou) i de les comarques franceses de parla catalana (Claude-Émile Tourné). Pere Sala i Castellví actuà com a president del Comitè Local.

S'hi van presentar quatre ponències en forma de taules rodones: la primera va ser «Salut mediambiental pediàtrica», en la qual es van exposar diferents qüestions: unitats de salut

mediambientals pediàtriques; docència pregrau i postgrau en salut mediambiental pediàtrica; assistència i investigació: medi ambient i càncer pediàtric; espais saludables per als xiquets: actuacions hospitalàries i comunitàries; salut mediambiental escolar: proposta d'actuació.

La segona es va titular «Aspectes socials en la salut integral del nen», amb tres temes: noves tecnologies i salut infantil; aspectes psicosocials a l'escola i els nens del carrer.

La tercera taula rodona, «Patologia neonatal i problemes crònics de salut», va tractar sobre problemes perinatals, malaltia motriu cerebral i dèficits sensorials; prematuritat i problemes de conducta i del desenvolupament; infecció neonatal per VRS i possibles seqüeles amb sibilàncies de repetició; creixement intrauterí retardat, i patologia cardiovascular i endocrinològica a l'edat adulta.

La quarta taula, dedicada a «Processos quirúrgics en les malalties infeccioses», es va subdividir en infeccions de l'àrea ORL, de les parts toves, osteoarticulars i l'àrea toracoabdominal.

Nombroses comunicacions i diferents conferències van completar-ne el desenvolupament.

El **10è Congrés**, que es celebrà el 22, 23 i 24 de abril 2010 a Ciutadella (Menorca), va congregar 144 pediatres. El programa va estar estructurat en, una Comunicació especial sobre "Presentació de la cohort de la xarxa d'investigació en SIDA a pediatria (CoRISpe): node 2", a càrrec del Dr. P. Soler, una Conferència de Clausura sobre "Bioètica", a càrrec del Dr. F. Cambra i quatre Taules Rodones. A més de 30 Comunicacions Orals i 114 Pòsters. La Taula I va tractar de "Actualització en Pneumologia pediàtrica", essent moderada pel Dr. J. Figuerola; constà de: 1. Trastorns de la deglució i aspiració a la infància, Dr. J. Figuerola; 2. Trastorns respiratoris del son. Com diagnosticar-ho? Dr. I. Cortell; 3. Trastorns respiratoris i viatges a alta muntanya. Recomanacions, Dr. O. Asensio. La Taula II va tractar sobre "Tractaments amb líquids a urgències. Quins i com els administrem", moderada per el Dr. C. Luaces; constà de: 1. Rehidratació oral i per sonda nasogàstrica, Dr. C. Luaces; 2. Rehidratació endovenosa. Pautes de rehidratació ràpida, Dra. M. Mambié; 3. Perfusió endovenosa de manteniment, Dra. E. Guirado. La Taula III va tractar d'"Actualització a Cirurgia pediàtrica", moderada pel Dr. C. Bardají; constà de: 1. Pectus excavatus, Dr. C. Bardají; 2. Atrèsia anorectal, Dr. J. Bergante; 3. Malaltia de Hirschsprung, Dr. J. A. Montalvo. La Taula IV va tractar sobre "Actualització en Reumatologia pediàtrica", moderada per la Dra. I. Calvo, contenint: 1. Les noves teràpies biològiques, Dra. I. Calvo; 2. Malalties autoinflamatòries, Dr. J. Antón; 3. Artritis sistèmiques, Dra. L. Lacruz.



08

Activitats amb participació de la Societat Catalana de Pediatria

El Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut. CCECS

Albert Oriol

Escrit des de la memòria, que, ja se sap, sovint enganya!

L'any 1982 va ser el del meu segon i definitiu retorn a Barcelona per fer-me càrrec de la direcció de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES), organisme autònom de la Generalitat de Catalunya, adscrit al que aleshores era el Departament de Sanitat i Seguretat Social, del qual era conseller l'Honorable Josep Laporte.

Els sistemes sanitaris dels països occidentals més avançats, després de la Segona Guerra Mundial, havien tingut un desenvolupament extraordinari de les infraestructures i els equipaments tecnològics, fins a la crisi del petroli del començament de la dècada de 1970. Aquesta crisi va posar en relleu que el sistema sanitari estava creixent molt per sobre del creixement del PIB a tot arreu i calia tenir en compte les dimensions econòmiques per fer-lo sostenible. S'entrava en l'època de l'economicisme, controlant el ritme d'inversions en infraestructures immobiliàries i tecnològiques que, malgrat tot, mai no han deixat de créixer, però que ho faran a ritmes més relacionats amb les possibilitats reals. Però en aproximar-nos al final del mil·lenni ja va començar la nova revolució del coneixement, que també es va fer evident en el sistema assistencial sanitari, que és el paradigma d'un sistema de gran complexitat basat en el coneixement. A diferència del món acadèmic, que és un sistema que només conrea el coneixement, el sanitari sí que l'aplica en benefici de la salut dels pacients. És el coneixement en plena acció de servei. Aquest coneixement no és abstracte ni extern –es pot guardar en suports diversos–, sinó que el professional el posseeix i l'empra quan i on actua. Per tant, als anys noranta ja havia arribat l'hora de col·locar els professionals al centre del sistema. Ara ja som en una altra fase de l'evolució del sistema sanitari, ara ens toca col·locar el pacient –apoderat– al centre i canviar totes les rutines, tal com ens exigiran els ciutadans.

Però aleshores, com hem dit, estàvem a cavall de l'era del desplegament de les infraestructures –portàvem el retard causat per la dictadura– i de l'economicisme inevitable. Calia, però, interessar-nos també pels professionals, ja que l'era del coneixement calia que no ens passés de llarg, com tantes vegades ha succeït en aquest país.

A mitjan dècada de 1980, la Generalitat ja tenia experiència en gestionar el sistema assistencial, havia creat normativa nova aplicable només a Catalunya, com la que establia requeriments de qualitat als centres assistencials, que va tenir un gran impacte, o la creació de la

XHUP (Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública) i de les àrees de salut amb els CAP (centres d'atenció primària) corresponents.

D'altra banda, el sistema educatiu també es va anar transferint, i finalment només queda un illot que encara avui en dia està pendent de ser-nos transferit. Es tracta precisament de l'espai en què se superposen el sistema educatiu i el sistema assistencial: la formació de postgrau d'especialistes de la salut, el que col·loquialment es coneix com a sistema MIR.

La formació postgraduada de les especialitats mèdiques va començar com una iniciativa de la societat civil («Conferencia de Hospitales con programas de Formación de Especialidades») en la segona meitat dels anys seixanta. El 1977 es va reglamentar la titulació d'especialistes, es va regular l'accés, els programes de formació i l'acreditació dels centres docents, i es va exigir als centres de la Seguretat Social la titulació dels seus professionals. L'any 1984 es va consolidar a tots els nivells, públic i privat, l'exigència de titulació d'especialista per exercir com a tal. S'havia acomplert el canvi més important del segle XX en educació mèdica. L'instrument tècnic que van crear els ministeris de Sanitat i d'Educació va ser el Consejo Nacional de Especialidades, que aplegava totes les comissions de les especialitats reconegudes.

Tot i no tenir transferides les competències en aquest àmbit, vam creure necessari disposar d'un instrument tècnic i de reflexió sobre el desenvolupament de les professions sanitàries per assessorar la Generalitat, tant al departament de Sanitat com al d'Ensenyament, tasca que va recaure en l'IES.

Per desplegar aquesta tasca, que era bastant complexa, al final dels anys vuitanta es va crear un grup de treball en què van col·laborar tant l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears com el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i l'Associació Catalana d'Infermeria, que van contribuir de manera significativa en la seva conceptualització i en les estratègies prioritàries. I així es va arribar a la creació del Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS), dependent, alhora, del ja esmentat Departament de Sanitat i Seguretat Social i del, també aleshores, Departament d'Ensenyament; el nomenament del Dr. Enric Mauri i Clua com a secretari del CCECS va ser fonamental per el seu desplegament i per poder implementar les tasques escollides. El CCECS es va crear legalment l'any 1990 i es va constituir formalment el 1992, però un grup d'experts, entre els que vull destacar Gonçal Lloveras i Marius Foz, hi havia estat treballant almenys des del 1988. L'estructura del CCECS disposava d'una presidència, una secretaria general, un ple del consell, una comissió permanent i deu comissions d'especialitats: Comissió de Medicina i especialitats relacionades, Comissió de Cirurgia i especialitats relacionades, Comissió de Pediatria i especialitats relacionades, Comissió de Salut Bucodental, Comissió de Salut Mental i especialitats relacionades, Comissió de Ciències Bàsiques i Laboratoris Clínics, Comissió d'Iconografia Diagnòstica i Radioteràpia Clínica, Comissió de Salut Pública i especialitats relacionades, Comissió de Farmàcia i especialitats específiques, i Comissió d'Infermeria i especialitats específiques. En total, el CCECS mobilitzava més de cent professionals experts que servien amb els seus coneixements tot donant el seu temps *ad honorem* a la Generalitat.

En coherència amb la seva pròpia concepció, i amb l'objectiu que la Generalitat de Catalunya, per mitjà dels departaments implicats, assumís la transferència autònoma en matèria de formació especialitzada en ciències de la salut, el Ple del CCECS, en la seva reunió del 8 de juny de 1996, va prendre l'acord del tenor literal següent: «El Ple del CCECS aprova, a proposta de la Comissió Permanent del CCECS, elevar al Departament de Sanitat i Seguretat Social i al Comissionat per a Universitats i Recerca del Departament de la Presidència, la petició que el Sistema de formació especialitzada anomenat "MIR" (en l'àmbit mèdic i els altres sistemes assimilables en altres àmbits de les Ciències de la Salut), amb les competències de

legislació, ordenació, planificació, programació, execució, inspecció, gestió i qualsevol altra que escaigui, i amb els recursos humans, materials i financers a ell afectats, sigui competència de la Generalitat de Catalunya, sens perjudici de la coordinació i cooperació adients amb les administracions d'altres Nacionalitats i Regions i de l'Estat Espanyol.» Tanmateix, aquest acord i la seva translació a l'àmbit estatal dissortadament va tenir, i ha tingut, com coneixem, un nul resultat pel que fa a les competències i els recursos autonòmics en aquesta matèria.

Al marge de les deliberacions intenses i extenses de les comissions i de la Permanent i del treball interdepartamental del secretariat, al final de l'any 1993, el CCECS constitueix un grup d'experts per promoure un estudi de prospectiva amb metodologia DELPHI sobre «Tendències i escenaris que afecten les competències professionals en Ciències de la Salut» en què col·laboren l'Acadèmia i la Fundació Parc Taulí. Es prepara un qüestionari amb diferents escenaris (uns 250) sobre els quals els experts enquestats havien d'emetre dues respostes: a) el grau en què els veien desitjables, i b) el grau en què els veien possibles. Les àrees abordades en aquesta enquesta giraven a l'entorn de: ciència i valors, pacients, professionals, organitzacions, importància de la salut, demografia, envelliment, economia, racionament, tecnologia, competències i educació.

Es van recollir unes 240 enquestes, que van ser analitzades per l'equip de la Fundació Parc Taulí; els resultats provisionals es van tornar a passar entre els enquestats perquè ratifiquessin o modifiquessin les seves posicions abans de fer l'informe de prospectiva, la publicació definitiva del qual es va fer el desembre del 1994. En aquest primer informe s'assumeixen un seguit de reptes que el sistema ha d'afrontar, les alternatives que caldrà avaluar per fer-ho i les decisions que caldrà adoptar. A continuació es va preparar un qüestionari de preguntes obertes que es van enviar junt amb els resultats de l'enquesta a les societats científiques membres de l'Acadèmia i a les comissions d'especialitats del CCECS. Un cop rebudes les opinions dels col·lectius interpel·lats es van elaborar les conclusions definitives que tot i no ser publicades fins al 1997, van romandre a disposició dels experts del CCECS i van inspirar les estratègies de l'IES.

Tot i que aquest no és el lloc per recollir les conclusions d'aquest estudi de recerca social encarregat pel CCECS, sí que vull remarcar l'interès que va tenir el fet d'identificar les mancances educatives en certes competències professionals essencials, o bé la necessitat de la formació al llarg de la vida. També va ser interessant comprovar que els professionals assumeixen la necessitat de retre comptes, comprometre's amb el sistema sanitari, donar un paper actiu als pacients en la presa de decisions, fer un ús responsable de les tecnologies o fomentar el treball en equip, qüestions que vint anys després encara tenim sobre la taula.

En paral·lel a aquest estudi, el CCECS va posar-se com a objectiu aconseguir definir les competències professionals dels diferents col·lectius de la salut. Hi van treballar fort i valent durant més de dos anys i se'n van sortir. No va ser una tasca senzilla, ja que es va haver de començar pel principi: entendre'ns quan parlàvem de competències. La primera comissió que va tenir enllestit el seu document va ser la d'Infermeria, que ho va assolir l'any 1996, i a continuació van anar degotant les de Medicina, Odontologia, Farmàcia i Psicologia Clínica; Salut Pública i Fisioteràpia van seguir camins alternatius, però que també els van portar a bon port.

Pots ser l'objectiu més importat que va assolir el CCECS va ser aconseguir consensuar els resultats de la seva tasca amb els diferents consells catalans de col·legis professionals i, en conseqüència, l'Administració no va haver d'exercir cap mena de pressió regulatòria, ja que els col·lectius professionals se'ls feren seus.

L'any 2002, en celebrar els deu anys del CCECS i presentar el llibre¹ que recollia els documents de les competències de les professions: mèdica, infermera, farmacèutica, odontològica,

psicologia clínica i salubrista, el conseller Eduard Rius va dir, més o menys, que la dimensió sanitària i educativa del treball fet pel CCECS tenia un potencial transformador de la cultura professional i organitzativa i del pacte social amb la població. Andreu Mas-Colell, conseller d'Universitats, ens va dir que el procés formatiu havia d'incorporar les competències que la societat necessita, i que el treball fet era essencial per a l'avaluació dels professionals sanitaris des d'un enfocament interdisciplinari.

Tot això va explotar uns anys després, quan, immerses les universitats en el procés de Bolonya, es van veure en la necessitat de definir en termes competencials els objectius finals dels diferents estudis. El CCECS els havia fet la feina principal!

Addenda

Enric Mauri

Per arrodonir l'exposició del Dr. Albert Oriol sobre el significat i la transcendència del CCECS, presentem els companys pediatres i cirurgians pediàtrics components de la Comissió de Pediatria i especialitats relacionades, tots ells membres actius de la Societat Catalana de Pediatria.

El primer president de la Comissió va ser el Dr. Josep M. Bosch Banyeras que, al mateix temps, ocupava la presidència del CCECS. El va succeir el Dr. Josep Argemí Renom. El Dr. Xavier Demestre Guasch va ser el secretari de la Comissió amb els dos presidents esmentats fins que, amb motiu de la renúncia del Dr. Argemí, i a proposta del Dr. A. Oriol, va ocupar el càrrec de president fins a la seva dimissió per malaltia el mes de gener del 2008, després de més de deu anys a la Comissió. A continuació va ser-ne president el Dr. Carlos Rodrigo i Gonzalo de Liria. El Dr. Santiago Rosales i Vidal-Quadras va ser-ne secretari.

Els altres membres que, com a vocals, van formar part d'aquesta Comissió de Pediatria, en etapes diferents i amb durades diverses, van ser: Josep A. Blanco i Domínguez, Margarida Català i Puigbò, Isidre Claret i Corominas, Teresa Español i Borèn, Josep Lloret i Roca, Josep M. Monjé i Mur, M. Eulàlia de Muga i Dòria, Pere Obiols i Arderius, Juan J. Ortega i Aramburu, Teresa Pascual i Sánchez, Jordi Prats i Viñas, Artur Puig i Hernández, Joaquim Ramis i Coris, i Josepa Rivera i Lujan.

Com a tasques elaborades per la Comissió figuren el document Competències de la Profesió de Pediatria, la participació en el *Llibre Blanc de les Professions Sanitàries*, i la creació de les ACOE (avaluació clínica, objectiva i estructurada) de pediatria i de neonatologia.

Referència

1. Competències de Professions Sanitàries. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, 2002.

Avaluació Clínica Objectiva i Estructurada de Pediatria i Neonatologia. ACOE

Josep Argemí, Xavier Demestre

L'avaluació clínica objectiva i estructurada (ACOE) és una prova per avaluar coneixements, habilitats i actituds en una matèria, és a dir, competències. L'examen amb preguntes i respostes de múltiple elecció forma part del panorama habitual d'avaluació en el nostre entorn des de fa molts anys, i és una forma d'explorar els coneixements sobre la matèria dels que han accedit al seu aprenentatge. Des de fa anys, s'ha detectat un canvi significatiu en el model educacional, que camina cap al model basat en competències. L'experiència capdavantera al Canadà s'ha anat estenent a diverses universitats dels Estats Units i del Regne Unit.

ACOE de pediatria

L'ACOE de pediatria és un instrument de la Societat Catalana de Pediatria (SCP) elaborat amb la col·laboració i el suport de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES). Aquesta prova constitueix un sistema d'avaluació de les competències clíniques en pediatria amb la finalitat bàsica d'estimular i orientar la formació continuada dels pediatres i, alhora, definir els estàndards de qualitat de la professió.

Es va constituir un comitè de prova nomenat per l'SCP junt amb dos membres del Grup de Formació i Avaluació de la Competència Clínica (GFACC)-IES. Per part de l'SCP hi van participar: Josep Argemí com a coordinador, amb Ferran Moraga, Carlos Rodrigo, Josefa Rivera, M. Carmen Monzón, Pedro Domínguez, Santiago Rosales, Diego Van Esso, Guillem Pintos, Valentí Pineda i Vicente Molina.

La utilitat bàsica era tenir un instrument per valorar la capacitat competencial dels professionals de l'especialitat que permeti, tant a la persona que pren part de l'ACOE com a l'SCP, conèixer el nivell competencial i les possibles mancances que pugui tenir. Es tracta d'una mena d'avaluació personal de les capacitats, coneixements, habilitats tècniques, habilitats comunicatives, etc. Les característiques específiques de la prova permeten conèixer en quines competències una persona està per sobre o per sota de la mitjana del grup.

La prova elaborada incloïa l'avaluació dels components competencials següents: Anamnesi, Exploració física, Informe clínic, Comunicació, Coneixements biomèdics, Interpretació d'exploracions complementàries, Diagnòstic diferencial, Pla de maneig, Habilitats tècniques, Preventiva i comunitària.

L'SCP va considerar que calia que fos una prova voluntària, incentivada –la seva realització tindria algun descompte per accedir a instruments formatius de la Societat–, i confidencial, destinada als titulats en pediatria. Calia, per tant, promoure una cultura de prendre part de la prova com una eina més de formació específica. La metodologia emprada per l'IES i l'SCP garanteix l'absoluta confidencialitat dels resultats. La participació en la prova comporta l'obtenció d'un certificat d'haver participat en la prova emès per l'IES i l'SCP.

En un futur, tal com fan altres societats científiques que tenen una prova ACOE, es podria emetre un diploma acreditatiu d'haver superat la prova. Aquest diploma seria emès per l'SCP i estaria avalat per l'IES, el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut, l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya.

L'SCP va organitzar dues proves pilot, al CAP Maragall de Barcelona, el 18 de desembre de 1999, i a Reus, el 3 de juny del 2000, en les quals van participar 25 pediatres. Això va permetre la validació logística de la prova, i aconseguir una fiabilitat molt bona. Posteriorment es van fer tres ACOE més entre els anys 2002 i 2004, amb la participació total de 60 pediatres. Es disposa, per tant, d'una prova factible tant pel que fa al disseny, com a la planificació i l'execució logística. Les enquestes d'opinió dels participants mostren la percepció positiva del valor afegit que aporta l'ACOE envers els sistemes avaluatius tradicionals.

ACOE de neonatologia

El 21 de gener de 1997 es reunia, a la seu de l'IES a Barcelona, un grup de treball coordinat pel Xavier Demestre i format per reconeguts neonatòlegs catalans: Romà Baráibar, M. Teresa Esqué, Josep Figueras, Anna Fina, Martí Iriondo, Àngel Moral, Antoni Natal, Frederic Raspall, Salvador Salcedo i Amàlia Zuasnábar, tots ells membres del GEN (Grup d'Estudis Neonatals). Hi assistien també, com a tècnics per a l'elaboració de l'objectiu, Josep Martínez-Carretero(†) (subdirector de l'IES), Nieves Barragán, Carles Blay, Sebastià Juncosa, Marta Soler i Josep Arnau, tots ells com a equip logístic. Així es va constituir un Comitè de Prova per a la elaboració d'una primera prova pilot.

El disseny de la formació en neonatologia necessita definir la competència en els seus diferents nivells: pregrau (assignatura de la carrera de Medicina), postgrau (MIR de pediatria) i superespecialitat en àrea específica (màster o MIR en neonatologia).

El primer pas va ser la definició de neonatòleg: «metge pediatre, amb coneixements, habilitats i actituds que el capaciten per promoure i cuidar el benestar físic, psíquic i social del fetus i del nounat».

Després es va desenvolupar el mapa de contextos, amb l'objectiu de descriure la realitat competencial dels examinats. Es va definir com a grup d'edat d'atenció neonatal fins a l'alta de l'hospital. L'entorn de treball es va considerar que havia d'incloure la consulta prenatal, l'àrea obstètrica i la unitat neonatal en tots els seus nivells d'atenció (niu, cures intermèdies i cures intensives). Es va consensuar posposar les competències en el seguiment postnatal.

Es va dissenyar una taula d'especificacions amb els components competencials, amb els percentatges consensuats, i els instruments avaluadors oportuns per a cada prova. Total: 14 casos clínics distribuïts en 24 estacions, amb un temps de 10 minuts per a cadascuna, així com una estació comuna per a tots els participants amb una durada de 20 minuts.

Cada cas clínic té com a objectiu avaluar diversos components competencials, amb pes específic i percentatge divers, però de manera que el conjunt de tots els casos tingui un equilibri entre ells per assolir, en finalitzar la prova, una avaluació equilibrada segons cada component competencial.

Per la dificultat de disposar de pacients simulats, es van usar pacients estandarditzats, imatges clíniques, preguntes orals estructurades, preguntes obertes, familiars simulats, scripts, etc. Tot preparat amb molta cura i múltiples assajos. Les habilitats tècniques, reanimació, cateterització de vasos umbilicals, puncions, maneig de respiradors, monitors i incubadores, es van fer de la manera més real possible.

A fi d'aconseguir una avaluació amb el màxim d'objectivitat, es van fer servir observadors entrenats que disposaven d'una llista de control estandarditzada.

Els participants avancen de manera sincronitzada per totes les estacions, amb una durada cronometrada, amb pauses i temps intermedis.

Es van fer vuit proves, la primera a l'Hospital Sant Joan de Déu l'any 2001, i les set següents a l'Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron, amb la col·laboració desinteressada dels organismes rectors de totes dues institucions, i amb el lideratge Martí Iriondo, la primera, i Anna Fina, les altres set.

Van ser avaluats un total de 164 pediatres, que desitjaven, voluntàriament, sotmetre's a una avaluació de la seva competència en neonatologia.

A partir del 2005, se'n van ocupar M. Teresa Esqué i Amàlia Zuasnábar. La mort prematura del més entusiasta iniciador d'aquest programa, el Josep M. Martínez Carretero, sotsdirector general de l'IES i responsable de la Unitat d'Avaluació de Competències, i la jubilació del director general de l'IES, gran coneixedor de les competències professionals en temes de salut, el Prof. Albert Oriol, van fer que, a poc a poc, anessin minvant l'interès i els recursos per a aquest tipus d'avaluacions, fins que van desaparèixer les de pediatria i neonatologia. Una llàstima. L'esforç de molta gent qualificada, l'excel·lència d'una prova tan complexa i la possibilitat d'aplicar-la al final de l'etapa MIR se'n van anar en orris. La Societat Catalana de Pediatria no disposa de prou recursos econòmics per organitzar-la, i les institucions sanitàries no van mostrar cap interès a fer-les obligatòries. El col·lectiu dels metges de família sí que van continuar amb aquesta avaluació de competències.



Dr. José Manuel Rodríguez Miguelez i Wifred Coroleu en una ACOE neonatal.

09

La Pediatria a l'Atenció Primària

Història

Jaume Iglésias

Josep M. Casasa, President de la Societat Catalana de Pediatria (SCP) el desembre de 1992, escriu en la presentació del llibre *Metges de Nens. Cent anys de Pediatria a Catalunya*:

«L'any 1993 marcarà una fita important en la història de la pediatria de Catalunya. Amb la publicació del llibre d'Oriol Casassas i de Joaquim Ramis es disposarà –a la fi– d'una eina que serà imprescindible per qui vulgui conèixer els orígens i l'evolució de la Societat Catalana de Pediatria.»

Per entendre el protagonisme que ha assolit l'Atenció Primària a partir de les dates de la publicació del llibre és imprescindible fer un seguiment dels esdeveniments i condicionaments socials previs.

Malgrat que la majoria de pediatres, tard o d'hora, hem acabat treballant en l'Atenció Primària no es pot negar que aquesta durant molts anys ha estat vista com la ventafocs, o la germana pobre de la professió, o la menystinguda sense verbalitzar. Aquesta és una realitat no escrita però certa. De sempre, via Escola Professional o via MIR, hem estat educats com a pediatres hospitalaris i des del pedestal de la ciència hem cregut que la rutina dels mocs i la tos, de la consulta del CAP, no incrementava currículum.

D'on venim

Durant la Conferència Internacional d'Alma Ata de 1978, sota el lema de "Salut per tothom a l'any 2000" es va concebre la idea d'Atenció Primària de Salut (APS) i s'animava a tots els governs a adoptar mesures urgents per a promoure i protegir la salut de tots els ciutadans constituint el primer element del procés permanent d'assistència sanitària. L'Atenció Primària havia de tenir com objectiu guarir la malaltia (TRACTAMENT) i, fins i tot, impedir la seva aparició (PREVENCIÓ) i per fer-ho, s'havia de promoure tot allò que augmentés la salut de les persones (PROMOCIÓ).

La pediatria catalana i en nom seu la Societat Catalana de Pediatria, des de la seva fundació en 1926, ja portava incorporat aquest ideari conceptual entre els seus objectius fonamentals i irrenunciables.

Cal recordar¹ que abans de la creació del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) al 1942, en el nostre país no existia cap mena d'assistència pública universal i gratuïta. L'atenció sanitària als infants estava en mans del metge generalista, mentre que dels nadons, de manera accidental, en tenia cura la mateixa llevadora o el ginecòleg, que en circumstàncies molt puntuals, havia estat present en el part.



Jaume Iglésias en la seva última visita al CAP.

A començaments de segle passat persistia una l'elevada mortalitat infantil urbana (158 morts per cada 1000 nascuts vius), més alta que la rural, localitzada en els barris més miserables. Aquesta circumstància va afavorir l'aparició d'institucions de beneficència, la majoria regentades per congregacions religioses benèfiques, orientades a la protecció de les persones necessitades econòmicament. Però tot i aquests ajuts puntuals, la majoria de les famílies estaven sense cap protecció o suport.

En la dècada dels anys 1920 els índexs de salut van experimentar una millora en comparació als inicis de segle (124 morts per cada 1000 nascuts vius, i l'esperança de vida s'havia incrementat en 9 anys). La menor incidència de les patologies infeccioses a causa de la introducció progressiva de la vacunació antivariòlica i la millora de les condicions socials de les ciutats van ser factors fonamentals en aquesta millora.

És també a partir d'aquesta segona dècada del segle, i de manera gradual, que s'anava reivindicant la necessitat que els nens fossin atesos per metges amb experiència pediàtrica, així que la instauració del seu ensenyament en les Facultats de Medicina tingué una gran transcendència. És en aquesta dècada que aquells primers metges dedicats a l'atenció dels infants d'una manera preferent, a partir de l'any 1926, crearen una agrupació denominada Societat Catalana de Pediatria amb l'objectiu de confrontar experiències i compartir avenços científics. Aquells 26 companys inicials foren la llavor de la nostra Societat Catalana de Pediatria.

A partir dels anys 1930 es registrava una millora important dels indicadors de salut (88 morts per cada 1000 nascuts vius i l'esperança de vida era de 52 anys). Mentre que uns fets polítics trascendents (la instauració de la República) que restablia les llibertats culturals i socials abolides per la Dictadura de Primo de Rivera, i l'adveniment de la nova Generalitat de Catalunya amb l'Estatut del 1932, despertaven un període ple d'il·lusions. El món de la pediatria va viure plenament aquest període il·lusionant. Es renovà l'ensenyament de la pediatria. És en aquesta època que la Societat Catalana inicià una campanya d'educació sanitària en el món rural i d'informació a tots els metges sobre la necessitat de la vacunació antidiftèrica.

«Esperem que us convertireu en un apòstol de la vacunació antidiftèrica, contribuint pràcticament a treure de la nostra terra una plaga infecciosa important, que va ésser el pesombre dels nostres pares i que ja no ho serà per als nostres fills...»².

Aquesta eufòria per tirar endavant el país, econòmicament, culturalment i sanitàriament, va quedar escapçada d'arrel amb l'esclat de la guerra civil. Al final, des del poder de la dictadura s'imposaren dirigents i professors universitaris com a premi a la seva adhesió al règim totalitari i es va bloquejar el període renovador de la protecció maternoinfantil.

De 1942 a 1957

Al poc de finalitzar la guerra civil, desembre 1942, el règim franquista implantà el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). Aquesta prestació social era de caràcter obligatori per tal de protegir als treballadors amb rendes baixes. Espanya s'alineava amb el model que va instaurar l'Alemanya del final del segle XIX el canceller Bismarck, basat en un sistema de seguretat social restringit únicament als treballadors i empresaris i finançat de les quotes pagades a través dels salaris dels contribuents.

Des de l'inici, la cobertura de l'assistència sanitària del SOE era exclusivament reparadora amb les prestacions farmacèutiques gratuïtes dintre un petitori. El metge de capçalera atenia a tota la població inclosa la infantil. El pediatre era considerat un especialista i solament podia visitar el nen si era remès pel metge de capçalera. Malgrat la misèria dels anys de postguerra els índexs de mortalitat infantil i esperança de vida van millorar (77 morts per cada 1000 nascuts vius i una esperança de vida de 55 anys).

L'especialització pediàtrica tampoc es salvava d'aquesta deficiència. Simplement calia registrar-se amb l'especialitat que s'exercia o es volgués exercir per ser considerat com a tal en aquella matèria.

Un fet transcendent

L'any 1957, un fet transcendent modifica l'assistència infantil, Joan Bosch Marin un pediatre valencià, en aquell moment Director General de Sanidad Infantil, inclou el pediatre de família dintre de les prestacions del SOE. En zones urbanes es garantia l'assistència pediàtrica per a nens menors de 7 anys malgrat que en les zones rurals l'assistència seguia coberta pel metge generalista.

A cada pediatre, **anomenat Pediatre de Zona**, en un règim laboral qualificat com estatutari (quasi funcionari amb limitacions) se li assignava la responsabilitat de l'assistència dels nens menors de 7 anys de les cartilles de 4 metges de capçalera. La cartilla era un document en el que constava el treballador com a titular i la seva família com a beneficiaris. Superada aquesta edat la responsabilitat era del metge generalista.

Inicialment, en crear-se aquest pediatre de família, no es demanava cap justificació de l'especialitat, ni tan sols si estava inscrit en el Col·legi de Metges com a pediatre. Uns anys més endavant, tots els que havien accedit a les places de pediatre de família, van haver de passar un examen gairebé simbòlic per a ser confirmats definitivament. Més tard els que volien accedir a les places de pediatre de família, que es creaven o que quedaven lliures, havien de demostrar ser aptes a través d'un examen-oposició que es realitzava a Madrid. A mitjans els anys 60 s'inicià una nova via de formació pediàtrica que consistia en la permanència de tres anys en una Escola Professional de Pediatria dels Hospitals Clínics Universitaris.

Els anys 70

Fins als inicis dels anys 70 l'organització de l'assistència sanitària ambulatoria anava a càrrec del propi metge. Consultoris privats, amb connivència amb alguna farmàcia propera, gairebé sempre sense cap mena d'infraestructura, fins al punt (com anècdota) que en la majoria els pares es portaven una cullera de casa per ser utilitzada com a depressor.

La cobertura assegurava la visita presencial del pediatre durant dues hores al dia, de dilluns a dissabte, ambdós inclosos. No existia cap mena de limitació en el nombre de visites. Els pacients havien de ser atesos al dia, segons l'ordre de presentació a la consulta, mentre que les famílies podien reclamar la visita domiciliària del pediatre des de les nou del matí fins a la cinc de la tarda. L'assistència de les urgències a partir de les 8 de la tarda, nits i diumenges estava coberta pel Servei d'Urgències.

El pagament d'honoraris era segons una remuneració per cartilla, el que s'anomenava pagament capitiatiu. Aquest escàs coeficient avalava una mena de pacte no escrit entre administració i professionals sanitaris: *«pago poc però et deixo llibertat per altres activitats assistencials»*.

Al cúmul de dificultats que derivava d'una assistència amb pocs mitjans, vingué a afegir-s'hi el gran increment de la natalitat i la gran onada immigratòria interna. La taxa de natalitat que creixia any darrera any fet que fa que la dècada se la conegui com la del Baby-Boom (112.101 nascuts l'any 1974) i coincideix amb el fet que en algunes poblacions de les rodalies de Barcelona el cens era majoritàriament migratori.

A mitjans de la dècada a la pressió assistencial per l'increment demogràfic i se li afegí la política de final d'un règim dictatorial i l'inici d'una etapa de transició que facilitava i estimulava el consum sanitari de "barra lliure" com a substitut de mancances elementals en l'estat del benestar de la població.

Així en el nostre país l'atenció pediàtrica registrava dades de pressió assistencial mai conegudes i segur que qualsevol dels companys d'aquella època hauria pogut fer seves les paraules que un dia digué Salvador Goday –un dels pediatres fundadors de la nostra Societat...

«Hi ha matins que al sortir de casa i comprovar les innumerables visites domiciliàries que he de fer, em poso gairebé a plorar»³.

A partir de l'any 1972 es construeixen en les zones urbanes de gran densitat els anomenats Ambulatorios que venien a substituir els consultoris privats a càrrec dels propis pediatres. Els anomenen "ambulatorios", defugint així els pejoratius noms de dispensaris propis de la beneficència per a pobres. Malgrat aquesta millora arquitectònica l'organització assistencial seguia amb les mateixes rutines: manteniment de la càrrega assistencial, no limitació del nombre de visites al consultori ni a domicili i el mateix sistema retributiu.

Metges M.I.R.

Un avenç molt important registrat en l'estat espanyol en el terreny de l'educació mèdica es produí a 15 d'abril de 1978. Es creà una nova via de formació professional, la de metges i residents, anomenada popularment la via MIR. Però sense que ningú dubti que en l'àmbit de la pediatria ha significat una notable millora, la formació està basada en la clínica hospitalària i oblida l'assistència primària.

A finals de la dècada a l'estat espanyol es respiraven aires de canvis. Acabada la dictadura i iniciat el camí democràtic la nova constitució volia reorganitzar l'estat. Així es produïren:

Traspàs de Competències

L'Estatut d'Autonomia de 1979 reconeixia les competències de la Generalitat de Catalunya en matèria de legislació bàsica en sanitat interior i la possibilitat d'organitzar els serveis sanitaris propis.

Amb un Real Decreto, de Juliol de 1981, les competències es concretaren amb el traspàs de serveis i institucions a la Generalitat. Un cop assolides les competències, el Departament de Sanitat i Seguretat Social, creat el 1981, començà a treballar amb el desenvolupament del model sanitari des de la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària. Així, el model sanitari català es va sustentar en quatre grans eixos:

- La universalització de l'assistència.
- L'equitat d'accés dels usuaris als serveis.
- La promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i l'educació sanitària.
- L'eficiència de l'organització sanitària. En aquest sentit, un element en el qual es va posar molt d'èmfasi va ser el de l'atenció primària de salut.

Creació de l'ICS

Atesa la situació a Catalunya i la diversitat de centres, el Govern va voler regular tots els serveis sota una llei per tal d'introduir canvis en la planificació, l'ordenació i la gestió dels centres, tot respectant els drets laborals dels seus treballadors. Això es va fer a través de la Llei 12/1983, creant l'Institut Català de la Salut (ICS) com a entitat gestora dels serveis i les prestacions sanitàries pròpies de la Generalitat i de les transferides de la Seguretat Social, introduint per primera vegada en el sistema sanitari català els conceptes de gestió, planificació i participació. L'ICS va esdevenir un dels puntals del sistema sanitari català.

Reforma de l'Atenció Primària

Amb la promulgació del Decret 84/1985, del 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària a Catalunya, es va iniciar un procés que va suposar un canvi profund en les estructures i en la cultura organitzativa del primer nivell de l'atenció sanitària al nostre país.

1. La reforma de l'atenció primària (RAP) i el seu desplegament

La RAP va néixer amb el propòsit de superar el model assistencial anterior. L'atenció primària va ser definida com el primer nivell d'accés del ciutadà a l'assistència sanitària. Es volia que actués com a «porta d'entrada» al sistema. Suposava un canvi intens, global, de model, d'ideologia i de forma d'entendre l'atenció i la relació entre els professionals sanitaris i els ciutadans.

La reforma legislativa que va comportar el Decret no va néixer de sobte. Cal recordar els precedents constituïts per les primeres aportacions de canvis conceptuals i organitzatius fetes pels centres adscrits a l'antigues Unitats Docents de Medicina de Família i Comunitària.

Els instruments estructurals bàsics per a la planificació d'aquesta reforma van ser:

La delimitació d'un marc territorial, que va permetre una sectorització operativa de la xarxa assistencial, mitjançant la creació de les Àrees Bàsiques de Salut (ABS). Les ABS varen ser definides com «les unitats territorials elementals per a la prestació de l'assistència primària d'accés directe de la població».

La implantació progressiva dels Equips d'Atenció Primària (EAP). Els EAP es varen definir com a «conjunts pluridisciplinats de professionals sanitaris i no sanitaris, responsables de l'atenció primària de salut de la població», que tenien assignada la població resident a la zona que comprèn una ABS. Estaven integrats per vuit categories professionals: metges de família, pediatres, odontòlegs, infermers, auxiliars d'infermeria, treballadors socials i personal no sanitari de suport.

Jornada i sistema retributiu. Així, la reestructuració de l'organització del treball dels professionals mèdics va suposar haver de dedicar-se a temps complet a aquesta modalitat assistencial, en comptes de l'horari limitat de permanència que hi havia fins aleshores als «ambulatoris» o als dispensaris municipals: (extensió de les 2 hores i mitja a les 6 hores). L'organització per torns (matí i tarda) amb el solapament de 14 a 15 oferia als membres del EAP un moment d'interacció conjunta habitualment en el format de formació professional o d'equip.

El canvi en el model retributiu dels metges passant de cobrar per càpita per cartilla a salari, amb diversos complement segons població i àrea geogràfica, van suposar una nova manera de treballar basada en un nou conjunt d'incentius d'acord amb el principi d'universalitat.

Cartera de serveis ampliada: el canvi més significatiu: ampliar l'edat de l'assistència pediàtrica del 7 als 14 anys. A part de les tradicionals activitats diagnòstiques i terapèutiques, la RAP va introduir els conceptes de prevenció, promoció i educació per a la salut, l'atenció rehabilitadora, la participació en programes de docència i formació. El canvi era substancial per la intensitat dels recursos i la qualitat.

La implementació d'aquell procés ambiciós es va dilatar per dificultats d'ordre divers, com ara una certa resistència al canvi dels mateixos professionals sanitaris que consideraven que el model afectava les seves condicions laborals i malgrat que sempre es va respectar el caràcter voluntari de la integració i els drets adquirits del personal dels EAP amb plaça en règim de propietat (metges i practicants titulars de la sanitat local i personal estatutari de l'Institut Català de la Salut) en algunes zones les direccions dels Àmbits de Gestió «van pressionar per la integració voluntària» i no sempre d'una manera elegant. La convivència de les dues xarxes, la reformada i la formada per aquells professionals no jerarquizats (anomenats pediatres de contingent), amb dedicació parcial, no sempre va ser fàcil.

En aquest llarg procés de desplegament de la RAP hi ha un altre fet que cal ressaltar: la introducció de la gestió aliena a l'Institut Català de la Salut, d'acord amb el que preveia la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) del 1990, que permetia que la gestió dels serveis d'atenció primària s'anés diversificant cap a entitats proveïdores de naturalesa jurídica diversa. La decisió de la diversificació en l'àmbit assistencial no va ser fàcil des del punt de vista polític ja que es va acusar el Govern d'una voluntat de privatització de la sanitat.

Disset anys després de l'entrada en funcionament dels primers EAP (desembre de 1986, als municipis de Sabadell i Terrassa), la RAP es va estendre finalment a tot el territori de Catalunya l'any 2003 i els 345 EAP definitius proporcionaven cobertura assistencial al conjunt de la població catalana.

Així la situació final del procés de diversificació de la provisió dels serveis d'atenció primària comportava que l'ICS fos l'entitat proveïdora àmpliament majoritària en aquest nivell assistencial, amb la gestió d'un total de 269 EAP (78%), i que s'hagués cedit la gestió dels 76 EAP restants (22%) a un conjunt de 37 entitats proveïdores, de naturalesa jurídica diversa. Dins d'aquest darrer grup cal destacar les entitats de base associativa (EBA). La introducció d'aquest model de gestió va ser possible amb l'aprovació de la reforma de la LOSC l'any 1995, que va permetre la implantació del que es van anomenar Equips d'Atenció Primària de Base Associativa (EBA). És a dir, equips gestionats pels seus propis professionals, en general per facultatius, que es feien responsables directes de la gestió amb l'establiment d'un contracte de prestació de serveis amb l'ICS, amb les mateixes característiques que altres proveïdors de l'atenció primària que no eren de l'Institut Català de la Salut.

2. El afebliment de l'impuls reformista

El final de la descentralització entre 2002-2003 coincideix amb la consumació de l'extensió de la reforma. El ritme accelerat entre 1992 i 1996 va patir un decreixent impuls entre 1996 i 2002 per diferents factors de tipus demogràfic, social i professional. L'increment demogràfic i els canvis en el patró d'utilització de serveis fa, entre altres, que les característiques de la demanda d'atenció variessin. També el creixement i la despoblació de determinades zones territorials i la manca de professionals amb formació reglada en pediatria fan que molts pediatres en general i en particular els de les ABS no urbanes respiressin una certa insatisfacció tant pel model organitzatiu dels EAP com per les perspectives professionals ja que, entre altres, per un motiu purament numèric es trobaven aïllats professionalment dintre de l'EAP.

3. El desgat de la RAP. Primers símptomes d'alarma seriosos

3.1. Quan les prediccions s'equivocuen: Falta de professionals amb formació reglada en pediatria

Després d'un descens progressiu ininterromput de la població menor de 14 anys des de l'any 1975 (1.448.886) al 2001 (878.833. mínim històric) produït pel descens de la natalitat (112.000 nascuts l'any 1974, 53.809 l'any 1995) i la devallada de l'immigració, aquest escenari va provocar la falsa creença que el nombre de pediatres era i es mantindria suficient per atendre la població. Així el nombre de places MIR de Pediatria, en el decenni 1994-2004, només s'incrementaven un 8% mentre que el total d'especialitats mèdiques augmentaren un 24% i les places de Medicina de Família fins un 67% malgrat les demandes reiterades de la Societat Catalana de Pediatria.

Quan la piràmide de població menor de 14 anys, per efectes d'un rebrot de la natalitat i l'increment d'una creixent immigració, va passar dels 878.833 l'any 2001 a 1.073.879 nens l'any 2005 es va fer palesa la falta de professionals amb formació reglada en pediatria i la distribució errònia dels existents que determinaven que una part de la població hagués de ser atesa per personal amb escassa formació pediàtrica o titulació sense validar.

3.2. Una Llei incompreensible

El 16 de desembre del 2003 es publicava la Llei 55/2003 de l'Estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut segons la qual aquest personal era de jubilació forçosa al complir 65 anys. Si les dites populars responen a la realitat, la de «plou sobre mullat» mai millor emprada quan parlem d'aquesta llei. Poc personal i es descartava voluntàriament un important grup de professionals incrementant la falta de personal amb formació pediàtrica.

3.3. Manifestació pública del malestar pediàtric

El malestar personal i dels EAP el va recollir la Societat Catalana de Pediatria i el 29 de juliol del 2004 el President Xavier Demestre, en nom de la Societat, adreçava una carta a la Conselleria de Salut :

«...Creure que professionals, amb una formació pediàtrica sensiblement inferior, poden proporcionar els mateixos resultats tan difícilment obtinguts és un error...Si, a més, tenim en compte el dret de la població a escollir el professional de la salut que cregui millor pot atendre el seu fill, quina resposta podem oferir-li des de la sanitat pública...?»

Col·lectius molt implicats en la RAP⁴ en un comunicat producte de la seva sensació d'insatisfacció i/o frustració professional demanaven: *«...Cal un model organitzatiu que s'adapti més a la realitat de la tasca social i sanitària que hem de desenvolupar, per tal que professionals i societat ens trobem còmodes a la nostra relació. Tenim la capacitat i el convenciment de que podem atendre més i millor a la nostra societat del que ho estem fent actualment, i cal trobar les vies per tal de portar-ho a terme...»*

4. Necessitat d'una reforma de la RAP

Els canvis demogràfics i socials experimentats durant els darrers anys, acompanyats de decisions polítiques laborals inexplicables, juntament amb una modificació en el patró d'utilització dels serveis sanitaris, la manca de pediatres i en conseqüència l'haver de responsabilitzar de les consultes a un considerable nombre de professionals amb un nivell de competència i expertesa en pediatria no contrastada, foren la causa que l'atenció pediàtrica es veiés enormement alterada empitjorant les expectatives depositades en el sistema tant per part dels usuaris com dels professionals.

Davant l'evidència de la necessitat d'adequar els recursos i els processos d'atenció sanitària a la realitat existent, les Societats Científiques d'Atenció Primària i mig centenar de professionals sanitaris es reuniren amb la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut a la recerca de solucions que, optimitzant els recursos existents, permetessin ordenar l'atenció pediàtrica i fossin capaces de donar resposta als nous reptes i engrescadores pels professionals. L'objectiu era la redacció d'un Pla Estratègic que contribuís a ordenar l'atenció pediàtrica a l'atenció primària de Catalunya.

Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària⁵

La metodologia s'iniciava realitzant una anàlisi descriptiva de les característiques demogràfiques i assistencials per a cada regió sanitària.

Els problemes principals detectats en l'atenció pediàtrica a l'AP de Catalunya foren:

- Manca de professionals especialitzats en pediatria.
- Aquesta manca feia que les places d'aquests professionals estessin ocupades per altres professionals que no disposaven de l'especialitat de pediatria o que no tenien una formació adequada en pediatria.
- Desigualtats territorials pel que fa a la ràtio nen/pediatre.
- La existència de 104 pediatres no reformatats, tots ells pentanyents a l'ICS. Fet que dificultava la integració de la totalitat dels pediatres en noves fórmules assistencials.
- Manca de relació formal entre EAP i entre aquests i l'hospital de referència.
- Manca d'infermeria especialista en pediatria.
- Mala cobertura pediàtrica en centres d'atenció continuada.
- Necessitat de formació en aspectes concrets, sobretot en pediatria d'urgències.
- Manca de mitjans diagnòstics a les consultes dels EAP i de protocols consensuats amb els hospitals de referència.

Per tal de donar resposta als problemes detectats, en el context de provisió de serveis, el grup de treball proposà un nou model d'atenció pediàtrica d'atenció primària dintre del Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de la Pediatria a l'Atenció Primària (PE).

Els trets principals d'aquest Pla Estratègic (PE) :

Població diana:

- Tot nen de 0 a 14 anys tindria un pediatre de referència el més aprop possible del seu entorn natural.

Cartera de serveis:

- El responsable últim sempre en seria el pediatre.
- La infermera també tindria un paper rellevant en el procés d'atenció.
- El metge de família podria assumir una part de l'atenció pediàtrica per tal de donar suport als pediatres quan així es necessités. Sempre amb suport formatiu adequat.
- La cartera de serveis hauria de preveure serveis de promoció, prevenció, diagnòstic, tractament, rehabilitació i salut comunitària.
- Coordinació de l'equip de pediatria amb els recursos assistencials territorials per tal de mantenir una continuïtat assistencial.
- Potenciar la introducció de les TIC.

Sectorització territorial

– Sectorització territorial de l'atenció pediàtrica dintre els Governos Territorials de Salut (GTS).

Organització dels recursos humans: l'equip pediàtric territorial

Creació d'equips de pediatria territorial. L'equip pediàtric estaria conformat pels pediatres i les infermeres del servei de pediatria amb el suport dels metges de família quan així es necessités, especialment en zones amb manca de pediatres o on la demanda fos molt alta. L'organització podria desenvolupar-se en dues modalitats diferents.

1. EAP de pediatria territorial: format per pediatres i infermeres que treballessin a les ABS del territori. L'equip tindria un director que treballaria conjuntament amb el cap de servei del hospital de referència per a garantir el continuïum assistencial.
2. Equip pediàtric únic amb un director de l'atenció pediàtrica en tot el territori de referència.
 - el pediatre d'hospital donaria suport al pediatre d'Atenció Primària fent consultories de manera sistemàtica;
 - gestió clínica territorial: treball per processos, protocols compartits, organització de l'atenció (programada, continuada, urgent) compartida;
 - proposta de cartera de serveis amb distribució de les tasques de pediatria i infermeria;
 - l'equip de pediatria territorial es coordinaria amb d'altres recursos assistencials del territori.

Implantació del nou model

La implantació seria progressiva a mesura que la regió sanitària anés consensuant amb els proveïdors i professionals les noves fórmules organitzatives.

Quan la política...

Una vegada consensuat el PE i a punt de ser aprovat pel Comitè Executiu del Departament de Salut i pel Comitè de Direcció del CatSalut, La Vanguardia publicava una notícia totalment inesperada⁶:

La Vanguardia donant veu al Gerent de l'ICS amb l'afirmació rotunda de modificar, de manera substancial, el model assistencial substituint el pediatre de primària pels metges de família va generar desconcert i, perquè no dir, una important i raonada crispació.

Aquella decisió política, no consensuada i aparentment mai prou reflexionada, posava en peu de guerra a tot el col·



La Vanguardia, 18-03-2007.

lectiu pediàtric en defensa d'un model assistencial que amb professionals amb un nivell de competència i expertesa en pediatria contrastada que, malgrat tot, havia aconseguit la progressiva implantació d'una filosofia globalitzadora en la medicina pública infantil a nivell d'excel·lència refrendat pel grau de satisfacció manifestada pels usuaris, els quals havien vist així satisfets els seus desigs, necessitats i expectatives.

Suposadament aquella decisió de caire estrictament política, aprofitant unes circumstàncies demogràfiques, socials i de mala planificació sanitària, més que una negligència, d'una manera subtil volia crear una situació de fets consumats entregant l'assistència primària a mans de la infermeria en el desenvolupament dels programes del nen sa i als titulats metges de família.

Creure que professionals, amb una formació pediàtrica sensiblement inferior, poguessin proporcionar els mateixos resultats tan difícilment obtinguts era un error. Però es partia d'un fet inqüestionable, per les raons que fossin, amb el nombre de pediatres existents aquests no tenien capacitat per assumir la totalitat de l'assistència. Així davant aquesta realitat es contemplaven tres possibles solucions:

- Que l'administració decidís mantenir la seva proposta i que els Metges de Família assumissin l'atenció del nen.
- Que decidís mantenir el model assistencial actual i exigís que el pediatre assumís el seu paper en tots els àmbits.
- Que l'administració fos capaç d'establir un diàleg positiu per tal de mantenir la premissa: «els nens pels pediatres» i mentre, entre tots, buscar solucions imaginatives a la problemàtica de la falta de pediatres.

Es va viure una etapa convulsa de lluita mediàtica i institucional. Amb un silenci administratiu continuat l'ICS mantenia la seva postura malgrat que la Consellera Marina Geli en unes reunions privades amb la SCP expressava el seu suport a la pediatria fins que en una trobada a l'Acadèmia feia pública la seva postura: «els nens són pels pediatres» però com de passada, afegia: «però hi han alguns desajustaments que caldrà posar-hi remei».

Per una gran majoria de pediatres l'opció proposada per la Consellera contradient al propi gerent de l'ICS era una decisió política interessada i fins i tot perversa ja que amb la proposta mantenia el seu crèdit polític sense el desgast que li suposaria donar recolzament a una decisió tan impopular com injusta impulsada per la gerència de l'ICS. Esperaven que fos el propi col·lectiu pediàtric que assumís la impossibilitat de donar resposta a les demandes assistencials per manca de professionals competents. El missatge polític seria clar: el model assistencial pediàtric no és possible mantenir-lo. Ho demana el propi col·lectiu pediàtric.

Però malgrat tot, el col·lectiu de pediatres, amb una sola veu, va ser capaç de demostrar amb la força de la raó la irracionalitat de la mesura. El *manifest dels pediatres de Cornellà* tingué una gran repercussió i fou avalat per una gran majoria de pediatres de primària signant el *Manifest del Muntanyà*. Davant la pressió mediàtica i institucional exercida per la Secció d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Pediatria i el temor del desgast polític que podia ocasionar la justificació de la mesura proposada per l'ICS aquesta va quedar en suspens *sine die*...

Aprovació definitiva del Pla Estratègic...

Mentre la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut va aconseguir l'aprovació del PE pel Comitè Executiu del Departament de Salut i pel Comitè de Direcció del CatSalut i el presentava oficialment el 20 de juny del 2007.

Malgrat l'aparent consens veus molt autoritzades⁷ van manifestar que el PE era un document extens, ben treballat, ben articulat, valuós però discutible i dubtant que garantís una atenció pediàtrica primària de qualitat. Malgrat els dubtes generats hem d'admetre que en aquells moments i en aquelles circumstàncies era la millor reforma de les possibles.

Una nova etapa...

Amb l'aprovació definitiva del PE, el silenci administratiu de l'ICS, en referència a la seva proposta de substituir pediatres per MF, i amb la postura adoptada per la Conselleria, era evident que, aparentment, el món de la pediatria de l'Atenció Primària entrava en una nova etapa. Però es partia de fets inquestionables: ni la formació pediàtrica era l'adient, ni tota la infància estava ben coberta, ni els pediatres amb la RAP havien satisfet les seves expectatives professionals. La formació dels MIR de pediatria seguia, malgrat tot, sent formalment hospitalària. L'escassetat de pediatres provocava dèficits a l'assistència encara que es podria discutir si l'escassetat era producte d'una falta real de pediatres o era el resultat d'una deficient organització. Per la majoria de pediatres dels EAP la RAP, lluny de satisfer les seves expectatives professionals, havia provocat un augment de la seva frustració.

Implantar el nou model d'atenció pediàtrica significava haver de superar els recels i dubtes que qualsevol proposta de canvi porta implícits però malgrat les incerteses durant els mesos següents a l'aprovació del PE en diversos punts del territori es van anar treballant propostes que es van concretar el 14 de gener del 2008 que va néixer, amb el suport de la Gerència Territorial Metropolitana Sud i el Servei d'Atenció Primària Alt Penedès-Garraf, l'Equip d'Atenció Primària de Pediatria Territorial Alt Penedès liderat per Vicente Morales: el primer equip de pediatria territorial en la seva modalitat 1 segons el PE.

Però de l'administració, repetidament i de forma inesperada, es respiren aires d'incertesa despertant incredulitat i així malgrat la recent aprovació del PE i el naixement del primer EAPT, a juny-juliol del 2008 l'ICS presentava una nova proposta: UN NOU MODEL D'ATENCIÓ PEDIÀTRICA D'ATENCIÓ PRIMÀRIA. Aquest model que venia a reforçar la teoria de la gerència de l'ICS va sortir d'un grup de treball presidit per la Directora Adjunta d'Afers Assistencials i integrat per la Direcció de Recursos Humans, Gerents de l'Àmbit de Barcelona, Direccions d'Atenció Primària, Direcció de Qualitat i Processos juntament amb pediatres de primària i hospitalària. Aquesta nova proposta no va passar de ser un nou intent fracassat d'implantar la substitució dels pediatres a l'atenció primària pels Metges de Família

A octubre del 2009 el PE rebia un teòric recolzament quan el Departament de Planificació i Avaluació aprovava el Pla d'Innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària i en la seva presentació manifestava que el Pla Estratègic d'Ordenació de Pediatria a l'Atenció Primària de Catalunya(PE), en consonància amb el Pla d'innovació, estava concebut per aconseguir una atenció primària més resolutiva, accessible i orientada a les necessitats dels ciutadans.

Malgrat aquests "*impulsos*" la implantació dels Equips de Pediatria Territorial no va prosperar, de tal manera que fins l'ACORD 11/2012 de 28 de juny de l'ICS els Equips EAPT Alt Penedès i EAPT Garraf treballaven sense un oficial reconeixement.

Què havia passat durant aquests anys? Quins impediments administratius havien ajornat el Pla Estratègic...? L'ICS tenia realment interès en implantar el model territorial?. Els pediatres, en general, havien manifestat interès o total indiferència pel PE?

Estudiosos⁸ del tema, en una visió global, apunten una sèrie de punts crítics determinants en el fracàs de la implantació del Pla Estratègic. Entre aquests en destaquen:

- Que a l'hora de la veritat els referents de pediatria no tenien capacitat real de decisió.

- Pels intents d'obligar a fer guàrdies sense un sentit assistencial clar.
- Per les iniciatives continuades per apartar els pediatres de la seva funció en les activitats preventives i deixar-les només a càrrec d'infermeres.
- Per la poca o nul·la participació del pediatres en la definició o desenvolupament del projecte.
- Per l'ús de l'expressió "territorial" com a patent de cors per tal de justificar les arbitrarietats d'algunes direccions.

Respecte l'interés de l'ICS per implantar el PE només cal adonar-se que els Equips EAPT Alt Penedès, EAPT Garraf i Centre d'Atenció Pediàtrica Rambla Nova de Tarragona són EAPT ICS reconeguts recentment. Lleida està ultimant, en breu, la incorporació del model d'organització Territorial a Pediatria; però Casernes (Sant Andreu), Pediatria dels Pirineus, Centre d'Atenció Pediàtrica Integral (CAPI) Barcelona esquerra i Agrupacions, com les iniciades a Olot o Campdevàrol, no són EAPT reconeguts per l'ICS, són simplement Agrupacions de Pediatres o Línees pediàtriques.

I els pediatres, en general, quina ha estat la seva actitud respecte al PE? Han manifestat interès, indiferència o rebuig per implantar el PE integrant-se en equips territorials?

Treballar en la AP amb poques exigències per una assistència massificada, monòtona i de baixa complexitat, arrossegada a ser un dispensador de fàrmacs i proves diagnòstiques ha condicionat una baixa autoestima que amb l'absència d'expectatives professionals ha determinat una postura excessivament còmoda amb falta d'implicació a qualsevol reforma.

Aquesta falta d'implicació també és visible⁹ a diferents nivells i altres col·lectius destacant a casa nostra la poca presència de pediatres en càrrecs directius, la poca atracció de la nostra SCP sobre els pediatres joves i la incapacitat de liderar altres alternatives al PE. Som una generació en que s'ha potenciat l'individualisme per sobre de la consciència col·lectiva.

El fracàs de la universalització del PE és un fet evident i els pediatres no podem defugir de plantejar-nos una autocrítica a nivell individual i col·lectiu per si som corresponsables del fracàs.

Revisant les actituds i els condicionants del fracàs de la universalització del PE volíem contrastar-los amb veus autoritzades de l'administració i una d'elles era Marina Geli que durant aquests anys havia estat la Consellera de Salut; la que havia aprovat la llei de jubilació forçosa als 65 de tot el personal estatutari; la que havia nomenat el Gerent de l'ICS al Sr José Maria, que havia fet la proposta de substituir el pediatres pels Metges de Família; la que en un acte públic a l'Acadèmia va defensar el món de la pediatria malgrat que molts hi veiessin una clara i interessada intencionalitat política; la que havia propiciat la redacció i aprovació del PE entre les Societats Científiques i l'administració.

Així que la seva visió al cap dels anys, lluny de qualsevol tendència partidista, podia estar realment interessant. Ens va rebre un matí en la seu despatx del Parlament de Catalunya quan ja havia renunciat al seu partit però conservava l'Acta de Diputada i en una conversa distesa:

«Ens va fer una defensa aferrissada del model assistencial català. Per ella era un model d'èxit i que calia continuar».

«Els nens pels pediatres malgrat que en determinades circumstàncies els MF (prèvia formació) hagin d'assumir l'assistència immediata».

«El model sanitari hauria d'orientar-se prioritàriament a la Salut pública, la intervenció comunitària, al diagnòstic precoç i a l'atenció sociosanitària de les persones amb malalties cròniques».

«Les Societats Científiques haurien de contrarestar amb dades avalades per l'evidència científica les afirmacions de segons quins personatges mediàtics que posen en dubte campanyes vacunals o tractaments contrastats científicament».

«Actualment no entenia massa bé cap on anava l'ICS, quines eren les seves estratègies».

Però malgrat una certa insistència per abordar temes debatuts durant la seva estada en la Conselleria, com jubilacions forçoses, la substitució dels pediatres pels MF i el PE tots van quedar "submergits en una nebulosa silenciosa"...

Situació actual

Sobre un substrat abonat per la insatisfacció i frustració professional acumulada durant els anys que es va intentar consolidar la RAP i pel fracàs de la implantació del PE, aquella insatisfacció i frustració inicials s'han anat incrementant amb el temps amb l'arribada de la crisi econòmica, que a partir el 2011, ha comportat retallades de nòmines, de pressupostos i distintes reformes administratives, segons les àrees de gestió, sovint no entenedores i difícilment justificables segons la impressió personal dels diferents membres dels EAP.

Les retallades, conseqüència inevitable de la crisi econòmica, acompanyades d'actituds buròcrates de moltes direccions han estat determinants en l'arrelament de la més profunda insatisfacció i frustració professional viscuda pels professionals de l'atenció primària i de la que només se'n sortirà amb un canvi radical de les actituds tant de l'administració com dels propis professionals.

Futur de la pediatria

Mentre es conviu amb la insatisfacció i frustració professional generalitzada es plantegen nous reptes determinats per altres factors demogràfics, socials i professionals que s'han d'assumir i donar-hi resposta per responsabilitat professional dins del rol de servidors del bé comunitari.

Vivim en un món canviant en el que constantment apareixen nous reptes i noves problemàtiques. Una crisi econòmica que, entre altres, actua sobre la salut i sobre els infants, les víctimes «menys visibles» de la crisi.

Cal afegir-hi l'enorme canvi cultural que ha experimentat la població adulta, dominada per la immediatesa. L'esforç personal és un valor que perd cada dia prestigi en el catàleg dels valors sociològicament més acceptats. Els valors s'incorporen a la societat no d'una manera gratuïta sinó com a fruit d'una sèrie de circumstàncies i caldrà preguntar-se el grau de corresponsabilitat que pertoca al món sanitari. Els nens de fa uns anys, ara societat adulta, han après que davant de qualsevol entrebanc en la seva salut, per banal que fos, sempre han consultat al pediatre i moltes vegades no hem estat capaços de trasmetre'ls el consell de la paciència i l'espera.

Si el present és el futur anunciat, la realitat ens obliga a buscar i trobar-hi solucions. La responsabilitat adquirida ho demana però la millora de la AP és qüestionable sense un canvi en la formació dels professionals de la salut i sense una incentivació econòmica, professional i social que sigui capaç d'implicar els professionals en una nova reforma assistencial de la pediatria. Mentre caldrà plantejar-se estratègies per tal de satisfer les noves demandes. És

possible que de la cartera de serveis s'hagin d'abandonar conceptes que determinen processos inassumibles i establir noves estratègies. Estratègies de salut conjuntes amb altres sectors implicats amb la infància com els educadors, els serveis socials i la pròpia administració pública. Necessitem millorar l'atenció en alguns àmbits com les malalties cròniques, la salut escolar, els pacients amb necessitats especials, les patologies de causa social amb efectes pediàtrics i altres.

En general, l'organització actual gairebé no permet al pediatre conèixer i encara menys gestionar les necessitats en salut de la infància i adolescència. S'hauria d'intentar definir una nova estratègia assistencial que representés un salt qualitatiu pel nen, pel pediatre i per la societat. Hauríem de ser capaços de combinar l'atenció individual i la prevenció col·lectiva establint totes les relacions assistencials possibles entre els àmbits de primària i hospitals comarcals i afavorint la mobilitat podríem millorar ambdós àmbits¹⁰.

Aquest concepte de treballar l'atenció individual i la prevenció col·lectiva ja va ser proposat a 1999 per a Societat Suïssa de Pediatria com estratègia per la pediatria del futur.

Per ells la pediatria hauria de basar-se en l'evidència o en proves. Hauria d'assumir l'etapa de l'adolescència. Impulsar la seva presència a nivell social i comunitari. Propulsar la cultura humanística en edats pediàtriques. Veure sempre els seus pacients com a pacients globals i la seva realitat humana amb la seva pròpia personalitat i en el context del seu grup familiar. Establir una correlació franca amb pacient i família amb la finalitat de guanyar confiança i estimular els recursos positius i la resiliència. El pediatre hauria de convertir-se en un catalitzador de les capacitats i recursos del pacient i la família.

Aquesta estratègia proposada de ja fa uns anys podria estar una bona eina de reflexió pel futur de la nostra pediatria.

Per acabar

La Academia Europea de Pediatría en el mes d'abril del 2015 en la Revista Lancet publicava un article que és una declaració d'intencions sobre el futur de la pediatria i del qual en cal destacar:

«...Tots els nens han de disposar d'un accés immediat al consell del pediatre, que hauria d'estar a disposició de la comunitat i servir d'enllaç amb l'atenció hospitalària especialitzada.»

Una porta a l'esperança... 26 de maig de 2015

Podria ser que la profunda insatisfacció i frustració que viuen els professionals de l'atenció primària hagi superat tots els límits possibles de tolerància i a partir d'aquesta data finalment s'hagi arribat en un estat de consens en el que tothom està d'acord que cal canviar d'una manera definitiva l'actual model organitzatiu de la pediatria.

Aquesta esperança ve avalada per l'interés manifestat per la direcció de l'ICS, responent a les demandes continuades de la Societat Catalana de Pediatria, convocant una trobada amb els caps de servei dels hospitals ICS, la mateixa Societat Catalana de Pediatria i els directors dels equips territorials de pediatria i línies pediàtriques. A partir del consens de les diferents parts es va decidir la constitució d'un grup operatiu integrat per deu persones per tal que redactessin una **Proposta d'atenció integrada territorial de pediatria de l'ICS** a partir del Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària.

Vista la llista dels integrants i representivitat de cadascun dels membres del grup operatiu hem de creure que és possible s'hagi obert **UNA PORTA A L'ESPERANÇA...**

Malgrat que en aquest temps que només s'escolten queixes del present i profecies sinistres del futur hem de parlar del present i el porvenir amb optimisme.

Referències

1. Agraïment a un article, d'autor anònim, descriptiu dels orígens de la pediatria en el nostre país que conservo des dels anys 90.
2. De l'opuscle *Lluita contra la diftèria a Catalunya*, Barcelona, setembre 1932, dirigit per la S. Cat. de Ped. a tots els metges de Catalunya.
3. Capítol: *L'Assistència en blanc i negre* pàg. 114 *Metges de Nens. Cent anys de Pediatria a Catalunya*.
4. X. Pérez Porcuna en nom de *Pediatres d'Osona*.
5. *Pla estratègic d'ordenació de l'atenció primària*. Barcelona. Departament de salut. Generalitat de Catalunya 2007.
6. *La Vanguardia*. 18 marzo 2007. Pàg. 31-32.
7. Bosch JM. *El Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària*. *Pediatr Catalana* 2007; 67: 268-271.
8. Manel Enrubia. *La reforma de l'assistència pediàtrica en AP. AP Simposium de facultatius. A 30 anys de la reforma*. Febrer 2015.
9. *La salut, els estils de vida i les condicions de treball dels pediatres a Espanya*. Fundació Galatea. Gener 2014.
10. *Pediatres, Pediatria i Comunitat*. Oriol Vall Combelles i Óscar Garcia-Algar. *Servei de pediatria*. Hospital del Mar. Barcelona.
11. Pancaldi R. *Modello di Locarno per una pediatria 2000*. *Schweiz Arzteztg* 2000; 24:1334.
12. *Improving paediatric care in the community*. Tom Stiris, Stefano del Torso, Jean-Christophe Mercier, Shimon Barak, Bjorn Wettergrem, Robert Ross-Russell, Arunas Valiulis, Adamos Hadjipanayis.

Experiències viscudes

Francesc Domingo a Balaguer



Dr. Francesc Domingo.

Em poso davant l'ordinador sens cap esquema ni estructura de treball feta. Les circumstàncies actuals no m'han permès fer una feina de preparació acurada. O sigui que, a partir d'algunes idees que romanen al cap de fa temps, em deixaré anar i escriuré sense guió. El subjecte que escric donarà, doncs, la visió subjectiva que té i la parcial visió de la realitat que ell s'ha construït, i que pot coincidir molt o poc amb la que un altre balaguerí o pediatre de Ponent podria tenir. I és des de la humilitat que ho escric, de la mateixa manera que escrivia, ja fa uns quants anys (2003) un petit poema:

*Si estem fets de reculls de petitesa
i ens toca viure en la més gran fragilitat,
d'on ve, llavors, amb aires de grandesa,
el rei al cos, inflat de vanitat?*

*Si a cada jorn hi ha instants per la tendresa,
si arreu on vaig, si vull, hi trobo humanitat,
d'on ve, Senyor, la meva rigidesa,
el cor eixut, esquerp, massa tibet?*

On he reclòs la meua humilitat?

Francesc Domingo i Salvany va arribar a Balaguer el dia 2 de maig de 1984, a la plaça d'ambulatori més minsa –en contingent i en sou– de les dues que hi havia de pediatria, en aquell horari de dues hores i mitja de consulta i permanència per domicilis fins a les 5 de la tarda. La família Domingo Cetó, amb tots dos progenitors de les comarques de Ponent, volien donar també arrels lleidatanes als fills –una ja tenia dos anys i mig, i estava a punt d'arribar el segon. Les places de pediatria a Balaguer eren de poca durada, atès que servien més per fer el primer pas dins la pediatria pública, i després anar-se apropiant, a base de concursos de trasllat, a places més properes al lloc d'origen dels pediatres que hi anaven passant, que no pas com a perspectiva de permanència.

Eren, per a mi, anys d'empenta, d'il·lusió primera, després de la residència de quatre anys amb pròrroga a la Clínica Pediàtrica de l'Hospital de Nostra Senyora del Mar, a Barcelona, sota el mestratge del Dr. Llorens Terol, que s'acabà el mes d'agost del 1983. En aquest hospital, la manca crònica de recursos i de mitjans tècnics i de diagnòstic servien d'estímul per a la formació clínica de base amb poca quantitat de mitjans i proves complementàries, i focalitzada en malalties infeccioses i pediatria social. Una formació que em va servir, i molt, en haver de treballar en condicions igualment precàries de recursos diagnòstics i de proves complementàries a la pediatria d'atenció primària, especialment abans de l'organització de les àrees bàsiques de salut a Ponent, a partir de l'any 1990. I entre la residència a Barcelona i la plaça de Balaguer, una estada de formació, a París i rodalies, durant vuit mesos, sobre protecció maternal i infantil, per obrir l'angle de visió sobre la necessitat de fer prevenció primària ja des del període prenatal, una visió que mai no he oblidat. L'arribada a Balaguer per a un jove pediatre que es volia menjar el món va ser una mica desencisadora. Ja sabem que tots els començaments són difícils. I més si es ve d'una perspectiva oberta i allò que hom troba és una realitat absolutament limitada i una mentalitat també limitadora.

En aquells inicis no hi havia cap mena de registre dels pacients i era una novetat fer una mínima història clínica en una fitxa de cartró, que guardàvem en una capsa de sabates. A més, les famílies em preguntaven quants mesos m'hi quedaria. Els deia que tenia una filla de 2 anys i que la volia casar a Balaguer. I així ha estat. D'ella en tenim ja una néta amb nom de comessa balaguerina.

En aquells anys, la majoria de famílies que s'ho podien pagar es desplaçaven des de pobles ben allunyats perquè els pediatres de Lleida capital –o bé els de l'Aliança o d'altres mútues– visitessin els seus fills i fessin el seguiment de puericultura. I el dia a dia de pediatria als pobles era atès pels metges d'Atenció Pública Domiciliària (APD). Ni anàlisis ni radiografies. Per als casos dubtosos calia adreçar l'infant al pediatre consultor de l'hospital, a Lleida. Algunes altres famílies cercaven un sol pediatra, ja d'edat, d'ací a Balaguer (el Dr. Rúbies) i alguns metges de capçalera que també feien de pediatres atès que s'havien apuntat al Col·legi com a tals, per bé que no amb la formació pediàtrica com la que entenem ara.

Van ser anys complicats, però amb els altres pediatres amb qui compartíem en aquells primers anys la vivència i la voluntat de donar una assistència pediàtrica pública de més qualitat, es va anar millorant l'atenció i, amb això, també el nombre de visites i la necessitat de millores en el seguiment de puericultura i la promoció del bon tractament. Tot això menà a la demanda de millors condicions d'exercici, que tardaven molt a arribar. D'aquells anys és un article sobre la situació de manca de recursos per als infants de les comarques rurals de Ponent que duia per títol «La pediatria pública a les comarques o com tenir catalanets de cinc categories», que es publicà al Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria (*). La promoció de la puericultura va reclamar que també calgués la col·laboració d'auxiliars d'infermeria per ajudar a les visites, atès que el seguiment del nen sa no estava previst.

La docència era també un tema que ens interessava i que es va poder iniciar, ja a partir de l'any 1987, gràcies a poder fer la funció de tutors d'estudiants de Medicina de la que seria en pocs anys la Universitat de Lleida. I de l'altre somni? I de la recerca? La recollida de dades a les nostres fitxes-història va permetre redactar comunicacions i treballs, i fins i tot una tesi doctoral, l'any 1990, centrada en els aspectes socials de la nostra comarca: *Els sistemes de guarda dels infants a la Noguera*. La manca de pediatres feia que en els anys 89-90 no es pogués cobrir una de les dues places, amb la qual cosa la sobrecàrrega de l'únic pediatre que quedava feia impossible donar uns mínims de qualitat i continuïtat a les propostes engegades.

Va ser en aquells començaments del 1990 que es van iniciar les àrees bàsiques de salut (ABS) a les nostres comarques, la de Balaguer una d'elles. A poc a poc, i amb la il·lusió de treballar per una millora en les condicions d'exercici, en l'atenció a les famílies i dels infants de Ponent.

De fet, des dels primers anys d'exercici en què escrivíem articles al *Butlletí* de la Societat Catalana de Pediatria com el comentat més amunt, fins a alguns d'escrits els darrers mesos al blog de la nostra família de Pediatres de Ponent, com ara *La satisfacció de fer de pediatre a Ponent* (*) han passat moltes coses, a Ponent i a tot arreu.

No tot van ser flors i violes. Ben cert. El grau d'implicació personal de cadascun dels pediatres no sempre s'acompanyava de les millors condicions d'exercici. Però la motivació i l'empenta dels primers anys de professió per acompanyar les famílies ponentines amb infants i fer-los costat van fer possible poder millorar força l'atenció final que els infants aconseguien.

La iniciativa proposada pel Dr. Gomà –llavors cap del Servei de Pediatria de l'Hospital de referència, l'Arnau de Vilanova de Lleida, i amb el suport de pediatres de primària– d'iniciar les trobades anuals de pediatres de Ponent, l'any 1987, a la Seu d'Urgell, va representar un

moment especialment animador. L'objectiu era clar: conèixer personalment els companys de camí pediàtric de les Terres de Ponent com a primer pas per anar junts, els pediatres de l'Hospital de referència i els pediatres d'atenció primària, en benefici de les famílies i els infants que la vida ens posa al davant cada dia. Perquè estem convençuts que la millor manera de tenir cura d'un infant és tenir cura dels seus pares. I que la millor manera de tenir cura de les famílies és tenir cura dels qui tenim aquest encàrrec social. I si des de les administracions no es té prou en compte la salut mental dels professionals implicats, cal que ells mateixos s'ho organitzin. I així es va fer a Ponent. Ens hi vam implicar personalment, cada pediatre, i col·lectivament, en el grup de Pediatres de Ponent, que proposava tenir cura de tots els esgraons: infants, famílies i professionals, a la vegada que permetia un millor coneixement dels altres companys i companyes de camí en l'exercici de la millor feina del món: tenir cura de la salut dels infants. Trencar l'aïllament dels pediatres més isolats geogràficament, trencar la dicotomia hospitalària i extrahospitalària, treure profit del compartir tot fugint del competir i donar bons fruits. Uns fruits que en aquests anys ja hem estat recollint.

Les noves ABS arreu de les comarques, les noves fornades de metges lleidatans fets a la Universitat de Lleida, i d'altres formats en pediatria a l'Hospital Arnau de Vilanova i als hospitals de tercer nivell de Barcelona, pediatres aragonesos que atendien als CAP i també a llocs hospitalaris, van anar augmentant el nombre de pediatres ben preparats per la via MIR que van permetre ampliar l'atenció pediàtrica a molts municipis. Aquesta via MIR de formació d'especialistes, tot i que ha permès arribar a la situació actual de tenir cada any tres nous residents de pediatria a l'hospital de referència (dotze residents a l'Hospital Arnau de Vilanova l'any 2015, quan no n'hi havia cap llavors, l'any 1987!), també ha estat un factor limitador en la formació del nombre de pediatres que treballen a l'atenció primària en benefici del metges de família, seguint més el model anglès, de pediatres al segon nivell, que no pas el proposat per l'escola del Dr. Prandi (acs), de pediatres de capçalera. La reducció de les places MIR de pediatria des de fa anys ens està portant a un model d'atenció primària amb pocs pediatres per cobrir les moltes places que hi ha, i que ara ocupen metges de família. De fet, ara mateix, hi ha set o vuit places de pediatria d'atenció primària, a Ponent que no estan ocupades per pediatres. I, d'altra banda, també hi ha les migrades i dures condicions de treball que se'ls està imposant als pediatres que no volen marxar fora per treballar a la pediatria pública, que fan que el panorama professional no sigui, precisament, gaire engrescador. I tot i així, la qualitat de la pediatria i de moltes especialitats pediàtriques avui, a Ponent, és evident. Una altra cosa és amb quines condicions de treball s'està exercint. Qui té cura dels que tenen cura de les famílies i els infants?

A Balaguer, on hi havia solament dues places de pediatria abans de la instauració de la reforma de l'atenció primària (1991/1992) es va aconseguir poder atendre els infants de tots els municipis de la comarca mitjançant quatre unitats bàsiques assistencials (UBA), amb seu a Balaguer, que es repartien a parts iguals els infants de Balaguer ciutat, i també els dels diferents petits pobles de la comarca, que a partir de llavors van tenir un pediatre de referència al CAP. De fet, la proposta inicial va ser de cinc UBA, atès que així es podien fer visites als consultoris locals de manera periòdica, però aquesta proposta no es va acceptar. En unes zones de Ponent (Lleida, les Borges Blanques) ja s'havien iniciat i en d'altres (Tàrraga, Molle-russa, Cervera...) es van anar creant CAP que asseguraven una pediatria pública de cada cop més qualitat.

A l'Àrea Bàsica de Salut de Balaguer, la motivació i la implicació dels professionals que hi treballaven feia néixer iniciatives engrescadores. Als cinc anys de vida de l'ABS es va publicar una revista creada a la mateixa ABS, *El Batec* (*). De participació múltiple, estava oberta als professionals i també a la població atesa. L'editorial del primer exemplar, en commemorar

els cinc anys de creació de l'ABS de Balaguer, a l'hivern del curs 1996/1997, era tota una declaració d'intencions. Duia per títol: «El futur és nostre: escrivim-lo». I no em puc estar de transcriure'n una part:

«El nostre és un país on tendim més a veure, i a expressar, els entrebancs i les penes que no pas els progressos i les millores [...]».

Els darrers anys, l'atenció a la salut (aquella forma de viure lliure joiosa, solidària i autònoma) de les persones de la Noguera, per part dels serveis públics, ha fet un salt qualitatiu endavant inqüestionable i evident. Qui no ho veu és que no vol mirar. I això ha estat així perquè la inversió material feta ha estat important (CAP I, CAP II d'especialitats, consultoris locals, utilitatge...). Que ja tocava! Però allò que, fonamentalment, ha permès aquesta millora ha estat la disponibilitat i l'empenta dels professionals que s'han il·lusionat en una tasca que, a poc a poc, ha anat donant els seus fruits [...].

Hi ha qui ha dit que el futur és un paper en blanc que cadascú ha d'escriure. Fem pinya perquè el futur d'aquesta empresa sigui llarg i profitós per a tots. Aquesta és la intenció amb què arriba. El futur d'aquesta publicació és nostre! Escrivim-lo!».

Referències

- Domingo i Salvany, Francesc. La Pediatria Pública a les comarques o com tenir catalanets de cinc categories. Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria, 1992;54,2:103-4
- Francesc Domingo i Salvany. La satisfacció de fer de pediatre a Ponent. A <http://pediatresdeponent.blogspot.com/2013/> (2 de novembre de 2013)
- Àrea Bàsica de Salut de la Noguera. El batec. N° 1. Hivern 1996/97. ABS Balaguer
- Domingo i Salvany, Francesc. Família que plora, professionals al límit i disgressió per a tots: ho estem fent bé? Rutlla, la nostra xarxa?. *Pediatria Catalana* 2002;62,2:73-80.
- Hernández i Martí, Gil-Manuel. Operació « Il Gattopardo ». Correu a Internet (11 de juny 2015)
- Domingo i Salvany, Francesc. La Pediatria Pública a les comarques o com tenir catalanets de cinc categories. Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria, 1989;49,1:7-8
- Domingo i Salvany, Francesc. Pediatres que ploren, gestors que fan la viu-viu i la vida continua: Qui dia passa anys empeny? *Pediatria Catalana* 2005, 65:194-202.
- Domingo i Salvany, Francesc. Els capitans de vaixell a l'arxipèlag dels embolics o el difícil manteniment per evitar que el cor (i la il·lusió) se'ns geli. *Pediatria Catalana* 2007, 67:64-5.
- Francesc Domingo i Salvany. L'abús sexual infantil, la mutilació genital femenina i la supervivència en l'Atenció pediàtrica a Ponent. A <http://pediatresdeponent.blogspot.com/2014/> (2 de febrer de 2014)
- Francesc Domingo i Salvany. La síndrome d'immunodeficiència social, l'ens, la por i el valor. A <http://pediatresdeponent.blogspot.com/2014/> (8 de maig de 2014)
- Francesc Domingo i Salvany. Els 25 anys de la Convenció dels Drets dels Infants, els valors del vell ICS, els principis rectoris del nou SIS (Servei Integral de Salut) de Lleida, i el contrapunt de la Marea Blanca. A <http://pediatresdeponent.blogspot.com/2014/> (28 d'octubre 2014)
- Francesc Torralba. La pleta. Escoltar els gemecs de la terra. Postil·les a Laudato it (3). Full Dominical Urgell XLIII, 23. 16 d'agost 2015, 4.
- Francesc Domingo i Salvany. El règim feudal del segle XXI, Islàndia i la Poesia d'avui (o aturem-nos un instant i respirem profundament) A <http://pediatresdeponent.blogspot.com/2011/03/> (22 de març de 2011)
- Francesc Domingo i Salvany. Retallar l'accés dels infants malalts a l'atenció especialitzada: una variant del maltractament institucional a la infància a les Terres de Ponent. A <http://pediatresdeponent.blogspot.com/2013/> (17 de juny de 2013)

Experiències viscudes

Pepi Almirall a Girona

Vaig estar vuit anys de vocal de la Vegueria de Girona, ja fa molt de temps. Fins i tot, crec que surto com a tal a l'anterior llibre de la Societat Catalana de Pediatria (SCP).

En aquell temps, almenys aquí a Girona, la feina del vocal consistia a organitzar el nostre curs de formació continuada en pediatria (dates i calendari, buscar ponents, patrocinadors, fer-ne difusió, pensar el programa, etc.).

Era una trobada científica i de companys, i tinguéssim o no patrocinadors acabava amb un sopar en regla, amb el ponent si el sufragava un laboratori, o unes tapes o un bocata, per xerrar una estoneta entre nosaltres, si no hi havia invitació. Servia també per captar els nous pediatres i fer nous socis per a la Societat.

Els temps han canviat molt. Ara no hi ha patrocinadors i els ponents cobren. La gent jove utilitza més altres mitjans per formar-se. I hi ha cursos a dojo... L'Hospital Trueta fa un curs de formació que substituiria el nostre, per exemple.

Una altra feina del vocal era assistir a Barcelona a la reunió de la Junta de l'SCP –cotxe amunt i avall, tornada a la nit, a vegades amb boira...–; crec que ara es fan poques reunions de presència física. I encara una altra, col·laborar en la reunió anual, si era per la zona de la vegueria.

Com ha canviat en aquests anys? Doncs molt. Recordareu que anàvem amb diapositives i transparències a les xerrades, que molts fèiem de manera manual. No era estrany que les diapositives saltessin amunt com torrades. Aquí érem molt petits pediatres i tots els de la província ens coneixíem. Però només tenien pediatre les ciutats grans i no els nuclis petits, i ara en tenen a cada àrea bàsica.

No obstant això, no tot era tan idíl·lic. Amb la feinada i el cost i el sacrifici en hores per muntar un curs interessant, moltes vegades venia un ponent de Barcelona i érem quatre i el cabo, i et sabia molt i molt de greu.

Que hi ha més dones? Sí, efectivament, sobretot en l'àmbit hospitalari, ja que a la primària ja érem forces. Bé, quan jo vaig començar, que ara ja sóc una mica dinosaure, no, la majoria eren homes, fins i tot a primària.

Més canvis: la història del paper *versus* la informàtica, amb els seus avantatges i els seus inconvenients, com tot. Més dur al principi per als que, com jo, érem analfabets en informàtica i mecanografia. Però bé, ens n'hem sortit... Actualment, la història informatitzada ens permet veure les analítiques, les proves i tots els informes i cursos clínics dels especialistes i dels hospitals, al moment. Realment, això és fantàstic. Sí que s'ha de vigilar amb la confidencialitat, però.

Jo gairebé no he treballat en règim ambulatori, vam ser la primera àrea reformada de la província, o sigui que en aquest aspecte, pocs canvis. He treballat sempre amb infermera i no amb auxiliar, com abans, i vam ser dels primers a desenvolupar i aplicar el programa del nen sa.

Potser aquest és un dels canvis més important a primària: la infermera en comptes de les auxiliars que hi havia als antics ambulatoris, i el seu paper i protagonisme. Això es fantàstic

si tens una infermera que té molt clar el seu paper i fins on pot arribar –llegiu Julita Joanola i moltes altres–, però sé que en alguns llocs ha estat motiu de conflicte. Realment ha estat l'empresa mateix, l'Institut Català de la Salut, que ha fomentat aquest protagonisme: triatges, consultes d'infermeria, possibilitat, després d'un curset, d'explorar, receptar, fer revisions del nen sa elles soles... Fins i tot, l'empresa penalitza en els objectius els pediatres i les infermeres que fan revisions que no els toca, i que treballen massa junts. Una aberració, per a mi! Entre la feina que ens treu la infermera, i la que volen assumir alguns metges de família –els teòrics, no els de carrer– sembla que ens volen escombrar de la primària, que no som productius.

Uns quants anys enrere penso que estàvem millor en aquest sentit, havíem aconseguit que la població pediàtrica estigués molt més ben atesa, vacunada, etc. Crec que evitàvem moltes derivacions, anades als hospitals, ingressos i proves innecessàries. Penso que es treballava molt bé i ens ho estant desmuntant des de dalt. I em sap molt greu, perquè a mi em queden dos dies, però jo amb altres vam començar aquesta reforma, i hi creiem absolutament.

Em sap molt de greu pels que seguiran, si això segueix per aquest rumb. Aquí a Girona, i no sé si a altres llocs, continuen optant, ara que ja hi ha prou pediatres, per posar famílies o metges generals sense més, a les places de pediatres, perquè són més polivalents, encara que dels infants sàpiguen el que han après amb una rotació de tres mesos a pediatria.

Perdoneu, ja sé que potser aquest no és el lloc apropiat per parlar d'això, però si haig de fer una mica d'història és inevitable que ho expliqui.



Pepi Almirall passant consulta al CAP.

Experiències viscudes

Eudald Maideu a Campdevàno

En el decurs del temps ha estat un procés de franca basculació de Ripoll capital comarcal i que es decanta, derivant-se la sanitat cap al poble de Campdevàno que la fagocita... on una ràpida i ben dirigida operació progressiva, provoca una evolució del seu Hospital que, partint d'un



Eudald Maideu i Lluís Arçalà a la Jornada d'Artrímies 2015.

patronat i amb monges, amb el metge titular i només amb cirurgia/trauma i un tocòleg a la dècada dels anys 60, fins acabar ara com a hospital comarcal ben estructurat. Fou a partir del 1983-85 que s'acredità dins la XHUP, amb brillant actuació de la direcció mèdica del Dr. Vaquer seguit del Dr. Grané, Director des d'el 2000, i prèvia l'empenta del llest i perspicax gerent Sr. Pere Cuy amb una administració decidida i exemplar d'àmplies mires i un renovat patronat, induint un lent però eficaç canvi de rumb que portà a una "succió absortiva" i a un anorreament de la infraestructura de salut comarcal predemocràtica ripollesa del "CAP-ambulatori d'especialitats i oficines", inaugurat a finals del 1968 per atendre els pacients del *seguro obligatorio de enfermedad* (SOE), passant a ser buidat de contingut i pressupost, transvasant alhora tot el seu potencial sanitari i quedant ja, des de la democràcia, gairebé com a simple CAP a partir del segle XXI.

Tenim ara a la comarca un preuat i premiat Hospital Comarcal, i la cosa no acaba aquí, ja que precisament ara ha entrat en un nivell mes ampli dins l'evolució de la Sanitat estructural amb la creació, fa uns cinc anys, del que jo anomeno "hiperestructura sanitària supracomarcal". Pot considerar-se un pas lògic per acabar amb una oportuna i moderna <joint venture> anomenada "Aliança del triangle territorial", abastant les tres comarques, Osona –Garrotxa-Ripollès, o sigui hospitals de Vic-Olot-Campdevàno amb isòcrones de 30 min, nou repte sanitari per arribar a cobrir i donar ràpida i qualificada atenció sanitària d'un complex d'abast poblacional, fins a sumar els 250.000 habitants, a fi de compartir serveis, incrementar atenció i eficàcia sanitàries. I per damunt de tot, òbviament, amb una oportuna reducció de costos com es demanda de Conselleria en l'època actual de retallades...

La meva evolució com a pediatre durant dècades, a base de retalls desordenats

Per viure com a pediatre a comarques crec que es necessita una dosi base d'humilitat i una superlativa de psicologia comunicativa. D'humanitat aprofundida, pràctica intensiva, filosofia profunda i clínica inveterada, amb teràpia comprovada... I a més de nocions de mecànica pràctica i sobretot, molt més que res, sentit comú. I mooolta paciència!

Són flashos inconnexos de tants anys, i per fer-ne un estudi aprofundit i seriós, caldria uns quants mesos d'arxius i la pressa no em deixa. He picolat la meva memòria i alguns companys, amics metges i amigues d'infermeria, perquè em refresquessin un xic la memòria.

La comarca del Ripollès no havia tingut mai atenció amb pediatre residencial, fins a la dècada del 60 del s XX. Si es feia, era en "consulta" amb un pediatre de fora, des de Vic o

àdhuc Barcelona. Quan vaig arribar, era una dita que *cada dia enterraven un albat*. El primer graó assistencial, tant de toxicologia com de pediatria, era a Vic fins ben entrats els anys 60. Així vaig iniciar o “fundar” la Pediatria de Família de Ripoll i Vallfogona i entorn comarcal. Els primers 10 anys com a interí del SOE i, després, per oposició a Madrid, des de 1973 fins 2004, que se’m jubilà forçosament, essent encara 12 anys consultor de pediatria comarcal del Ripollès i de la veïna/llunyana comarca de la Cerdanya gironina. Ensems vaig estar com a pediatre consultor i cap de Neonatologia fins el 2004 a l’hospital de Campdevànol i ja després com a consultor emèrit fins 2011, finiquitant “retallat” per la crisi... això sí, seguint assistint esporàdicament a sessions i activitats.

De 1961 al 68, residint a Ripoll i com a pediatra interí, passava consulta del SOE en un pis llogat, pagant jo el lloguer prop de l’edifici de l’Instituto Nacional de Previsión, l’INP, de Bonaplata, al Carrer Olot, 5, ben situat: primer pis, rebedor sala d’espera i despatx amb llum natural exterior per un balcó. També anava gratuïtament a visitar els nadons de l’Hospital de Campdevànol, quan el Dr. Cassany que n’era el director, el Dr Colomer el tocòleg, el cirurgià Dr. Vaquer o Sor Bernarda, em cridaven àdhuc per deshidratacions o altra patologia. De 1968 fins 2004, al nou Ambulatori de Ripoll (curios: antic Torí del poble). CAP i centre d’especialitats amb servei d’urgències. Totes les activitats poc a poc han estat absorbides i ampliades abastament per l’hospital de Campdevànol que ara ja és el Comarcal, amb servei públic d’autobús des de tots els extrems de la comarca.

A l’inici de la meua vinguda al Ripollès mantenien connexió amb el Servei de Pediatria de l’Hospital Clínic, amb la Càtedra del Prof. Cruz que, sigui dit de passada, amb el Prof. Molina foren membres del meu tribunal de tesi. Per ingressos i consultes hospitalàries, aprofito, sense abusar de les amistats, des d’Oppenheimer amb les seves agulles Walter patentades tipus baioneta ideals per perfundir deshidratats, Sauleda, Corretger, Prandi, Vicens endocrino, Plaza Montero i Prats Viñas. Igual amb l’Hospital Universitari de Vic, amb tots ells nexes íntims afables i un seriós suport constant. També lligam amb Vall d’Hebron i Sant Joan de Déu, i l’Hospital de nens amb Colls ORL, cirurgia amb Govern Salisachs inoblidable primer, i després Claret Coromines i Canals Riazuelo. I ara, ja amb el Comarcal de Campdevànol per urgències i ingressos des de la seva ampliació.

El meu dia a dia

Al matí a primera hora a les 8, puntual, a l’Hospital a fer neonatologia i el que calgués. Un dia a la setmana anava com Metge especialista en *Medicina de la Enseñanza Media* (UI Menéndez y Pelayo, Santander) per revisar alumnes i fer xerrades sobre prevenció i sexualitat a l’institut de Batxillerat. Va durar uns anys, fins que l’Estat, curiosament encara predemocràtic, ho va anul·lar, amb la falta que fa la prevenció a la drogoaddicció i educar per les relacions interpersonal, sexe inclòs. Al mateix temps, feia domicilis o altra activitat de família i, si esqueia, unes hores a la setmana al Dispensari de Puericultura i Centre de vacunacions del Ministeri Governació DGS, depenent dels serveis Puericultores del Estado a Girona del Dr. Pascual. Època de baby boom i d’immigració intensa del sud peninsular. Consells, controls i directrius escrites en castellà només per pares de lactants. Havíem d’acabar amb la malnutrició, raquitisme, ignorància, mites... A més d’insistir en la lactància materna, donàvem llet –pelargon, elodon– i farina i vitamines que ens cedien, segons necessitàvem, fent petició mensual a Girona. Una tasca educadora “alimentadora”, que suposo fou agraïda. Es va acabar l’any 1970 amb el CAP a ple rendiment.

A les 12 del matí visita a l’ambulatori de Ripoll fins a les 2 o molt més si calia pel nombre de pacients. Consulta amb àmplia sala d’espera, una sala per despullar 3 simultanis i després

la consulta pròpiament dita amb complet instrumental i bàscales... Vaig fer de professor de pràctiques pediàtriques validades per la UAB per estudiants de medicina.

Les urgències no greus del SOE de Ripoll, les fèiem per torns els capçaleres i el pediatre, que era jo, i em tocava fer també les urgències dels adults a les nits a torns setmanals. Posteriorment ja es va muntar un servei d'urgències autònom a l'Ambulatori.

Organitzava les Urgències que precisaven trasllat, sistematitzades jeràrquicament segons patologia i nivell gravetat: 3 a Vall Hebron o a S Joan de Deu, i connexió amb especialistes A la tarda visites privades. 30 anys amb Mútues, després sense i ja només "de pago". Ara moltes són segones opinions, vacunes i altres visites de puericultura o psicopediatria i de seguiment del desenvolupament. Moltes visites especials d'adolescents amb qüestionari específic, TDHA amb protocol. Duració de la visita una hora, exposició temàtiques per ordinador amb projecció de power point, sempre separats dels pares...i una posada en comú al final quan la "visita física"...

Vaig tenir uns anys un RX portàtil RAYXAC, català de soca-rel, amb tub Crisa, dels que fabricava el Dr. Xavier Clariana, Pneumòleg Pediàtric del Clínic i que publicà una obra renombrada sobre la Tuberculosi pulmonar infantil amb iconografies excel·lents... Fa anys en vaig fer donació dels dos, al museu del metge Rural de Sant Feliu de Guíxols. Sé que aquest aparell i el seu llibre en tenien abastament gairebé tots els pediatres de Barcelona i forans. Ara: conveni amb l'hospital i la imatge amb un CD, ja que s'ha de fer digital per evitar radiació.

Advertir que vaig ser un únic pediatre, i un nou pediatre no hi va ser fins a partir de 1969. Sort que ja fórem dos a Ripoll, era desitjable, per l'asfíxia del volum assistencial. I no és fins a la democratització, en què es passa a un tercer a la vall de Camprodon una curta temporada i després, es deriva l'ampliació pediàtrica cap a l'equip d'Hospital comarcal a partir del 2001/04. Quan ja hi hagueren 2 pediatres a Ripoll la feina era més suportable, primer 1969 el doctor Oliva que morí prematurament i després l'any 1977 vingué i quedà fix, l'amic Dr. Miquel Vives, pediatre (escola Cruz) i ripollès, que ha estat jubilat-forçós també, just l'any 2014, amb els quals amical, oficial i mútuament, combinàvem substitucions i qualsevol altra necessitat. Es crea una nova plaça de pediatria, a la dècada dels 78-87 per la vall de Camprodon: Dr. Anselm Camps, que durà pocs anys...

Vaig col·laborar de manera directa des l'inici en la fundació de l'Associació comarcal per la prevenció de la subnormalitat a la comarca i la creació de l'ACPAM el 1968 (ara Fundació MAP). També vam fundar amb uns amics una guarderia (Daina) amb la col·laboració de l'associació Rosa Sensat, per posar-nos al dia quant a aspectes evolutius i pedagogia Montessori. Va aguantar fins al 2014, cinquanta anys en total! Dissortadament, ha desaparegut a causa de les retallades.

A partir del 1983 s'inicià la davallada del centre d'especialitats de l'Ambulatori de Ripoll i van anar absorbint-se serveis a la clínica de Campdevàrol fins que al 2010 quedà a Ripoll just només la consulta del CAP, amb medicina general i pediatria, oftalmo, ORL, odontologia infermeria i vacunacions, i l'oficina de l'administració SS.

L'empenta evolutiva magistral de l'Hospital comarcal de Campdevàrol, fou portada a terme a partir de 1983, ampliant l'edifici i modernitzant tots els serveis, personal i utilitatges inclòs, accelerant l'evolució del 2003 al 2008 i fins a l'actualitat, amb suport de la GenCat Conselleria Salut especialment i amb qualificacions honorables: premi TOP20 2008 la. Posició- CAT hospital petit (de menys de 100 llits) fins arribar avui dia, a ser un hospital de referència amb solera i equip pediàtric complet. Compta per tant amb un servei de pediatria territorial que cobreix una població infanto-juvenil de prop de 3.500 i dóna l'abast a tota la comarca passant visita els 5 pediatres actuals, dirigits pel bon amic i especialista el Dr. Lluís Arçalà,

com a Cap de Servei, abastant territorialment des dels Caps de Camprodon a Sant Joan de les Abadesses, per la dreta del Ter, i a l'esquerra Ribes de Freser i Campdevàrol i, finalment al centre i aiguabarreig dels rius a Ripoll, cadascun amb els seus respectius nous ambulatoris tipus Centre Assistència Primària.

També vaig impulsar la creació, als baixos de l'antic hospital asil de Ripoll –l'hospital municipal del segle XVI–, d'un dispensari de puericultura: alimentació i inici de l'administració de totes les vacunacions. La infermera era subvencionada per l'Ajuntament, jo actuava com a puericultor diplomad, sense remuneració, i funcionà des del 1963 fins al 1973. Orgànicament depenia de la Direcció General de Sanidad i del *Puericultor del Estado* a Girona (el meu bon i íntim amic Dr. Peyo Pascual); allà tot era medicina preventiva, puericultura pura i dura, però molt bé, en tinc molt bon record.

Juntament amb el Dr. Campistol pare i altri, vàrem organitzar diversos cursos de puericultura per la població en general amb publicació d'un llibre a Girona a la Biblioteca. Afirmar que, fins a final de segle passat, no s'acceptava cap nen a guarderia o al "cole" sense carnet de salut complet... Un bon control, que ara no es fa i així anem... Ull amb un increment espectacular d'immigració forana, desprotegida: qui sap si ens tornarà a visitar com autòcton el paludisme, no seria estrany als Aiguamolls i al Delta...

Per dissort, ara ha estat notícia amplíssima la diftèria mortal d'Olot. Pot més el poder de la comunicació interpersonal, francament ignorants, que la convicció dels sanitaris... És certament molt trist i crec que, en certa manera, és un fracàs de la sanitat, que fa pensar molt. Pot més una mal comunicador que la nostra tasca preventiva, o és que ens vàrem adormir. Quan diuen alguns que las vacunes són opcionals, a mi em sufoca i se'm regira l'estómac... És precís retornar a parlar llargament. Insistir i convèncer, i deixar tanta parafernàlia cibernètica. I a més, en visitar fer com sempre, la visita amb nen despullat, i sobre la taula d'exploració, primordial... Ara ja em diuen els pares, que el metge visita darrera una pantalla... Ull, no les pantalles de Rx com abans sinó les d'ordinador, ep! no tots i menys els pediatres! però cura de la fama! Serà que la crisi o les retallades fan amagar la cara del professional?

Juny 2014-15: Equip pediàtric territorial del ripollès creat per l'ICS i l'hospital de Campdevàrol: eficaç experiència única i innovadora a Catalunya. Des de 2008 encara que d'una manera menys estructurada, ja existia un cert equip de pediatria a l'hospital, per desenvolupar tasques pediàtriques de consulta i preventives, en el qual també jo hi posava un xic el nas, com consultor emèrit ja i extern. Un equip de 4 pediatres, que es coordinen i es distribueixen per la tasca pediàtrica passant diàriament visita a l'hospital i als CAPs de Ribes de Freser, Campdevàrol, Ripoll, Sant Joan de les Abadesses i Camprodon. Sessions clíniques setmanals, guàrdies pel servei d'urgències hospitalari, treball conjunt sistematitzat per protocols, informació compartida sistematitzada, organitzant l'atenció, tant la programada com la continuada i urgent, de manera compartida.

No he volgut comptar numèricament ni mai ni ara, el nombre de nens o nois i noies que he tractat i visitat en tota la meua vida, fossin de la meua comarca i/o també de les perifèriques abastant Osona, Cerdanya, Berguedà, Garrotxa, Pla de l'Estany, Gironès, Costa Brava, Vallès menys i algun de Barcelona o entorn... i també d'Osseja a França. Sí que jo iós, puc dir que he visitat ja 3 generacions que ja és dir!

Tots passen i tots passem, i potser jo, també aviat, ja hauré passat.

Pediatria comunitària. Equips de pediatria territorial

Manuel Enrubia

Podem recordar l'any 2005 com el de l'inici de la crisi del sistema d'atenció sanitària als infants. Hi havia la sensació generalitzada que mancaven molts pediatres –també altres metges– i l'augment de la població immigrada coincidia amb un augment important de naixements. La manca de pediatres va acabar sent tema recurrent a la premsa i a les trobades professionals.

Fruit d'aquesta situació van anar sorgint diverses iniciatives i propostes, algunes sorgides d'àmbits professionals no pediàtrics i altres de liderades per pediatres, que anaven des de proposar la reducció de l'edat d'atenció pediàtrica i tornar al sistema vigent durant el franquisme fins a canviar les estructures organitzatives i donar un paper cabdal als pediatres. Es van unificar serveis de pediatria d'hospitals amb pediatres d'atenció primària per donar tots els serveis a la població, i es van crear direccions clíniques o comitès pediàtrics a diferents àrees del país.

Un dels comitès que més ressò i durada van tenir va ser el Comitè Assessor de Pediatria de l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat, de l'Institut Català de la Salut (2005-2010), que va sorgir a proposta dels nostres companys Josep Bras –aleshores president de la Secció d'Atenció Primària de la Societat Catalana de Pediatria (SCP)– i Josep Lluís Pi –en aquell moment un dels pocs pediatres amb responsabilitats al Sindicat de Metges de Catalunya. El Comitè estava compost per un pediatre i una infermera de pediatria de cadascun dels serveis d'atenció primària que componien l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat; això va permetre abordar els diferents problemes de l'atenció a la població infantojuvenil de la ciutat des d'una perspectiva multidisciplinària i que va donar lloc a propostes que encara perduren i algunes de les quals es van estendre a la resta del país: guies d'actuació clínica, rotació reglada i acreditada dels residents de pediatria per atenció primària a Barcelona, creació de la figura del coordinador docent de pediatria o el document de distribució de funcions entre pediatre i infermera de pediatria, que va permetre aclarir que tots dos professionals han de treballar en equip i tenen un paper important en tot procés d'atenció a l'infant.

Coincidint en el temps, el Departament de Salut, impulsat per la nostra companya M. Luisa de la Puente, va engegar l'elaboració del Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària, en el qual van participar totes les societats científiques de l'àmbit de l'atenció primària i mig centenar de professionals de la pediatria. Cal destacar el paper dels nostres companys Jaume Iglésias, aleshores president de l'SCP, Josep M. Bosch Banyeras, Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria i alguns membres del Comitè assessor de pediatria de l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona ciutat. Aquest pla, que es va publicar l'any 2007, advoca per la reordenació de l'atenció pediàtrica en l'àmbit de l'atenció primària creant equips de pediatria territorial amb dues modalitats d'organització, i preveia implantar-se entre els anys 2008 i 2011, amb dos punts crítics per a la implantació: que els directors de pediatria tinguessin capacitat real de decisió i que les infermeres assumissin més responsabilitats en el programa d'activitats preventives i de promoció de la salut amb el suport dels pediatres de l'equip.

Fruit de l'aplicació d'aquest pla, l'any 2008 neix l'Equip de Pediatria Territorial de l'Alt Penedès, liderat pel nostre company Vicente Morales. En un moment en què molts alcaldes de la zona demanaven atenció pediàtrica al seu municipi, el Dr. Morales va proposar una organització basada en l'aprofitament de tots els recursos d'atenció pediàtrica de l'atenció primària de l'Alt Penedès (tres àrees bàsiques de salut) sense tancar cap dels consultoris

oberts i augmentant les possibilitats d'atenció al nucli central. Van aconseguir fer un projecte atractiu per als pediatres –van passar del 50% de les places cobertes per no pediatres a tenir gairebé tot l'equip format per pediatres–, i també per a la població, ja que les urgències hospitalàries es van reduir en un 30%, per exemple. Actualment, Vicente Morales dirigeix també el Servei de Pediatria de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès i el seu equip està reconegut com a tal per l'Institut Català de la Salut, encara que no pel CatSalut.

Poc temps després, i per tal de donar solució als problemes d'atenció pediàtrica del l'Alt Urgell, es va crear l'equip de Pediatria dels Pirineus, liderat pel nostre company Jordi Fàbrega. Van crear una cooperativa de pediatres impulsada i participada per l'Hospital Sant Joan de Déu que s'encarrega de tota l'atenció pediàtrica, tant hospitalària com d'atenció primària, a la comarca de l'Alt Urgell. S'han convertit en una referència de com es pot oferir una atenció pediàtrica estable, eficient i de qualitat a una zona d'alta muntanya.

Malgrat que semblava que aquestes dues iniciatives marcarien el camí per on s'havia d'implementar el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària, malauradament no va ser així. Van sorgir diferents iniciatives pel país que no van reeixir; tenien en comú la poca o nul·la participació dels pediatres en la definició o el desenvolupament dels projectes, de vegades els directius el que perseguen era fer agrupacions de pediatres per reduir les cobertures o reduir el nombre de places, obligar els pediatres d'atenció primària a fer guàrdies sense un sentit assistencial clar, semblava que l'ús de l'expressió «territorial» fos una patent de cors perquè els pediatres haguessin d'acceptar qualsevulla arbitrarietat de les direccions corresponents. Tot això va provocar una aturada de l'extensió del model de pediatria territorial al país.

Malgrat totes les dificultats que algunes direccions posaven, la inquietud de molts pediatres per millorar l'atenció a la població infantojuvenil i la insistència de la Secció d'Atenció Primària, presidida en aquella època per Elisa de Frutos, i per M. Carmen Monzón, després, i dels presidents de l'SCP durant aquesta època (Jaume Iglésias, Vicente Molina i Ferran Moraga), amb les seves juntes davant el Departament de Salut perquè finalitzés la implantació del Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària va permetre mantenir el camp obert per continuar fent propostes de millora en l'organització de la pediatria d'atenció primària.

Fruit d'aquests esforços va sorgir l'oportunitat de crear un nou concepte d'atenció a la població infantojuvenil a la zona de Barcelona Esquerra: el Centre d'Atenció Pediàtrica Integral (CAPI) Barcelona Esquerra, un grup de pediatres d'atenció primària i hospitalària treballant en equip des de l'any 2013. És bo recordar l'article «Tots som pediatres», del nostre company Xavier Demestre, president de l'SCP en aquell moment, publicat a *Pediatria Catalana* l'any 2004:

«Per donar resposta a les necessitats de la població de la zona es va constituir, l'any 2003, una aliança estratègica entre l'Institut Català de la Salut, l'Hospital Sant Joan de Déu i el Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample amb la participació del Consorci Sanitari de Barcelona, creant un centre dissenyat i dedicat a l'atenció pediàtrica amb una direcció única per part d'un pediatre d'atenció primària. Els professionals de les tres institucions mantenen les seves vinculacions amb les seves institucions d'origen, i treballen en equip amb una estructura i una imatge corporativa pròpies constituint una organització innovadora per tal de donar una assistència sanitària d'alta qualitat a la població. S'estructura en les tres unitats següents:

Unitat de pediatria d'atenció primària: atén una població de 17.000 infants de cinc àrees bàsiques de salut; totes les del districte de Les Corts (4A, 4B i 4C) i part del districte Sants-Montjuïc (3E i 3G). Compta amb catorze pediatres, tretze infermeres, un auxiliar de clínica,

vuit persones de gestió i serveis, una treballadora social i un odontopediatre. És un sol equip, amb una zona d'influència i una població úniques. Per donar una atenció integral es va incorporar la figura de la treballadora social pediàtrica i la de l'odontopediatre, enlloc dels professionals d'adults que dediquen part del seu temps als infants.

Unitat de pediatria especialitzada: hi participen els especialistes de l'Hospital Sant Joan de Déu de les especialitats següents: oftalmologia, traumatologia, otorinolaringologia, immunoal·lèrgia, neurologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, nefrologia. També s'ha implantat una consulta de teledermatologia. Aquesta organització ha permès fer la reforma de l'atenció especialitzada de pediatria en un període curt de temps; tots els especialistes que visiten l'infant des de l'inici són especialistes pediàtrics.

Unitat de pediatria d'urgències: es tracta d'un centre d'urgències d'atenció primària (CUAP) pediàtric en horari de 8 a 22 hores cada dia. Disposa de cinc boxs, una sala de reanimació i una sala d'observació. Hi donen servei un pediatre, un infermer i un administratiu, amb reforç els caps de setmana i festius. Hi participen pediatres de l'Hospital Sant Joan de Déu i pediatres d'atenció primària que han volgut afegir-s'hi.»

S'han establert protocols d'actuació conjunta entre les diferents unitats, fet que ha permès endegar innovacions com la interconsulta virtual, sol·licitar l'acreditació de centre docent multiprofessional associat a l'Hospital Sant Joan de Déu i iniciar activitat investigadora, aspectes que no s'havien pogut dur a terme amb l'antiga organització.

Aquest nou concepte d'organització de l'atenció pediàtrica ha estat molt ben rebut, tant per la població –com s'ha constatat a les reunions dels consells de salut dels districtes– com pels professionals –tant d'atenció primària com de l'Hospital Sant Joan de Déu.

El Centre d'Atenció Pediàtrica Integral Barcelona Esquerra ha estat guardonat amb el Premi a l'Excel·lència Professional 2015 del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.



Vicente Morales, Ferran A. Moraga-Llop, Manel F. Enrubia als Premis a l'Excel·lència Professional COMB 2015.

Experiències d'autonomia de gestió en equips territorials de pediatria a La Seu d'Urgell i l'Alt Penedès-Garraf

Jordi Fàbrega i Vicente Morales

Des del 1985, el tipus d'organització en relació amb l'atenció pediàtrica a Catalunya era regulat per un decret del 1985 (84/1985, de 21 de març), i els pediatres i les infermeres de pediatria estaven integrats dins els equips d'atenció primària (EAP). La nova realitat poblacional i social de Catalunya, els avenços en el coneixement científic i la capacitat competencial de diversos professionals dels EAP, junt amb el dèficit d'especialistes en pediatria, fet que és especialment evident a les poblacions rurals i sobretot a les comarques més allunyades dels grans centres hospitalaris, van generar noves necessitats en el procés d'atenció, que va requerir una actualització del model assistencial. Per aquest motiu, es va plantejar actualitzar el tipus d'organització de l'atenció pediàtrica impulsat pel Departament de Salut d'acord amb les entitats proveïdores de serveis i les societats científiques (Societat Catalana de Pediatria, Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica i Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya). L'any 2007 es va aprovar el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària (PEOAP), un pla que centra l'atenció en els territoris més que en les àrees bàsiques de salut (ABS). Es van donar les bases per formar els equips d'atenció primària pediàtrica territorial, amb la integració de tots els pediatres i infermeres amb activitat de pediatria de les ABS del territori i de l'hospital de referència. La missió era ordenar l'atenció pediàtrica per tal de continuar proveint una assistència d'alta qualitat, però fent-la més resolutiva i potenciant una coordinació en xarxa entre els diferents nivells assistencials i els altres recursos de què disposa el sistema, a més d'apropar-la a l'entorn natural de l'infant i l'adolescent a les escoles i a la comunitat.

Aquest fet va obligar a buscar noves iniciatives que incorporessin prou al·licients per aconseguir que els pediatres decidissin traslladar-se a treballar a aquestes zones¹. Bona part d'aquestes iniciatives es basen a augmentar el poder de les decisions dels professionals mateixos per autoorganitzar-se, sense la rigidesa de les empreses clàssiques, amb el que es coneix com autonomia de gestió.

En el cas de la pediatria a Catalunya, els dos exemples més evidents d'aquestes experiències són Pediatria del Pirineus i l'Equip de Pediatria Territorial de l'Alt Penedès-Garraf.

Equip territorial de Pediatria a La Seu d'Urgell

Jordi Fàbrega

La comarca de l'Alt Urgell, als Pirineus occidentals, és la segona comarca més gran de Catalunya, amb 1.447,48 km² de superfície, però una de les de més baixa densitat de població, amb 15,22 habitants/km²; té 80 km de longitud i molts petits nuclis rurals, la majoria de difícil accés. La capital de la comarca, la Seu d'Urgell, compta amb 13.060 habitants, i és a només 10 km de distància de la frontera amb Andorra, a 136 km de Lleida (capital de la província i lloc on està ubicat el seu hospital de



Equip de Pediatria dels Pirineus. *D'esquerra a dreta:* Isabel Carvajal, Pablo Ercoli, Joaquín Astete, Gloria Ortiz, Jordi Fàbrega, Tatiana Valencia, Oscar Rosell

referència) i a 178 km de Barcelona. A nivell sanitari forma part de la Regió Sanitària de l'Alt Pirineu i Aran (RSAPiA).

Per tal de donar cobertura sanitària als 22.037 habitants (amb uns 3.700 infants) que resideixen a la comarca, així com als turistes que la visiten durant tot l'any, però especialment a l'estiu i durant la temporada d'esquí, disposa d'un hospital comarcal, la Fundació Sant Hospital (FSH) de la Seu d'Urgell, amb atenció pediàtrica i parts; i dos centres d'assistència primària (CAP) separats 45 km de distància, que inclouen un total de dinou consultoris locals. L'FSH és una fundació privada sense ànim de lucre que depèn d'un patronat local, i forma part del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT), mentre que tota l'atenció primària de la comarca està gestionada per l'Institut Català de la Salut (ICS).

El dèficit de pediatres que han d'afrontar molts hospitals (sobretot comarcals) i CAP era molt evident en aquesta comarca, allunyada dels grans centres urbans. A més, la presència de dos proveïdors diferents, per als dos nivells d'atenció, dificultava la coordinació entre els professionals que depenien de diferents empreses, sobretot per la cobertura de les vacances o les eventuais baixes laborals, a més de dificultar la formació continuada.

Així, abans de fer-se la nova estructura, l'FSH comptava amb una única pediatra de plantilla, i un pediatre que treballava en un altre centre amb un contracte de guardies per assegurar-ne la cobertura. D'altra banda, dels quatre contingents pediàtrics d'atenció primària, només dos eren atesos per pediatres, i els altres dos estaven a càrrec d'un especialista en medicina de família. Un d'aquests pediatres col·laborava també en la cobertura de guardies de l'hospital.

El mes d'octubre del 2009, amb l'objectiu de garantir la qualitat i la sostenibilitat de la prestació de l'atenció pediàtrica integral, se signà un conveni entre els diferents proveïdors de salut (FSH i ICS) i l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (HSJD), sota la supervisió del Departament de Salut (CatSalut), per tal de prestar l'assistència pediàtrica, primària i hospitalària, a tota la comarca. Els professionals pediatres implicats es van constituir en un nou model d'entitat de base associativa (EBA) mitjançant la personalitat jurídica d'una societat cooperativa catalana limitada professional (SCCLP), que es va anomenar Pediatria dels Pirineus, SCCLP, amb socis col·laboradors i socis treballadors, i va assumir, a més de l'assistència pediàtrica, totes les decisions organitzatives, econòmiques i legals.

Amb aquest nou model, es va traspasar la gestió de la prestació pròpiament dita, emprant els circuits ja definits per a l'atenció primària i l'atenció especialitzada hospitalària, tant per a la programació i el registre de l'activitat assistencial, com en la generació de peticions de productes intermedis i la derivació de pacients, sense gestionar les despeses d'aquestes prestacions (proves complementàries, farmàcia, material sanitari i altres)²⁻³.

Aquest model d'atenció es basa en sis treballadors i la participació de l'HSJD. El director assistencial és responsable de l'organització del servei; monitoritza la qualitat i en fa el seguiment; manega les incidències i cobertures; és el referent pediàtric per a les direccions assistencials de l'ICS i l'FSH; fa activitat assistencial i assumeix el càrrec de cap de servei de Pediatria de l'FSH. Els socis treballadors i professionals restants permeten donar la cobertura pediàtrica dels diferents contingents pediàtrics de la comarca i col·laborar amb el director assistencial en l'assistència a l'FSH i en les possibles cobertures als dos ambulatoris. Les infermeres pediàtriques segueixen depenent de l'ICS, però funcionalment estan integrades en la nova estructura.

Aquesta nova organització ha permès doblar el nombre de pediatres que fan assistència a la comarca (de tres a sis), de manera que s'ha aconseguit la cobertura del 100% de l'assistència pediàtrica, tant de l'atenció primària com de l'hospitalària, incloent-hi totes les guàrdies hospitalàries, de manera que es dona cobertura pediàtrica totes les hores del dia i tots els dies de l'any.

La direcció assistencial de Pediatria dels Pirineus té capacitat per organitzar i prioritzar la tasca assistencial, fet que ha permès una reorganització de les consultes en funció de la conciliació de la vida laboral i familiar dels professionals, i s'aconsegueix la dedicació del 15% de la jornada laboral a la docència (quatre dies setmanals dedicats a l'assistència i un cinquè a la tasca docent), amb rotacions periòdiques per especialitats pediàtriques a l'HSJD.

A pesar que solament quatre pediatres disposen de contingent pediàtric propi, entre els sis pediatres de la comarca es fan cobertures entre ells, per tal de garantir la continuïtat adequada (als dos CAP i a l'FSH) durant el temps dedicat a la docència, als diferents cursos formatius, a les vacances o als permisos i en les incidències eventuais.

En l'àmbit assistencial s'ha fet la cobertura pediàtrica del 100% i el 96% dels dies als CAP de la Seu d'Urgell i de l'Alt Urgell Sud, respectivament. I, a més, s'ha implementat l'atenció amb visites pediàtriques al CAP de la Seu d'Urgell durant dues hores els dissabtes al matí (l'únic CAP de tota l'RSAPiA que fa aquest servei). Així mateix, s'ha aconseguit el 100% de la cobertura hospitalària (torn de matí i guàrdies localitzables els 365 dies de l'any). Amb aquesta cobertura de pediatria a l'atenció primària s'ha aconseguit un excel·lent nivell d'accessibilitat de la població, amb un 100% d'èxit en els intents d'obtenir visita pediàtrica en cita prèvia abans de 48 hores⁴.

Des del punt de vista de qualitat assistencial, s'ha evidenciat un increment notable en els estàndards de qualitat assistencial (mesura emprada a nivell intern de l'ICS per monitorar la qualitat en l'assistència i estandarditzar-la en els diferents ambulatoris) als dos CAP de la comarca. Aquest fet ha repercutit, al mateix temps, en una disminució de les visites pediàtriques al Servei d'Urgències de l'FSH del 30%, més evident a les franges horàries en què el CAP de la Seu d'Urgell està obert (incloent-hi els dissabtes al matí), en què la reducció ha estat del 66%⁴. Aquesta redistribució del flux de visites del Servei d'Urgències Hospitalàries cap a l'atenció primària ha comportat, evidentment, una clara disminució del cost sanitari global⁵.

S'ha evidenciat una disminució del 33% de totes les derivacions en forma global a altres centres fora de la comarca, així com del 41% dels trasllats interhospitalaris fets des d'urgències o hospitalització de l'FSH. S'ha millorat el temps de resolució de patologies, que ha permès organitzar millor les visites dels pacients que es desplacen a l'HSJD per rebre valoració per part de les diferents subespecialitats pediàtriques, i s'ha aconseguit minimitzar els viatges de la població de l'Alt Urgell, gràcies a disposar de la participació activa de l'HSJD en el projecte⁴.

La relació docent amb l'HSJD ha implicat la incorporació de cada professional en un servei especialitzat en pediatria, i ha permès la formació en subespecialitats pediàtriques, amb la consegüent realització de consultes de subespecialitats al territori.

El setembre del 2011 es va iniciar un web (pediatriadelspirineus.org) amb un consultori virtual per als pares i mares dels infants de la comarca, que ha estat molt ben rebut i utilitzat a la comarca.

Donats els bons resultats d'aquesta experiència, el juny del 2012 es va ampliar aquest sistema a tota la Unitat Maternoinfantil de l'Alt Urgell, amb la incorporació dels obstetres/ginecòlegs de l'FSH i de les llevadores, tant de l'FSH com de l'ICS.

Equip de Pediatria Territorial de l'Alt Penedès-Garraf

Vicente Morales

La comarca de l'Alt Penedès està formada per vint-i-sis municipis i té una extensió de 515.88 km². Té una població de 96.287 habitants, 17.088 dels quals són infants menors de 14 anys. La capital de la comarca és Vilafranca del Penedès, amb una localització geogràfica bastant central. Els punts d'atenció pediàtrica estan repartits segons el nivell assistencial entre tres proveïdors: l'Institut Català de la Salut, l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès i l'Hospital de Sant Joan de Déu.

L'Equip d'Atenció Primària de Pediatria de l'Alt Penedès està distribuït en tres unitats: Vilafranca del Penedès, Sant Sadurní i Sta. Margarida i els Monjos. A l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, a Vilafranca del Penedès, hi ha servei d'urgències i maternitat 24 hores al dia, 365 dies l'any, i consultes externes. L'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat, hospital terciari de referència, és a 50 km, comunicat a 30 minuts per via ràpida (autopista de peatge).

L'Equip d'Atenció Primària Pediatria Territorial de l'Alt Penedès està format per catorze pediatres, tretze infermeres de pediatria, incloent-hi el director i l'adjunta d'infermeria, una auxiliar de clínica i cinc administratius.

La comarca del Garraf està formada per sis municipis, quatre de litorals (Vilanova i la Geltrú, Sitges, Sant Pere de Ribes i Cubelles), i dos de muntanya (Canyelles i Olivella). Té una extensió total de 185.1 km² i una població de 145.000 habitants, 22.491 dels quals són infants menors de 14 anys. L'Equip d'Atenció Primària de Pediatria Territorial del Garraf està distribuït en set unitats: Vilanova i la Geltrú, Sant Pere de Ribes, Roquetes, Sitges, Cubelles, Cunit (que pertany a la comarca del Baix Penedès) i Canyelles.

A la comarca hi ha l'Hospital Comarcal dels Camils, a Sant Pere de Ribes, que compta amb servei de pediatria d'urgències, ingressos, maternitat i consultes externes. L'Hospital de Sant Joan de Déu, hospital terciari de referència, és a 42 km, comunicat aproximadament a 30 minuts per via ràpida (autopista de peatge), i la comunicació entre Vilanova i la Geltrú i Vilafranca del Penedès, des de la posada en funcionament d'un nou tram d'autovia, es pot efectuar en uns 15 minuts.

L'Equip d'Atenció Primària Pediatria Territorial del Garraf està format per divuit pediatres, divuit infermeres de pediatria, incloent-hi l'adjunt pediàtric i l'adjunta d'infermeria, i quatre administratius.

Per entendre els equips de pediatria territorial de l'Alt Penedès i el Garraf és important observar-ne cronològicament l'evolució i la dinàmica en relació amb els punts més significatius. L'any 2007 es va publicar el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària (PEOAP); el 14 de gener de 2008 es va constituir, seguint el model 1 del PEOAP, l'Equip d'Atenció Pediatria Territorial Alt Penedès; el gener del 2009 es va constituir, seguint el model 1 del PEOAP, l'Equip d'Atenció Pediatria Territorial del Garraf; l'11 de juny de 2012 l'Equip d'Atenció Pediatria Territorial Alt Penedès va evolucionar al Model 2 del PEOAP, i es va signar el Conveni



Equip de Pediatria Territorial Alt-Penedès-Garraf.

marc de col·laboració a pediatria entre l'Institut Català de la Salut (ICS), el Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i l'Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat.

El 12 de febrer de 2013, el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya va publicar l'acord següent⁶, que marca una fita històrica per a la pediatria catalana:

«El Consell d'Administració de l'ICS ACORDA:

1. Crear, en els termes previstos en el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària aprovat pel Departament de Salut l'any 2007, els equips d'atenció primària de pediatria territorial (EAPT) següents:
 - EAPT Alt Penedès, compost per les àrees bàsiques de salut Sant Sadurní d'Anoia, Vilafranca Urbà i Penedès Rural.
 - EAPT Garraf, compost per les àrees bàsiques de salut Cunit-Cubelles, Vilanova 1, Vilanova 2, Garraf Rural i Sitges.
2. La direcció d'aquest equip serà exercida per un director o una directora d'equip i un adjunt o una adjunta a la Direcció. La forma de provisió d'aquests càrrecs i la seva retribució seran les mateixes que, a hores d'ara, hi ha establertes per als equips d'atenció primària C2 de l'Institut Català de la Salut.
3. La Direcció Gerència de l'Institut Català de la Salut elaborarà una instrucció que regularà el procés d'afectació de les places que han de passar a formar part d'aquest nou model organitzatiu i en què es preservaran les adequades garanties d'informació de les persones afectades i de participació dels òrgans de representació del personal.»

L'any 2014 es va oferir a tots dos equips la possibilitat d'integrar-se, i l'1 de desembre d'aquell mateix any es va iniciar la integració, de manera que van passar a tenir una població assignada total de 39.579 infants menors de 14 anys, atesos per 32 pediatres, 31 infermeres, una auxiliar de clínica i vuit administratius.

Els últims anys, i des de la formació dels equips de pediatria, s'ha aconseguit una fidelització dels professionals, sense la rotació habitual en els pediatres de les ABS, un aspecte que la població valora molt positivament. El 80% dels professionals són titulats especialistes en pediatria i la resta són metges de família, que fàcilment troben el suport dels companys pediatres a l'hora de compartir l'activitat assistencial. El personal d'infermeria té formació i experiència pediàtrica.

Seguint les línies marcades pel Pla de salut de Catalunya 2011-2015, els objectius de l'equip són oferir una assistència sanitària excel·lent als nens i les nenes d'entre 0 i 14 anys de les nostres comarques, amb la millora de la resolució al territori de l'Alt Penedès i el Garraf en els primers nivells, gràcies a la gestió territorial de l'atenció pediàtrica, incloent-hi els aspectes assistencials, els professionals i els espais; potenciar l'educació sanitària per tal de millorar l'autocura i el coneixement de la malaltia; desenvolupar sistemes d'informació (TIC) per tal de facilitar l'accessibilitat de la població i millorar la comunicació entre els diferents nivells assistencials⁷.

Els pediatres i les infermeres de pediatria, sota una perspectiva biopsicosocial, apliquen els protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica, segons la medicina basada en l'evidència, i combinen de manera eficient les activitats preventives i de promoció de la salut amb les actuacions assistencials a l'edat pediàtrica, a la llum de l'evidència científica i de l'experiència de cada professional. Atenen les visites sol·licitades per patologia aguda, fan el seguiment de les patologies cròniques, atenen els infants amb factors de risc social, cultural i amb minusvàlues, tant a la consulta, com telefònicament, al domicili, o bé en línia, i donen resposta als problemes sanitaris de la comunitat, l'escola i la família. Les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) representen un instrument imprescindible per fomentar l'actualització dels coneixements i facilitar el treball en xarxa i la comunicació dels profes-

sionals d'atenció primària amb la resta de professionals de la comarca (treballadors socials, psicòlegs, mestres, tècnics de salut dels ajuntaments, CAS, CSMIJ, CDIAPE...), així com de l'atenció hospitalària comarcal i de l'Hospital Sant Joan de Déu. S'han desenvolupat eines de comunicacions amb les famílies, com les xarxes socials, el blog <https://icspediatriaaltpenedes.wordpress.com>, *Twitter*, *Facebook*, etc. El blog ha aconseguit, a 1 de juny 2015, 37.486 visites, i s'ha posicionat com un dels blogs més visitats de l'ICS.

Un aspecte fonamental i que no hem d'oblidar és la implicació dels professionals a millorar la seva carrera professional, que ens ha portat a desenvolupar dos aspectes; en primer lloc, la incorporació de subespecialitats al territori, portada a terme per pediatres o infermeres de l'equip, que ha facilitat als pacients i a la resta de companys, la resolució i l'actualització en patologies prevalents. Segon, buscar fórmules participatives per no perpetuar la barrera entre nivells assistencials, primària i hospitalària, participant i col·laborant en diferents serveis hospitalaris o assistencials, tant els professionals d'un àmbit com d'un altre.

El projecte Vincles amb Primària de l'Hospital Sant Joan de Déu ha contribuït a la millora de la capacitat resolutiva en l'àmbit de l'atenció primària i ha afavorit la relació col·laborativa assistencial i de suport entre els professionals de pediatria de tots dos àmbits, potenciant aspectes fonamentals com la formació continuada.

En relació amb els resultats, s'han demostrat uns resultats molt positius tant a nivell quantitatiu, de gestió econòmica i assistencials, com qualitatiu. En aquests aspectes, s'ha d'evidenciar un increment dels indicadors assistencials tant a nivell de qualitat assistencial (EQA), com de qualitat en la prescripció farmacèutica (EQPF), i estàndards de qualitat i seguretat del pacient. El primer any es va aconseguir una disminució de les visites a urgències hospitalàries del 25%, així com una disminució del volum de derivacions i un augment en la resolució en l'àmbit del territori. La ràtio entre població assignada i població atesa supera el 80% i les enquestes de satisfacció entre la població han estat molt positives.

Tot això en un medi semirural que necessita una gestió eficaç del temps. S'ha fet un ús racional de les proves complementàries, els recursos terapèutics i les derivacions, i s'ha procurat tenir una alta capacitat de resolució per evitar desplaçaments i despeses innecessàries.

Aquests nous models de gestió en equips territorials de pediatria han permès, sense un increment de la despesa pública, una millor cobertura pediàtrica de tota una zona, amb visió territorial, continuïtat en l'atenció, integració en el sistema de salut i sostenibilitat. El programa de formació continuada ha permès l'adhesió al territori de pediatres amb una formació excel·lent, i aquest fet ha repercutit en els resultats assistencials a mitjà i llarg termini.

Si el nostre objectiu principal és cuidar, prevenir i promocionar la salut infantil, creiem que aquests dos models, tant Pediatria dels Pirineus com l'Equip de Pediatria Territorial de Alt Penedès-Garraf, són exemples d'èxit, compaginant il·lusió i pragmatisme, en un moment històric difícil i en un entorn de grans dificultats econòmiques i desconfiança, en què es demostra que hi ha unes altres maneres d'organitzar-se confiant en la professionalitat i la gestió de pediatres i infermeres de pediatria.

Referències

- Acord 11/2012, de 28 de juny, del Consell d'Administració de l'Institut Català de la Salut, de creació dels equips d'atenció primària de pediatria territorial. DOGC núm. 6313, de 12 de febrer de 2013, p. 7508.
- De Pablo González R. La culpa de que el sistema no funcione, ¿la tiene la atención primaria? FMC 2007;14(4):173-5.
- Fàbrega J, Ruiz G, Vega JL, Del Castillo M, Riba J, Rosell O, et al. Cooperativa de pediatres. Una alternativa per garantir l'atenció pediàtrica en territoris amb difícil cobertura. *Pediatr Catalana* 2012;72:8-13.
- Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. *Valoración actual y retos futuros*. *Rev Adm Sanit* 2005;3(1):73-81.
- Llei 15/1990, d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC). DOGC núm. 1324, de 30 de juliol de 1990, p. 3660-73.
- Llei 11/1995, de modificació parcial de la LOSC, aprovada pel Parlament de Catalunya el dia 29 de setembre de 1995. DOGC núm. 2116, de 18 d'octubre de 1995, p. 7538-40.
- Morales-Hidalgo V, Morera-Ransanz G, Pujol-Puyanè MC, Fernández-Blanco J, Roca-Domingo M, Puig-Vives AM. Cinc anys de pediatria territorial, cinc anys de pediatria en xarxa. *Pediatr Catalana* 2014;74:56-8.

10

La pediatria catalana als hospitals de comarques



Josep Bras.

Introducció

Josep Bras

La Societat Catalana de Pediatria (SCP) recull en les seves actes les dades de cada exercici, que s'intenten aplegar periòdicament i, en el seu context, esbrinar-ne el sentit històric. Els darrers vint-i-cinc anys no constitueixen cap període històric tancat, ans al contrari, en paraules de Valentí Fuster «tots anem en un jet molt veloç, però que no sabem on ens du». Potser serà aquest el paradigma històric del nostre temps, l'acceleració dels canvis tecnològics, amb indefinició d'objectius. L'únic que no canvia, doncs, és el canvi: la creativitat està garantida, l'estrès adaptatiu i la urgència d'una reflexió filosòfica, també. Potser com sempre. No cal que ens posem tràgics.

La població catalana s'ha anat agregant entorn a quatre nuclis o anells –Barcelona i el seu primer anell (Vallès, Maresme i Baix Llobregat), i Tarragona, Lleida i Girona, amb els anells corresponents–, on s'han incrementat els graus d'urbanització, i per tant de tecnificació, exigència i estrès competitiu. En aquest sentit, la visió majoritària de les anomenades comarques, des de l'úrbis barcelonina, és força imprecisa i, sovint, ruralment idealitzada.

Comarques? En la mesura que s'han repoblat han augmentat el seu grau d'autonomia. En salut tenen metges, hospitals i xarxa sanitària (assistència>docència>recerca). I sobretot s'ha millorat la xarxa viària, i especialment el transport sanitari (ambulàncies medicalitzades, transport de mostres clíniques i mobilitat digital de proves d'imatge i dades). Però encara continuen certes inèrcies barcelocèntriques.

En la població rural dispersa, sense massa crítica, continua la precarietat dels serveis, entre absències de metges –per la distància als grans nuclis– i la petja d'alguns herois locals –fenomen típic català, tipus Imma Caubet. Evolucionant a batzegades.

El moment epidemiològic i la demanda sanitària

Passem del paradigma epidemiològic de patologia simple aguda –amb predomini d'atenció urgent i quirúrgica: el centre sanitari es desplaça a prop de la població– al de patologia complexa, crònica o adaptativa –amb atenció sofisticada, amb més prevenció, educació i controls seriatos: la població es desplaça al centre sanitari.

L'organització sanitària es va iniciar amb un model d'equitat geogràfica –«la urgència mesurada en quilòmetres o en minuts»–, i en l'actualitat es regeix per una altra lògica, funcional i

geoeconòmica, més complexa: l'oferta de subespecialistes es basa en l'ajust entre l'oferta i la demanda de serveis, i se'n calcula el cost-productivitat-qualitat-satisfacció: de la distribució geodemogràfica de «les piràmides i les quotes» es passa a l'anàlisi socio sanitària i econòmica, amb més pes dels gestors locals.

El paradigma actual de l'ordenació sanitària es podria resumir en la tensió bipolar següent: mentre la demanda vol el màxim de subespecialistes en proximitat, l'oferta proposa centres amb un mínim de dotació i d'especialistes (massa crítica), els suficients per garantir la qualitat. A més, la viabilitat pressupostària passa a un primer pla, especialment des de la crisi políticoeconòmica dels convulsos anys 2010.

Dit això, roman el problema de la demanda urgent i gratuïta, que confon la por amb la comoditat, i sovint és una vàlvula d'escapament dels dèficits de l'oferta assistencial («si no em poden donar visita o m'he d'esperar molt, me'n vaig a urgències»). L'economia del sistema permetent una certa desburocratització.

La digitalització de blogs amb contingut sanitari ha augmentat les possibilitats de comunicació entre ciutadans i professionals. La imatge digital és una nova exigència de qualsevol servei d'atenció –«si no ets a Internet, no existeixes». L'aparició de les xarxes socials ha facilitat l'aparició de nous referents com «la mamá pediatra» (Amàlia Arce), a la qual han seguit força webs pediàtrics d'autor, i els grups actius de pediatres, inicialment molt lligats al seu veïnatge i amistat (com Pediatres de Ponent, Pediatres de l'Alt Pirineu, etc.), però amb una difusió social que transcendeix el territori.

Pel que fa als webs institucionals, cal remarcar el web de l'Associació Espanyola de Pediatria d'Atenció Primària (AEPap) –fundada per pediatres catalans i amb molta presència seva–, que ha aconseguit un share altíssim; Pediatria Basada en l'Evidència, que és una altra iniciativa digital d'èxit dins l'àmbit professional; Faros, el web d'educació comunitària en salut que va iniciar Santiago García-Tornel a l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues i que ha estat seguit per altres webs, i finalment el web de l'SCP.

Tot això dóna més consistència al treball en xarxa de cada sanitari, i modifica les relacions entre hospitals i primària, i la presència social de la tasca pediàtrica. Es tracta, a més, d'una versió sostenible, àgil i econòmica de comunicació que acabarà sent la principal en gairebé totes les activitats d'aquesta societat (tant de la societat catalana, en general, com de la Societat Catalana de Pediatria).

Amb l'aparició de les aplicacions per a tauletes i telèfons mòbils s'ha tornat a multiplicar l'ús de les telecomunicacions o TIC. En aquest model, la informació queda globalitzada –molt abundant, barata i accessible–, però, com al famós Speaker's Corner del Hyde Park de Londres, sense control de qualitat: la difusió d'errors també ha quedat globalitzada. Ara ens cal tornar a aprendre a llegir, sense fronteres geogràfiques, però amb filtres o criteris de fiabilitat i traçabilitat. Abans, per saber s'havia de llegir, i ara, per llegir se n'ha de saber.

L'organització sanitària, els hospitals comarcals i la pediatria

Al llarg dels darrers trenta anys hem assistit a la implantació plena de la pediatria als hospitals comarcals de Catalunya, amb l'expansió de la seva cartera de serveis.

Fent un petit record cronològic veurem que l'any 1980 es va publicar el primer mapa sanitari de Catalunya, que es va començar a desplegar el 1983. Implicava una ordenació territorial del sistema sanitari, tant de l'atenció primària com de l'organització hospitalària.

L'any 1981 el govern d'Espanya va transferir l'INSALUD a la Generalitat de Catalunya, que el 1983 va crear l'Institut Català de la Salut (ICS).

L'any 1985 es va publicar la reforma de l'atenció primària i es va crear la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), que va reciclar hospitals privats ja existents i en situació pre-cària mitjançant la creació de consorcis públics. Gràcies als concerts amb el Servei Català de la Salut aquests centres es van transformar en els nuclis d'una moderna xarxa pública d'hospitals comarcals.

Metges especialistes provinents dels grans hospitals i amb una formació clínica excel·lent es van anar incorporant als hospitals comarcals, i així es va impulsar la qualitat assistencial al conjunt del territori català.

Com que els infants són uns grans demandants dels serveis d'urgències, ràpidament va sorgir la necessitat del pediatre d'urgències als hospitals comarcals. I tenint en compte les complicacions imprevistes dels parts, també va sorgir immediatament la necessitat de pediatres per assistir els nadons.

Treballant en el marc d'hospitals generals bàsics, sovint s'han tingut dificultats per fer entendre les necessitats específiques d'atenció a la infància, tant pel que fa a espais diferenciats com a professionals (pediatres i infermeres), com a material adequat.

Com que els pediatres dels hospitals comarcals saben delimitar molt bé la patologia que poden assumir amb seguretat per al pacient de la que necessita derivació, estan especialment ben preparats per establir els pacients greus abans del trasllat. En aquest sentit, l'any 1995 hi va haver una gran millora amb la creació del Servei d'Emergències Mèdiques pediàtric (SEMP), un sistema de transport medicalitzat d'infants als hospitals de referència, o bé de la mare-incubadora-de-transport abans de parts prematurs o problemàtics, en la mesura que resulta possible.

Amb el pas dels anys s'han anat desplegant als hospitals comarcals les consultes de subespecialitats pediàtriques: endocrinologia, pneumologia, digestologia, neurologia i nefrourologia, en la majoria, i en alguns també cardiologia, hematologia i neonatologia.

Actualment, la feina assistencial dels hospitals comarcals ja cobreix el 80% del total d'hospitalitzacions del seu territori, així com una gran majoria de consultes externes de subespecialitats i de consultes a urgències.

La incorporació a la docència de MIR (pediatres i metges de família) i la creació d'unitats de recerca són uns altres dos vessants que han ajudat a consolidar la qualitat professional dels hospitals comarcals.

La coordinació amb l'atenció primària, compartint assistència (subespecialitats, guàrdies...) i formació continuada és un altre element organitzatiu, facilitat pel desenvolupament de l'eCAP i les TIC en conjunt. En alguns territoris s'ha implantat un model de gestió conjunta de la pediatria (primària i hospitalària) com a servei únic.

Mentre l'antiga funció dels hospitals-residències es trasllada a les famílies i als centres socio-sanitaris, l'atenció primerenca o primària s'organitza en centres de salut o CAP; la gran dotació tecnològica (nivell III) se centra, segons l'eficiència, a Barcelona i els nous grans nuclis. Enmig, i com a «teixit conjuntiu del sistema», hi ha la xarxa dels quaranta hospitals comarcals, a cavall entre l'atenció primària (nivell I) i els grans hospitals de nivell III. Sovint hi grinyola l'adequació pediàtrica de certs especialistes, però s'està millorant. El fet d'estar enmig de la xarxa els ha dut a arrelar-se molt en la realitat local i a adaptar-se a la demanda.

El paper de les oficines de farmàcia comunitàries en l'atenció sanitària és molt més important que la suposada per la majoria de metges, tant en consultes de puericultura com en la primera atenció a moltes demandes directes, de vegades amb la dispensació d'especialitats farmacèutiques publicitàries (EFP) i la gestió de les receptes electròniques.

Tot aquest conjunt de realitats s'ha anat gestionant amb uns escassos recursos públics, amb una dotació inferior a la dels països europeus de referència. Això s'agreuja especialment des de la crisi econòmica mundial del 2008-2010, augmentada aquí per la bombolla immobiliària i amb una obscena taxa d'aturats que ha superat el 20% de la població activa, fet que ha generat un augment de la demanda pública. Els límits pressupostaris amb què s'ha gestionat la sanitat pública a Catalunya –les conegudes «retallades»– han malmès en part l'anterior ritme de desenvolupament sanitari que Catalunya havia assolit.

Alguns exemples territorials de l'exercici de la pediatria, segons els seus protagonistes

Val d'Aran

Segons indica Imma Caubet, el desembre del 1981 el Departament de Salut de la reinstaurada Generalitat de Catalunya va engegar el Programa Sanitari Val d'Aran i es va iniciar un gran canvi: es va construir un nou hospital (l'Espitau Val d'Aran) que integrava l'assistència primària i l'hospitalària. En aquesta important etapa cal reconèixer algunes de les persones que ho van fer possible: els doctors Josep Laporte i Xavier Trias, a més d'Elvira Guilera i Lluís Bohigas.

Era un gran repte. En pediatria calia començar de zero, no hi havia cap registre, ni documentació clínica, ni material de consulta, i sobretot hi mancava equip. Tot estava per fer, mai no hi havia hagut assistència pediàtrica. Els primers anys, la soledat professional s'equilibrava amb la il·lusió i la vocació. Només així se superaven tots els obstacles i se seguia endavant.

El 1985 es va inaugurar l'Espitau, amb un equip humà jove, moltes ganes i un equipament nou i modern. Ja eren dos pediatres: Imma Caubet, formada a l'Hospital de Granollers, i Ferran Barranco, format a la Vall d'Hebron, que al cap de cinc anys va ser substituït per Antoni Verdú; després, Orlando Name, i sempre, Òscar García Algar, com a col·laborador per vacances i suplències.

Les característiques geogràfiques, meteorològiques i demogràfiques de la Val obliguen a un perfil professional una mica peculiar. Ser pediatre a la Val d'Aran és ser pediatra de tot: atendre els nadons (uns 100 a l'any), algun infant hospitalitzat (trenta llits d'hospital), la consulta d'atenció primària (entre 35 i 40 visites diàries) i els infants amb patologia crònica; interrelacionar-se amb els especialistes dels hospitals pediàtrics de referència, urgències i emergències (guàrdia localitzada 15 dies al mes cada pediatre); estar amatent a la salut escolar, l'educació sanitària de les famílies, el treball en xarxa amb els serveis de salut mental, els serveis socials, el CDIAP, l'EAP. Una altra peculiaritat de la Val és la derivació de malalts, en casos especials, a Tolosa de Llenguadoc.

D'altra banda, hi ha moltes tasques que exigeixen formació permanent, global i lluny dels llocs de formació, tot i que les TIC cada vegada ens apropen més. La interconnexió amb els companys pediatres especialistes dels hospitals de referència ha estat tan necessària com excel·lent, i de gran ajut per a una bona atenció als infants, als quals ha evitat els desplaçaments innecessaris.

També s'agraeix el reconeixement i el suport de tots els companys de la Societat Catalana de Pediatria. La Val d'Aran ha estat seu de diverses reunions científiques: reunió anual de l'SCP, reunió dels hospitals comarcals i reunió dels Pediatres de Ponent.

Passats ja més de trenta anys, ara es visiten els fills dels qui s'ha vist néixer, i els que eren els pares ara són els avis dels petits pacients.

Els canvis socials també han arribat a la Val, amb noves famílies provinents del Magrib, l'Europa de l'Est o Amèrica del Sud.

Terres de Ponent

Segons indica Anton Robert Gomà i Brufau, cap del Servei de Pediatria de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, des de l'any 1980 la pediatria a les Terres de Ponent ha anat canviant. Intentant resumir, aquests canvis serien:

- Una direcció i una gerència de l'hospital més professionalitzades.
- Canvis lents en l'organització assistencial i docent del Servei de Pediatria.
- Posada en marxa de l'ampliació i la construcció del nou hospital en tres fases, des del 1987 fins al 1994. Creació i modernització dels serveis hospitalaris centrals (UCI, quiròfans centrals i obstètric, laboratoris, Servei d'Urgències General, etc.). El Servei de Pediatria va haver d'esperar fins a la tercera fase.
- Després d'allotjar cardiologia pediàtrica, al·lèrgia pediàtrica, nounats i urgències pediàtriques, va caldre esperar fins al període 2004-2008 per aconseguir la modernització del servei amb àrees lúdiques (ciberaula i Pallapupes), i més subespecialitats pediàtriques (gastroenterologia, neurologia, cardiologia, nefrologia, pneumologia), cirurgia infantil (en precari), a més de la implicació dels serveis generals en consultes pediàtriques (dermatologia, psiquiatria i traumatologia).
- A partir del curs 1982-1983 comença la docència de pregrau a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, amb les assignatures de Pediatria i Clínica Pediàtrica, de manera que l'Arnau de Vilanova passa a ser hospital universitari.
- El 1992 es posa en marxa la formació MIR de pediatria a l'hospital, ara ampliada a tres MIR per any.
- A més de les sessions clíniques del Servei de Pediatria, cal afegir el curs anual d'Urgències Pediàtriques, el màster en Reanimació Cardiorespiratòria i la progressiva activitat dels grups de Nens Maltractats, Lactància Natural, Asma, sessions conjuntes en línia i sessions participatives dels CAP, com els «Dimecres Pediàtrics a Balaguer» o les sessions de Pediatres del Pirineu, entre altres.
- L'arribada progressiva de pediatres de nova formació als CAP de Lleida, Balaguer, Molle-russa, les Borges Blanques, Tàrrega i l'Hospital Provincial Santa Maria de Lleida, i la modernització i la creació dels hospitals comarcals de la Val d'Aran a Vielha, del Pallars a Tremp i de l'Alt Urgell a la Seu d'Urgell impulsen un salt qualitatiu en la xarxa sanitària de les Terres de Ponent.

Figueres i Girona

Segons indica Lluís Mayol i Canals, excap de pediatria de l'Hospital de Figueres i després de l'Hospital Universitari Josep Trueta de Girona, l'any 1987 a l'Hospital de Figueres es va crear un servei de pediatria comarcal, rigorós i modern, que va desenvolupar les especialitats

pediàtriques, i on es va començar a desenvolupar un model d'atenció integrada hospital-primària, concretament amb el CAP de Roses.

L'any 2005 el Dr. Mayol va succeir el seu mestre, el Dr. Jaume Macià, com a director clínic de pediatria a l'hospital universitari Josep Trueta de Girona (HUJT), i aprofundeix en el desenvolupament de les especialitats pediàtriques, la neonatologia i les cures intensives pediàtriques, al mateix temps que inicia un projecte de treball en xarxa amb l'atenció primària i els hospitals comarcals, recordant la tasca docent de MIR pediàtrics.

Ripollès

Segons indica Eudald Maideu i Puig, el juny del 2014 es va crear, a l'Hospital de Campdevànol, i amb l'ICS, un equip de pediatria únic per donar servei a tots els nens i nenes de la comarca.

Amb aquest plantejament va néixer l'Equip Pediàtric Territorial del Ripollès (EPT), que dona assistència tant d'atenció primària com hospitalària i ha comportat la creació d'un nou òrgan de gestió compartida. Actualment està dotat amb cinc pediatres, dirigits per Lluís Arcalà com a cap de servei. Les millores en la comunicació, tant viària com digital, han millorat bastant l'accessibilitat sanitària a tota la població.

Manresa

Segons indica Santi Nevot, l'Hospital Sant Joan de Déu de Manresa es va jerarquitzar l'any 1981, amb un cap de servei de Pediatria, cinc metges adjunts, un cirurgià infantil, un anestesista i personal d'infermeria, una unitat neonatal, servei d'urgències i consultes externes de pediatria, i de subespecialitats pediàtriques: al·lèrgia-pneumologia, gastroenterologia, nefrologia, neonatologia, neuropediatria.

El 31 de desembre de 1994 es va fer el primer part d'assistència pública a l'Hospital General de Manresa (abans Sant Joan de Déu) i els parts privats van restar a la Clínica Sant Josep. L'inici de l'activitat d'obstetrícia i ginecologia, juntament amb el Servei de Pediatria, va donar lloc a la creació del Departament Maternoinfantil.

Tot això impulsà una pediatria integral amb coordinació de l'assistència pediàtrica tant a les àrees bàsiques com a l'hospital. El Servei de Pediatria va ampliar les subespecialitats pediàtriques incorporant endocrinologia, hematologia, infeccioses, etc.

L'acreditació de la unitat docent de Pediatria i les àrees específiques del Servei de Pediatria el 30 d'abril de 2007, la incorporació del primer resident al servei de pediatria el maig del 2008 i el concert entre la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) i la Fundació Althaia el conformen com a hospital universitari.

Anoia

Segons indica Carme Jou, l'Hospital d'Igualada va experimentar una profunda remodelació l'any 1990, amb un cap de servei, quatre adjunts, els pediatres de guàrdia i dos pediatres que fan consultes externes de pediatria i de les subespecialitats pediàtriques: immunoal·lèrgia, neuropediatria, nefrourologia, endocrinologia, gastroenterologia i neonatologia. Les urgències també són ateses per pediatres a temps parcial. El Servei d'Emergències Mèdiques Pediàtriques i el transport aeri han representat una època de millora de la qualitat. Des del 1995 es disposa d'un CAPIP (Centre d'Atenció Psiquiàtrica Infantil Primària), compartit

amb l'Hospital Sant Joan de Déu de Martorell. El 2007 es va inaugurar un nou hospital amb una superfície total construïda de 30.000 m².

Un esment especial es mereix el Dr. Marc Riera (1938-2011), impulsor de la modernització de la pediatria de l'hospital, de la primària i de la comarca. Va ser-ne cap de servei des del 1980 fins al 2003, i cap de servei emèrit fins al dia que ens va deixar.

El 2013 es va iniciar el Grup d'Obesitat Infantil de l'Anoia (GOIA), una unitat multidisciplinària amb endocrinòleg pediàtric, nutricionista, dietista, psicòleg pediàtric, psicòleg d'adults i monitor d'educació física, amb coordinació dels professionals de pediatria i infermeria de les diferents àrees de salut. I el 2015 va néixer l'Hospital de Dia de Psiquiatria Infantil i Juvenil.

Terrassa

Segons indiquen Abel Martínez Mejías i Roger Garcia i Puig, històricament a Terrassa hi ha hagut una bicefàlia, avui identificable amb l'Hospital de Terrassa del Consorci Sanitari de Terrassa i l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

L'any 1977, el Dr. Josep M. Novellas Mallafré va consolidar el Servei de Pediatria a l'Hospital Sant Llätzer, l'acredità per a la docència MIR, va incorporar un cap d'estudis i residents de pediatria i creà la figura de cap de servei. El primer va ser Josep M. Febrer Bosch, que el 1981 va ser substituït per August Saenz Bernat. S'hi van anar incorporant subespecialitats pediàtriques (endocrinologia pediàtrica, cirurgia infantil i hematologia). Més endavant el Dr. Saenz Bernat va ser substituït per Dolors Soriano Belmonte, i l'atenció especialitzada es va anar ampliant fins a l'actualitat: cardiologia, al·lèrgia, dermatologia, oftalmologia, gastroenterologia, nefrologia, neonatologia, neuropediatria, otorinolaringologia, pneumologia, psicologia clínica i psiquiatria infantojuvenil.

El 1983 es va crear el Consorci Sanitari de Terrassa (CST), amb la participació de la Generalitat de Catalunya, l'Ajuntament de Terrassa i la Fundació Sant Llätzer, per posar en marxa l'Hospital de la Mancomunitat Sabadell-Terrassa, ubicat a Torrebonica, a 4 km del centre de Terrassa, dotat amb 500 llits, i que llavors estava paralitzat. El 5 d'octubre de 1989 l'Hospital Sant Llätzer es va traslladar a Torrebonica i es transformà en l'Hospital de Terrassa del Consorci Sanitari de Terrassa (CST), amb un Servei de Pediatria amb divuit llits pediàtrics, més dotze de nadons i urgències.

A més de la docència MIR de pediatres i MFiC, el Consorci Sanitari de Terrassa ha incorporat l'Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa. L'any 2014 s'hi incorporà el Dr. Abel Martínez i Mejías.

Des dels anys 1980 el Servei de Pediatria de l'Hospital Mútua de Terrassa s'havia centrat en la neonatologia, i el 1989, amb el trasllat del Sant Llätzer a Torrebonica, s'amplià amb Urgències pediàtriques, Hospitalització, i la Unitat Neonatal i una UCINN amb més cabuda. A partir del 1993 el va dirigir Lluís Tobeña i Boada, i es va ampliar amb cirurgia infantil i neonatal, pneumologia, otorinolaringologia i oftalmologia. El 1995 s'hi van afegir hematologia, gastroenterologia, al·lèrgia i immunologia, nefrologia, endocrinologia, nutrició i atenció al nen immigrant, i salut mental infantojuvenil. L'any 1997 la Mútua de Terrassa es va renovar amb un espai pensat per als infants, i integrant un nou equip perinatal i d'obstetrícia d'alt risc. El 1998 la Mútua va rebre l'acreditació per a la formació MIR de pediatria, i el 2001 va rebre el primer resident.

L'any 2002 el cap del Servei de Pediatria es reformulà com a cap de l'Àrea Pediàtrica Integrada (hospital i primària) en una direcció única. El 2006 el Dr. Tobeña va ser substituït per Jaume Margarit i Mallol, cirurgià infantil, que va consolidar l'Àrea Pediàtrica Integrada.

L'any 2007 es va signar l'acreditació com a centre universitari associat a la Universitat de Barcelona de l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

L'any 2014 la Mútua va mancomunar l'Àrea Pediàtrica amb el Servei de Pediatria de l'Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, i el cap del Servei Mancomunat va ser Roger Garcia i Puig.

Granollers

Segons indica Margarita Català, el Servei de Pediatria de l'Hospital General de Granollers és un dels serveis de pediatria comarcals més antics de Catalunya. Encara ara és l'únic servei de pediatria de tot el Vallès Oriental. La seva història comença el desembre del 1978, quan tres pediatres provinents de la Clínica Infantil de la Vall d'Hebron (Josep M. Bosch Banyeras, Amàlia Zuasnábar i Margarita Català), juntament amb tres pediatres de l'Hospital de Granollers (Joaquim Bosch Marcet, Artur Puig i Albert Bau), van engegar la jerarquització del Servei de Pediatria, amb una àrea d'Hospitalització Pediàtrica de vint-i-dos llits i una àrea de Neonatologia de dotze llits amb dues d'UCI Neonatal. El Dr. Bosch Banyeras en va ser el cap de servei durant uns deu anys. La dinàmica d'aquells primers anys va ser espectacular i el creixement, exponencial.

Aquest hospital va començar l'assistència pediàtrica del Servei de Pediatria fins als 14 anys, que posteriorment es va ampliar fins als 18, edat que encara és l'actual. El 2014 hi corresponia una població pediàtrica de 76.000 persones.

La neonatologia ha estat sempre una de les estrelles del centre, i en aquests moments és referència obstetriconeonatal de la comarca d'Osona i de tot el Vallès Oriental.

Durant els primers anys es va potenciar la relació amb els pediatres de la comarca, tant els de l'assistència pública com els de la privada.

Anualment s'organitza un curs de formació continuada en pediatria adreçat a tots els pediatres de la comarca en què durant tot un any acadèmic es fan sessions mensuals. El primer es va fer el curs 1979-1980, i l'èxit que ha tingut entre els pediatres de la comarca ha perdurat fins avui dia, fins al punt que el curs 2014-2015 ja se n'ha celebrat el 35è.

El 1982 van ser acreditats per a la formació especialitzada en pediatria i àrees específiques, i des d'aquesta data tenen residents.

El 2015 disposen de consultoris de pràcticament totes les especialitats pediàtriques: pneumologia, al·lèrgologia, oncohematologia, cardiologia, gastroenterologia i nutrició, nefrologia, endocrinologia i neuropediatria. També disposen d'una consulta de medicina pediàtrica, amb disponibilitat ràpida i preferent per donar resposta ràpida als pediatres d'atenció primària que ho sol·licitin.

Al mateix temps que s'anava consolidant el Servei, anaven sorgint altres serveis de pediatria en hospitals comarcals, fins que la coordinació entre tots va portar a organitzar les reunions anuals de serveis de pediatria d'hospitals comarcals de Catalunya. El Servei de Pediatria de l'Hospital de Granollers va organitzar la primera d'aquestes reunions. Malauradament ja fa uns quants anys que aquestes reunions es van deixar de celebrar.

Les retallades en el pressupost durant la crisi econòmica del 2010 han estat molt dures per al Servei de Pediatria. Malgrat tot, no s'ha deixat de fer assistència, docència i recerca. L'hospital s'ha incorporat a la docència universitària i forma part de la Universitat Internacional de Catalunya des del 2012.

L'any 1997 l'Hospital de Mollet va iniciar la seva dotació pediàtrica amb una Unitat d'Urgències Pediàtriques, liderada per M. Lluïsa Masiques (formada via MIR a l'Hospital de Granollers), i l'any 2010 es van traslladar al nou hospital.

Maresme

Segons indica Roser Díez, l'any 1998 es creà el Consorci Sanitari del Maresme (Institut Català de la Salut, Consell Comarcal del Maresme i Ajuntament de Mataró). Els precursors eren l'Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena, i l'Aliança Mataronina. L'abril del 1999 s'obria el nou Hospital de Mataró, amb un Servei de Pediatria que incorporava cardiologia, neuropediatria, hematologia, infectologia i psiquiatria infantil, i neonatologia, i que es va convertir en un servei de referència de nivell IIB.

Al Maresme, la immigració de subsaharians i magribins ha estat molt alta i la natalitat d'aquest grup, elevada. Això ha comportat més diversitat cultural i més incidència de malalties importades o de baixa prevalença en la resta de població infantil.

L'organització del sistema de transport d'emergències pediàtric (SEM pediàtric) ha resultat fonamental en els casos d'infants crítics que requereixen trasllat al centre de referència, l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona.

El Servei de Psiquiatria i Salut Mental Infantojuvenil del Consorci del Maresme té una àrea d'influència que va des del Masnou fins a Tordera, amb una població de referència de 377.608 habitants. El 2011 es va inaugurar la Unitat d'hospitalització de Psiquiatria Infantil.

L'any 2008 el servei de pediatria de l'Hospital de Mataró va obtenir l'acreditació per a la formació MIR de pediatria.

Des dels anys vuitanta es fa un programa de formació continuada per a pediatres d'atenció primària, especialitzada, infermeres i metges de família: l'any 2014 se'n va celebrar la XXX edició.

Tarragona

Segons indiquen Adolf Gómez-Papí i Ricardo Closa, adjunt i cap de Servei de l'Hospital Joan XXIII de Tarragona, respectivament, el 1980, a l'Hospital Joan XXIII, l'hospital provincial de referència, hi havia sis facultatius especialistes i un MIR per any. Les guàrdies de l'estiu eren especialment dures: en ser zona d'estiueig, algunes de les poblacions properes (Salou, Cambrils, Torredembarra) augmenten la seva població fins a deu vegades i llavors no hi havia una xarxa d'atenció mèdica adaptada a aquests canvis estacionals.

Va ser de gran ajuda el reconeixement i el suport dels gestors sanitaris a la proposta dels professionals, liderats per Xavier Allué, de crear un servei de pediatria planificat per als canvis que s'intuïen en la pediatria per als vint anys següents. L'any 1994 la nova planta de pediatria va ser construïda seguint les recomanacions internacionals del moment i el Servei va ser considerat modèlic, ja que tenia en compte la participació dels pares en les cures de tots els pacients pediàtrics, especialment en els nadons. I, de fet, les primeres publicacions espanyoles d'experiències en cures centrades en el desenvolupament van ser fetes al Servei. L'any 1997 va ser dels primers hospitals espanyols acreditats com a hospital amic dels nens per la tasca de protecció, promoció i suport a l'alletament matern.

L'hospital és universitari des del l'any 2000 i ha anat cobrint totes les especialitats pediàtriques i les àrees d'atenció hospitalària d'alta especialització (UCI neonatal i Urgències pediàtriques), amb el compromís que a partir del 2016 es recuperará l'UCI pediàtrica).

El 2015 la plantilla del Servei de Pediatria compta amb disset pediatres (més els que hi estan vinculats amb guàrdies) i des de fa uns quants anys s'hi formen tres MIR de pediatria a l'any.

L'atenció pediàtrica de la regió sanitària corresponent està repartida entre quatre proveïdors: ICS, SAGESSA, Pius de Valls i Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla (XSSST). La relació entre

proveïdors és cordial, però no hi ha una planificació conjunta. Els últims anys, les autoritats sanitàries, conscients d'aquesta situació, han signat convenis de col·laboració i una unitat funcional entre alguns dels proveïdors.

Reus i Baix Camp

Segons indica Joaquín Escribano Subías, els últims vint-i-cinc anys es corresponen amb la història d'un servei de pediatria dins l'hospital general universitari Sant Joan de Reus, que ha definit el seu àmbit assistencial i la seva capacitat docent i investigadora.

Carles Martí Hennenberg va iniciar el Servei de Pediatria com a cap de servei, junt amb un cap clínic i quatre metges adjunts –amb vuit habitacions, uns vint llocs d'hospitalització, i consultes externes d'endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, pneumologia i nefrologia pediàtriques–, en el si d'un hospital recentment jerarquitzat i vinculat a la Universitat de Barcelona, en la seva sucursal de Reus.

A més de pediatria s'hi ensenyava clínica pediàtrica i fisiopatologia del desenvolupament, estudis sobre creixement i nutrició, amb una unitat d'investigació en nutrició, creixement i desenvolupament humà.

Lluís Soler va aconseguir impulsar la docència de postgrau, i ampliar i millorar l'estructura arquitectònica del servei fins a vint-i-quatre pacients i consultes externes d'al·lèrgia, patologia infecciosa, cardiologia, neonatologia i medicina pediàtrica, i després gastroenterologia, pneumologia, neurologia i cardiologia.

Es van consolidar els cursos de formació continuada, acreditats per la Societat Catalana de Pediatria, que s'han prolongat de manera ininterrompuda fins a l'actualitat. També es van fer els primers cursos monogràfics de subespecialitats, que van millorar considerablement l'oferta formativa pediàtrica a les nostres comarques, de manera que s'ha reforçat l'oferta formativa adreçada a pediatres, de primària i hospitalaris, i s'han generat estratègies de cooperació internivells.

L'acreditació per a la docència MIR i el naixement de la Universitat Rovira i Virgili, independent de la Universitat de Barcelona, van consolidar la presència de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut a la ciutat de Reus.

L'any 2000 es va crear un nou i modern hospital a la ciutat, i Joaquín Escribano va assumir la direcció del Servei de Pediatria. La unitat d'Urgències Pediàtriques era independent, amb sis boxs d'exploració, quatre d'internament, dos boxs centrals de reanimació, i dotació d'infermeria pròpia. L'àrea d'hospitalització disposa de vint-i-quatre habitacions individuals, una ciberaula i una zona de jocs, decorats amb motius infantils inspirats en tradicions culturals de la ciutat. L'àrea de neonatologia es va ampliar i millorar (cinc llocs d'UCINN i deu de cures intermèdies).

S'han unificat les jerarquies universitària i assistencial i s'han impulsat la docència i la recerca. Així mateix, s'ha creat una unitat de recerca conjunta amb l'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

Terres de l'Ebre

Segons indiquen Emili Marquès i Jaume Rosal, des de l'any 2000 molts ciutadans d'arreu del món han arribat a les Terres de l'Ebre, principalment des del Magrib, Amèrica del Sud i Europa de l'Est; això ha condicionat un augment demogràfic important, i ha fet que prop del 35% dels nadons dels darrers anys siguin fills de mares estrangeres, fet que comporta una gran diversitat cultural.

Les Terres de l'Ebre queden lluny de la metròpolis i dels centres de decisió política. El cens de pediatres és el mateix que fa vint anys, mentre hi ha pobles de vint mil habitants que encara no disposen de pediatre. La celebració a Tortosa de la IV Reunió Anual de l'SCP el 1996 va aconseguir millorar el nivell de cohesió entre tots els pediatres ebrenca, i el nivell de coordinació entre hospital i primària ha continuat millorant, sobretot pels cursos de formació continuada tutelats per l'SCP.

L'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta ha impulsat el desenvolupament de les especialitats pediàtriques (cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, pneumologia, neurologia), i la consegüent acreditació per a la docència MIR l'any 2005 ha resultat un bon punt d'inflexió. Com que els MIR passen per pediatria primària, els nous pediatres, i fins i tot els metges de família, tenen una millor preparació per a la patologia pediàtrica més habitual i el control periòdic del nen sa.

Però com diu el poeta, «tot està per fer i tot és possible!».

Elements de canvi en la situació actual

La tasca pediàtrica sembla viure en crisi:

1. Varia l'espectre de la demanda assistencial, amb l'increment de TDAH i al·lèrgies, obesitat, sedentarisme i digitalització, desajustos adaptatius, violència infantil i juvenil; l'explosió del fet migratori internacional; la variació de les estructures i dinàmiques familiars amb la crisi de les formes de parentalitat.
2. La pediatria, feminitzada, es reclus als hospitals i redueix el seu pes polític a l'atenció primària, en benefici de la medicina de família, la infermeria i la psicologia.
3. La parcel·la pediàtrica queda laminada als hospitals i disseminada a l'atenció primària.
4. En el moment en què la plantilla i els coneixements pediàtrics són millors que mai, el joc de forces aparta el col·lectiu pediàtric del camp que li és propi, el bandeja i l'obliga a seguir formant els professionals que els suplantaran. Fins on arribarà aquest col·lapse?
5. Mentre els metges companys de treball són excel·lents, els seus dirigents professionals –i sovint els empresarials– ens volen foragitar i substituir per altres professionals objectivament menys preparats per atendre infants de 0 a 15 anys.
6. Els col·lectius més interessats en la salut infantil i juvenil, com ara les associacions de pares d'alumnes i els pediatres, encara no treballem una estratègia que preservi el dret de la població infantil a una òptima atenció sanitària.
7. Tenint en compte la restricció pública de cabals per a la sanitat, tot indica que la pediatria acabarà sent una oferta exclusiva dels serveis privats.
8. Intentarem no oblidar que el futur de l'ésser humà sempre són els infants, que han de constituir un camp d'inversió preferent.

Les últimes dues dècades de la pediatria al Maresme Central

Roser Díez

Els últims anys, tota la societat ha fet un progrés important en moltes àrees socials, i concretament en l'àmbit de la salut. He intentat reflectir en aquest text els canvis més rellevants que han tingut lloc a la comarca del Maresme Central, canvis que formen part d'una millora global i contínua de l'atenció a la salut dels nostres infants en tots els vessants que té.

En aquesta millora convergeixen els canvis organitzatius, el creixement pel que fa a la cartera de serveis assistencials i, per tant, l'augment de la complexitat de la patologia dels nostres malalts, i per últim, el gran esforç que aquesta comarca ha fet en apostar per la docència.

L'evolució organitzativa

La gran transformació de l'assistència sanitària de la comarca del Maresme té lloc l'any 1998 amb la creació del Consorci Sanitari del Maresme (CSdM), integrat per tres institucions públiques: Institut Català de la Salut (ICS), Consell Comarcal del Maresme i Ajuntament de Mataró. Els precursors del CSdM són l'Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena, l'origen del qual es remunta al segle XVII, i l'Aliança Mataronina, mutualitat de previsió social fundada el 1909.

El 12 de desembre de l'any 1998 es va inaugurar el nou Hospital de Mataró, però no va ser fins al 24 d'abril de 1999 que es va posar en marxa. S'hi van centralitzar, a més de les unitats d'hospitalització dels serveis pediàtrics, l'activitat d'atenció especialitzada i les urgències hospitalàries. Això va millorar el nivell assistencial hospitalari i, per tant, la qualitat de vida dels pacients pediàtrics i les seves famílies; s'evitaven trasllats innecessaris a altres centres sanitaris lluny de casa seva i d'aquesta manera es feia que Mataró fos més capital de la comarca.

El CSdM ofereix atenció sanitària general a la franja central de la comarca del Maresme, amb una població de 217.934 habitants, i gestiona la salut mental de tota la comarca, amb una població de referència molt superior. L'atenció pediàtrica queda englobada dins aquests canvis, amb la millora i l'ampliació de les prestacions sanitàries que hi havia fins aquell moment.

El continu assistencial atenció primària, atenció especialitzada i social és la base de les organitzacions sanitàries integrades, com ara el CSdM; la coordinació d'aquests serveis de salut té com a objectiu la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia i el tractament de malalties agudes o cròniques al nostre territori. També considera clau les aliances estratègiques amb centres sanitaris i institucions del territori (atenció primària de l'ICS, CDIAP, etc.). Es garanteix l'accessibilitat dels infants al sistema sanitari i es treballa en l'àmbit de la salut pública i la prevenció amb els programes de salut a l'escola.

Aquesta nova manera de fer requereix la participació activa de tots els pediatres, infermeria i altres treballadors de la salut, tenint com a valor principal la idea que l'infant i la seva família són l'eix central de la seva activitat, generant confiança i credibilitat, assegurant la informació com a punt essencial per a la presa de decisions i respectant els valors i les creences religioses en una societat en què la multiculturalitat està molt present.

Al Maresme, l'emigració de països subsaharians i del Magrib ha estat històricament molt alta, amb una natalitat elevada; això ha estat un repte per als pediatres de la comarca. La integració de mediadores culturals als equips assistencials ha estat fonamental en l'atenció d'aquestes famílies, que formen part de la nostra societat amb les seves pròpies característiques culturals i mèdiques. Els pediatres del Maresme estan especialment formats en el

coneixement de malalties importades o de baixa prevalença en la resta de la població infantil, com és el cas de l'anèmia de cèl·lules falciformes o la malària.

M'agradaria destacar un aspecte tecnològic fonamental en tot aquest progrés. Si mirem enrere, en els últims vint anys, ens adonem de la influència que ha tingut el desenvolupament de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) en tots els àmbits i sobretot en l'àrea de la salut. La coordinació entre nivells assistencials ha estat un repte que els pediatres hem sabut aprofitar per millorar l'eficiència del sistema de salut pel que fa a la pediatria de la comarca. Els pediatres d'atenció primària i els d'atenció hospitalària històricament ens hem comunicat a través del telèfon i del correu electrònic, però el gran avenç de les TIC és que tota la informació dels nostres pacients queda registrada en la seva història clínica electrònica única i compartida. Aquesta ha estat l'eina de col·laboració més important entre els nivells assistencials del nostre territori, però també entre el nostre hospital i hospitals de tercer nivell, fet que ha millorat l'assistència en proximitat als infants i les seves famílies, ja que ha optimitzat les exploracions complementàries i ha permès compartir la informació i les decisions terapèutiques entre professionals en benefici dels pacients.

I per últim, vull destacar el paper tant important que tenen els nostres centres de referència de nivell terciari. Com a primer centre de referència, l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona, i en casos més específics, altres hospitals de tercer nivell. El sistema de transport d'emergències pediàtric (SEMp) és fonamental en els casos de pacients crítics que requereixen trasllat, i m'agradaria expressar el nostre reconeixement a la seva bona feina.

Serveis assistencials al Maresme Central

Atenció hospitalària i especialitzada

El gran canvi en l'atenció pediàtrica del Maresme ha estat l'ampliació progressiva del Servei de Pediatria de l'Hospital de Mataró en les especialitats no quirúrgiques que ha tingut lloc els últims deu anys. Ha estat una millora contínua del nivell assistencial amb la incorporació d'especialitats pediàtriques de què no disposàvem, com ara cardiologia, neuropediatria, hematologia, infectologia i psiquiatria infantil.

El Maresme ha estat durant aquests anys una de les comarques amb un índex de natalitat més alt, amb un augment considerable de parts a l'Hospital de Mataró. La incorporació d'un equip humà ben preparat i la millora de la dotació en tecnologia han estat les bases d'aquest canvi que ha permès que el Servei de Neonatologia es converteixi en un servei de nivell IIB, receptor de nadons patològics d'altres centres sanitaris, com l'Hospital Sant Jaume de Calella.

L'atenció en perinatologia ha canviat en les últimes dues dècades: s'ha centrat en la cura integral de l'infant i la seva família, un concepte nou d'atenció als nostres nadons. L'evolució a una unitat neonatal oberta als familiars els permet estar amb els seus nadons tot el temps que desitgin, fet que afavoreix la màxima implicació dels pares en les cures del seu fill i crea d'aquesta manera un millor vincle entre ells. El fet que aquestes famílies amb nadons amb necessitats de cures especials els puguin tenir ingressats a prop de casa ha facilitat l'aplicació del model. Seria injust no posar aquesta millora de l'atenció al nadó en un context de millora en l'atenció perinatal, així com l'atenció a la gestant a nivell de l'ASSIR, el CASD i la seva coordinació amb els serveis d'obstetrícia i neonatologia hospitalaris.

Tot i això, hem de ressenyar també que hi ha un nombre considerable dels parts de la nostra població que naixerà a la salut privada fora de la comarca.

Un altre gran avenç en l'atenció a la salut infantil al Maresme ha estat la cura de la salut mental. El Servei de Psiquiatria del Consorci del Maresme té una àrea d'influència que va des

del Masnou fins a Tordera, amb una població de referència de 377.608 habitants. Als centres de psiquiatria i salut mental infantojuvenil (CSMIJ) s'afegeix la inauguració l'any 2011 de la Unitat d'Hospitalització de Psiquiatria Infantil, que millora substancialment la qualitat de l'atenció d'aquesta població tan vulnerable i que en aquest moment va en augment, possiblement per la millora de les eines diagnòstiques i la sensibilitat envers aquesta patologia per part de tots els professionals relacionats amb la salut i el benestar dels infants.

Atenció primària

L'equip d'atenció primària és la pedra angular de l'atenció a l'infant. Al Maresme som referents de tretze dels dinou centres d'atenció primària que hi ha a tota la comarca, la majoria als nuclis urbans, però alguns de rurals, com Dosrius, o alguns dispensaris, com el Cross d'Argentona.

Els pediatres de capçalera actualment treballen en xarxa amb la resta de serveis de salut pediàtrics. Els equips de primària estan integrats, a més del pediatre, per la infermeria i pels treballadors socials, i en molts casos pel metge de família, que sovint també visitarà els infants.

El paper de la infermeria en el Pla de salut de nen sa ha estat un canvi important en el model de l'atenció pediàtrica, en principi consensuat i de vegades negociat amb les societats científiques pediàtriques.

Un altre aspecte de l'atenció pediàtrica al Maresme en les dues últimes dècades ha estat la falta d'especialistes en pediatria. Aquest fet ha facilitat la incorporació al nostre sistema sanitari de professionals d'altres països, que han estat integrats en tots els àmbits de la pediatria i especialment a l'atenció primària.

Tot i la modernització dels mitjans, el pediatre d'atenció primària continua sent el referent de les famílies, el que detecta els problemes i el que els dona tota mena de suport. En l'àmbit de poblacions petites sovint és un referent important i estimat.

Docència, formació i recerca

Si en l'àmbit de l'assistència en els últims quinze anys el salt ha estat molt important, encara més important ha estat el creixement en l'àmbit de la formació, la docència i la recerca.

Amb seu a la ciutat de Mataró, es va crear el TecnoCampus, combinació de tres centres universitaris i un parc tecnològic, una aposta per fer del Maresme un territori rellevant en la formació en ciències de la salut. Des que va desaparèixer la facultat de Medicina adscrita a la Universitat Central de Barcelona, als anys vuitanta, la ciutat de Mataró no havia tingut estudis universitaris en aquesta àrea. L'escola del grau d'infermeria ha permès tenir infermeres en formació dins el Servei de Pediatria, amb una aposta clara de futur.

L'activitat docent a l'Hospital de Mataró en pediatria sempre ha estat present amb la formació en pràctiques d'estudiants de Medicina i residents de medicina de família i comunitària. Però un fet rellevant és l'acreditació, per a la formació d'especialitats de pediatria i les seves àrees, del Servei de Pediatria de l'Hospital de Mataró l'any 2008. El primer resident de pediatria es va incorporar al servei l'any 2009, amb una continuïtat anual fins al moment.

Un altre aspecte important és la continuïtat del programa de formació continuada dirigida a pediatres d'atenció primària i especialitzada, infermeres i metges de família que estiguin relacionats amb l'atenció als nostres infants. L'any 2014 va tenir lloc la XXX edició, amb una participació important de tots els professionals de la comarca, que en valoren la importància com a punt de trobada i discussió dels temes més actuals. Altres activitats formatives periòdiques tracten a nivell d'atenció primària temes assistencials, organitzatius i de salut pública al territori.

La pediatria a Tarragona

Adolf Gómez-Papí, Ricardo Closa

Vam arribar a l'Hospital Joan XXIII al principi de la dècada de 1980, en acabar la formació MIR a l'Hospital Vall d'Hebron. Va representar un gran canvi treballar a Tarragona: una petita ciutat on tothom es coneixia i un petit servei de pediatria, que formava part d'un hospital general, on es coneixien les famílies de la majoria dels que ingressaven.

El Servei de Pediatria era referència per a tota la província, amb acreditació per formar MIR de pediatria i amb una estructura similar a la del Vall d'Hebron, però en format reduït. Tenia una planta de lactants i preescolars, on també s'atenien les urgències, i dues unitats neonatals: nadons patològics, on ingressaven els nascuts fora de l'Hospital, i prematurs, per als nascuts al nostre Hospital. No hi havia consultes externes. Érem sis facultatius especialistes i un MIR per any. Les càrregues de treball eren altes, però el més dur eren les guàrdies, en què un facultatiu especialista i un MIR atenien tot el Servei, els parts i les urgències. Hi havia mesos que en fèiem entre vuit i deu. Les de l'estiu eren especialment dures. Com que Tarragona és una zona d'estiuveig, algunes de les poblacions properes (Salou, Cambrils, Torredembarra) augmenten la seva població fins a deu vegades i no hi havia una xarxa d'atenció mèdica adaptada a una demanda tan exagerada.

Va ser molt important la gran il·lusió que ens van manifestar per ampliar la cartera de serveis i el gran respecte i suport a tots els suggeriments que fèiem des del Servei de Pediatria més important en aquell moment.

En aquests trenta anys, el Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII ha experimentat canvis importants. La cartera de serveis cobreix totes les especialitats pediàtriques i les àrees d'atenció hospitalària considerades d'alta especialització, com l'UCI neonatal i les urgències pediàtriques.

La plantilla de facultatius especialistes es va adaptar a aquests canvis i, actualment, en som disset, més els que hi estan vinculats amb guàrdies. Des de fa uns quants anys formem tres MIR de pediatria per any. Cada dia, dos equips, amb un facultatiu especialista i un MIR per a cadascú, cobreixen les guàrdies en les àrees d'atenció d'hospitalització i la d'urgències.

Va ser de gran ajuda el reconeixement i el suport dels gestors sanitaris a la nostra proposta de creació d'un servei de pediatria nou i planificat per tal de fer front als canvis en la pediatria que s'intuïen per als següents vint anys. L'any 1994 ens vam traslladar a la nova planta de Pediatria, construïda seguint les recomanacions internacionals del moment. El nostre Servei va ser considerat modèlic, ja que tenia en compte la participació dels pares en les cures de tots els pacients pediàtrics, especialment els nadons. De fet, les primeres publicacions espanyoles d'experiències en cures centrades en el desenvolupament van ser fetes al nostre Servei. A més, l'any 1997 vam ser un dels primers hospitals espanyols acreditats com a Hospital Amic dels Nens per la nostra tasca de protecció, promoció i suport a l'alletament matern.

L'objectiu principal era que els nostres infants poguessin gaudir de les mateixes cobertures que els de Barcelona, i així vam incorporar totes les especialitats pediàtriques, incloent-hi la cirurgia pediàtrica, i les cures intensives neonatals i pediàtriques. Cap al 1990 vam unificar les dues unitats neonatals i les vam reconvertir en una unitat mixta, neonatal i de cures intensives pediàtriques; al principi, aquesta unitat tenia dos llits, que es van convertir en cinc (tres per a lactants i dos per a escolars) quan ens vam traslladar al servei nou el 1994.

Al principi de l'any 2000, el nombre de naixements prematurs va augmentar de manera considerable i ens vam veure obligats a reconvertir els espais destinats a UCI pediàtrica en UCI neonatal, amb la promesa que en poc temps es trobarien altres espais per a la UCI pediàtrica; però això no va succeir, malgrat les nostres múltiples mobilitzacions. Hi ha el compromís que a partir del 2016 recuperarem l'UCI pediàtrica a Tarragona. Posarem fi a una època en què els malalts crítics s'estabilitzen al Joan XXIII per traslladar-los, via SEM pediàtric, a algun centre de Barcelona.

També al principi del 2000, l'Hospital va passar a ser hospital universitari i es va crear una unitat docent que, en relació amb pediatria, imparteix tots els crèdits pediàtrics de medicina, dietètica i nutrició i fisioteràpia. Això va implicar que, a poc a poc, gairebé tots els facultatius especialistes es vincuessin a la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat Rovira i Virgili; i, associats amb la Unitat Docent de l'Hospital Sant Joan de Reus, que pertany a SAGESSA, es va crear una Unitat de Recerca en Pediatria, reconeguda com a grup consolidat per la Generalitat de Catalunya, amb investigadors a temps complet, subvencions nacionals i europees mitjançant projectes competitius i una producció científica regular que la col·loca com una de les més importants de la Facultat.

L'atenció pediàtrica de la nostra regió sanitària era compartida per quatre proveïdors: Institut Català de la Salut (ICS), SAGESSA, Pius de Valls i Xarxa Sanitària i Social Santa Tecla (XSSST). L'ICS, amb el seu hospital de referència, l'Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, n'és el més important. SAGESSA té com a referència l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus, amb el qual compartim l'activitat acadèmica des del 1995. El tercer proveïdor en importància és la XSSST, amb dos hospitals de referència, l'Hospital del Vendrell i l'Hospital de Santa Tecla, que disposen d'unitats obstètriques de prestigi reconegut.

La relació entre els proveïdors ha estat cordial, però sense planificació administrativa conjunta, fet que ha donat peu a la duplicitat de prestacions que ara vivim. Des de fa ja uns quants anys, alguns facultatius i algunes especialitats pediàtriques que pertanyen als diferents proveïdors treballen conjuntament perquè és l'única manera de cobrir les especialitats i millorar-ne la qualitat.

Els últims anys, les autoritats sanitàries, conscients d'aquesta situació, han signat convenis de col·laboració i unitat funcional entre alguns dels proveïdors. Aquesta unió de forces i optimització de recursos millorarà l'assistència que s'ofereix a cada hospital i ens permetrà completar i estabilitzar la cartera de serveis amb prestacions tan importants com el transport intraterritorial de malalts crítics i l'UCI pediàtrica.

Hem vist créixer l'assistència primària de la província amb la creació de CAP a molts dels barris de les ciutats i als pobles més habitats, la majoria atesos per pediatres amb formació MIR.

Històricament, els pediatres d'hospital no hem tingut gaire relació amb els de primària. Però aquesta situació també està canviant. Els convenis de col·laboració que s'estan establint entre els diferents proveïdors consideren la pediatria com a única i ens donen la possibilitat d'iniciar tasques conjuntes en l'atenció continuada i urgent, en l'especialitzada i en la domiciliària.

Han passat molts anys des que vam arribar a Tarragona, però continuem molt il·lusionats i amb expectatives d'aconseguir una atenció pediàtrica integral que satisfaci totes les necessitats dels pacients pediàtrics de Tarragona.

El Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Joaquín Escribano

La història del Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus, en els últims vint-i-cinc anys, es correspon amb la història de la creació, el creixement i la consolidació d'un servei de pediatria instal·lat en un hospital general universitari que ha pogut definir, a més del seu àmbit assistencial, la seva capacitat docent i investigadora.

El compromís universitari del Servei s'instaura des del començament, quan Carlos Martí Hennenberg es fa càrrec de la primera estructura assistencial pediàtrica hospitalària de la ciutat de Reus, vinculada a un hospital acabat de jerarquitzar i vinculat a la Universitat de Barcelona. L'hospital de Reus neix com a hospital universitari. Sense aquest esperit universitari possiblement no podríem entendre el desenvolupament i el dinamisme d'aquest jove servei assistencial en les últimes dècades.

Han estat anys d'un canvi profund en les estructures organitzatives i arquitectòniques de l'hospital. Al final dels anys vuitanta el Servei estava situat en una reduïda àrea del vell hospital de Reus, on disposava de vuit habitacions i uns vint llocs d'hospitalització per a lactants i infants en edat escolar. Addicionalment comptava amb una Unitat de Neonatologia, situada al costat de la sala de parts, que podia allotjar fins a deu nounats, tres dels quals amb vigilància intensiva. L'atenció continuada urgent estava integrada en el Servei d'Urgències general, i disposava només de dos boxs d'exploració i el suport d'una auxiliar d'infermeria. Des de l'inici es va promoure l'assistència diferenciada en algunes especialitats pediàtriques, en què destacaven les consultes externes d'endocrinologia, gastroenterologia, neurologia, pneumologia o nefrologia. El Servei comptava amb una plantilla reduïda, formada per un cap de servei, un cap clínic i quatre metges adjunts. De manera addicional, professionals externs duïen a terme activitat com a consultors o com a pediatres de guàrdia.

En l'aspecte docent, el Servei estava vinculat a la facultat de Medicina, en la sucursal de Reus, de la Universitat de Barcelona. Comptava amb un professor titular de pediatria i vuit professors associats, i era responsable de la docència de pregrau en tres assignatures: Pediatria, Clínica pediàtrica i Fisiopatologia del desenvolupament. Aquesta última assignatura, promoguda pel professor Martí Hennenberg, era específica de la nostra facultat, i ha perdurat fins a l'actualitat, adaptant-se a les normatives de l'espai europeu d'educació superior contingudes en el Pla Bolonya. En docència de postgrau, el servei no estava acreditat per a la docència MIR, però tenia alumnes de l'especialitat de Pediatria vinculats a l'Escola de Pediatria de la Universitat de Barcelona, del professor Cruz, a l'Hospital Clínic.

L'activitat investigadora va prendre des de l'inici un protagonisme destacat, amb els estudis sobre creixement i nutrició que van engregar un dels estudis de cohort prospectius poblacionals més grans de la seva època. Fruit d'aquests treballs es va forjar la primera unitat d'investigació en nutrició, creixement i desenvolupament humà de la nostra facultat de Medicina, que va contribuir de manera inequívoca a la vocació per les línies d'investigació en nutrició de la futura Universitat Rovira i Virgili. Carlos Martí Hennenberg va aconseguir estructurar un grup de professionals compromesos amb la investigació en nutrició i desenvolupament de la qual es derivarien en un futur fins a cinc grups d'investigació consolidats dins la universitat. Va ser una autèntica escola de joves investigadors.

Els anys posteriors, la responsabilitat del Servei de Pediatria va recaure sobre Luis Soler. Expert en l'àrea de neonatologia, va saber impulsar de manera decidida la docència de postgrau i millorar l'estructura arquitectònica del Servei, així com organitzar l'atenció pediàtrica especialitzada. Van ser anys de canvis profunds. El Servei es va desplaçar a una nova zona de l'hospital, amb dotze habitacions dobles, sala de jocs i de sessions. L'activitat de la planta donava cobertura a la patologia mèdica i quirúrgica de lactants, infants en edat escolar i adolescents. La seva capacitat podia arribar fins als vint-i-quatre pacients en situacions de pressió assistencial. Es va ampliar la cobertura assistencial en especialitats pediàtriques, i van néixer les consultes externes d'al·lèrgia, patologia infecciosa, cardiologia, neonatologia i medicina pediàtrica, de manera que l'oferta en les àrees específiques de la pediatria quedava bastant definida.

Al costat dels canvis en l'estructura arquitectònica va tenir lloc un canvi en els professionals vinculats al Servei, amb la incorporació de joves pediatres provinents d'hospitals de Barcelona; això va permetre fer una aposta per una docència de postgrau més reglada. Es van consolidar els cursos de formació continuada, acreditats per la Societat Catalana de Pediatria, i que des d'aquells primers anys s'han perllongat de manera ininterrompuda fins a l'actualitat. També es van promoure els primers cursos monogràfics, centrats en diverses subespecialitats, que van millorar considerablement l'oferta formativa pediàtrica a les nostres comarques. A més, el Servei va aconseguir l'acreditació per a la docència MIR, cosa que va representar un canvi significatiu en l'organització docent i assistencial. Van ser anys de consolidació també de la docència universitària de pregrau amb la incorporació d'un nou professor titular en pediatria i amb la participació en programes de doctorat conjunts en la facultat de medicina. En aquest període va néixer la Universitat Rovira i Virgili com a universitat pública catalana independent de la Universitat de Barcelona, i es va consolidar la presència de la facultat de Medicina i Ciències de la Salut a la ciutat de Reus, amb la incorporació de la titulació de Fisioteràpia, i en una segona fase, de Nutrició i Dietètica humana.

A partir de l'any 2000 s'entra en una nova fase, caracteritzada pel creixement i la modernització del servei, i marcada per la creació d'un nou i modern hospital a la ciutat. Es produeix un nou canvi en la direcció del servei de pediatria, que passa a les mans de Joaquín Escribano. S'unifica de nou la jerarquia universitària i assistencial pediàtrica i té lloc un nou impuls en aspectes docents i d'investigació. Juntament amb l'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona, es crea una unitat d'investigació conjunta, adscrita a la facultat de Medicina, que fa un important salt qualitatiu amb la participació en importants projectes europeus d'investigació en nutrició i desenvolupament humà.

Coincidint amb l'increment de l'activitat assistencial pediàtrica des de l'any 2000, promogut per l'increment de natalitat d'aquests anys, es va produir un important creixement de l'estructura assistencial del Servei. S'hi van incorporar, de manera gradual, sis nous adjunts, així com nous consultors i professionals compromesos amb l'atenció continuada. En el Servei d'Urgències es va crear una unitat d'urgències pediàtriques independent, amb cinc boxs d'exploració i dotació d'infermeria pròpia. Les consultes externes de subespecialitats van mostrar un creixement exponencial que va arribar a quintuplicar l'atenció ambulatoria especialitzada de l'hospital. Diversos professionals van passar a tenir una activitat específica, centrada de manera exclusiva en una subespecialitat concreta, i això va permetre incrementar la cartera de serveis i el grau de complexitat dels pacients atesos, sobretot en les unitats de gastroenterologia, pneumologia, neurologia o cardiologia. En cardiologia es va instaurar, a més, una de les primeres unitats de telemedicina vinculades al Servei de Cardiologia Pediàtrica de l'Hospital Vall d'Hebron, que apropava l'atenció altament especialitzada als pacients de les nostres comarques.

En la docència MIR, es va incrementar la capacitat docent i es va doblar el nombre de residents acreditats. En la formació de postgrau van sorgir noves fórmules vinculades a la universitat que van permetre promoure i oferir dues titulacions d'especialista universitari en camps afins a la pediatria i un màster interuniversitari en medicina basada en l'evidència. L'oferta formativa adreçada a professionals de primària i pediatres hospitalaris va quedar d'aquesta manera consolidada, i assentada sobre estratègies de cooperació internivells.

Un fet fonamental en la història de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus ha estat el trasllat a un nou hospital, situat als afores de la ciutat, al costat del campus de Bellisens de la URV, i que ha permès donar una resposta ponderada a les necessitats assistencials de la població, al costat de la incorporació de noves tecnologies i models arquitectònics moderns que milloren les condicions laborals dels treballadors i humanitzen l'atenció mèdica dels pacients.

En el cas de pediatria, el nou servei és un model d'esforç per promoure la humanització de l'assistència. L'àrea d'hospitalització disposa de vint-i-quatre habitacions individuals, una ciberaula i una zona de jocs, tot decorat amb motius infantils inspirats en tradicions culturals de la ciutat, que fan l'ambient més proper i amigable a la mentalitat de l'infant. Encara que totes les habitacions permeten l'ingrés de dos pacients simultàniament, actualment tenen un ús individual que incrementa el grau d'intimitat i confort dels ingressats. En aquesta àrea d'hospitalització hi ha una zona específica per a l'internament d'infants amb problemes de salut mental. És la Unitat de Referència en Psiquiatria Infantil, que compta amb quatre habitacions habilitades i el suport assistencial d'un psiquiatre i un psicòleg infantil.

L'àrea de neonatologia ha fet un salt qualitatiu i quantitatiu destacable. En l'actualitat disposa de cinc llocs d'UCIN i deu de cures intermèdies, tots dotats d'una alta tecnologia que permet una atenció específica d'elevada qualitat. Un element arquitectònic singular són els boxs d'internament individuals, a la zona de semicrítics, per millorar el vincle familiar en nounats d'ingrés perllongat.

També l'àrea d'urgències pediàtriques ha presentat una millora substancial amb la creació d'un servei específic dotat de sis boxs d'exploració, quatre d'internament i dos boxs centrals de reanimació. Està aïllat de les urgències d'adults i decorat amb motius infantils.

Els plans de futur apunten cap a la promoció d'una millor integració funcional amb els professionals d'atenció primària i amb els serveis de pediatria hospitalaris de les comarques de Tarragona, per incrementar la capacitat resolutiva i l'eficiència del sistema sanitari local en l'atenció integral de l'infant.

Desenvolupament de l'atenció a la infància a Manresa

Santi Nevot

L'atenció a la infància a la ciutat de Manresa i a la comarca del Bages va lligada, des de l'any 1932, a la presència del germans de Sant Joan de Déu, que aquell any inauguraven el Sanatori Sant Joan de Déu per donar acollida als infants amb tuberculosi òssia, seqüeles de la poliomièlitis, malaltia reumàtica... També en aquells anys, a Manresa hi havia la Clínica Sant Josep, que va obrir les portes l'any 1929 i, en referència a la pediatria, era on es feien els parts de tota la comarca.

Un altre fet dels darrers quaranta anys del segle passat és l'assistència pediàtrica a càrrec de pediatres manresans que visitaven al seu domicili, on tenien la consulta, i també anaven a visitar els infants a les seves llars.

Les necessitats de la població infantil van anar canviant, per temes socials i de la mateixa patologia infantil: disminució i pràcticament desaparició de les malalties anteriors i aparició d'una nova patologia infantil. El sanatori va passar a ser un hospital, així als anys setanta, un grup de pediatres manresans passaven visites als infants ingressats, i es va constituir un servei d'urgències de pediatria on també participaven donant cobertura a les urgències pediàtriques diversos pediatres de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. L'hospital també comptava amb la presència d'un cirurgià infantil, un anestesista i personal d'infermeria per a les intervencions quirúrgiques (apendicitis, estenosi hipertròfica de pilor...). Això comportava el primer pas per a l'assistència pediàtrica moderna: en aquells moments, un cop per setmana, a l'hospital es feia una sessió clínica per comentar els casos més complexos. També va ser en aquestes dates que es va posar en marxa una unitat neonatal per donar resposta a les necessitats del nadons que naixien a la Clínica Sant Josep, ja que en aquest centre no hi havia servei de pediatria.

Durant la dècada de 1980 va tenir lloc un altre canvi important per a l'assistència pediàtrica. En primer lloc, el Servei de Pediatria de l'Hospital Sant Joan de Déu es va jerarquitzar i es va nomenar un cap de servei i cinc metges adjunts; era l'any 1981. Així va començar una assistència pediàtrica més adient, amb l'inici de les consultes externes no tan sols de pediatria, sinó també de subespecialitats pediàtriques: al·lèrgia, pneumologia, gastroenterologia, nefrologia, neonatologia, neuropediatria...

En l'àmbit de l'assistència primària, també va ser en aquesta dècada que es va posar en marxa l'ambulatori de la Seguretat Social, tal com es deia en aquella època, i els pediatres van passar de visitar als seus consultoris a estar tots ubicats a l'ambulatori on es feien diferents torns de visites. L'assistència a urgències era a l'Hospital Sant Joan de Déu, i els parts a la Clínica Sant Josep i a l'Hospital de Sant Andreu; cap d'aquests dos darrers centres tenien servei de pediatria. En aquesta dècada, el servei de pediatria va posar en marxa, a més de les sessions pròpies d'un servei de pediatria jerarquitzat (sessió clínica, bibliogràfica, passi de visita, sessió de canvi de guàrdia...), una formació continuada tant pels pediatres d'assistència primària com pels de l'hospital amb dues accions: un curs de formació continuada en pediatria un cop al mes, de setembre a juny, on es convidaven els líders d'opinió de la pediatria catalana, normalment dels grans serveis de pediatria de Barcelona, i la jornada d'urgències, que tenia un caire més aviat de punt de trobada de la pediatria catalana de comarques, a la que hi anaven companys pediatres d'arreu de Catalunya. El 28 d'octubre de 1988 es va constituir l'Hospital General de Manresa, fruit de la fusió entre l'Hospital Sant Joan de Déu i l'Hospital de Sant Andreu, punt important per a la reorganització de l'assistència pública a la ciutat i a la comarca.

El final dels anys vuitanta i la dècada dels noranta marquen un fet diferenciador entre l'abans i l'ara de l'assistència pediàtrica. L'any 1988 es va inaugurar la primera àrea bàsica de salut a la ciutat de Manresa (ABS Manresa-2), es van crear les unitats de pediatria dins l'equip d'aten-

ció primària i posteriorment es van ampliar a la comarca del Bages. Això va comportar una millora en l'assistència pediàtrica, ja que els pediatres es coordinaven entre ells a les ABS; per exemple, amb el control del nen sa. També va ser en aquesta dècada que es va fer un pas decisiu per al desenvolupament integral de l'assistència pediàtrica a l'Hospital General de Manresa (abans Sant Joan de Déu). El 31 de desembre de 1994 es va fer el primer part d'assistència pública a l'Hospital General de Manresa i a la Clínica Sant Josep van quedar només els parts privats. L'inici de l'activitat d'obstetrícia i ginecologia, juntament amb el Servei de Pediatria, va donar lloc a la creació del Departament Maternoinfantil.

Tot això va impulsar una pediatria integral amb coordinació de l'assistència pediàtrica tant a les àrees bàsiques com a l'Hospital. El Servei de Pediatria va ampliar les subespecialitats pediàtriques que havia iniciat l'any 1981 i va incorporar, entre altres, endocrinologia, hematologia, i malalties infeccioses, ... fet que va donar un nou impuls de millora a l'assistència pediàtrica.

Ja en el segle XXI, la millora en aquests darrers anys ha vingut, d'una banda, per la constitució, el 4 de desembre de 2002, de la Fundació Althaia, que va representar la finalització del projecte de reordenació de l'assistència a la ciutat de Manresa, i l'adjudicació a aquesta fundació de la gestió de les ABS de Manresa Barri Antic i les Bases, l'any 2005. D'altra banda, cal destacar la incorporació de la informàtica i el seu creixement en el camp mèdic, amb el correu electrònic, entre altres, com a eines vitals en les nostres comunicacions i assistència diària (història clínica informatitzada i compartida).

Pel que fa a la docència, cal remarcar l'acreditació de la unitat docent de pediatria i les seves àrees específiques el 30 d'abril de 2007 al Servei de Pediatria de l'Hospital Sant Joan de Déu de la Fundació Althaia incorporant-se el primer Resident de pediatria al Servei el mes de maig de 2008. Va ser en aquest mateix mes que es va firmar el concert entre la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) i la Fundació Althaia, de manera que va passar a ser hospital universitari. Aquests fets marquen l'evolució de l'assistència pediàtrica en l'àmbit de l'assistència hospitalària. Finalment, un altre factor que cal tenir present és el desenvolupament de l'assistència pediàtrica incorporada al Pla de salut 2010-2014 per la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Al final de la dècada dels anys noranta, l'àrea bàsica de Manresa que gestiona l'ICS (Manresa-2) es va acreditar per a la docència de postgrau (MIR) en l'especialitat de metges de família, i posteriorment també ha participat, juntament amb l'Àrea Bàsica Manresa-4, en la docència dels MIR de pediatria.

A la nostra comarca, com ja s'ha comentat, un tema que ens ha diferenciat en l'assistència pediàtrica és la formació continuada dels professionals responsables de l'assistència als infants. L'any 2015 es va fer la 35a Jornada d'urgències en pediatria, i el curs 2015-2016, el 33è Curs de formació continuada en pediatria i el 5è Curs d'assistència pediàtrica a primària.

En l'actualitat, l'assistència pediàtrica a Manresa i la comarca compta amb els professionals següents:

- Un servei de pediatria a l'Hospital Sant Joan de Déu de la Fundació Althaia, format per un total de 29 pediatres, que dona resposta a l'assistència pediàtrica hospitalària, consultes externes de pediatria i subespecialitats pediàtriques, urgències, parts i unitat de nounats, així com cobertura a l'assistència pediàtrica de tres ABS.
- La pediatria de l'ICS al SAP Bages Berguedà Solsonès, que compta amb 22 Centres d'assistència primària organitzats en 15 equips d'atenció primària on hi ha la pediatria incorporada.
- En total hi ha 24 pediatres que donen resposta a les necessitats pediàtriques de les comarques de la Regió Sanitària de la Catalunya Central.
- No voldria acabar aquest recull sense fer esmena al reconeixement de tots aquells pediatres que han dedicat la seva assistència privada i el seu esforç i dedicació tant a nivell individual com a nivell col·lectiu a la clínica Sant Josep de Manresa.

La pediatria als hospitals comarcals

Anna Ballester

Durant els darrers trenta anys hem assistit a la plena implantació de la pediatria als hospitals comarcals i a la definició de la seva cartera de serveis. Per entendre el paper del pediatre dins els hospitals comarcals, ens hem de situar en el context històric d'aquell moment i cal fer un breu recordatori d'alguns fets remarcables.

L'any 1980 es va publicar el primer mapa sanitari, que es va començar a desplegar el 1983. El desplegament d'aquest mapa, que implicava una ordenació del sistema sanitari territorial, va transformar de manera notable l'atenció primària i l'organització hospitalària. L'any 1981 es va transferir l'INSALUD a la Generalitat i el 1983 es va crear l'Institut Català de la Salut (ICS). A més, des del 1980, el sistema de formació d'especialistes es fa mitjançant el sistema MIR.

El 1985 es va publicar la reforma de l'atenció primària i també es va crear la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), que consistia en la utilització d'hospitals ja existents, de titularitat privada, que es van incorporar a la xarxa d'assistència pública mitjançant concert econòmic; aquests centres es van transformar en els futurs hospitals comarcals, destinats a donar servei a un determinat àmbit territorial.

Els hospitals comarcals tenien, ja des de l'inici, l'objectiu de donar atenció en l'àmbit de l'hospitalització, propera al ciutadà i que resolgués les patologies més prevalents, fent més accessible l'atenció hospitalària al ciutadà, de manera que el 80% de la patologia del territori es resolgués en aquest nivell, i deixant les patologies d'alta complexitat per a altres hospitals de referència.

Dins aquest context, metges especialistes de totes les especialitats, provinents de grans hospitals i amb bona formació (sistema MIR), van anar ocupant places als hospitals comarcals, fet que va donar un gran impuls a l'assistència de qualitat a tot el territori.

Els hospitals comarcals tenien de partida unes especialitats bàsiques en comú: medicina interna, cirurgia, traumatologia, obstetrícia i anestèsia. Aviat es van crear punts d'urgències, molt freqüentats en aquella època, ja que la reforma de l'atenció primària no estava desplegada. Els infants són uns grans usuaris dels serveis d'urgències, i és per aquesta via que es demanava la figura del pediatre d'urgències com a primer pas per a la presència del pediatre a l'hospital comarcal.

Un altre punt important, pel que fa al paper de l'hospital comarcal al territori, és l'oferta del servei d'obstetrícia. L'hospital comarcal atén els parts normals de la zona, però en parts a priori sense factors de risc, de vegades sorgeixen complicacions i aviat es reconeix la necessitat de la presència del pediatre en l'assistència al nadó a la sala de parts. També alguns serveis de cirurgia general, urologia, COT i ORL intervenen infants als hospitals comarcals i ens demanen ajut en la valoració i el maneig de la part mèdica d'aquests pacients.

Així doncs, a poc a poc es va reconeixent la necessitat que la pediatria sigui una més de les especialitats bàsiques a tots els hospitals comarcals. Pel que fa a urgències, es tenia un pediatre de guàrdia 24 hores, a l'inici localitzada i poc després de presència física.

Pel fet d'estar treballant en un hospital general bàsic, hem tingut dificultats per fer entendre les necessitats d'atenció pròpies de la infància, tant en espais diferenciats com en professionals preparats (pediatres, infermeres) o en material adequat. Més endavant, les institucions van veure la necessitat de tenir ingressats infants i es van designar uns llits d'hospitalització pediàtrica; ara, alguns fins i tot tenen una unitat neonatal de cures intermèdies, segons el nombre de parts anuals i el nivell assistencial global del centre.

Als hospitals comarcals els pediatres hem de tenir molt clar el límit entre la patologia que podem assumir amb tota seguretat per al pacient i la que necessita derivació per una possible complicació i per necessitar recurs d'alta complexitat en algun moment. Per això hem d'estar preparats en l'estabilització del pacient greu prèvia al trasllat. Aquesta necessitat es fa més palesa com més lluny està situat l'hospital comarcal dels grans centres hospitalaris, amb unitats d'UCI pediàtriques i neonatals.

En aquest tema, hi va haver un punt d'inflexió el 1995, amb la creació del SEM (Servei d'Emergències Mèdiques) pediàtric, que és un sistema de transport medicalitzat per a infants que necessiten l'hospitalització en centres de més complexitat. Aquest sistema de transport ha representat una gran millora en l'atenció al pacient pediàtric de totes les edats.

Respecte als nadons prematurs, també s'ha anat instaurant la pràctica d'utilitzar la mare com a incubadora de transport, amb el trasllat de la mare, abans del part, sempre que sigui possible, perquè un gran prematur neixi en un centre amb unitat neonatal i s'estalviï el risc sobreafegit del trasllat.

Amb els decurs dels anys s'ha anat desplegant la reforma d'atenció primària i s'han anat definint els rols del pediatre dins el territori. Així doncs, es van creant les consultes d'especialitats pediàtriques. Actualment la majoria d'hospitals comarcals disposen de consultes externes d'endocrinologia, pneumologia, digestologia, neurologia i nefrourologia. Alguns tenen també consultes de cardiologia i hematologia, i de seguiment de neonatologia, els que disposen d'unitats neonatals.

Les consultes externes d'especialitat, juntament amb l'atenció a urgències, la neonatologia i l'hospitalització, són el nucli de la nostra feina dins l'hospital comarcal. Són activitats més pròpies de l'atenció primària la prevenció i la promoció de la salut i l'atenció a les malalties intercurrents.

Als territoris, en un inici hi havia molt poca relació entre els pediatres d'atenció primària i els de l'hospital comarcal, amb la paradoxa que a vegades eren professionals de la mateixa empresa proveïdora. Crec que, en aquest moment, no és així en cap territori. Hi ha ajudat molt el fet de compartir professionals (alguns pediatres de primària de la zona fan guàrdies a l'hospital), fer sessions de formació continuada conjuntes, i sobretot les TIC, com a gran eina de comunicació.

En alguns territoris es va implantar el model de gestió d'ABS pels mateixos proveïdors que els hospitals, de manera que la pediatria (primària i hospitalària) fos un servei conjunt.

L'hospital comarcal també s'ha de relacionar amb els hospitals de més complexitat. En això també s'ha evolucionat molt, actualment, amb un contacte fluid, tant per fer derivacions com per tenir a l'abast informes, gràcies a la història clínica compartida (HCC).

Queda per polir tenir informació dels pacients de la nostra zona, quan acudeixen a controls a consultes externes de grans hospitals, i aconseguir que tothom sigui diligent en l'ús de l'HCC en els informes d'assistència a urgències i hospitalització.

Actualment crec que podem assegurar que als hospitals comarcals atenem el 80% de les patologies que necessiten hospitalització de la nostra zona i que els trasllats es fan amb rigor i seguretat per als infants.

Queda pendent desplegar del tot i amb fermesa el model territorial de la pediatria, que ens permetria treballar amb més coordinació a tots els pediatres de cada territori i repercutiria en una millor assistència a l'infant i la família.

La pediatria a l'Anoia

Carme Jou

L'Anoia és una comarca de l'interior de Catalunya. El nom el pren del riu que la travessa, afluent del Llobregat. La comarca limita al nord amb el Solsonès, a l'est amb el Bages i el Baix Llobregat, al sud amb l'Alt Penedès i l'Alt Camp, i a l'oest amb la Segarra i la Conca de Barberà.

La millora de la comunicació amb Barcelona va ser amb l'obertura del primer túnel del Bruc (15 de juliol de 1975), el desdoblament de l'N-II d'Igualada fins a Martorell (1990) i la construcció del segon túnel també en aquests anys. Tot això ha permès estalviar una mitja hora de trajecte d'Igualada a Barcelona. El tram de Santa Maria del Camí fins a Cervera no es va obrir fins al 2004.

L'eix Garraf-Anoia es va fer el 2003. El 2005 es va fer el tram de Castellfollit del Boix fins a Manresa i finalment el 2011 es va completar l'eix Diagonal (comunicació de Vilanova i la Geltrú amb Manresa passant per Vilafranca del Penedès i Igualada). El 1992, la inauguració de la Ronda de Dalt de Barcelona va facilitar l'arribada als hospitals Sant Joan de Déu i Vall d'Hebron.

Població	Anoia	Catalunya
Densitat de població. 2014		
Superfície (km ²)	866,3	32.108,0
Densitat (hab./km ²)	136,0	234,2
Població. Per grups d'edat. 2014		
De 0 a 14 anys	20.900	1.185.386
De 15 a 64 anys	77.185	4.996.234
De 65 a 84 anys	16.815	1.133.324
De 85 anys i més	2.942	203.959
Total	117.842	7.518.903
Població. Per lloc de naixement. 2014		
Catalunya	85.103	4.835.032
Resta d'Espanya	20.895	1.393.243
Estranger	11.844	1.290.628
Total	117.842	7.518.903
Naixements. Per sexe. 2013		
Nens	626	36.887
Nenes	587	34.704
Total	1.213	71.591

Pel que fa a l'evolució de la pediatria, en general ha estat similar a totes les comarques catalanes: influenciada pels canvis sociopolítics de cada època, pels sistemes de comunicacions (sobretot per les infraestructures viàries, terrestres i també aèries), i pels metges i metgesses pediatres que han tingut o van tenir l'habilitat de portar el coneixement científic i la pràctica clínica a tots els indrets. No podem oblidar el paper d'obstetres i llevadores –que van ser dels primers a tenir cura dels nadons–, i en aquests darrers anys la figura de la infermeria pediàtrica.

Avui en dia les noves tecnologies (xarxes socials) han apropat extraordinàriament el coneixement. Sobretot la informatització de la història clínica, la recerca bibliogràfica, la possibilitat d'interconnexió, l'ús de la història clínica compartida de Catalunya (HCC) i el sistema capitatiu o X-Clinic Portal, que permeten o permetran que les dades de la història clínica d'un pacient estiguin a l'abast de tots els professionals que l'atenen.

L'ètica, amb els seus principis bàsics (autonomia, beneficència, no maleficència i justícia), ha estat present de manera progressiva en les nostres decisions. L'adequació de l'esforç terapèutic ha de ser tinguda en compte en certes patologies pediàtriques.

L'Hospital d'Igualada data del segle XIII. L'any 1950 es va contractar el Dr. Secanell, metge puericultor per oposició, que va entrar com a agregat al Servei de Tocologia. La seva funció era fer el reconeixement de tots els nadons i el diagnòstic de possibles patologies, i donar consells de puericultura a les mares.

No va ser, però, fins al 8 de novembre de 1958 que el Servei de Pediatria i Puericultura es va independitzar del d'Obstetrícia. El Dr. Secanell va ser-ne cap de servei fins a finals dels anys setanta.

El 1965 es van iniciar les urgències hospitalàries les 24 hores al dia. Aquest mateix any es va ampliar el concert amb el Seguro Obligatorio Español (SOE), amb la inclusió de malalts pediàtrics dins l'activitat de l'hospital. El 1967 s'hi va incorporar Marc Riera Mimó, primer a Urgències, i el 1975 al Servei de Pediatria.

El 1967 es va posar en funcionament l'Escola d'Infermeria, des d'on van sortir onze promocions, persones molt ben formades i que van nodrir d'infermeres el nostre centre. Algunes encara ara hi treballen, i sobretot, algunes, encara a Pediatria. Vull anomenar especialment Josefina Basas, la nostra supervisora d'infermeria.

Van ser una colla d'anys en què els doctors Secanell, Riera i Almenar van portar tots els nadons, nens i nenes de l'hospital. Eren metges que tenien la seva plaça de l'ambulatori, la seva consulta privada i l'activitat a l'hospital. No era un servei jerarquitzat, però va ser l'origen del nostre Servei.

El 1982, amb el primer esbós de jerarquització, s'hi va incorporar com a adjunta Magdalena Valladares. De les guàrdies localitzades de pediatria es va passar a les de presència física, de manera que progressivament s'hi van incorporar nous pediatres.

El primer Servei de Pediatria va estar ubicat a la Sala Ave Maria, a la planta baixa. Posteriorment es va remodelar la tercera planta del centre amb habitacions individuals i altres de dobles. Era un espai compartit amb els malalts adults intervinguts de patologies otorinolaringològiques i oftalmològiques.

La maternitat era a la segona planta; se'n va fer una profunda remodelació l'any 1990, i s'hi van habilitar habitacions individuals i una nova sala de cura dels nadons amb l'equipament per assistir-los. Possiblement va ser dels pocs hospitals que no van tenir mai *nursery*, ja que els nounats sempre van estar amb les seves mares i només en situacions de patologia o malestar de la partera es deixaven al niu.

Es van iniciar les consultes externes, que primerament eren de pediatria general i després van passar a ser de subespecialitats pediàtriques: immunoal·lèrgia, neurologia, nefrourologia, endocrinologia, gastroenterologia i neonatologia.

A Urgències, a principis dels noranta, hi havia metges polivalents que feien totes les visites i el pediatre només s'avisava en casos de dubtes o pacients crítics. Poc després, el pediatre es va incorporar a Urgències. Aquesta dinàmica ha perdurat fins ara. El Servei de Pediatria fa totes les visites dels infants mèdics de 8 a 21 hores. A la nit visiten els de 0-7 anys i de 7 a 14 amb nivell de triatge I-II-III. Els de 7 a 14 anys de nivells de triatge IV i V són visitats per metges de l'atenció continuada d'urgències territorial (ACUT).

El 1993 es va crear l'empresa pública Sistemes d'Emergències Mèdiques (SEM). El 29 de setembre del 2000 va iniciar la seva activitat a Igualada una base assistencial que es va anomenar SEM.29. El juny del 1995 va començar a funcionar la primera base terrestre del Servei

d'Emergències Mèdiques Pediàtriques i uns mesos més tard l'aèria. Això va representar un abans i un després dels trasllats d'infants i nadons. Enrere quedaven els trasllats amb les ambulàncies de la Creu Roja, que havien fet pediatres i infermeres durant molts anys.

El mes d'abril del 1994, la Junta de l'Hospital Comarcal d'Igualada (HCI) i el patronat de la Fundació Assistencial de l'Anoia (FADA), amb la participació del Servei Català de la Salut, van constituir la Fundació Sanitària d'Igualada (FSI). Uns mesos després d'aquesta fusió va començar a funcionar l'Hospital General d'Igualada (HGI). Va ser un període de gairebé tretze anys amb l'activitat repartida en dos edificis.

Pel que fa a la pediatria, va ser un canvi molt gran. Es va deixar l'edifici de l'HCI (Edifici magenta), per anar al de la FADA (Edifici blau). Es va passar d'uns espais confortablement correctes a una zona més vella. La Maternitat de l'Edifici magenta, gairebé nova de trinca, va ser per al sociosanitari i pal·liatiu, i de l'Edifici blau va correspondre una zona correcta, però amb una sala de cures de nadons insuficient.

El desembre del 1995 va entrar en funcionament el Centre d'Atenció Psiquiàtrica Infantil Primària (CAPIP), en col·laboració amb l'Hospital Sant Joan de Déu de Martorell. L'octubre del 1996, un grup de sanitaris de l'HGI va iniciar un projecte per fomentar l'alletament matern; va establir vincles amb el grup Mares pro alletament matern i va elaborar protocols conjunts amb l'atenció primària de l'Anoia.

El 1997 es va completar la integració d'especialistes de l'ICS a l'Hospital d'Igualada. A finals del 1999 es va instal·lar el primer TAC a l'Hospital. El 2000, l'FSI va esdevenir hospital docent. El novembre del 2002 es va posar en marxa la Ludoteca, un projecte per als infants ingressats a la Unitat de Pediatria.

D'altra banda, el 2001 va néixer el Consorci Sanitari de l'Anoia, que va promoure la construcció del nou edifici. El Consell Rector està format en un 60% pel CatSalut, un 30% per l'Ajuntament d'Igualada i un 10% pel Consell Comarcal de l'Anoia. Gestiona atenció especialitzada, sociosanitari i dependència, ubicats a l'Hospital d'Igualada, i atenció primària i salut mental, situats a l'ABS Igualada Nord. El 2005 es va iniciar la informatització de la història clínica i progressivament de totes les activitats del centre.

El 2007 es va inaugurar el nou hospital, amb una superfície total construïda de 30.000 m². El Servei de Pediatria està ubicat a la 2a planta, a l'Àrea de Maternoinfantil, on hi ha ingressats els nens i nenes i les parteres. La zona del niu o cura del nadó està dividida en departaments on hi ha la Sala d'Incubadores (tres de normals, una de transport intrahospitalari, una d'alt monitoratge i un llit tèrmic), l'equipament de monitoratge i la zona de treball. Al costat hi ha una altra sala per al control del nadó sa, una zona de lactància i lloc per preparar els biberons, neveres, etc. No cal dir que és un lloc agradable per treballar, amb molta llum natural i unes vistes fantàstiques de la muntanya de Montserrat.

A Urgències estem a la zona general, però tenim dues sales de visita, dues d'observació, dos llits d'estades curtes i una saleta annexa, amb butaques per a observació i alguns tractaments. Continuem amb les mateixes subespecialitats a consultes externes. En el cas de la neuropediatria i gràcies a un conveni amb l'Hospital de Sant Joan de Déu d'Espulgues de Llobregat.

El 2008 es va iniciar el mètode pell a pell i el 2013 la Unitat d'Obesitat Infantil de l'Anoia (GOIA). És una unitat multidisciplinària amb diversos especialistes: endocrinòleg pediàtric, nutricionista, dietista, psicòleg pediàtric, psicòleg d'adults i monitor d'educació física, en coordinació amb els pediatres i les infermeres de les diferents àrees de salut. El 2015 va néixer l'Hospital de Dia de Psiquiatria Infantil i Juvenil i es va iniciar la fisioteràpia respiratòria per als nostres pacients.

Pel que fa a recursos humans, es continua pràcticament igual, amb un cap de servei, quatre adjunts, els pediatres de guàrdia i dos pediatres que només fan consultes externes.

Quant a la docència, el 1986 es van iniciar les Jornades de Pediatria de l'Anoia, Alt Penedès i Garraf, que servien als pediatres d'aquestes comarques per compartir experiències i coneixements. La primera es va celebrar a Sitges, i van durar fins al 1996.

El 1987 es va fer el I Curs de formació continuada de pediatria. Era un curs que, encara ara, es fa els dijous, amb periodicitat setmanal i d'octubre a juny. Està acreditat des del 2004 pel Consell Català de la Formació Mèdica Continuada. Des del XXV curs porta el nom del seu creador, el Dr. Marc Riera. El 2015 se'n va celebrar el XXVIII.

La SAP Anoia té vuit ABS (Anoia Rural, Calaf, Capellades, Piera, Santa Coloma de Queralt, Vilanova del Camí, Santa Margarida de Montbui i Igualada Urbà) i una àrea bàsica gestionada pel Consorci Sanitari de l'Anoia.

Hi ha dinou metges que tenen cura dels infants de l'Anoia. D'aquests, menys de la meitat són pediatres titulats, tres estan pendents d'homologació i la resta són metges de família. Hi ha vint infermeres pediàtriques, però cinc estan compartides amb adults.

Un especial esment es mereix el Dr. Marc Riera (1938-2011), impulsor de la modernització de la pediatria de l'hospital, de la primària i de la comarca. Brillant, actiu, bon metge i mestre. Gran lector de medicina i de novel·les, sempre receptiu a les novetats, però extraordinàriament tossut amb les seves conviccions. Va ser el cap de servei des del 1980 fins al 2003, i cap de servei emèrit fins al dia que ens va deixar.

Un servei de pediatria d'un hospital comarcal o general com el nostre no pot funcionar si no és amb la col·laboració d'especialistes d'altres serveis: obstetres, cirurgians, traumatòlegs, otorinolaringòlegs, oftalmòlegs, radiòlegs i especialment anestesistes i reanimadors. Encapçalats per Josep M. Bausili i tot el seu equip, sempre han donat suport amb la seva expertesa en l'assistència a l'infant i al nadó.

També vull anomenar dos companys: en primer lloc, Jesús Canto Olea, radiòleg, que ens va deixar prematurament; iniciador de l'ecografia pediàtrica a l'hospital, era una persona entranyable, gran físicament i personal, i amb un tarannà que conqueria tots els nens i nenes. I després, Ferran García Díez, traumatòleg, que juntament amb el Dr. Fernández Bayón van portar l'ortopèdia infantil. El Dr. García va ser l'autor del llibre *Història de l'Hospital d'Igualada. Pobresa Salut i Sanitat (segles XIII-XXI)*.

En resum, en aquests anys s'ha desenvolupat la pediatria tant a l'hospital com a la primària, sovint de maneres paral·leles. S'ha passat del treball individual al treball en equip. I amb equip vull dir de la forma més àmplia possible, amb metges, treballadors socials, professionals de la salut mental, etc. Ens hem adaptat als nous canvis: informàtics, estructurals i de maneres de treballar: estades curtes, altes precoces, temporades de pressió assistencial a Urgències i manca de pediatres per fer les cobertures de places de primària i de guàrdies de l'hospital. Possiblement això, i el fet de no poder tenir residents de pediatria són uns dels temes pendents més importants.

Encara ens formem, fem docència i l'assignatura pendent és la recerca. El futur són les noves aliances estratègiques de primària amb els hospitals comarcals i amb l'assistència terciària de referència.

Referències

1. García Díez F, Torras i Enrich M. Història de l'Hospital d'Igualada. Gimbernat. 1997;(°), 27,213-7.
2. Pinilla J. Les condicions de vida de la infància a Catalunya a través dels segles. *Bulletí d'Infància*. Núm. 67, maig 2011.
3. Aspectos legales de la atención a los menores de edad.
4. Evolució i cura dels infants, segles XIX-XX. CRAI, UB 2012.
5. García Díez F. Història de l'Hospital d'Igualada. *Pobresa Salut i Sanitat (segles XIII-XXI)*. Febrer 2007.

El Servei de Pediatria de l'Hospital General de Granollers

Margarita Català

El Servei de Pediatria de l'Hospital General de Granollers és un dels serveis de pediatria comarcals més antics de Catalunya. Encara ara som l'únic servei de pediatria de tot el Vallès Oriental.

La seva història comença el desembre del 1978, quan tres pediatres provinents de la clínica infantil del Vall d'Hebron (els doctors Josep M. Bosch Banyeras, Amàlia Zuasnábar i Margarita Català), juntament amb tres pediatres de l'Hospital de Granollers (els doctors Joaquim Bosch Marcet, Artur Puig i Albert Bau), van engagar la jerarquització del Servei de Pediatria, amb una àrea d'hospitalització pediàtrica de vint-i-dos llits i una àrea de neonatologia de dotze llits, amb dos d'UCI neonatal. El Dr. J. M. Bosch Banyeras va ser-ne el cap de servei durant uns deu anys. La dinàmica d'aquells primers anys va ser espectacular i el creixement, exponencial.

En aquells anys, l'edat de la pediatria «oficial» (Instituto Nacional de Previsión: Clínica Infantil de la Residencia Sanitaria del Valle Hebron i ambulatoris d'atenció primària) era fins als 7 anys! Nosaltres vam començar l'assistència pediàtrica del Servei de Pediatria fins als 14 anys i posteriorment es va ampliar fins als 18, edat que encara és la que tenim ara.

La neonatologia ha estat sempre una de les nostres «estrelles» i en aquests moments som referència obstetriconeonatal de la comarca d'Osona i de tot el Vallès Oriental.

La població comarcal de referència abraça tot el Vallès Oriental. Als inicis del Servei, el 1979, era de 220.683 habitants i en l'actualitat, amb dades del 2014, és de 403.623 habitants, 76.000 dels quals corresponen a població pediàtrica per sota de 18 anys.

Durant aquests primers anys es va potenciar la relació amb els pediatres de la comarca, tant de l'assistència pública com privada. Es feien reunions anuals conjuntes de l'hospital i primària: la primera va ser al Muntanyà, amb taules rodones compartides. Al mateix temps es va iniciar el curs de formació continuada en pediatria (el primer va ser el curs 1979-1980), dirigit a tots els pediatres de la comarca: durant tot un any acadèmic es feien sessions mensuals amb un especial interès per la pediatria primària. L'èxit d'aquest curs entre els pediatres de la comarca ha perdurat fins avui dia: el curs 2014-2015 se'n va celebrar el 35è!

Al mateix temps que anàvem consolidant el Servei, anaven sorgint altres serveis de pediatria en hospitals comarcals, fins que la coordinació entre tots va portar a organitzar les reunions anuals de serveis de pediatria d'hospitals comarcals de Catalunya. El Servei de Pediatria de l'Hospital de Granollers va organitzar la primera d'aquestes reunions. Malauradament ja fa uns quants anys que aquestes reunions es van deixar de celebrar.

Tornant a l'evolució del Servei, el 1982 vam ser acreditats per a la formació especialitzada en pediatria i àrees específiques. Des d'aquesta data vam tenir un resident per any fins l'any 2008, en què vam passar a tenir-ne dos per any. Gràcies a l'esforç de tots, el resultat en la formació dels nostres residents ha estat molt bo, com ho demostren els llocs de treball i responsabilitat que molts ocupen avui en dia.

Paral·lelament, i ja des dels inicis, vam anar desenvolupant les especialitats pediàtriques per donar resposta a les necessitats de la població. Vam intentar contractar –algunes vegades amb dificultats– els millors especialistes disponibles que han seguit vinculats a l'hospital de referència de nivell III. En aquests moments disposem de pràcticament totes les especiali-

tats pediàtrics: pneumologia, al·lèrgologia, oncohematologia, cardiologia, gastroenterologia i nutrició, nefrologia, endocrinologia i neuropediatria. També disposem d'una consulta de medicina pediàtrica, amb disponibilitat ràpida i preferent per donar resposta ràpida als pediatres d'atenció primària que ho sol·licitin. Amb els anys i amb el progressiu desenvolupament de totes les especialitats pediàtriques, hem vist augmentar aquesta activitat ambulatoria d'una manera espectacular.

Fins a l'esclat de la crisi vam créixer en les dotacions d'urgències, neonatologia i planta d'hospitalització. Un cop van arribar les retallades, la situació ha estat molt dura per al Servei de Pediatria. Les retallades en el pressupost, amb la disminució de l'activitat en neonatologia, van fer que se'ns apliqués un «estudi de productivitat» que va portar al tancament temporal de sis llits d'hospitalització i a la conclusió que «sobraven» les hores equivalents a un adjunt. Vam reciclar aquestes hores en activitats ambulatories amb llarga llista d'espera: al·lèrgia pediàtrica, neuropediatria i dermatologia pediàtrica, amb un gran esforç del personal del Servei. Però l'ajust continua: han disminuït considerablement les llistes d'espera, i ja no fa falta aquest suport. En aquests moments, la recent jubilació del Dr. Joaquim Bosch Marcet, un dels pioners del Servei, no ha estat coberta.

Malgrat tot, no hem deixat de fer assistència, docència i recerca. Ens hem incorporat a la docència universitària formant part de la Universitat Internacional de Catalunya des del 2012. El Servei de Pediatria té professors de classes pràctiques i també de classes teòriques, amb molt bona acceptació per part de l'alumnat, la càtedra i el deganat.

Des de l'any 2007 organitzem cursos de reanimació neonatal, acreditats per la Societat Espanyola de Neonatologia (SEN) i des de l'any 2010 els instructors acreditats del nostre Servei també organitzen aquests cursos a l'Hospital de Mollet.

Quant a la relació amb l'atenció primària, al mateix temps que durant tots aquest anys hem mantingut el curs de formació continuada, hem creat un grup de treball conjunt entre el Servei de Pediatria i la pediatria primària, amb reunions periòdiques i elaboració de protocols conjunts de derivació, que hem anat actualitzant al llarg del temps. La relació amb primària s'ha anat intensificant amb la disponibilitat de consultes en línia amb els diferents responsables de les especialitats pediàtriques, les quals han tingut molta acceptació i molt *feedback*.

Des de sempre hem tingut una relació molt estreta amb l'Hospital de Mollet, que no va tenir cap dotació pediàtrica fins el 1997, any en què, liderada per una pediatra formada via MIR a l'Hospital de Granollers (Dra. M. Lluïsa Masiques), s'hi va obrir una unitat d'urgències pediàtriques. Des d'aleshores, la relació amb el Servei de Pediatria de l'Hospital de Granollers es va intensificar fins al punt d'implicar-nos en la seva gestió. L'any 2010, l'antic Hospital de Mollet, situat al centre de la població, es va traslladar al Nou Hospital, que va ser inaugurat el 18 de juliol pel president José Montilla i la consellera Marina Geli.

Finalment, vull fer un reconeixement per a l'equip d'infermeria de pediatria de l'Hospital de Granollers, altament especialitzat, que al llarg de tots aquests anys ha contribuït de manera indispensable al funcionament del Servei, així com en tots els mèrits i fites aconseguides.

La pediatria a Terrassa

Abel Martínez, Roger Garcia

Assistència pediàtrica

Des d'abans del segle XVII hi ha notícies d'un Hospital de Sant Llätzer i Casa de Caritat a Terrassa, a l'actual Mercat de la Independència, al centre històric de la ciutat, a prop de l'actual Ajuntament de la Vila. Però no va ser fins al 1870 que es va situar a l'emplaçament actual de la plaça Dr. Robert, al convent de Sant Francesc, abandonat amb la desamortització. En aquest convent, i en un solar adjunt, es va crear un asil benèfic per a vells pobres i invàlids que, més endavant, també va acollir infants pobres i abandonats. El 1917 es va construir un nou edifici annex a l'antiga Casa de Caritat i es van reformar les antigues dependències, i en els anys trenta es va construir un pavelló antituberculós, que va tancar a finals dels anys cinquanta.

L'any 1924 es va inaugurar la Clínica de la Mútua de Terrassa a la plaça Dr. Robert, just enfront de l'Asil Benèfic, com a resultat de la tasca de l'entitat asseguradora iniciada el 1900. Després de la guerra, i durant els anys quaranta, l'assistència de la Mútua es va ampliar més enllà dels accidents de treball, i el 1947 es va inaugurar la nova Clínica Quirúrgica i d'Especialitats, entre les quals l'assistència a parts i nadons, amb pediatres externs que venien a passar visita segons les necessitats.

L'any 1950, la Casa de Socors i Asil Benèfic de Terrassa es va convertir en hospital i, concretament, la part pediàtrica en Clínica Infantil de l'Hospital de Sant Llätzer. El primer metge puericultor encarregat dels infants va ser Josep Novellas i Mallofré, que ho va ser fins ben entrats els anys setanta. Inicialment l'ajudaven les monges carmelitanes, que hi vivien, fins que es va professionalitzar amb personal d'infermeria.

Som al 1950, i la fundació local Torredemer-Riu va aportar al ja conegut popularment com Hospital de Sant Llätzer mitjans per a la dotació de material assistencial, com l'aparell de Rx o el d'astrop, i va participar en la construcció de la Clínica Nuestra Señora del Remedio, edifici annex que atenia malalts particulars i de mútues i on posteriorment es va fer l'assistència a parts. També en els anys cinquanta es va instal·lar en aquestes dependències un servei de rehabilitació per als afectats de l'epidèmia de poliomièlitis.

Aquestes millores a l'Hospital de Sant Llätzer van permetre agafar una dimensió assistencial pediàtrica més gran i la incorporació dels doctors Enric Mundó i José Luis Calderón.

Als anys seixanta, la Seguretat Social va contractar l'hospitalització de malalts pediàtrics fins a l'edat de 7 anys a la Clínica Infantil de l'Hospital de Sant Llätzer, ja que la Mútua no tenia aquest tipus d'assistència encara. Els doctors Lluís Trenard i Antonio García Martín, i més tard el Dr. Manuel Rodríguez Coque, van ser els encarregats de passar visita de manera individual; podríem dir que els llits estaven a disposició dels metges que tenien les seves consultes privades a Terrassa. El 1966 l'Hospital es va incorporar a la xarxa d'hospitals de la Diputació de Barcelona.

Van ser anys durs, i a Terrassa es van viure i atendre situacions molt dramàtiques, com la ja esmentada epidèmia de poliomièlitis o les conseqüències de les riades del 25 de setembre del 1962, amb més de 300 morts a la ciutat.

El 1975 es va inaugurar el nou edifici de l'Hospital Mútua de Terrassa, conegut com «la Mútua» i al juliol d'aquell mateix any, una nova sala de parts.

A principis del 1977 també es va inaugurar el Nou Hospital de Sant Llàtzer, on es començà a dur a terme activitat assistencial pediàtrica durant les 24 hores, a banda de la que ja pres-taven els diferents pediatres privats. Josep M. Novellas Mallafre, com a responsable de l'activitat pediàtrica, va consolidar el Servei de Pediatria de l'Hospital de Sant Llàtzer, que es va acreditar per a la docència MIR. Aleshores ja es feia activitat en pediatria i en neonatologia dels nounats que provenien de la Clínica del Remei.

La jerarquització segons el nou sistema de funcionament va representar a l'Hospital de Sant Llàtzer l'inici de la formació de pediatres i el nomenament gairebé immediat de la figura de cap de Servei, que va correspondre a Josep M. Febrer Bosch.

Una gran part del personal d'infermeria va començar la seva vida laboral amb la jerarquització del Servei i ara l'està acabant aportant la seva experiència de tants anys de treball.

L'octubre del 1977 es va obrir la primera Unitat de Neonatologia a l'Hospital Mútua de Terrassa, amb personal propi, i això va permetre començar una assistència perinatal de més complexitat, amb possibilitat de ventilació mecànica; el cap de Servei n'era el Dr. Padula. També es va crear un departament maternoinfantil en què ingressaven prematurs. El 1978 s'obrí la primera subespecialitat pediàtrica, la neuropediatria, junt amb la de seguiment neonatal. El 1984, i durant uns quants anys, s'incorpora a la Unitat de Nounats com a cap de servei Àngel Moral García, procedent de l'hospital Sant Joan de Déu, que va dinamitzar la neonatologia i la va adaptar a les noves tendències del moment.

El 1981, a l'Hospital de Sant Llàtzer hi va haver canvi de cap del Servei de Pediatria: s'hi va incorporar August Saenz Bernat, hematòleg pediatre procedent de la Vall d'Hebron, que el 1982 va aconseguir que l'Hospital de Sant Llàtzer fos dels primers hospitals no monogràfics pediàtrics que va ampliar l'assistència pediàtrica als 14 anys i que va incorporar les especialitats pediàtriques de manera sistemàtica, incloent-hi la cirurgia infantil.

Així doncs, a finals dels anys setanta i principis del vuitanta podríem dir que l'assistència hospitalària pediàtrica de Terrassa agafava pediatria fins als 7 anys i estava repartida entre els dos centres, l'Hospital Mútua de Terrassa, que duia a terme una activitat centrada principalment en la neonatologia, i l'Hospital de Sant Llàtzer, centrat en l'assistència pediàtrica, tot i que en una petita assistència neonatal de menys complexitat. Eren temps en què l'activitat d'assistència primària era assumida per pediatres de la Seguretat Social en diferents ambulatoris de la ciutat.

L'estructura de l'antic Hospital de Sant Llàtzer va anar patint un deteriorament progressiu i preocupant, i cada vegada es feia més evident la necessitat d'un canvi en els espais d'hospitalització: calia fugir dels espais amb habitacions comunes i anar a espais més individuals. Al mateix temps, durant el període 1976-1979, l'estat espanyol havia posat en marxa el projecte de construcció de l'Hospital de la Mancomunitat Sabadell-Terrassa, amb capacitat per a 500 llits, en uns terrenys situats a Torrebonica, a uns 4 quilòmetres de distància del centre de Terrassa i que no s'estaven utilitzant per fer assistència sanitària.

L'Ajuntament de Terrassa va iniciar converses amb la Generalitat per adaptar la funció de l'Hospital de Sant Llàtzer a les necessitats de la sanitat que s'anava configurant com a pública, subjecta a la planificació de la Generalitat, orientada al servei dels ciutadans i amb criteris d'equitat geodemogràfica. La voluntat positiva de l'Ajuntament, patró de la Fundació Sant Llàtzer, i de la Generalitat, mitjançant el Departament de Sanitat i Seguretat Social, després d'una etapa de planificació culminada el 1983 amb la redacció del Mapa sanitari del municipi de Terrassa, va fer possible la creació del Consorci Sanitari de Terrassa (CST), integrat per les tres institucions: la Generalitat de Catalunya, l'Ajuntament de Terrassa i la Fundació Sant Llàtzer.

Així doncs, a finals dels anys vuitanta, la conjunció d'aquesta malmesa situació arquitectònica del Sant Llàtzer, de la reordenació promoguda per l'Ajuntament de Terrassa i la Generalitat i la infrautilització de l'edifici de la Mancomunitat, va condicionar que el 5 d'octubre de 1989 es fes el trasllat a Torrebonica del personal sanitari, els malalts i el material al que a partir de llavors es diria Hospital de Terrassa del Consorci Sanitari de Terrassa (CST). Aquest dia es recordarà especialment al Servei de Pediatria pel naixement a les poques hores de fer el canvi d'hospital de les primeres trigèmies del centre. Aquest canvi va significar disposar d'una planta d'hospitalització de divuit llits, tots individuals i que permetien quedar-se a la família, la incorporació d'una sala de jocs, l'ampliació de la Unitat de Neonatologia amb capacitat per a dotze nadons i unes urgències que permetien veure en condicions els prop de 33.000 infants que es visitaven anualment en aquells moments.

El fet que l'hospital de Sant Llàtzer marxés del centre de la ciutat va facilitar la creació d'un altre servei de pediatria més pròxim a la ciutadania, i es va inaugurar a finals del 1989 el Servei de Pediatria de l'Hospital Mútua de Terrassa, amb l'objectiu primer de donar atenció a les urgències pediàtriques 24 hores i posteriorment implementar l'hospitalització i ampliar la Unitat Neonatal i UCINN de més cabuda. Es va confiar la tasca al Dr. Lluís Tobeña, pediatre de l'Hospital Sant Joan de Déu, que va assumir el repte incorporant un equip de pediatres motivats per tirar endavant aquest nou servei. S'inicià també la Cirurgia Infantil amb un equip extern que permetia fer cirurgia programada, culminant al 1993 amb el Servei de Cirurgia Infantil, amb equip propi, ingressos i cirurgies de major complexitat, inclosa cirurgia neonatal i el seguiment conseqüent. A partir de l'any 1994 l'assistència pediàtrica de complexitat va portar a la incorporació progressiva de les diferents subespecialitats pediàtriques que es van sumar a les anteriorment descrites, fins a poder oferir una assistència integral completa. Ja en aquell moment es van iniciar nexes de col·laboració entre els pediatres d'atenció primària de l'àrea de referència, esbós inicial del projecte de transversalitat que s'implantaria en el futur en tots dos centres.

A l'any 1997 La Mútua inaugura una nova planta de pediatria que va suposar un canvi d'espai amb millora de la unitat neonatal i l'ingrés a pediatria, habitacions amb llit per acompanyant i espai pensat per als nens, sala de jocs i unitat neonatal que integrava equip perinatal i obstetrícia d'alt risc.

Els dos hospitals, a partir d'aleshores, van anar participant de manera conjunta en l'atenció de les necessitats sanitàries de la ciutat; per exemple, la col·laboració en la cobertura sanitària de les activitats dutes a terme durant els Jocs Olímpics del 1992, aportant voluntaris, i amb la Mútua com a hospital de referència, o en la participació activa en la difusió de temes de mesures preventives a l'edat pediàtrica o de RCP, com ho és el recent projecte Prepara't del CST, la Creu Roja i l'Ajuntament de Terrassa.

També els dos centres han anat ampliant i incorporant subespecialitats i han donat assistència sanitària d'una manera integral a la població, i s'han encarregat de la gestió de l'atenció primària de bona part de les ciutats del voltant de Terrassa.

Tots dos centres han anat incorporant la transversalitat al seu model assistencial i de gestió, la Mútua va visualitzar aquest fet a l'any 2002 passant a ser l'aleshores Cap de servei de Pediatria Dr. Tobeña a Cap de l'Àrea Pediàtrica Integrada (Hospital i Primària), amb una direcció conjunta.

Aquest fet va suposar en tots dos centres, una nova forma de treball, amb equips integrats amb amb primària, guàrdies compartides, fugint de contractes específics per a guàrdies, donant pas progressivament de les especialitats hospitalàries als Centres d'Atenció Primària, potenciant un treball conjunt i adaptant el creixent en número de pacients atesos a espais

més propers, evitant així colapses a les Consultes Externes d'especialitats, i, finalment, fent una aposta clara per les urgències pediàtriques, amb equips, protocols, sistemes de triatge i circuits propis i una millora dels espais: a la Mútua s'ha consolidat l'adequació i la separació dels antics espais i a l'Hospital de Terrassa (CST) s'han construït les noves urgències, que es van inaugurar el mes de juny de 2008, totalment individualitzades i adaptades als requeriments actuals.

A l'Hospital de Terrassa, l'any 1997 va agafar la responsabilitat de Cap de Servei la Dra. Dolors Soriano Belmonte, cardiòloga infantil que va modernitzar progressivament el Servei, i a la Mútua l'any 2006 el Dr. Lluís Tobeña va donar pas al Dr. Jaume Margarit i Mallo, cirurgià infantil, que va consolidar l'Àrea Pediàtrica Integrada. L'any 2014 el Dr. Abel Martínez i Mejías va passar a Cap de Servei de Pediatria de l'Hospital de Terrassa, i a Mútua es va mancomunar l'Àrea Pediàtrica amb el Servei de Pediatria de l'Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell, sent el Cap del Servei Mancomunitat el Dr. Roger Garcia i Puig.

En els últims anys els dos serveis de pediatria col·laboren activament en diversos projectes en l'àmbit d'urgències, atenció primària i atenció especialitzada, i comparteixen programes i professionals en subespecialitats com l'endocrinologia, la cardiologia pediàtrica o la cirurgia infantil.

Subespecialitats pediàtriques

La incorporació de les subespecialitats pediàtriques ha estat diferent a tots dos centres. L'any 1982, l'Hospital de Sant Llàtzer, amb August Saenz com a cap del Servei de Pediatria, va iniciar de manera pionera la incorporació de les especialitats pediàtriques en un centre hospitalari no monogràfic de pediatria, amb la incorporació inicial d'endocrinologia pediàtrica, cirurgia infantil i hematologia; a poc a poc s'hi van incorporar més àrees, fins a l'actualitat, en què l'atenció especialitzada dona atenció en disset àrees específiques de pediatria, afegint-hi cardiologia, al·lèrgia, dermatologia, oftalmologia, gastroenterologia, nefrologia, neonatologia, neuropediatria, otorinolaringologia, pneumologia, psicologia clínica i psiquiatria infanto-juvenil. Val a dir que actualment tenim aliances amb el servei de pediatria de Parc Taulí en temes de cardiologia infantil i neuropediatria, amb molt bons resultats, i ens plantejem en un futur immediat ampliar les nostres consultes a pediatria social i salut internacional.

El 1994, la Mútua de Terrassa va iniciar les diferents especialitats pediàtriques, inicialment pneumologia infantil, cirurgia pediàtrica, ORL pediàtrica i oftalmologia infantil. I el 1995 s'hi van afegir les subespecialitats d'hematologia, gastroenterologia, al·lèrgia i immunologia, nefrologia, endocrinologia, nutrició i atenció a l'infant immigrant.

Docència

Ja l'any 1968 es va crear a l'antiga Clínica de Sant Llàtzer una escola d'Auxiliars Tècnics Sanitaris (ATS).

El 16 de març de 1977, l'Hospital de Sant Llàtzer es va acreditar per a la docència MIR incorporant un Cap d'estudis i sis residents de Pediatria. Tot i que ja hi havia formació de pediatres per "escola" i metges que es formaven de manera assistencial, l'acreditació va significar l'inici de la formació oficial de pediatres i el primer resident a l'any 1978, des d'aleshores més de 50 pediatres s'han format al llarg d'aquests anys.

El 1998 la Mútua de Terrassa rep l'acreditació per a la formació MIRs de pediatria, rebent el primer resident de pediatria l'any 2001.

L'any 2000 es va fundar la Fundació Mútua de Terrassa per a la Docència i Recerca Biomèdica i Social (FPC) que treballa facilitant la recerca al centre i l'any 2007 es va signar l'acreditació com a centre universitari associat a la UB per iniciar la formació de grau universitari i es va canviar el nom a Hospital Universitari Mútua de Terrassa a partir de 2008, moment en el qual la Generalitat va ratificar l'acord docent.

En l'actualitat tots dos centres col·laboren en la formació d'estudiants de medicina, infermeria i formen dos residents MIR de pediatria per any, a més de la formació de Medicina Familiar i Comunitària (hospital i atenció primària de pediatria) que s'està fent des de principis de l'any 2000.

El Consorci Sanitari de Terrassa ha incorporat a l'Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT), antiga escola d'infermeria de Creu Roja i la col·laboració en diversos Màsters Universitaris de la UAB.

La Formació continuada a tots dos centres ha estat una constant. Ja l'any 1994 s'havien iniciat sessions de freqüència variable i rotatòries a cada centre amb els pediatres de tots els altres hospitals de la zona (Mútua i Hospital juntament amb Hospital Parc Taulí, Hospital General de Catalunya i Hospital de Granollers) amb la voluntat d'entesa i treball conjunt entre tots els hospitals del Vallès. Exemple d'aquesta col·laboració és el cas de la formació en RCP pediàtrica, bàsica, immediata i avançada, que des del 2007 es fa de forma itinerant amb els hospitals del Vallès (incloent al Parc Taulí).

La formació i la docència de l'Hospital de Sant Llätzer, primer, i posteriorment de l'Hospital de Terrassa i de l'Hospital Mútua de Terrassa, ha estat vinculada a la xarxa hospitalària de l'Hospital Clínic, al Maternoinfantil de la Vall d'Hebron, a l'Hospital Sant Joan de Déu i Casa Maternitat i als veïns de la Corporació Sanitària del Parc Taulí de Sabadell. S'ha participat en reunions i congressos de nivell nacional i internacional i s'han presentat treballs de recerca mereixedors de premis i beques.

A tots dos centres es fan sessions clíniques conjuntes setmanals amb l'equip de l'hospital i tots els pediatres dels CAPs de referència (coneixement entre professionals, col·laboració i fluxe d'informació alhora que formació continuada conjunta), i també es fan sessions de freqüència variable i rotatòries a cada centre amb els pediatres de tots els altres hospitals de la zona (Parc Taulí, Hospital General de Catalunya i Hospital de Granollers).

Assistència primària i altres centres

La història de la incorporació de l'Assistència Primària tant a la Mútua com a l'Hospital de Terrassa ha estat bastant similar, amb els inicis col·laborants als "ambulatoris" que hi havia, posteriorment amb la creació el 1993 dels primers equips propis d'atenció primària, ubicats al CAP Sant Llätzer i posteriorment des de l'any 2002 amb la consolidació de les àrees integrades (Hospital-Primària) ampliant l'oferta assistencial assumint progressivament i d'acord amb els canvis socials, la idea d'integrar la pediatria d'atenció primària i la d'atenció hospitalària per constituir un sol Servei de Pediatria en cada centre.

Tot fins l'actualitat que amb 7 CAPs i 45 pediatres per part de CST i per part de HUMT 9 CAPs i 42 pediatres juntament amb un model de consultes externes de subespecialitats en els propis CAPs, fa que la pediatria estigui més propera a les persones i es doni assistència pediàtrica integral a les ciutats de Terrassa, Rubí, Sant Cugat, Viladecavalls, Castellbisbal i Matadepera, Olesa i Sant Quirze.

A part de la primària tots dos centres han anat incorporant altres unitats, al CST a partir de febrer del 1991 va incorporar la unitat d'atenció especial per als esportistes del Centre d'Alt Rendiment Esportiu (CAR) de Sant Cugat, compartint assistència amb els traumatòlegs i metges de medicina esportiva, i al 1993 va crear la Unitat d'Hospitalització Penitenciària, annexa a l'Hospital de Terrassa, aquesta unitat constitueix una experiència única a l'estat i se suma a les poques que hi ha al món..., des d'aleshores el servei de pediatria atén els nous nats nascuts al penitenciar i des de l'any 2003 atén els infants que romanen amb les seves mares fins als tres anys al centre penitenciar de dones de Wad-Ras, a Barcelona. A la Mútua també es van crear altres unitats, com és el cas del Centre de Salut Mental InfantoJvenil (CSMIJ), ubicat a la sisena planta del CAP Rambla, que és el centre de referència de psicologia/psiquiatria pediàtrica de tota l'àrea de Terrassa, i l'Hospital de Dia d'Adolescents.

Caps de servei

CST - Consorci Sanitari de Terrassa

Josep M. Novellas Mallafre (1950-1977)
 Josep M. Febrer Bosch (1977-1981)
 August Sáenz Bernat (1981-1997)
 Dolors Soriano Belmonte (1997-2014)
 Abel Martínez des del 2014

HUMT - Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Padula (1975-1983)
 Àngel Moral García (1983-1989)
 Lluís Tobeña i Boada (1989-2006)
 Jaume Margarit i Mallol (2006-2014)
 Roger Garcia i Puig des del 2014



Hospital Mútua de Terrassa.



CST Terrassa.



CST Terrassa.

L'Hospital Verge de la Cinta a Tortosa

Emili Marqués, Jaume Rosal

Les Terres de l'Ebre han estat marcades per la seva singularitat, arrelada en el riu i en les persones que habiten les seves riberes. La lluita per la defensa d'aquest riu ha estat encapçalada pel moviment antitransvasament que ha cohesionat el territori davant un objectiu comú: salvar el riu i el Delta, sota el lema «lo riu és vida».

El factor que socialment ha canviat més l'aspecte poblacional i pediàtric ha estat l'allau migratòria. Ciutadans d'arreu del món han arribat a les Terres de l'Ebre, principalment des del Magrib, Amèrica del Sud i Europa de l'Est. Es tracta de gent jove que ha condicionat un augment important en l'última dècada: prop d'un 35% dels nounats als darrers anys són fills de mares estrangeres. Això fa que la nostra població pediàtrica estigui immersa en el que coneixem com la diversitat cultural, fet que ha necessitat l'adaptació i la formació dels professionals pediàtrics.

Un altre aspecte que ha condicionat des de sempre les Terres de l'Ebre és la seva dispersió poblacional i l'allunyament de la metròpolis i dels centres de decisió política. A l'Ebre no hi ha capital de província, una situació que condiciona una limitació de recursos materials i humans que es reflecteix en una manca continuada de professionals pediàtrics. Això s'evidencia en el cens de pediatres, pràcticament el mateix de fa vint anys. Encara hi ha pobles, de prop de vint mil habitants, que no disposen de pediatre.

En el capítol de les millores assolides durant aquests anys cal destacar, i molt en positiu, les relacions hospital-primària, fonamentades en els cursos anuals de formació continuada, sota la tutela de l'SCP. Aquests cursos han facilitat el contacte entre els especialistes, i han propiciat una millor coordinació que ha revertit molt favorablement en l'atenció infantil.

D'altra banda, també ha estat rellevant el desenvolupament de les especialitats pediàtriques (cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, pneumologia, neurologia), que actualment s'ofereixen totes al territori, a càrrec de pediatres molt ben formats i en contacte constant amb els centres de referència.

L'Hospital de Tortosa Verge de la Cinta ha estat el principal impulsor d'aquests avenços. La fita d'haver assolit, l'any 2005, l'acreditació per a la docència MIR i, per tant, la formació d'especialistes, ha estat sens dubte un punt d'inflexió que resoldrà la manca d'especialistes al territori i, a la vegada, fomentarà els aspectes docents i formatius.

Els metges residents en pediatria, així com els metges de família, han de passar, en el seu pla d'estudis, per les sales de pediatria de l'hospital. A més, els residents en pediatria (durant dos mesos) i els metges de família (durant un mes) passen obligatòriament per una consulta de pediatria en primària, sota l'orientació i la direcció d'un pediatre i una infermera pediàtrica.

La infermera pediàtrica té sempre, i de manera especial a primària, un paper fonamental en el control del nen sa (vacunacions, control antropomètric, prevenció d'accidents, puericultura, etc).

També porta a terme el programa de Salut a l'Escola: la salut mental, la salut afectiva i sexual, el consum de drogues legals i il·legals, i els trastorns de la conducta alimentària.

Com a conseqüència del seu pas per la pediatria primària, els metges residents tenen una millor preparació per a la patologia pediàtrica més habitual i el control periòdic del nen sa.

Històricament, hi ha una data clau com a punt de partida de la bona relació entre els professionals del territori i de l'inici del concepte de projecte en comú: la IV Reunió Anual de l'SCP, celebrada a Tortosa l'any 1996. Una experiència molt recordada per tots els socis, tant pel seu nivell científic com per l'agermanament que es va assolir entre tots els assistents.

L'any 2016 ho recordarem celebrant de nou la reunió anual, organitzada per les noves generacions de pediatres que han agafat el relleu i que són el futur de la pediatria a les Terres de l'Ebre, unes terres per les quals, sens dubte, caldrà continuar treballant i lluitant.

La pediatria a Lleida

Anton R. Gomà

Entre l'any 1980 i el 1992, a Lleida es van haver de canviar unes infraestructures orgàniques i funcionals que eren clarament insuficients, tant des del punt de vista hospitalari com extrahospitalari. Els canvis van condicionar de manera progressiva el devenir de la pediatria en aquestes terres, i no els podem obviar.



Trobada de pediatres de Ponent 2012. Les Borges Blanques.

Intentant resumir, es tractaria dels canvis següents:

- Direcció i gerència de l'hospital més professionalitzada.
- Canvis en l'organització assistencial i docent del Servei de Pediatria.
- Posada en marxa de l'ampliació i la construcció del nou hospital en tres fases, des del 1987 fins al 1994, amb la creació i la modernització dels serveis hospitalaris centrals (UCI, quiròfans centrals i obstètric, laboratoris, urgències generals, etc.). El Servei de Pediatria es va haver d'esperar a la tercera fase.
- Creació de les assignatures de pediatria i clínica pediàtrica a la facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. Entrada de la Universitat de Lleida a l'hospital, que va passar a ser Hospital Universitari Arnau de Vilanova.
- Posada en marxa de la formació MIR a l'hospital i a l'àrea.
- Arribada progressiva de pediatres de nova formació als centres d'atenció primària (CAP) de Lleida, Balaguer, Mollerussa, les Borges Blanques i Tàrraga, i a l'Hospital Provincial Santa Maria de Lleida.
- Modernització i creació dels hospitals comarcals de la Val d'Aran, a Vielha, del Pallars, a Tremp, i de l'Alt Urgell, a la Seu d'Urgell.

Aquests canvis van tenir diferents repercussions:

- En l'àmbit hospitalari, l'estructura física del servei va quedar igual. Només s'hi va afegir una sala per a l'exploració dels nadons, amb personal propi, i una sala de treball i reunions.
- Millora dels serveis centrals generals de l'hospital (UCI, laboratori de bioquímica i de bacteriologia, RX, bloc quirúrgicoobstètric, servei d'urgències generals, etc.), amb una repercussió indirectament positiva, però en general, exceptuant individualitats personals, amb una mínima sensibilitat pediàtrica: cal recordar la negació de l'edat pediàtrica fins als 15 anys, la negativa a la creació d'una àrea d'urgències pediàtrica pròpia dins el Servei d'Urgències, i que als CAP, en una primera època, es va voler obligar els pediatres a fer urgències generals.
- Posada en marxa de la consulta externa pediàtrica, pròpia i autònoma. Creació del concepte «malalt mixt», per casos d'infants dependents d'altres serveis generals, amb l'ingrés a l'àrea pediàtrica d'hospitalització i revisió clínica pediàtrica de tots els pacients. Començament de l'especialització pediàtrica; les primeres van ser cardiologia i al·lèrgia pediàtrica.
- Important dinamització de la vida hospitalària i dels CAP, amb l'arribada dels estudiants de la facultat de Medicina i dels MIR, primer de medicina familiar i comunitària (rotaven tres mesos per Pediatria), i posteriorment altres especialitats.

- Interès en el coneixement i la comunicació entre els diferents nivells assistencials dels pediatres de l'àrea i creació i organització de les trobades anuals dels Pediatres de Terres de Ponent. La primera es va fer a la Seu d'Urgell l'any 1987, amb els objectius d'una millor coneixença entre tots, a més de trobar solucions als problemes comuns de la pediatria a tota l'àrea, tant científics com assistencials i que no eren pocs. Continuació i posada al dia del Curs de Formació Continuada de Pediatria.

A partir de l'any 1990, la Conselleria de Sanitat, i més concretament el Dr. Xavier Trias, va convocar la gerència de l'hospital i el cap del Servei de Pediatria per iniciar les converses per a la remodelació del Servei de Pediatria (Pla funcional de la tercera fase) i es va donar llum verda per fer les obres. Al mateix temps, des del Servei de Pediatria es va fer el Pla funcional d'estructura física i el nou Pla funcional d'organització (basat en les necessitats assistencials, docents i d'investigació pediàtrica que requereix un hospital universitari), que ja estava pensat des de l'època anterior.

A partir de l'any 1992, el Servei de Pediatria va viure a l'«exili» a causa de les obres de remodelació. L'àrea d'hospitalització neonatal va estar ubicada a l'UCI general, on es van fer modificacions a fi d'aïllar-la totalment. Així mateix, l'àrea d'hospitalització pediàtrica va estar ubicada en una planta d'hospitalització d'adults (la 2a Nord), que s'acabava de construir. Les obres van finalitzar l'any 1994.

La conclusió d'aquests dos anys d'exili es podrien resumir amb els punts següents:

- Contacte positiu amb l'arquitecte i els tècnics en l'evolució de les obres.
- Millora estructural física important, tant a l'àrea neonatal com a la d'hospitalització pediàtrica –les anteriors eren del 1964–. Millora de l'equipament neonatal i de les estructures de treball.
- Incorporació d'un pediatre especialitzat en pacients crítics, neonatologia i tècniques neonatals, i interès d'alguns pediatres dels CAP per fer atenció continuada al Servei de Pediatria.
- Obtenció d'una plaça MIR de pediatria l'any 1992, amb tot el que representava.
- Inici de la informatització del Servei.

La part negativa d'aquests anys, que ja s'arrossegava de l'època anterior, era la situació incomprensible de les urgències pediàtriques hospitalàries, amb una infraestructura inadequada per a infants, barrejats a la sala d'espera amb els adults, manca d'intimitat i absència de personal propi i adient per atendre'ls. Això va motivar moltes protestes, reunions i poques solucions.

L'any 1994 es va inaugurar la nova planta d'hospitalització pediàtrica. Es tractava d'una infraestructura d'hospitalització pediàtrica excel·lent, amb diferents àrees d'hospitalització àmplies, molt ben delimitades i il·luminades. El mateix passava a les àrees de treball i les d'esbarjo per a la canalla i les famílies. Era i continua sent la planta amb més bona infraestructura física de l'hospital. Els arquitectes s'hi van lluir.

També es va millorar molt en el material i els equipaments, especialment a l'àrea neonatal, on es va crear una unitat d'hospitalització neonatal adient a l'època, on es podia atendre la majoria de la patologia neonatal, excepte la quirúrgica.

Però l'equipament de personal va ser nul i la situació de les urgències pediàtriques hospitalàries seguia exactament igual que en èpoques anteriors.

Entràvem ja a finals de segle. Fins a l'any 2000 va ser una època caracteritzada per canvis socioculturals importants, canvis positius en infraestructures assistencials i deficiències arquitectòniques, estructurals i funcionals a les urgències pediàtriques, on s'endevenaven problemes seriosos, així com en l'atenció continuada. Al final d'aquest període, l'edat mitjana elevada (53) dels pediatres assistencials feia entreveure el recanvi generacional i, des del punt de vista funcional, mancava completar les especialitats pediàtriques i la cirurgia infantil.

Els canvis més importants fins a l'any 2000 van ser aquests:

- Canvis socioepidemiològics en la població atesa, determinats per la immigració, i per l'augment de la natalitat (3r hospital públic de Catalunya) i de la població pediàtrica que calia atendre, i canvis en les estructures socioeconòmiques i la diversitat cultural, amb nous reptes assistencials i socials (alguns de desconeguts).
- Canvis en l'organització hospitalària a Lleida. Unificació dels serveis de pediatria de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i de l'Hospital Santa Maria. Els dos pediatres d'aquest hospital van ser incorporats a l'equip del Servei de Pediatria de l'Arnau de Vilanova, amb orientació cap a l'endocrinologia pediàtrica i la patologia social i infecciosa. Es van traspasar els pediatres i la càrrega assistencial, però no la resta de personal sanitari.

A les consultes externes, incorporació de l'endocrinologia pediàtrica i la gastroenterologia, encara que només 3 hores a la setmana.

Posada en marxa del màster en reanimació pediàtrica i neonatal, en coordinació amb la Universitat de Lleida, i ampliació del Cours d'urgències pediàtriques.

- Posada en marxa del grup d'humanització hospitalària pediàtrica, amb la col·laboració de la Creu Roja i de voluntaris, i amb gran implicació de la infermeria.
- Creació de nous CAP a Lleida, amb la incorporació de nous pediatres a l'àrea i possibilitat de noves incorporacions en atenció continuada i urgències pediàtriques hospitalàries, un maldecap crònic, insistent, persistent i progressiu amb possibilitats de desestructuració del servei (igual que una malaltia crònica). Es va iniciar el CUAP (Curs d'urgències pediàtriques extrahospitalàries) els dissabtes i diumenges de 9.00 a 21.00 h, cosa que no solucionava les urgències pediàtriques hospitalàries.
- Posada en marxa a l'hospital del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM), exclusiu per a adults.

Sensibilització entre els pediatres de l'hospital i de l'àrea d'aquesta necessitat per als infants, presentada a les reunions de Pediatres de Terres de Ponent i a les dels hospitals comarcals a Lleida i Tortosa, i a la reunió de Pediatres de Llengua Catalana a Tarragona. La coordinació entre institucions i professionals dels hospitals de tercer nivell va permetre a Catalunya la posada en marxa d'un SEM pediàtric institucionalitzat i centralitzat. Hi va haver un abans i un després. Ningú que no sigui dels hospitals perifèrics i distants de Barcelona i rodalies (que també), pot saber el que va representar per la millora de l'atenció i la supervivència del pacient crític pediàtric. Per mi, ha estat una de les principals millores de l'assistència pediàtrica al nostre país, per l'excel·lència i la qualitat, i per l'obtenció d'una atenció d'equitat del pacient crític a qualsevol lloc de Catalunya.

Entrem ja al segle XXI, que es caracteritza per dues èpoques diferenciades i que van tenir una gran repercussió en el devenir posterior del Servei.

La primera època (2000-2003) va ser difícil i complicada, expressada en l'esclat de la situació a Urgències pediàtriques i les guardies, que ens va motivar a presentar la situació davant la fiscalia, amb l'enrenou consegüent i les recriminacions pròpies d'aquestes situacions (alguna de prou desagradable).

A pesar de tot, i com és lògic, l'activitat assistencial, docent i de participació en congressos i reunions continuava. Un company va tenir un accident cerebrovascular mentre feia una presentació en una reunió anual de l'AEP. El Servei va quedar trasbalsat durant un temps.

Es va posar en marxa l'aula Antoni Cambrodí, que era una antiga aspiració de feia anys i que ens és de gran ajuda en l'atenció i l'assistència de l'infant hospitalitzat. La nostra escola porta una gran activitat formativa i docent.

També es va iniciar la col·laboració d'una psicòloga (encara que només un dia a la setmana), en contacte amb el Centre de Salut Mental Infantil (CSMIJ) de Lleida. Posteriorment s'ha desenvolupat de manera important, i una pediatra es va especialitzar en psicologia Infantil. Tot ha estat de molta transcendència en l'atenció psicològica i psiquiàtrica dels nostres infants.

La segona època (a partir de 2004) va comportar canvis reals i la modernització definitiva del Servei. Tot va coincidir amb canvis a la conselleria i l'arribada d'un gerent nou (Victòria Peralta), amb ganes de posar l'hospital i els serveis en funció de les necessitats reals de la població, i la demanda raonada dels caps de servei sota uns objectius, mètode i temps per fer-los; això incloïa el Servei de Pediatria. En un període de quatre o cinc anys hi va haver una millora de l'estructura funcional del Servei; representava l'entrada d'aire fresc i la realització definitiva de les il·lusions dels anys vuitanta i noranta, i es va reflectir en tot el Servei. Arribava tard, però arribava... Ja era hora!

Els canvis més importants van ser els següents:

- Ampliació i modernització de l'àrea de neonatologia i perinatologia. Atenció continuada exclusiva. Formació de subunitats i grups (hospitalització domiciliària, alletament matern, nutrició neonatal, dismorfologia, ecografies neonatals, unitat obstetriconeonatal). Modernització de l'àrea perinatal i estada individual mare-fill a l'àrea obstètrica l'any 2008.
- Àrea d'urgències pediàtrica, pròpia, autònoma i amb personal propi.
- Dotació per a la creació d'especialitats pediàtriques (gastroenterologia, neurologia, cardiologia, nefrologia, pneumologia) i cirurgia infantil (1 dia a la setmana). Implicació dels Serveis Generals en consultes pediàtriques (dermatologia, psiquiatria i traumatologia).
- Ampliació a tres MIR per any en la formació postgrau.
- Millora en la coordinació assistencial i docent amb els CAP i els hospitals de referència.
- Noves àrees lúdiques (Cibernauta i Pallapupes).
- Dotació de personal per dur a terme tots aquests canvis.
- Informatització del Servei i instauració del Programa SAP.
- Creació i posada en marxa de la nova àrea de Consultes Externes Pediàtriques.

Pràcticament, en cinc o sis anys es va fer el recanvi generacional. A més, es van ampliar i dotar les àrees del Servei i les especialitats, al mateix temps que s'ampliava la formació de postgrau; es va dotar i crear de manera definitiva l'àrea d'urgències pediàtriques, pròpia i autònoma; i es va posar al dia tota l'àrea neonatal i perinatal. Havien passat vint-i-quatre anys per fer realitat unes il·lusions dels anys vuitanta. Un somni fet realitat en aquestes terres. Restava la solució definitiva per a la cirurgia pediàtrica.

La docència de pregrau, postgrau, Erasmus i formació continuada ha estat un dels pilars en la consecució dels objectius esmentats anteriorment i en la dinamització de l'activitat pediàtrica a les nostres contrades. Per això ha estat imprescindible, en primer lloc, la participació i la coordinació dels pediatres dels diferents estaments assistencials de tota l'àrea de Lleida

i província (hospitals, CAP i altres entitats, com l'Aliança) i també la col·laboració de les entitats públiques, sobretot l'ICS, la facultat de Medicina de la UDL i el Col·legi de Metges.

Respecte a la docència, cal recordar la importància de la facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. L'època d'arribada d'alumnes de pregrau a Lleida data de la dècada dels setanta, quan estudiants de Medicina de la Universitat de Barcelona venien a fer el rotatori a l'antiga residència General Moscardó. Els anys 1982 i 1983 van començar els primers alumnes de Medicina que iniciaven les assignatures de pediatria i clínica pediàtrica. La participació dels alumnes en la vida del Servei i dels CAP ha permès la seva sensibilització vers la pediatria i la creació de vocacions pediàtriques; han estat molts els alumnes que han fet l'especialitat.

La docència postgrau va arribar a Lleida l'any 1984. Inicialment els MIR eren de medicina familiar i comunitària, que feien estada de tres mesos a l'àrea d'hospitalització pediàtrica. El primer MIR de pediatria va arribar l'any 1994, i la formació postgrau en pediatria amb tres places de MIR ha permès crear una infraestructura docent, crec que molt sòlida, amb la col·laboració dels hospitals de nivell III de referència. Els nostres MIR fan una estada completa de 9 a 12 mesos als hospitals de referència, i això és un plus important des de tots els punts de vista en la seva formació. Tanmateix, la col·laboració dels pediatres dels CAP en la seva formació ja es feia abans de sortir la normativa oficial de l'ordre ministerial. Des de sempre, els CAP han col·laborat en la formació, tant en el pregrau com en el postgrau. Tot això ha permès crear una xarxa de formació pediàtrica i de col·laboració entre els diferents nivells de l'assistència sanitària que ha ajudat a canviar la qualitat de l'atenció pediàtrica a les nostres contrades, així com la relació entre tots nosaltres, i una vegada aconseguits els nivells assistencials i docents adients, ens ha permès preparar el terreny per millorar en el camp de la investigació.

A més de les sessions clíniques habituals i periòdiques del Servei de Pediatria, el Curs anual d'urgències pediàtriques i el màster en reanimació cardiorespiratòria són els resultats inicials obtinguts als quals s'ha d'afegir la progressiva activitat dels grups de maltractaments, lactància natural i asma, les sessions conjuntes en línia i les sessions participatives als CAP, com els Dimecres Pediàtrics a Balaguer o les sessions de Pediatres del Pirineu, entre altres.

Aquí a les nostres terres, ha estat molt important la bona relació entre els diferents nivells de l'assistència pediàtrica (CAP, hospitals de nivell I, II, III, SEM), mitjançant les consultes, el feedback dels malalts, les interrelacions docents i la col·laboració en treballs i també amb les institucions científiques i professionals. La participació activa de la Societat Catalana de Pediatria (Presidència, Junta, components i Secretaria) ha estat de gran ajuda en la formació continuada i en l'organització de cursos i reunions. El Col·legi de Metges de Lleida també ha estat sempre al nostre costat en el suport logístic i legal. Tots ens sentim integrats en una àrea i en una feina comuna i amb ganes de millorar-la a pesar de les dificultats.

Aquesta actitud va permetre mantenir i reforçar la vegueria dins la Societat Catalana de Pediatria i es van començar els cursos de formació continuada de pediatria, dels quals ja anem pel trenta-u, amb la col·laboració del Col·legi de Metges de Lleida. Com a resultat de la bona integració, destaca la posada en marxa de les reunions anuals dels Pediatres de les Terres de Ponent, que des de l'any 1987 celebrem en diverses localitats de la província. S'han fet moltes reunions, que han permès millorar les nostres relacions, presentar problemes i situacions comunes i proposar solucions i millores; ja se n'han fet vint-i-set. Així mateix, els cursos d'urgències pediàtriques, el màster de reanimació cardiopulmonar i el de maltractaments, tots dos en col·laboració amb la facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, entre altres.

En les reunions anuals de Pediatres de Terres de Ponent s'han comentat tots els temes de la pediatria. A més dels temes clínics concrets, també n'hi ha de prou reals i viscuts en el

nostre entorn, com hem explicat en aquesta història, com ara el dels trasllats dels pacients crítics, els maltractaments, la necessitat de les especialitats pediàtriques, la cirurgia infantil, les urgències, les experiències dels pediatres en països del tercer món etc.

Fruit de tot ha estat, a més del manteniment i la millora de les relacions de tot el grup, la coordinació de diverses reunions anuals de l'SCP a la Seu d'Urgell, Vielha i Lleida, i de les societats catalana i aragonesa de pediatria i dels hospitals comarcals a la Seu d'Urgell i Lleida. La participació activa en les activitats de la Societat Catalana de Pediatria i les seves seccions, així com amb l'Associació Espanyola de Pediatria, és des dels anys vuitanta una part habitual del nostre treball.

Amb el pas del temps, i mantenint l'esperit del començament, les noves tecnologies han esperonat aquest esperit a les noves generacions de pediatres i l'arribada de les TIC va propiciar que un grup de pediatres, veient la importància que aquestes tecnologies han de tenir en l'assistència, la docència, la investigació i la intercomunicació, s'interessessin a liderar la informació a la resta de companys sobre les TIC i la creació del web de Pediatres de Ponent i el de Pediatres del Pirineu. Tota aquesta problemàtica es va expressar en la reunió anual de Pediatres de Terres de Ponent a la Seu d'Urgell l'any 2011. Així doncs, els capdavanters d'aquestes noves tecnologies han posat en marxa i mantenen al dia una biblioteca en línia de totes les especialitats pediàtriques i revistes. Les videoconferències ens permeten fer sessions conjuntes entre els centres d'atenció primària i els hospitals. L'entrada al Servei de Pediatria de la informatització i la posterior posada en marxa del programa SAP han estat eines de treball extraordinàries i molt útils en l'assistència, la docència i la coordinació inter-personal amb els CAP i els centres de referència.

Per si soles, aquestes experiències en el coneixement i les relacions personals i en la posada en marxa de les noves tecnologies donen per a un tema monogràfic per fer-ne una exposició i explicar la importància del bon fer de tots els pediatres de les nostres terres. L'experiència és molt positiva i crec que podem dir que la vegueria de Lleida pot estar orgullosa de la seva situació en les reunions de pediatres de vegueria i en aquestes noves eines de treball i comunicació posades a l'abast de tothom. La primera reunió anual de pediatres de vegueria es va fer a la vegueria de Lleida a l'any 1987, la segona reunió de l'estat sobre les TIC i pediatria es va fer a Lleida l'any 2013 i la posada en marxa del programa SAP data de l'any 2010.

Les relacions amb els altres hospitals de la província han estat caracteritzades per la millora en la coordinació i la fluïdesa entre tots nosaltres. La distància i la dificultat de comunicació no han alterat les relacions. Amb el pas del temps les comunicacions s'han fet més accessibles i les noves tecnologies també hi han col·laborat d'una manera important. La feina feta pels pediatres coordinadors i tots els pediatres que hi treballen, dura i no sempre ben reconeguda, ha estat grandiosa en el desenvolupament de la pediatria d'aquestes àrees de Catalunya.

Dels divuit pediatres de tota la província (aproximadament un per cada 3.000 infants), amb les seves característiques geogràfiques i de dispersió de la població, s'ha passat a més de vuitanta (al voltant d'un per cada 750 infants). Això ha afavorit la creació d'un grup de professionals molt actiu i reivindicatiu dels drets dels infants, sanitaris i no sanitaris, encara que relacionats. Drets que no sempre són ben entesos ni atesos pels adults i la nostra societat, com hem vist en algunes dades d'aquesta història.

Tots els pediatres dels diferents nivells assistencials han tingut la seva participació en el desenvolupament i el canvi que ha experimentat l'assistència i la docència pediàtrica i que ha permès la bona salut de la pediatria a les nostres terres. L'evolució de la societat i la situació socioeconòmica actual ha estat un handicap que ha fet entrar la població en una situació

de pessimisme global que també inclou els pediatres. Tot i així, el manteniment i la defensa de la qualitat assistencial i dels drets sanitaris i socials de tots els nostres infants segueixen estant presents i són l'objectiu del nostre treball.

Alguns han d'explicar i fer també la història més detallada d'aquestes experiències sobre interrelacions humanes, reunions, innovacions i noves tecnologies que crec que són una experiència exportable de la bona relació entre tots els pediatres de les Terres de Ponent.

Evolució de la pediatria a la Val d'Aran

Imma Caubet

El desembre del 1981, el Departament de Salut de la reinstaurada Generalitat de Catalunya va engagar un pla d'actuació especial per a la Val d'Aran, en referència a salut, sanitat i benestar social: el Programa sanitari Val d'Aran (PSVA). Fins aquella data, la Val estava distribuïda en tres partits mèdics, on treballaven quatre metges generalistes als consultoris locals i a l'Hospital de Sant Antoni (dirigit per la Quinta de Salut Alianza).

El PSVA va ser l'inici d'un gran canvi, centrat en el territori i els ciutadans, tant aranesos com visitants. Es va estudiar la situació sanitària de la Val i es va creure necessari construir un nou hospital, l'Espitau Val d'Aran, que integraria l'assistència primària i l'hospitalària. Cal reconèixer en aquesta important etapa algunes de les persones que ho van fer possible: els doctors Josep Laporte i Xavier Trias, així com Elvira Guilera i Lluís Bohigas.

En aquells moments havia acabat el meu període de formació com a pediatra a l'Hospital General de Granollers, amb el Dr. Josep M. Bosch Banyeras. Des de sempre havia tingut interès per la medicina rural, i com a aranesa d'origen, vaig manifestar el meu interès a venir a desenvolupar la meua especialitat a la Val d'Aran. Era un gran repte, calia començar de zero, no hi havia cap registre, ni documentació clínica, ni material de consulta i, sobretot, no hi havia equip. Tot estava per fer, no hi havia hagut mai una assistència pediàtrica. Els primers anys eren mirar darrere teu i no veure-hi ningú, ni el cap clínic, ni els residents, ni la infermera. Però la il·lusió i la vocació ajudaven a superar tots els obstacles i a seguir endavant.

El 1985 es va inaugurar l'Espitau, amb la consegüent ampliació d'un equip humà jove i amb moltes ganes i amb un equipament nou i modern. I a partir de llavors, igual que en les altres especialitats bàsiques (medicina interna, cirurgia, ginecologia-obstetrícia i traumatologia) ja vam ser dos pediatres: el primer a afegir-s'hi va ser Ferran Barranco, format a l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, que va venir a treballar durant cinc anys; posteriorment, Antoni Verdú, i en els darrers deu anys, Orlando Name. I des de sempre, Óscar García Algar, col·laborador per vacances i suplències.

Des del primer moment, la pediatria a la Val d'Aran ha estat una tasca d'assistència pediàtrica des d'una visió integral. Les característiques geogràfiques, meteorològiques i demogràfiques de la Val obliguen a un perfil professional una mica peculiar. És un lloc petit, estem lluny, som pocs, però de vegades som molts.

Ser pediatra a la Val d'Aran és ser pediatra de tot: atendre els nadons (100/any), algun infant hospitalitzat (trenta llits/hospital), la consulta d'atenció primària (35-40 visites/dia) i els infants amb patologia crònica; interrelacionar-se amb els especialistes dels hospitals pediàtrics de referència, urgències i emergències (guàrdia localitzada 15 dies/mes/pediatra); i ocupar-se de la salut escolar, l'educació sanitària a les famílies, el treball en xarxa amb serveis de salut mental, serveis socials, CDIAP, EAP. Una altra peculiaritat de la Val és la interrelació amb el país veí, i la derivació de malalts, en casos especials, a Tolosa de Llenguadoc.

D'altra banda, hi ha moltes tasques que exigeixen formació permanent i global, i a molta distància dels llocs de formació, tot i que cada vegada més els mitjans ens apropen. La intercomunicació amb els companys pediatres especialistes dels hospitals de referència ha estat necessària i imprescindible per a una bona atenció als infants i per evitar-los en molts casos desplaçaments llargs i innecessaris. Hem tingut sempre el reconeixement de tots i una relació excel·lent i de gran ajut.

Així mateix, cal agrair el reconeixement i el suport de tots els companys de la Societat Catalana de Pediatria (SCP), on sempre hem estat molt ben acollits. La Val d'Aran ha estat seu de diverses reunions científiques: reunió anual de l'SCP, reunió dels hospitals comarcals, reunió dels Pediatres de Ponent.

El trajecte ha estat dur en moltes circumstàncies, però recompensat per la satisfacció i l'agraïment de les famílies i els infants. Ara, passats ja més de trenta anys, ja visitem fills dels que hem vist néixer, i aquells que eren pares ara són els avis dels petits pacients.

Els canvis socials també han arribat a la Val, amb noves famílies provinents del Magrib, l'Europa de l'Est o Amèrica del Sud.

I el futur? Les càrregues assistencials, i sobretot la localització (15 dies al mes) són tasques feixugues al cap dels anys. La situació ideal fora ser tres pediatres, tema plantejat justament quan vam començar amb la crisi i les retallades. De moment, anem passant i esperem trobar algun pediatre que s'incorpori en el relleu, cada vegada més proper.



Imma Caubet a la consulta.

La pediatria a Girona i Figueres

Lluís Mayol

Després d'acabar la residència de pediatria a l'Hospital Vall d'Hebron de Barcelona l'any 1984, vaig anar a treballar com a metge adjunt al servei de l'hospital Dr. Josep Trueta de Girona (antiga Residència Álvarez de Castro), on em vaig dedicar fonamentalment a la planta d'hospitalització i a les cures intensives pediàtriques. L'any 1987 em van contractar a l'hospital comarcal de Figueres com a cap de servei, amb la tasca de desenvolupar un servei de pediatria comarcal. Hi vaig estar disset anys, fent créixer la pediatria de l'Alt Empordà amb els excel·lents companys i companyes amb què vaig tenir la sort de treballar –i dels quals vaig aprendre tantes coses–. Vam intentar fer una pediatria rigorosa i moderna, desenvolupant per primera vegada en aquelles terres les especialitats pediàtriques. Va ser allà on també vam endegar un model d'atenció integrada hospital-assistència primària, concretament al CAP de Roses.

L'any 2005 em van contractar com a director clínic de pediatria a l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona (HUJT), on vaig succeir el meu mestre, el Dr. Jaume Macià, amb la tasca d'anar més enllà en el desenvolupament de les especialitats pediàtriques, la neonatologia i les cures intensives pediàtriques, sempre intentant posar-hi el màxim rigor científic, per esdevenir un autèntic referent per a les comarques gironines, però també per iniciar un projecte de treball en xarxa amb l'atenció primària i els hospitals comarcals. Des d'aquell moment, hem aconseguit que professionals de l'atenció primària desenvolupin especialitats pediàtriques a l'hospital, a més d'assistència continuada, i compartim sessions setmanals conjuntes. També intercanviem professionals especialistes amb hospitals comarcals, com és el cas de l'hospital de Figueres. El desenvolupament informàtic de les xarxes sanitàries ha millorat moltíssim la comunicació en benefici dels infants. Hem procurat sempre que el metge d'atenció primària i el de l'hospital comarcal se sentin com a casa al nostre Servei.

Dues fites importants han estat l'increment del nombre de residents que es formen a l'hospital, de dos a tres per any. Des de fa uns anys, els nostres residents es formen en ecografia pediàtrica gràcies al conveni de col·laboració amb l'hospital de Figueres. Alguns han anat a treballar a grans hospitals de Catalunya, altres a hospitals d'Europa i uns altres s'han quedat a les terres gironines. L'any 2013 vam desenvolupar el mòdul de pediatria dels estudis de medicina de la UdG i va començar la docència pregrau per primer cop a Girona. Juntament amb sis companys més, vaig ser nomenat professor associat de la UdG. Sempre m'ha entusiasmat la docència, tant de pregrau com de postgrau.

Des de l'any 2014 he estat l'encarregat de liderar un projecte d'integració dels serveis de pediatria de l'HUJT de Girona i de l'hospital de Santa Caterina de l'IAS. Actualment concentrem els nostres esforços en el treball coordinat dels dos centres.

Des del 2005 tinc l'honor de dirigir l'equip de professionals que coordina el CIAP. Ha estat una experiència enriquidora i meravellosa. També tinc el plaer de ser referent per Girona del Grup d'RCP pediàtrica de la Societat Catalana de Pediatria (SCP). Hem ensenyat RCP a un munt de metges i infermeres de les terres de Girona. Des de fa poc, també fem cursos per a mestres i pares. Així mateix, he estat dos cops veguer per les comarques de Girona.

Tots plegats hem fet moltes coses, però encara queden molts temes per desenvolupar o millorar. La tremenda crisi econòmica que hem patit ens ho ha posat difícil.

Des del punt de vista d'àrees de coneixement, he centrat el meu interès en les malalties infeccioses.

Encara que la meua carrera m'ha portat sobretot cap a la gestió, i últimament cap a la docència pregrau i postgrau, he intentat no deixar de banda l'activitat científica en forma de més d'una dotzena de publicacions i més d'un centenar de comunicacions, així com algun capítol de llibre i alguns projectes de recerca en què he col·laborat. Però no tot ha estat la medicina. En aquests anys he finalitzat una llicenciatura en Humanitats per la UOC i estic a punt d'acabar una llicenciatura en Estudis d'Àsia Oriental. A més, he tingut alguna experiència de cooperació a la República Democràtica del Congo.

11

La Pediatria als Hospitals de l'àrea de Barcelona i el seu primer anell

L'Hospital Universitari Maternoinfantil Vall d'Hebron

Josep Sánchez de Toledo i Codina

El llibre *Metges de nens. Cent anys de pediatria*, d'Oriol Casassas i Josep M. Ramis, finalitzava la visió de la pediatria catalana l'any 1993. La Societat Catalana de Pediatria em demana que escrigui un breu recorregut històric pels últims vint-i-cinc anys; per tant, vegem el que han estat al meu entendre els fets més importants en l'esdevenir de l'Hospital Maternoinfantil (HUMIVH) en aquests anys. Demano disculpes pels oblitats o les incorreccions comeses al llarg d'aquest escrit. Les línies que figuren a continuació són fruit tant de la memòria històrica com de la història. Com diu l'historiador i amic Joaquim Prats, «la memòria històrica és en realitat un combustible per a la caldera de la història, ja que si la història només fos memòria, ja no seria història».

En fem seixanta

Avui l'Hospital Universitari Vall d'Hebron commemora els seixanta anys d'existència, i l'Hospital Maternoinfantil, els cinquanta. Anys de bona pràctica clínica, d'alta especialització i prestigi, de ser capdavanters en els aspectes més sofisticats i moderns de la clínica, la recerca i la docència.

L'any 1966 es van inaugurar els hospitals infantil i maternal. La clínica infantil atenia la pediatria i l'hospital maternal donava assistència obstètrica i ginecològica. Molt aviat, la clínica infantil va desenvolupar les especialitats pediàtriques d'oncologia i hematologia, endocrinologia, cirurgia, cardiologia, pneumologia, genètica, cures intensives, neonatologia, neurologia, nefrologia, infeccioses, immunologia, psiquiatria, radiologia, gastroenterologia i al·lèrgia. L'any 1971 es va incorporar com a unitat docent a la Universitat Autònoma de Barcelona. El 1988, els dos hospitals es van integrar en un de sol, que va donar pas a l'actual Hospital Maternoinfantil, centre públic referent en l'atenció integral a la dona i a l'infant, que disposa de totes les especialitats per oferir un abordatge integral des de l'edat fetal fins a l'adolescència en tots els seus vessants, a més de la transferència a l'edat adulta. L'hospital forma part de l'Institut Català de la Salut, el complex hospitalari més gran de Catalunya. Ara fa gairebé vint-i-dos anys (va ser l'any 1994) de la creació del Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), institució que fomenta i desenvolupa la recerca bàsica, translacional i clínica, la innovació i la docència biosanitària.

En els anys vuitanta ja es duïen a terme transplantaments de progenitors hematopoètics, de ronyó i de fetge. Això havia estat possible gràcies a l'elevada sofisticació i innovació dels serveis i unitats, que van situar les diferents especialitats pediàtriques en sintonia amb els centres internacionals de més prestigi. L'Hospital Maternoinfantil va encarar els anys noranta del segle XX amb un bagatge humà i tecnològic que li va permetre assumir els reptes que se li presentarien en el món de la sanitat al segle XXI. El coneixement i l'expertesa ens van permetre afrontar anys de dificultats econòmiques i canvis socials, i vam millorar encara més el nostre servei a la societat.

Un tresor d'incalculable valor a la nostra història han estat les persones. Àngel Ballabriga i tots els que van participar del desenvolupament de l'hospital van donar pas a deixebles que van saber mantenir i incrementar els delmes que els van ser donats. Tots ells van ser mestres, de tots ells n'hem après, tots nosaltres hem procurat també ensenyar no tan sols medicina, sinó també transmetre els valors de pertinença a la institució i hem procurat per l'infant i la seva família. En l'escrit inicial, ara s'anaven desgranant els noms de tots ells; ho sento, l'he canviat. Permeteu-me que no corri el risc de l'oblit, no m'ho perdonaria, tots han estat i són fonamentals.

L'expertesa en la pediatria general i les seves especialitats, i el desenvolupament assolit en la cirurgia, la radiologia, la medicina de suport i la recerca, ens ha permès ser pioners i capdavanters en moltes àrees de la pediatria, especialment en el camp dels transplants en infants. El primer transplantament de ronyó es va fer l'any 1981 i des de llavors se n'han fet 369, alguns d'alta complexitat, en menors de 10 kg de pes. Tres anys més tard, el 1984, es va iniciar el programa de transplantament de progenitors hematopoètics; fins avui se n'han fet 1.182, utilitzant totes les fons de progenitors. Un any més tard, el 1985, es va fer el primer transplantament de fetge, i avui ja se n'han fet més de 300, catorze de fetge i ronyó a la vegada. El desenvolupament dels programes, fruit de la col·laboració multidisciplinària, va generar un alt nivell de coneixement a les àrees del suport clínic a l'infant crític immunodeprimit i l'expertesa necessària per el tractament de quadres clínics nous, en relació amb els trasplantaments. Pocs anys més tard, el 1998, vam fer el primer transplantament dels cinquanta-cinc fets de pulmó. Ja en el segle XXI, el 2008, l'hospital complementava els seus programes de transplantament amb el de cor, dels quals fins ara se n'han fet més de trenta. En els últims vint-i-cinc anys hem estat protagonistes d'un període fascinant de la medicina en què gràcies als transplants hem donat resposta satisfactòria a moltes malalties de mal pronòstic. Nens i nenes amb malalties oncològiques, hematològiques, immunitàries, metabòliques, de dipòsit, hepàtiques, cardíques complexes i pulmonars fa pocs anys incurables s'han beneficiat dels transplants. L'hospital ha contribuït al desenvolupament de la pediatria moderna i ha procurat per la innovació i l'humanisme com a eines mestres per assolir la qualitat assistencial i l'excel·lència. Els avenços han estat fruit del treball cooperatiu de totes les persones que integren els equips multidisciplinaris de cadascun dels serveis i unitats de l'Hospital Maternoinfantil amb el suport institucional.

Avui som un hospital terciari que és referència nacional en disset patologies reconegudes com a centres, serveis i unitats de referència del Sistema Nacional de Salut (CSURs): transplantament de progenitors hematopoètics al·logènica infantil, transplantament renal infantil, transplantament hepàtic infantil, transplantament cardíac infantil, trasplantament pulmonar, assistència integral del nounat amb cardiopatia congènita i de l'infant amb cardiopatia congènita complexa, assistència integral de l'adult amb cardiopatia congènita, cardiopaties familiars (inclou miocardiopatia hipertrofica), tumors extraoculars en la infància (rabdomyosarcoma), tumors intraoculars en la infància (retinoblastoma), sarcomes de parts toves, neuroblastoma, cremats crítics, malalties metabòliques congènites, neurocirurgia pediàtrica complexa, ortopèdia infantil i reconstrucció del pavelló auricular. També som de referència per a immunodeficiències, fibrosi quística, pneumopaties intersticials, hipertensió pulmonar i discinesia ciliar primària, politraumatismes, neonatologia, malalties minoritàries, reproducció assistida, aritmies, hemodinàmica, cardiologia fetal, etc.

També cal destacar moltes altres aportacions que l'hospital ha fet al món de la pediatria; per exemple, la cirurgia fetal amb el tractament de l'hèrnia diafragmàtica congènita amb la tècnica del tap traqueal i del mielomeningocele intrauterí per via fetoscòpica, o la cirurgia robòtica i endopròtica. El desenvolupament del suport vital extracorpòri mitjançant dispositius que substitueixen la funció dels òrgans vitals, com ara la depuració renal o hepàtica, i les tècniques que substitueixen la funció pulmonar o cardíaca, com ara l'oxigenació amb membrana extracorpòria (ECMO) i els dispositius d'assistència ventricular (DAV), han estat fonamentals per poder assumir el suport a la complexitat dels procediments que es duen a terme. La neonato-



50 anys de l'Hospital Infantil Vall Hebron.

logia, en col·laboració amb l'obstetrícia, ha engegat el desenvolupament de la medicina fetal i ha instaurat el NIDCAP, un programa centrat en el desenvolupament del nadó i en la participació de les famílies que incorpora un sistema de formació per a professionals. S'han desenvolupat programes de preservació de la fertilitat, assistència domiciliària i cures paliatives, humanització, d'infants en moviment i obesitat mòrbida, etc. També s'han assolit acreditacions internacionals, com JACIE (Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT) i EUPSA (European Pediatric Surgery Associations), entre altres.

L'Hospital Maternoinfantil compta avui amb set grups acreditats de recerca integrats en el Vall d'Hebron Institut de Recerca, que són: Recerca translacional en càncer en la infància i l'adolescència; Bioenginyeria, teràpia cel·lular i cirurgia en malformacions congènites; Cirurgia reconstructiva de l'aparell locomotor; Medicina maternal i fetal; Creixement i desenvolupament; Infecció en el pacient pediàtric immunodeprimit, i Neurologia pediàtrica, que estan desenvolupant més de vint-i-cinc línies de recerca i interactuen i col·laboren amb els altres grups de recerca del VHIR. Tots estan integrats en les organitzacions catalanes i espanyoles que donen suport institucional a la recerca, l'Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (AGAUR) i l'Institut de Salut Carlos III, i pertanyen a les xarxes nacionals de centres, grups i centres d'investigació biomèdica en xarxa (Ciber) i institucions internacionals. Els grups de recerca integrats al VHIR han portat a la capçalera del pacient –de la manera més ràpida i segura possible– els avenços assolits al laboratori. La biologia molecular ha permès diagnòstics més precisos, definir factors biològics pronòstics, el disseny de nous fàrmacs enfront de dianes terapèutiques i avançar cap a una medicina de precisió. Som a les portes d'iniciar la teràpia gènica en l'anèmia de Fanconi.

La docència ha estat un dels aspectes fonamentals de la missió dels professionals de l'Hospital Maternoinfantil. Participem en el programa de formació sanitària especialitzada des de les seves primeres convocatòries, a finals dels anys seixanta, i som un dels hospitals universitaris de la Universitat Autònoma de Barcelona des del 1971. La nostra vocació està reconeguda per un gran nombre d'estudiants universitaris de grau o postgrau, i de professionals nacionals i estrangers en formació especialitzada o continuada en cadascuna de les especialitats pediàtriques que cada any participen en activitats formatives al nostre entorn. L'hospital organitza un gran nombre de congressos, cursos i jornades adreçats a professionals i té una producció bibliogràfica important.

Durant aquest període s'han produït canvis estructurals importants dirigits a la millora assistencial i a la qualitat de vida dels nens i nenes i les seves famílies. S'han construït noves sales d'hospitalització i consultes, moderns i sofisticats quiròfans i àrees de cures intensives neonatals i pediàtriques, àrees d'urgències funcionals i una àrea específica per a l'atenció del càncer de mama, a més d'un modern hospital de dia (Park d'Atencions) per als infants afectats de càncer. Així mateix, s'han construït espais lúdics i d'esbarjo per als nens i nenes i les seves famílies. Per aconseguir-ho, l'Hospital Maternoinfantil ha comptat amb l'ajuda institucional i la de moltes associacions i fundacions.

Amb el lema «Sempre, el pacient primer», avui som una institució de referència internacional, que contribuïm a la millora contínua de la salut de la ciutadania mitjançant la tasca i el compromís de tots els professionals. Volem ser un hospital líder, referent i reconegut entre els millors d'Europa al 2020, on els pacients vulguin tractar-se i els professionals vulguin formar-se i treballar.

Moltes gràcies per ser vostès també part de la nostra història. Moltes gràcies a les persones i les institucions que ens han ajudat a créixer al llarg dels anys.

Hospital Sant Joan de Déu

Jordi Pou

L'any 1992 va coincidir amb la celebració dels 125 anys d'existència de l'orde hospitalari de Sant Joan de Déu. Una mica més tard, el 1998, l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat



Equip pediàtric. Hospital Sant Joan de Déu.

celebrava els 25 anys de la seva construcció i la seva inauguració. Aquestes dues dates van coincidir amb dos fets importants en la història de l'hospital.

El primer va ser la unió del Servei de Pediatria de l'Hospital Clínic amb els Serveis Pediàtrics de Sant Joan de Déu. El primer, el del Clínic, amb una gran potència docent i investigadora, i el segon amb una gran activitat assistencial, però amb poca potència docent, des d'un punt de vista universitari, i amb una activitat investigadora que començava a despuntar.

Fusionar els dos serveis no va ser una tasca fàcil, ja que durant un temps hi van haver càrrecs duplicats, com ara les direccions de la UCI (Drs. Palomeque i Martín), d'Immunoal·lèrgia (Drs. Muñoz i Sierra), de Pediatria (Drs. Corretger i Pou) o d'Hematologia (Drs. Vela i Estella), però també un augment de places de metge adjunt (Drs. Lambruschini, Martín Mateo, Cruz, Fortuny, Comas) i de residents, ja que es van sumar les dues capacitats docents i el nombre de residents es va duplicar fins als dotze que té actualment. El resultat va ser que l'adaptació es va fer a poc a poc, i al cap de no gaire temps era perfecta. També va fer que el camí, ja començat a Sant Joan de Déu cap a l'especialització pediàtrica fos més decidit i més evident. Així doncs, a excepció de la Unitat de Neonatologia, que va quedar unida a l'Obstetrícia, l'Hospital Clínic, l'any 1992, havia tancat el Servei de Pediatria i l'havia traslladat a l'Hospital Sant Joan de Déu.

La fusió amb el Clínic va significar la presència de la càtedra de Pediatria, dirigida en aquell moment per Rafael Jiménez, a l'Hospital Sant Joan de Déu. L'impuls que la docència de pregrau va donar a l'activitat acadèmica de l'hospital va ser important i va ajudar, a més, a impulsar l'activitat investigadora que ja s'estava iniciant de manera definitiva. Ben aviat van començar a guanyar places de professor metges de Sant Joan de Déu (Lluís Morales la de catedràtic, i Jaume Campistol, Lourdes Ibáñez i Jordi Pou, com a professors titulars).

Tot plegat va servir per donar un nou i gran impuls a l'Hospital Sant Joan de Déu a pesar dels inconvenients amb què es van trobar durant aquells primers anys i que tot seguit expliquem.

El segon fet important va ser que tot aquest procés va coincidir amb el descobriment, el mes de maig de l'any 1993, que a l'estructura arquitectònica de l'hospital «hi havia un problema d'oxidació a les armadures per la carbonatació del formigó, cosa que provocava un augment de la porositat i facilitava la penetració de l'oxigen. La malaltia de l'estructura va afectar tot l'edifici i això va fer que fos necessari reconstruir tot l'Hospital mentre s'hi continuava treballant, fent la mateixa activitat i amb la mateixa qualitat». Quan es van acabar les obres, el germà P. Piles, aleshores superior general de l'ordre, va dir que «el problema de la reforma de les estructures que va sorgir fa cinc anys suposà un gran inconvenient que esdevé, de mica en mica, una il·lusió per tenir un hospital renovat, més modern, més segur». I així va ser. L'activitat no es va reduir, i totes les obres (que van durar cinc anys) es van complir amb l'hospital ple de malalts ingressats i les consultes i les urgències a ple rendiment, i sense complicacions clíniques derivades de la pols, les runes, etc. Però, això sí, amb grans inconvenients. El germà M. Martín, aleshores superior de la comunitat, escrivia: «resultava admirable veure com el centre canviava d'un dia per l'altre. Les Urgències passaven a Consultes externes, la Cafeteria restaurant a la residència, la UCI s'ubicava a una mitja planta, Admissió passava al hall de la Maternitat... I tot seguia funcionant, i funcionant bé».

Realment, aquests dos fets van fer que al final del segle XX l'hospital estigués renovat, amb algunes unitats noves (UCI amb catorze llits, espai per a la cirurgia major ambulatoria, urgències ampliades, sobretot en els espais dedicats als pacients que esperen, sala de despertar annexa a quiròfons, una planta nova per a consultes externes, a part de la climatització, la distribució de gasos i la millora d'altres instal·lacions), amb un gran impuls acadèmic i investigador, i caminant cap a l'especialització pediàtrica.

No voldria oblidar que l'any 1992, i a partir d'una idea del Dr. Krauel que es va fer possible gràcies a l'execució del Dr. Pou, aleshores cap de Pediatria i Urgències, l'hospital va començar a desplaçar-se amb ambulància als hospitals més petits de la seva zona d'influència a buscar els nounats que havien de ser traslladats, per la seva gravetat, a l'hospital terciari. Els inicis van ser difícils, però finalment es va aconseguir, i allò va ser el germen del que, uns anys més tard, es va convertir en el SEM pediàtric, amb la participació d'altres centres i l'extensió a infants més grans, no tan sols els nounats.

El principi del segle XXI va significar un moment de dubtes, provocats per un camí endegat, però imprecís, cap a l'especialització, problemes de finançament, canvis en l'entorn, canvis en els models assistencials, que van provocar que l'any 2004 s'iniciés un pla estratègic que indiqués a tothom el camí que calia seguir.

El Pla estratègic, que es va iniciar l'any 2004 i s'ha anat renovant periòdicament, va ser batejat amb el nom de PAIDHOS, format per les inicials de Proximitat, Accessibilitat, Innovació, Docència, Hospitalitat, Organització oberta i Solidaritat i sostenibilitat. Per dur-lo a terme, es va comptar amb la participació de més de 300 treballadors del centre. Junt amb aquests apartats, el Pla estratègic abordava què s'havia de fer, com s'havia de fer i amb què.

El què s'havia de fer parlava principalment de l'activitat assistencial i en aquest sentit es va fer una aposta clara cap a una evolució a un hospital d'especialitats sense renunciar a l'activitat de proximitat, és a dir, a ser l'hospital de pediatria de l'àrea d'influència. El resultat va ser que el que es coneixia com a pediatria general va quedar, de mica en mica, reduïda i limitada a l'hospitalització i les urgències. Al mateix temps, van aparèixer alguns programes i serveis per facilitar i ajudar a la tasca diària dels pediàtres de l'àrea d'influència. El més important va ser el projecte Vincles (de vincles amb primària), que naixia amb els objectius de millorar la col·laboració entre els professionals de dins i fora de l'hospital, millorar l'oferta de l'hospital en relació amb les necessitats de l'assistència primària, ajudar que els metges no hospitalaris poguessin resoldre més quantitat de problemes en el seu àmbit sense necessitat de traslladar els infants a l'hospital. Aquest projecte tenia diferents activitats. Una era el correu electrònic o telèfon de contacte directe per poder consultar malalts urgents o amb patologies cròniques o greus amb els responsables assistencials del malalt a l'hospital. Uns altres van ser el programa d'atenció compartida a les urgències amb la realització de protocols conjunts, o les sessions clíniques conjuntes amb elaboració de protocols consensuats per assegurar la continuïtat assistencial, un butlletí electrònic d'informació i el programa de programació remota de les visites des de primària.

El creixement de les especialitats va ser potenciat, entre altres maneres, per la creació d'unes unitats d'excel·lència, com ara la del VIH, l'escoliosi, els abusos sexuals, la cirurgia de l'epilèpsia, la cardiocirurgia infantil, les malalties metabòliques, els hemangiomes, l'estimulació precoç, la cirurgia fetal, etc. Aquestes unitats, moltes multidisciplinàries, se centraven principalment en problemes i patologies concretes dels pacients. Eren problemes complexos que requerien una gran especialització, i moltes vegades la participació de diferents professionals. També es van sol·licitar al Ministeri de Sanitat acreditacions d'unitats de referència a nivell estatal i avui en dia l'hospital en té disset d'acreditades. Són unitats capaces d'atendre els problemes complexos de pacients de tot el país, que necessiten molts recursos, molt coneixement i experiència i que per aquest motiu estan limitades en nombre.

Les conseqüències d'aquest camí endegat el 2004 van ser, entre altres, que l'hospital és avui en dia un gran hospital d'especialitats pediàtriques, que ha augmentat de manera exponencial la complexitat dels malalts que hi són atesos, que dins l'hospital han aparegut «petits hospitals independents» dedicats a una patologia especial, i en què la pediatria general pràcticament ha desaparegut.

Derivada d'aquesta manera de treballar va sorgir la necessitat d'oferir als malalts de zones distanciades de l'hospital (altres províncies, altres comunitats, etc.) la possibilitat d'accedir als metges o a informació sobre el seu patiment. Amb aquesta intenció es va crear el que coneixem com a «hospital líquid». L'hospital líquid va néixer amb un objectiu principal: facilitar l'atenció no presencial dels pacients. Es va crear el portal del pacient en què els malalts podien accedir als seus informes i a les seves proves complementàries des de qualsevol indret, també podien comunicar amb els professionals responsables de la seva patologia (metges, infermeres, etc.) i, finalment, podien obtenir informació d'interès sobre la seva patologia. Es van obrir activitats assistencials específiques, com ara l'atenció telemàtica del diabètic, en què el malalt pot ser controlat des de la distància, o la Xarxa Telemàtica Oftàlmica de Catalunya (XTOC), en què es controlava la retinopatia del prematur en infants ingressats en altres centres de Catalunya i en cas de necessitat es traslladava el pacient per fer-li el tractament amb làser. A partir d'aquesta idea s'han pogut fer connexions telemàtiques amb altres centres per fer sessions clíniques o reunions per parlar de certs malalts amb altres hospitals de Catalunya o de la resta de l'estat. Finalment, també es van obrir alguns portals temàtics, com ara el de la Guia metabòlica perquè hi puguin fer consultes els pacients amb patologies d'aquest tipus, o els metges que els estan visitant, als quals també els aporta informació. Tots aquests portals inicialment dissenyats per al control i la millora assistencial dels nostres pacients estan sent consultats, avui en dia, per nombrosos pacients i professionals de tot el món, en especial d'Amèrica del Sud.

Una altra conseqüència de tota aquesta evolució és que l'hospital es va anar convertint en un gran centre docent, generador de coneixement.

Ja hem comentat la gran importància que va tenir la instauració de la càtedra de Pediatria a l'Hospital. Avui en dia la docència de pregrau de Pediatria de les dues unitats docents de l'Hospital Clínic i de l'Hospital de Bellvitge fa que aproximadament uns 220 alumnes a l'any passin per l'hospital. La necessitat d'un gran nombre de pràctiques, conseqüència de l'adaptació de la formació mèdica al Pla Bolonya, ha fet que es necessitin molts professors i per això avui en dia la càtedra de Pediatria té dos catedràtics, sis professors titulars i vint-i-dos professors associats.

Abans de la fusió amb l'Hospital Clínic, a l'hospital es feien alguns màsters en especialitats, com ara el de neuropediatria, però a poc a poc el nombre d'aquests màsters es va anar ampliant fins arribar als onze actuals (immunoal·lèrgia, endocrinologia, gastroenterologia, urgències, neuropediatria, neonatologia, reumatologia, hemat oncologia, cirurgia pediàtrica...), a més de l'oficial (màster en competències avançades), propi de la Universitat de Barcelona. Si tenim en compte tot això, junt amb les estades que fan els residents d'altres comunitats o de la nostra, o els metges especialistes en estades de formació continuada per formar-se en especialitats pediàtriques o en la part pediàtrica de certes especialitats quirúrgiques com oftalmologia, cirurgia ortopèdica, anestèsia, etc., es pot entendre que cada any passin per l'hospital uns 1.350 professionals (metges, infermeres, psicòlegs, etc.) dels quals al voltant de 600 són residents d'altres centres.

La formació continuada ha estat a càrrec de l'Aula Pediàtrica, que és l'encarregada de promocionar i organitzar cursos (uns 165 anuals) de formació continuada, amb acreditació, i pels quals passen uns 7.000 professionals cada any.

Un projecte important que encara està en vies d'acabar és el de la simulació pediàtrica avançada. S'ha creat un laboratori de simulació que de mica en mica s'està dotant de material i de contingut per fer l'aprenentatge, tant intern (residents, infermeres, etc.) com extern amb aquestes tècniques de simulació amb maniquí i ordinadors.

La plataforma digital Faros és un projecte de promoció de la salut adreçat sobretot a pares i mares que volen rebre informació de qualitat sobre la salut dels seus fills. A més de la informació que hi ha al web sobre tota mena de patologies i de normes de prevenció, periòdicament s'editen uns quaderns sobre temes importants en relació amb la promoció de la salut infantil. Estan escrits per professionals prestigiosos, motiu pel qual el seu contingut té una qualitat molt alta. Aquests quaderns, així com tota l'altra informació, són accessibles a tothom entrant al web del programa Faros.

En aquests últims cinc anys, l'hospital ha viscut la jubilació d'un gran nombre de professionals que van iniciar, quan eren molt joves, la seva activitat professional en el nou Hospital Sant Joan de Déu: els doctors Vernet, Pineda, Colomer, Sanmartí i Poo, de Neurologia; Varea i Lambruschini, de Gastroenterologia; Estella, d'Hematologia; Ribó, Rodó i Castañón, de Cirurgia; Giménez, de Nefrologia; Roca, Ros, Fasheh, García-Tornel, Seculi, Comas i Pou, de Pediatria; Krauel, de Neonatologia; Martín, de la UCI; Badosa i Ribó, de Radiologia; i Huguet i Cepero, d'Ortopèdia infantil entre altres. Això ha significat un important relleu generacional amb l'entrada de nous professionals que han tingut l'oportunitat de treballar durant un temps amb molts dels antics professionals i d'adquirir d'ells els valors de la Institució i l'experiència professional.

L'hospital és, doncs, avui, un gran hospital d'especialitats pediàtriques, obert a la societat, amb saba nova entre els seus professionals. L'enorme complexitat dels pacients està fent replantejar la necessitat d'una pediatria general encarregada dels malalts hospitalitzats amb pediatres especialitzats (pediatres hospitalistes), que, a més a més, coordinen l'assistència dels malalts crònics (programa PRINCEP) i les cures paliatives. Tot això s'ha fet sense perdre en cap moment els valors essencials de la institució, com ara l'hospitalitat, el respecte als malalts i les famílies, també a la resta de companys i amb solidaritat. En aquest sentit, a part de la feina i la manera de fer de tots els professionals de l'hospital, s'han engegat programes com el de l'Hospital Amic, que té com a finalitat principal fer que la vida dels infants a l'hospital sigui més agradable. Per això, l'hospital és avui en dia un hospital sense dolor per a l'infant, objectiu de tots els professionals que hi treballen, en què tots els infants estan acompanyats en tot moment pels seus pares (a UCI, Nounats, Urgències mèdiques o quirúrgiques, entrades a quiròfan, quan se sutura, quan es fa una punció lumbar, etc.). Junt amb això s'han procurat una decoració i unes estructures divertides, vistoses i amigables per als infants (el TAC és una nau espacial, hi ha un tobogan per on poden baixar d'un pis a l'altre, etc.), amb professionals de suport (pallassos, músics, gossos ensinistrats, etc.) que tracten de fer el més agradable possible la vida dels infants quan van a l'hospital.

En resum, a finals del 2015 l'Hospital Sant Joan de Déu és un gran hospital d'especialitats pediàtriques, d'àmbit estatal i internacional, connectat amb la seva àrea d'influència per millorar l'atenció dels seus pacients, obert a la societat, centrat en la família per a l'assistència, generador de coneixement científic i promotor de la salut infantil, amb un equip mèdic ple de saba nova, però complementat amb una gran experiència.



Joan Sauleda.

La primera unitat de cures intensives pediàtriques

Joan Sauleda*, Joan Iglésias, Jordi Roqueta

Un fet tan evident sobre la necessitat d'una unitat de vigilància intensiva en un hospital pediàtric en el nostre entorn suscita una obvietat inevitable. No obstant això, mirant cap al passat, observarem que tant l'aparició de les unitats de vigilància intensiva com el seu ràpid desenvolupament i generalització als diferents hospitals generals i pediàtrics tenen una vida relativament recent.

L'engegada de l'Hospital Infantil Vall d'Hebron va tenir lloc el gener del 1966. L'organització de l'Hospital Infantil va distribuir els ingressos pediàtrics en sales en funció de l'edat. Així doncs, estava dissenyat en sales assistencials per a prematurs, nounats, lactants, preescolars i escolars, amb pacients mèdics i quirúrgics.

La Unitat de Vigilància Intensiva Pediàtrica de l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron va començar a funcionar el curs de l'any 1968. És a dir, uns dos anys després de la inauguració de l'Hospital. Va ser sorprenent que al cap de pocs mesos d'inaugurar-se com a centre pediàtric, el més modern del país, s'iniciessin les obres per construir la primera UCI pediàtrica de Catalunya i de l'Estat.

Això va ser gràcies a la idea i la visió de futur del llavors director, el Dr. Àngel Ballabriga, que per un seguit de vivències en altres hospitals pediàtrics del nord d'Europa (Dinamarca i Suècia) va pensar que aquesta construcció era determinant.

Quins fets van influir per prendre la decisió de construir una UCI pediàtrica?

En primer lloc, els aspectes polítics. Espanya havia iniciat un període de plans d'estabilització amb una relació fixa entre dòlar/pesseta, i hi havia plena ocupació i un creixement sostingut impulsat per alguns ministres tecnòcrates.

Després, el concepte ja sostingut en el segle XIX per Florence Nightingale referent al fet que l'agrupació dels pacients classificats per la gravetat de les ferides de guerra conduïen a una disminució evident de la mortalitat en el grup de ferits més greus. Això es va fer més evident en l'epidèmia de poliomielitis dels anys cinquanta del segle XX a Dinamarca, on els pacients en fallada respiratòria van ser tractats en àmplies sales mitjançant pulmons d'acer i els primers respiradors volumètrics, amb bons resultats.

Finalment, l'aparició en el medi hospitalari avançat dels analitzadors de gasos en sang (Astrup), que permeten el diagnòstic i després el tractament de les alteracions de l'equilibri àcid-base en situacions crítiques. També l'ús del fotòmetre de flama, que permetia el diagnòstic i el tractament de les alteracions electrolítiques tan freqüents en les deshidratacions.

El Dr. Joan Sauleda va ser seleccionat per posar en marxa aquesta unitat de vigilància intensiva pediàtrica. Mentre s'habilitava l'espai destinat a l'assistència dels infants crítics, es va organitzar un laboratori on es feien les anàlisis d'equilibri àcid-base, les gasometries capil·lars i arterials, i els electròlits dels pacients inestables.

El 1968 hi havia molt pocs hospitals pediàtrics amb unitat de vigilància intensiva: els suecs d'Estocolm i Gotteborg; el de París, des del 1963; el de Liverpool, on la unitat va ser creada el 1964 per Jackson Reese, i el Children's de Filadèlfia, des del 1967.

* En el transcurs de l'edició d'aquest llibre es va produir el traspàs del Dr. Joan Sauleda.

Després de la revisió de la bibliografia disponible i de l'estudi de les unitats de crítics d'Anglaterra, Suècia i els Estats Units, es van seleccionar un grup d'infermeres i auxiliars a les quals es va ensinistrar en el maneig del monitoratge hemodinàmic (Burdick i HP), el maneig de la PVC (pressió venosa central), i el control dels respiradors de pressió (Bennet PR2) i de volum (Engstrom). També es van adaptar gràfiques de seguiment i control horari de dades clíniques (temperatura, freqüència cardíaca i respiratòria, pressió arterial S/D, diuresi horària, entrades i sortides de líquids cada 24 hores...).

Inicialment, la sala constava de sis llits/bressols amb control central d'infermeria i equip de registre i seguiment de la freqüència cardíaca i d'ECG de tots els pacients, amb la possibilitat d'enregistrar-ho en paper per activació de les alarmes. A la unitat es va instal·lar un laboratori amb un aparell de gasos tipus Astrup amb possibilitat de realitzar pO_2 capil·lar o arterial i equilibri àcid-base; una cubeta modular Beckmann que ofería lectura directa de pO_2 , pCO_2 , i pH, i un lector de saturació d'oxigen d'hemodinàmica. També es disposava d'un fotòmetre de flama per determinar ions en sang i orina, així com microcentrífugues i macrocentrífugues per a hematòcrit, proteïnes totals, etc.

Hi havia dues grans sales d'emmagatzematge, una d'aparells tecniclínics i llenceria, i una altra de neteja d'instrumental, respiradors, desfibril·ladors, marcapassos i altres, i també un magatzem de farmàcia per a sèrums, drogues inotròpiques, sedoanalgesia, antibiòtics i altres fàrmacs específics. Així mateix, es disposava d'una sala de metges i d'infermeria.

Des del principi es van mantenir els conceptes d'assistència continuada i integral, durant les 24 hores del dia i els 365 dies de l'any, de tota mena de pacient mèdic o quirúrgic més gran d'un mes i fins als 14 anys, que posteriorment va arribar fins a l'adolescència tardana.

Pel que fa a l'equip mèdic, els doctors Sauleda i Iglésias van iniciar el servei clínic amb una assistència clínica reconeguda i amb l'ajuda inicial dels pediatres de guàrdia. La idea fonamental era utilitzar la docència com a mitjà per estimular els pediatres de guàrdia, i especialment els residents de pediatria, a millorar la seva formació i augmentar la seva seguretat en els períodes de guàrdia a la UCIP. Per això, en començar la rotació se'ls feien cursos d'aprenentatge de respiradors, monitors, marcapassos, desfibril·ladors i altres instruments.

A més del maneig instrumental, la docència abastava els aspectes més específics de la pediatria crítica, amb un programa que incloïa la patologia més freqüent en el nostre medi:

- Fallada respiratòria aguda.
- Xoc amb les seves diferents etiologies (hipovolèmic, sèptic i cardiogènic).
- Reanimació cardiopulmonar.
- Trauma cranial.
- Politraumatismes i grans cremats.
- Sèpsies d'etiologia variada.
- Postoperatori cardiovascular.
- Fallada hepàtica aguda i crònica.
- Insuficiència renal aguda i crònica.

Així com les tècniques utilitzades de suport vital:

- Administració de líquids (tipus i volum).
- Administració de drogues inotròpiques.
- Assistència respiratòria en funció de l'etiologia.

El resultat es va comprovar en l'interès dels residents a involucrar-se en els coneixements tècnics i en el tractament dels pacients, juntament amb l'interès a aconseguir ser membre de l'equip de l'UCI pediàtrica.

Un altre aspecte que va ajudar a l'èxit de la Unitat va ser la col·laboració amb tots els equips que eren els proveïdors dels pacients crítics, tant de les diferents àrees pediàtriques com, sobretot, d'urgències, rehidratació, lactants, infeccioses i hematooncologia, i també amb els equips quirúrgics de les especialitats de neurocirurgia, digestiu, maxil·lofacial i, especialment, cirurgia cardíaca pediàtrica.

La cirurgia cardíaca ha estat la principal font d'ingressos de la Unitat des de l'inici, i es va prendre el repte d'implantar cada nova tècnica quirúrgica per a la correcció de les cardiopaties més greus, com ara la tetralogia de Fallot i la transposició de grans artèries, entre altres.

Això va donar l'oportunitat de col·laborar amb l'equip quirúrgic de digestiu i participar en la cura postoperatori dels primers trasplantaments hepàtics en infants fets a Espanya el 1985 (doctors J. Boix, V. Martínez Ibáñez i C. Margarit).

Els últims anys s'ha col·laborat en el preoperatori i postoperatori dels trasplantaments crítics de pulmó i cor en edat pediàtrica, que solen necessitar tècniques de suport hemodinàmic molt complexes, com ECMO o assistència ventricular.

La docència extrahospitalària

Es va iniciar dins el marc de la cooperació amb la Societat Catalana de Pediatria, quan el Dr. J. Botey n'era el president. Va ser en forma de taules rodones, i ja amb la col·laboració de les altres unitats que van anar apareixent en altres hospitals, com ara l'Hospital Clínic (Dr. A. Palomeque), l'Hospital de Sant Pau (Dr. J. Nadal) i el nou Hospital de Sant Joan de Déu (Dr. J. Martín Rodrigo).

A escala estatal, el 1977 va tenir lloc a l'Hospital de Cruces de Bilbao la primera Reunió Científica de Vigilància Intensiva de Pediatria, amb el tema «Insuficiència respiratòria en el nen». Hi van participar, entre altres, els doctors F. J. Ruza Tarrío (Madrid), J. Iglésias (Barcelona) i J. L. Manzano (Las Palmas). En aquesta reunió es va fundar la Secció de Vigilància Intensiva Pediàtrica, dins el marc de la Societat Espanyola de Pediatria. Fins a l'actualitat, aquesta societat ha mantingut anualment la reunió, cada vegada amb un nivell professional i científic més alt. Aquesta Societat està formada per gairebé 200 professionals numeraris i engloba tots els professionals espanyols que treballen en l'entorn dels infants crítics.

El 1980 es va celebrar a Barcelona el Congrés Mundial de Pediatria, organitzat pel Prof. Ballabriga. S'hi va organitzar una taula rodona de vigilància intensiva pediàtrica en la qual van intervenir els representants de diferents unitats europees i espanyoles, i s'hi va crear el Club d'Intensivistes Pediàtrics Europeus. Posteriorment, aquest grup va anar organitzant una reunió anual en diferents ciutats europees (Canterbury, Rotterdam, etc.) i al cap d'uns anys, el 1987, es va formalitzar l'European Society of Paediatric Intensive Care (ESPIC), a la qual hem pertangut i amb la qual hem col·laborat en la seva revista científica. L'ingrés en aquesta Societat es va decidir que fos a nivell individual i personal, independent de la Societat nacional.

Assistència a l'infant crític

És evident que des de l'inici de la UCIP la patologia ha estat molt canviant. A l'inici predominaven els trastorns electrolítics (deshidratacions hipernatrèmiques), les infeccions greus, com ara sèpsia meningocòccica, les intoxicacions o el postoperatori de cirurgia cardíaca de més o menys gravetat.

En l'actualitat, la patologia que assistim és molt més complexa, com ara el preoperatori i postoperatori de trasplantaments d'òrgans (fetge, pulmó, cor), les complicacions en el curs

del tractament de malalties hematològiques i oncològiques, etc. Això fa que els tractaments siguin multidisciplinaris i amb una gran complexitat afegida.

Com que els accidents de trànsit són un grup important com a causa de mortalitat i necessiten tractament in situ i transport posterior a les unitats de crítics, des de fa uns quants anys les principals unitats han fet un esforç molt important per participar en aquest treball extra-hospitalari col·laborant amb el SEM d'adults a resoldre el transport dels infants crítics.

Investigació i publicacions

No s'hauria de considerar que la investigació sigui la fi primordial de les UCIP. No obstant això, totes les unitats, segons la seva activitat i la relació que tenen amb els diferents grups relacionats, ja siguin nacionals o internacionals, han de fer treballs col·laboratius amb objectius i mètodes consensuats per obtenir el nombre de pacients suficients amb els quals obtenir conclusions en aspectes terapèutics i de supervivència.

Les publicacions pròpies i conjuntes amb els especialistes que col·laborem en el tractament dels pacients a la UCIP han estat molt nombroses i en àmbits molt diferents. Tan sols esmentarem la participació en alguns llibres i tractats:

- Sánchez PA et al. Tratado de cardiología pediátrica. Barcelona: Salvat, 1986.
- Ruza Tarrío FJ et al. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. Madrid: Ediciones Norma, 1994.
- Casado J, Serrano A. Niño críticamente enfermo. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1996.
- Casado J, Serrano A. Coma en pediatría. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1997.
- Iglésias et al. Trasplante hepático pediátrico. Tolosa de Llenguadoc: Premières Rencontres Transpyréneés de Pédiatrie, 2000.
- Margarit C et al. Trasplante hepático. Madrid: Ed. Drug Farma, 2000.
- Ruza Tarrío FJ et al. Tratado de cuidados intensivos pediátricos (3a ed.). Madrid: Ediciones Norma 2003.

Conclusió

Després de més de quaranta anys, el que va ser una petita sala amb sis llits s'ha transformat en una unitat de divuit llits per al tractament crític de pacients d'un mes fins als 18 anys. L'especialitat s'ha desenvolupat i l'Hospital Vall Hebron ha adquirit la tecnologia diagnòstica més avançada de tècniques d'imatge: ecografia a la capçalera del pacient, ecografia Doppler, mesurament de despesa cardíaca, pressió intracranial, BIS, etc.

S'han introduït amb èxit teràpies com la ventilació mecànica en totes les seves varietats, incloent-hi la ventilació d'alta freqüència (VAFO), l'oxigenació per membrana extracorpòria (ECMO), el suport circulatori per dispositiu extracorporel uni o biventricular (Berlin HEART), les tècniques de diàlisi (HDF, HDFVVC, HFVVC), així com el suport hepàtic amb MARS.

Això ha condicionat la possibilitat de mantenir el pacient crític pediàtric amb fallada uniorgànica tot esperant un trasplantament, a més d'estar en les millors condicions de rebre un pulmó, un cor, un fetge o un ronyó, ja que és l'únic centre pediàtric que pot fer-ho a Catalunya.

Els bons resultats obtinguts en aquest centre estan avalats pel nombre d'uns 600 pacients anuals, amb una mortalitat inferior al 5,5% dels ingressos, malgrat l'elevat índex de gravetat dels pacients.

Integració de la pediatria de l'Hospital Clínic de Barcelona i l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues

Josep Figueras, Xavier Carbonell, Rafael Jiménez i Lluís Morales

Com va néixer la idea

Corria l'any 1993 i va sorgir la idea d'integrar els serveis de pediatria i d'obstetrícia de l'Hospital Clínic de Barcelona (HCB) i l'Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues (HSJD), desplaçant tota l'activitat assistencial al segon. La primera idea de la integració va aparèixer quan era director mèdic de l'HCB un cirurgià pediàtric, que juntament amb el gerent van començar negociacions amb els germans de l'orde de Sant Joan de Déu i amb l'equip directiu de l'HSJD (gerent i director mèdic). Aleshores també es va comentar que la idea de la integració va cristal·litzar durant una travessia en un vaixell on navegaven un ginecòleg de l'HCB (i director mèdic), un cirurgià pediàtric del mateix hospital i un polític d'alt nivell de la Conselleria de Sanitat de Catalunya. Els motius inicials haurien estat personals i institucionals:

- En l'àmbit personal, el ginecòleg de l'HCB hauria ampliat la seva cartera de treball amb la ginecologia de l'HSJD, a canvi de traslladar-hi l'obstetrícia; el cirurgià pediàtric hauria pogut controlar la cirurgia pediàtrica de l'HCB i de l'HSJD –aquesta sense cap de servei, perquè s'havia jubilat qui la portava– transferint-ne la seu a l'HSJD, amb més nombre de malalts; el polític hauria aconseguit el mèrit de la primera integració de serveis pediàtrics a Catalunya, en una època en què la població infantil era reduïda.
- En l'àmbit institucional, l'HCB es convertia en un hospital preferentment d'adults, incloent-hi els infants més grans afectats per patologies complexes que requerien alta tecnologia, i feia un ERO encobert, ja que anul·lava llits i permetia jubilacions anticipades incentivades d'un bon nombre dels pediatres de plantilla. Els que no van voler plegar van ser traslladats en comissió de serveis a l'HSJD, i van rebre una indemnització com a plus de transport per cinc anys, ja que Esplugues era una ciutat diferent a Barcelona. L'HSJD, gràcies a l'acord amb la Conselleria de Salut, augmentava el seu nivell assistencial a III i assumia gairebé tota l'activitat assistencial de la pediatria de l'HCB, amb tots els beneficis econòmics que això representava; es convertia en hospital universitari, ja que acollia la càtedra de Pediatria –després de la jubilació del catedràtic de Pediatria més veterà de la Universitat de Barcelona–, i signava un acord segons el qual rebria el suport necessari de l'HCB. L'acord signat primer es va anomenar Unitat Integrada de Pediatria. A canvi d'aquests beneficis, l'HSJD acollia els pediatres de l'HCB mantenint les seves categories professionals i, sempre que fos possible, de gestió, compartida amb l'homònim de l'HSJD. A mesura que s'ansessin jubilant, les places de pediatres de l'HCB s'extingirien.

Com va ser en la realitat

Un cop jubilat el catedràtic veterà de Pediatria i cap de departament assistencial, el nou catedràtic i cap del Servei de Pediatria va rebre de la gerència de l'HCB l'ordre de posar en marxa la integració de la pediatria. Aquesta ordre estava avalada per la Conselleria de Sanitat de la Generalitat. En l'àmbit universitari va insistir i va sol·licitar que tot l'ensenyament de Pediatria es traslladés igualment, motiu pel qual l'HSJD es transformaria en hospital universitari i seria gestionat per una comissió mixta de representants de la Universitat, els dos hospitals i la Conselleria, i coordinada pel catedràtic de Pediatria com a màxima representació de totes aquestes entitats. Així ho va fer. Contràriament, el Servei d'Obstetrícia de l'HCB i el Servei

d'Obstetrícia-Ginecologia de l'HSJD no van acceptar la idea i no van formar part de la integració. Això va comportar que només s'integrés amb l'HSJD la cirurgia pediàtrica i la pediatria de l'HCB, i que la Secció de Neonatologia de l'HCB s'hagués d'integrar, però al mateix temps havia de seguir donant suport assistencial a l'obstetrícia de l'HCB.

A partir del 1993, la primera activitat assistencial que es va desplaçar de l'HCB a l'HSJD va ser la cirurgia pediàtrica, seguida de l'endocrinologia. El cap del Servei de Pediatria de l'HCB va ser nomenat també cap del Servei de Pediatria de l'HSJD, i va desplaçar el seu despatx a aquest hospital. Entre el 1994 i el 1996, les diferents subespecialitats pediàtriques es van anar integrant, i els seus responsables de l'HCB eren jubilats precoçment o traslladats a l'HSJD. El procés d'integració ja funcionava.

Com va entrar en el procés l'Hospital Casa Maternitat

Aproximadament per les mateixes dates, les diputacions provincials van deixar de tenir competències i pressupost per fer assistència sanitària directa. Aleshores, la Diputació de Barcelona va acordar amb l'HCB la creació del Consorci hospitalari Hospital Casa Maternitat (HCM) – Hospital Clínic de Barcelona, mitjançant el qual se cedien les instal·lacions i el personal de la Maternitat al Clínic per cinquanta anys i, per tant, l'administració de l'HCM depenia de l'HCB, però mantenint personalitats jurídiques diferents. El cap dels serveis de pediatria de l'HSJD i de l'HCB també va ser nomenat responsable últim del Servei de Neonatologia de l'HCM, que ja tenia el seu propi cap de servei. L'activitat assistencial a l'HCM va continuar amb total autonomia.

La complexa integració de la neonatologia

L'any 1994 participaven en el procés tres unitats neonatals, totes amb el seu cap de servei (HCM) o de secció (HCB i HSJD), ben diferenciades geogràficament, i totes tres sota la coordinació del cap dels serveis de pediatria. Per dur a terme, almenys, la integració funcional de les tres unitats neonatals es van crear diferents grups de treball, cadascun amb un neonatòleg de cada hospital i amb tres objectius:

- Afavorir el coneixement entre el personal mèdic de les tres unitats neonatals per preparar possibles trasllats interunitats.
- Elaborar una documentació comuna consensuada per utilitzar-la en les tres unitats neonatals per al tractament dels nadons, tant administrativament (full del nadó d'infermeria, etc.) com per als protocols assistencials mèdics (risc d'infecció, icterícia, etc.).
- Elaborar una base de dades conjunta que permetés disposar de la mateixa informació de tots els nadons ingressats a tots tres hospitals, basada en l'estudi nacional espanyol Umbral'94, coordinat per un dels caps de secció de les unitats neonatals. Aquesta base de dades va començar a funcionar el 1995, i en el dia d'avui segueix plenament activa i s'utilitza com a eina habitual de treball.

Al principi del 1997, tota la pediatria de l'HCB ja s'havia desplaçat a l'HSJD, excepte la Unitat Neonatal, que s'havia reduït per donar només atenció als parts interns de l'HCB en la fase d'estabilització inicial (*"retén"*), ja que els prematurs eren traslladats a l'HSJD per a l'engreixament. La Unitat Neonatal de l'HCB va quedar amb un adjunt i un resident, i la meitat de la jornada del cap de secció; l'altra meitat de la jornada la feia a l'HSJD, on juntament amb l'altre adjunt de l'HCB tenia encarregada la Secció de Neonatologia Quirúrgica, tant cardíaca –per anar transferint tota l'experiència de l'HCB en cirurgia cardíaca neonatal– com general. També s'ocupava de l'engreixament dels prematurs que eren traslladats des de l'HCB.

L'any 1996 una llei espanyola va obligar les diputacions de l'Estat a tancar els centres sanitaris que en depenien. Aleshores, la Diputació de Barcelona va negociar amb l'HCB la transferència de tota l'activitat obstètrica, neonatal i pediàtrica que es feia a l'HCM a l'HCB, a fi de mantenir el màxim de funcionaris de la Diputació en els seus llocs de treball, sense mobilitzar-los. Es va posar en marxa una nova integració, HCB i HCM.

Quan els obstetres del Clínic van conèixer que s'havien d'integrar amb els obstetres de la Maternitat, el primer que van demanar va ser fer-ho juntament amb els seus neonatòlegs, la meitat dels quals, en aquells moments, ja estaven transferits a l'HSJD. La gerència de l'HCB va assumir la sol·licitud i va ordenar que l'adjunt de neonatologia de l'HCB retornés a l'HCB, però a la nova seu HCM, igual que el cap de secció, el qual havia de dedicar una meitat del seu temps a seguir atenent la seu de Villarroel i l'altra meitat a la seu de la Maternitat. Els nadons prematurs de l'HCB que s'havien d'engreixar ja no s'enviarien a l'HSJD, sinó a l'HCM.

L'estada a l'HSJD de l'adjunt de neonatologia de l'HCB i de la meitat de la jornada del cap de la Secció de Neonatologia de l'HCB va durar nou mesos. Durant aquest temps, la relació amb el seu homònim de l'HSJD i la resta d'adjunts va ser molt cordial i professional, respectant la distribució assistencial que s'havia pactat. Els problemes van ser més aviat de caire institucional i per manca de sensibilitat.

Respecte a la nova integració de les neonatologies d'HCB i d'HCM, al final del 1997 el cap del Servei de Neonatologia de l'HCM i el cap de secció de l'HCB, aprofitant el fet de seure junts en un viatge d'avió a Washington, van establir les bases per portar a terme la integració de les dues unitats d'una manera assenyada, pacífica i científica. Es va començar fent de nou tots els protocols assistencials d'una manera consensuada, començant pel risc d'infecció. Des d'aleshores es dedica un dia a la setmana, de 8.30 a 9.00 hores, després dels comentaris sobre les novetats de la guàrdia, a discutir un protocol assistencial; així se n'han fet gairebé 200, que s'actualitzen cada cinc anys com a màxim. També es dedica el mateix temps durant els altres dies de la setmana a sessions bibliogràfiques, comentaris de casos clínics i tancament d'històries amb l'elaboració dels protocols específics (menor de 1.500 g, ventilació mecànica, neuroimatge patològica, antibioteràpia, seguiment neurològic i èxitus).

Aquesta nova integració HCB-HCM permetia al personal mèdic funcionari de la Diputació, si volia, passar a ser personal amb contracte laboral fix de l'HCB –amb una adaptació molt favorable de la seva carrera professional–. Les places dels metges funcionaris que no s'han passat al contracte de l'HCB són amortitzades a mesura que els seus titulars es jubilen.

A mitjan 2000 tota l'obstetrícia de l'HCB es va desplaçar a l'HCM, el retén de neonatologia a l'HCB es va tancar, i tota l'activitat assistencial es va transferir a la Unitat Neonatal de l'Hospital Clínic - seu Maternitat. El total de parts previstos era de 3.000 –encara que se'n van arribar a fer 4.000 en els anys que va augmentar molt la natalitat a Catalunya–, motiu pel qual la capacitat de la Unitat Neonatal va ser de 36 places, 13 de les quals de crítics (7 d'UCI i 6 de semi-UCI). L'any 2002 es va posar en marxa el programa pioner d'assistència domiciliària d'infermeria al nadó prematur, i això va permetre reduir el nombre de places a 33, mantenint les 13 de crítics.

L'Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu - Hospital Clínic

L'any 2005 es va signar el Conveni marc de l'Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu - Hospital Clínic entre tots dos hospitals, amb el vistiplau de la Conselleria de Sanitat de Catalunya. Aquest acord ampliava l'antiga Unitat integrada de Pediatria afegint-li la resta d'especialitats mèdiques que necessitaven la pediatria per formar de manera correcta els



Hospital Clínic.

seus residents (otorinolaringologia, oftalmologia, ortopèdia, etc.). També es creaven unitats integrades amb objectius assistencials que requerien una alta tecnologia (trasplantaments renals, neurocirurgia de l'epilèpsia, etc.). Aquesta Agrupació Sanitària entre tots dos hospitals ha donat fruits molt positius pel que fa a la gestió i al reconeixement de la qualitat assistencial (Top 20, etc.).

Les neonatologies de l'HCB-HCM i l'HSJD van continuar treballant juntes dins la Unitat integrada de Pediatria. L'any 2014, coincidint amb la disminució de parts a l'HCB, l'alta obstètrica ordinària a les 24 hores i el programa Part a l'hospital i llevadora a casa –amb l'alta de la mare i el nadó abans de les 18 hores de vida–, el nombre de places de la Unitat Neonatal de l'HCB es va reduir a 27, i es van mantenir les 13 de crítics. Aquesta reducció de l'estada de la puèrpera va obligar a augmentar l'atenció neonatal a consultes externes, a fi de practicar els cribratges corresponents aproximadament a les 48-72 hores de vida. Aquesta tasca va incrementar l'activitat dels neonatòlegs, i de les infermeres i els tècnics (potencials auditiu) de consultes externes.

El BCNatal (Centre de Medicina Maternofetal i de Neonatologia Barcelona. Hospital Clínic i Hospital Sant Joan de Déu)

El 2013 es va afegir l'annex 14 al Conveni marc que s'havia signat l'any 2005, que establia els fonaments del Centre de Medicina Maternofetal i Neonatologia de tots dos hospitals. Més endavant es va anomenar BCNatal, amb un logo adient. Segons els documents signats:

«El Centre de Neonatologia de l'aliança estratègica signada entre els Hospitals Sant Joan de Déu i Clínic pretén, com a objectiu principal, la coordinació d'activitats i programes comuns, així com dels recursos respectius d'ambdós hospitals, sempre procurant optimitzar l'assistència prestada i evitar duplicitats. L'activitat serà realitzada a cada una de les seus d'ambdós hospitals, mantenint l'estructura organitzativa actual amb els respectius serveis de Neonatologia i caps corresponents.

Cada seu disposa de tres àrees físiques (Àrea del nadó a sala de parts i plantes, Hospitalització a la Unitat neonatal i Consulta externa de seguiment de nadons d'alt risc), i l'activitat conjunta de les dues seus s'estructura en àrees funcionals transversals, que defineixen el funcionament integrat del Centre de Neonatologia, amb les característiques següents:

1. **L'activitat assistencial** es realitza sota protocols assistencials comuns consensuats, alguns dels quals ja estan operatius fa anys.

2. **L'activitat docent** abasta pregrau i postgrau (Màster de neonatologia...).
3. **L'activitat investigadora** inclou tant línies de recerca pròpies de la neonatologia com línies de recerca compartides amb el servei de medicina maternofetal.
4. **La gestió** comuna inclou l'elaboració d'estadístiques i memòries d'activitat única, que ja s'estan fent des de l'any 2000.

Durant les diferents fases del procés d'integració de la neonatologia dels dos hospitals, les **àrees funcionals transversals** seran dues: Neonatologia quirúrgica, coordinada pel cap de servei de Neonatologia de l'HSJD, i Neonatologia mèdica, coordinada pel cap de servei de Neonatologia de l'HCB. Aquesta distribució és susceptible de modificar-se posteriorment en tres o quatre àrees funcionals transversals: prematuritat, patologia cardiorespiratòria, patologia neurològica o altres patologies neonatals (miscel·lània), cadascuna de les quals amb un vessant mèdic i quirúrgic.

En el procés d'integració caldrà establir un flux de pacients que progressivament traslladi l'alta complexitat des de l'HCB cap a l'HSJD. El moment d'aquest trasllat ve condicionat per la necessitat d'ampliar la capacitat de la unitat neonatal de l'HSJD i, lògicament, dependrà del moment del trasllat de l'alt risc obstètric d'origen fetoneonatal de l'HCB a l'HSJD.»

Com es pot veure, es tracta d'un projecte ambiciós, realitzable, necessari en el moment actual i generador d'il·lusió. Es pretén aconseguir que el Centre de Neonatologia sigui capdavanter a Catalunya, Espanya i el sud d'Europa en els aspectes assistencials, docents i de recerca, mantenint en tot moment la màxima eficiència possible i assolint un alt grau de satisfacció de la plantilla mèdica i d'infermeria que hi treballi.

El Servei de Neonatologia de l'Hospital Clínic de Barcelona homenatja els seus caps i presenta el pla d'integració a tot Espanya

Durant el Congrés de Neonatologia i Medicina Perinatal celebrat el 2013 a Barcelona es va celebrar un sopar de germanor organitzat pel Servei de Neonatologia de l'HCB de Barcelona, en què es van convidar els pediatres neonatòlegs més significatius de l'Estat espanyol. Les paraules finals del Prof. Josep Figueras Aloy van ser les següents:

«Benvolguts amics,

Potser alguns us haureu preguntat per què hem organitzat aquest sopar de germanor, sufragat amb els nostres estalvis del fons del Servei. El motiu ja l'ha indicat Xavier Carbonell: aprofitant la vostra vinguda al Congrés Nacional de Neonatologia a Barcelona volíem estar una estona amb tots vosaltres en un lloc tranquil i agradable, informal i gaudint de la companyia dels amics de tota la vida i dels companys actuals de treball, juntament amb les seves parelles, que han permès que existís aquesta relació tan entranyable.

El criteri per ser convidat ha estat haver treballat per a la SENeo. Entre vosaltres hi ha la junta actual, els membres d'honor neonatòlegs espanyols, els coordinadors dels diferents comitès i grups de treball i el president del nostre proper congrés nacional a Sevilla.

A la taula presidencial podeu veure els tres caps del Servei de Neonatologia del Clínic de Barcelona: el Prof. Rafael Jiménez, que el va dirigir des que es va crear l'any 1970, i per a qui demano un afectuós aplaudiment de reconeixement i agraïment; el Dr. Xavier Carbonell, que va ocupar el càrrec des de l'any 1997 fins al 2007, després de la integració entre els serveis de neonatologia del Clínic i de l'Hospital Maternitat, cosignant de la invitació que us va arribar; i jo mateix, que ocupo aquesta posició des del 2007. També ens acompanyen el Prof. Francesc

Botet, en qualitat de cap de secció de Neonatologia de l'Hospital Clínic des del 2007, i el Dr. Martí Iriondo, actual cap de servei de Neonatologia de l'Hospital Sant Joan de Déu.

La presència de Martí a la taula pretén evidenciar davant tot Espanya que avui volem honrar el passat del Servei de Neonatologia del Clínic i presentar el futur proper, que inclourà una integració gradual dels serveis de Neonatologia del Clínic i de Sant Joan de Déu, especialment per al tractament dels nounats crítics i en nom de l'eficiència assistencial. Probablement d'aquí uns anys acabarem pertanyent al Centre maternofetal i neonatal Barcelona, que dependrà de tots dos hospitals i disposarà d'una sola neonatologia treballant en dues seus, l'Hospital Sant Joan de Déu i l'Hospital Clínic.

Per acabar, us dono les gràcies per la vostra presència i us demano un brindis: pel Servei de Neonatologia del Clínic, i per tots els serveis de neonatologia on treballem.»

Sembla un acomiadament per tancament de la neonatologia del Clínic. Segurament no serà així, ja que a la seu Maternitat hi continuarà havent parts de baix risc i també l'alt risc d'origen matern, que pugui requerir especialistes del Clínic - seu Villarroel. Però l'alta complexitat de l'assistència neonatal serà traslladada a l'HSJD, amb totes les conseqüències que això comporti. A veure què passa l'any 2016.

Cal acabar expressant el nostre reconeixement i agraïment al col·lectiu de metges involucrats en tot aquest procés. Sense el seny, la bona voluntat i el sentit comú de tots els implicats mai no s'hauria pogut fer la integració tal com ha esdevingut.

L'Hospital del Mar

Antonio Mur, Antoni Martínez-Roig

En aquest període de temps, es podria dir que s'ha passat d'un servei de pediatria que vivia els darrers anys d'una època daurada, heretada del Dr. Josep M. Sala Ginabreda amb el Dr. Josep Llorenç Terol, a l'època postolímpica del doctors Oriol Vall i Antonio Mur.

Ubicat en un hospital general, on la pediatria mai no havia estat un servei al qual s'hagués dedicat una sensibilitat especial a l'hora d'establir millores logístiques o arquitectòniques, va viure una transició que no va ser fàcil. Els canvis gerencials i de direcció que s'havien generat a la institució van propiciar un deteriorament de la relació cordial amb el servei i especialment amb el seu cap. Van ser anys en què la dedicació d'aquest cap a les tasques pròpies del seu càrrec al vicerektorat de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) van condicionar el deteriorament, sense que tampoc es pogués dir que en fos l'única causa.

El Servei, que fins aquells moments s'havia distingit per la tasca docent i de recerca en malalties infeccioses i antibioteràpia, va veure com la disminució d'ingressos i la reducció del nombre de llits afectava la seva línia de treball. No van ser, però, els únics factors dels canvis. La reducció arquitectònica ja venia des de l'any 1981, en què una explosió del dipòsit de gas veïns, amb l'ensorrament d'un dels pavellons pediàtrics, va deixar la unitat amb la seva estructura reduïda a la meitat. El descens de la natalitat també va ser un altre element influent.

Eren anys en què la problemàtica social, que sempre envoltava les famílies i els pacients atesos, donava un tomb cap a realitats diferents. El model d'hospitalització canviava i això feia que s'haguessin de modificar les formes d'atenció.

Fins feia pocs anys, els infants s'hospitalitzaven sols, sense famílies. Aquestes disposaven només d'unes hores per estar amb els seus fills i en aquest període es va anar ampliant gradualment la possibilitat d'estar amb els infants hospitalitzats. Primer d'una manera permissiva, no regularitzada, i posteriorment acceptada i organitzada. No va ser fàcil. En uns moments determinats, els que exigien més i adoptaven una veu més alta o més agressivitat en les demandes aconseguien estar més estona amb els infants hospitalitzats. Eren encara temps en què les habitacions eren de quatre o sis llits, sense uns serveis sanitaris adients per a tothom i on la convivència de les famílies no sempre era plàcida. No va ser fins al 1995 que es va disposar d'un nou habitatge. Habitacions de dos llits amb lavabo compartit a la majoria, tot i que en dues era individualitzat per a possibles aïllaments. Uns tres anys abans ja es disposava d'uns espais modèlics de consultes externes, a l'espai general de les de la resta de l'hospital.

L'antic desig i la demanda de tenir un espai separat per a pediatria, amb entrada individualitzada, on s'ubiqués tota l'atenció, l'hospitalària i la de consultes, no s'havia aconseguit. Malgrat aquest fet, la millora va ser exponencial.

Es van mantenir les sessions obertes a pediatres de primària que s'havien inaugurat amb el Dr. Sala Ginabreda, tot i que, com és evident, amb el pas dels anys va canviar la tipologia dels assistents. De ser pediatres vinguts d'arreu de la província, de manera gradual s'hi van anar incorporant els pediatres dels centres d'atenció primària de l'àrea geogràfica relacionada amb l'Hospital i amb el temps s'han convertit en sessions acreditades com a cursos de formació continuada. A la vegada, es van mantenir cursos de formació continuada i de doctorat que van girar cap a la problemàtica social, la neuropediatria o la dermatologia pediàtrica i es van abandonar els de patologia infecciosa.

També va continuar la col·laboració amb la Universitat Autònoma per a la formació pediàtrica dels alumnes. Durant aquests darrers vint-i-cinc anys hi ha hagut dos professors

titulars, Oriol Vall i Antonio Mur. La consideració dels alumnes cap al servei sempre ha estat elevada, i s'han obtingut puntuacions de les millors en el moment en què s'establien. Des de fa vuit anys també s'imparteix un grau de medicina compartit entre la UAB i la Universitat Pompeu Fabra.

L'atenció a infants amb sospita de maltractament, amb Antoni Martínez Roig i Francesc Domingo, l'atenció a altres patologies noves en aquells moments per a l'equip, com ara la síndrome d'abstinència neonatal a drogues i els fills de mares VIH, sota la supervisió del Dr. Antonio Mur, van ser també elements importants en els canvis assistencials. Es va formar part de diferents grups institucionals i internacionals que es van crear per a la realització de protocols o guies relacionades amb aquestes i altres patologies. Un d'ells, l'European Collaborative Study, probablement el grup més important a escala internacional sobre la infecció per VIH en pediatria. L'atenció a infants autistes, duta a terme pel Dr. Juan Antonio Muñoz Yunta (epd) i el seu equip, va ser també durant anys un referent al territori.

Des del punt de vista mèdic, podríem dir que les modificacions van passar per diferents etapes. Es van recuperar els metges residents MIR, que durant uns anys s'havien perdut, en part, per les circumstàncies abans esmentades d'instabilitat. Es va incrementar el quadre mèdic amb la incorporació dels pediatres del Servei de Pediatria de l'Hospital de l'Esperança, que en aquell moment va deixar d'existir. Des del punt de vista negatiu, també cal esmentar la reducció fins gairebé la desaparició o presència simbòlica de l'equip de cirurgia pediàtrica. La política sanitària del Cat Salut hi ha tingut la seva influència. Aplicada sobretot a la pediatria, amb la potenciació gairebé exclusiva dels dos grans hospitals pediàtrics de la nostra àrea, Vall d'Hebron de Barcelona i Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat.

La gradual i progressiva millora de la Unitat de Neonatologia va ser un altre dels punts clau. Inicialment amb una ubicació molt limitada en l'espai i separada arquitectònicament de la resta del Servei, va passar a tenir una ubicació a cavall dels serveis d'Obstetrícia i de Pediatria. Les millores tecnològiques i el fet de poder disposar de cures intensives neonatals van permetre atendre situacions patològiques cada vegada més complexes. La manca d'una unitat de cures intensives pediàtriques i la d'un servei de cirurgia infantil han estat clau per no poder arribar al tercer nivell de complexitat. El tipus de població que té com a referent l'hospital està formada per famílies en què la natalitat no ha minvat en la mateixa proporció que a la resta de població i aquest també ha estat, probablement, un element clau per a la progressió de la unitat.

Aquesta població, formada en una part important per immigrants dels barris del Raval, Barri Vell, Barceloneta i Sant Martí, ha motivat un canvi en la cultura mèdica per tal d'atendre les seves necessitats. El coneixement del pacient i el seu entorn és imprescindible per aconseguir una atenció sanitària adequada. Si això és veritat per a tota mena de pacient, encara ho era més en el cas dels infants, ja que depenen totalment de la seva família, on les actituds, les creences i els costums que tingui l'influiran i hi repercutiran de manera cabdal. La dificultat de la comunicació en les primeres èpoques va minvar per l'ajut dels mediadors «informals», que posteriorment va passar a mediadors interculturals, amb unes funcions diferents que la d'un simple traductor i també que la d'un agent de salut. Polivalent per molts àmbits, és el professional que ens va ajudar en totes les dificultats. Va transmetre conceptes sense imposar la nostra visió, sinó dialogant, comprenent, acceptant les coses bones dels altres. Va ajudar a la població immigrant a adaptar-se o integrar-se. S'ha d'esmentar que Oriol Vall hi va ajudar amb la seva experiència prèvia a l'Hospital de Mataró i el treball dut a terme en organitzacions no governamentals fora del país.

La instauració de les especialitats pediàtriques i la formació d'un grup de recerca també van ser elements destacats de l'època postolímpica. Les consultes externes d'asma i pneumologia, que ja existien en èpoques pretèrites amb Gonçal Figueres, van incrementar el nombre

de visites amb Rosa Maria Busquets i es va iniciar la participació a l'Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). A partir d'aquí també es va participar en l'elaboració dels diferents consensos a què s'ha arribat en l'àmbit estatal sobre tractament de les crisis asmàtiques.

Consultes d'endocrinologia, al·lèrgologia, cardiologia, genètica, gastroenterologia, tuberculosi, medicina tropical, neuropediatria, medicina perinatal, infeccions VIH, nefrologia o pediatria general s'han anat mantenint o creant en el decurs dels anys. Des del punt de vista negatiu, s'ha de considerar l'atenció limitada a infants, segons l'edat, de serveis com cirurgia o diagnòstic per imatge.

Si bé el nostre hospital va ser pioner en el trasllat de mostres de sang al laboratori, ubicat a quilòmetres de la zona d'hospitalització, en els darrers anys ens hem anat acostumant també al desplaçament dels nostres pacients també a uns quilòmetres amb ambulància, per fer-los exploracions d'imatge amb sedació o actuacions quirúrgiques. És la globalització?

Deixem per al final la creació del grup de recerca. Es tracta d'un grup de recerca clínica i bàsica, anomenat Infància i Entorn. Treballa especialment en la línia de l'exposició prenatal i postnatal a diverses substàncies d'abús, incloent-hi tabac i alcohol, pesticides i metalls pesants, i en la línia de marcadors de dany d'aquesta exposició, incloent-hi dos models animals, a més de projectes relacionats amb la seva activitat clínica. Les línies principals de recerca actual són: exposició fetal i pediàtrica al tabac; efectes del consum matern de drogues d'abús i alcohol durant l'embaràs i efectes de l'exposició postnatal a les drogues d'abús en infants; infecció pel VIH en nadons i infants; emergències pediàtriques; pneumologia pediàtrica; investigació clínica no comercial amb medicaments de venda amb recepta en els infants; investigació sobre toxines ambientals; projecte SAMID (Xarxa de salut maternoinfantil i del desenvolupament); biomarcadors de dany en el desenvolupament neurològic de l'exposició prenatal a l'alcohol; recerca sobre els grups d'immigració i ètnics, i estudi multicèntric de cohorts sobre asma infantil.

A manera d'epíleg, cal assenyalar que un servei de pediatria en el context d'un hospital general és difícil de manejar, en especial si s'hi afegeix la crisi econòmica dels darrers anys, així com la política sanitària en curs. Plantejar el creixement del servei i la seva millora en tots els àmbits és una tasca àrdua, completa i difícil de solucionar. Els components del Servei sempre han estat lluitadors i en aquests moments no donem per perduts els anhels i les esperances d'un futur millor.



100 anys de l'Hospital del Mar.

L'Hospital de Sant Pau

Eduard Carreras

Han passat moltes coses en vint-i-cinc anys: al món, al nostre país, a la sanitat catalana i, com no pot ser d'una altra manera, al Servei de Pediatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Crec que no pecarem d'excessivament optimistes si concloem que l'evolució ha estat molt positiva. Els avenços de tota mena, científics i tecnològics, han estat evidents i podem dir que, actualment, la pediatria catalana ha assolit uns nivells de qualitat altíssims. Malauradament, alguns dels nostres companys ens han deixat i voldria aprofitar aquestes ratlles per deixar constància de l'agraïment que tots nosaltres sentim envers ells, per la seva dedicació i per les ensenyances que ens van transmetre: Orenci Altirriba, Antoni Torras, Joan Serradell, Fermí Tapias, Artur Blasco, Joan Picanyol i, amb una connotació molt personal, Norbert Carreras. Cal afegir en Xavier Sagrera, en Julio Turmo i la Roser Martí, exresidents nostres que van morir quan encara no els tocava. Hem tingut també un important relleu generacional amb la jubilació de molts companys, incloent-hi dos directors de servei, els doctors J. Cubells i J. Nadal, i la incorporació de nombrosos metges joves. Als uns, el nostre reconeixement per la feina feta, i als altres, pel seu entusiasme. De fet, dels metges en plantilla l'any 1990 només en quedem cinc treballant actualment a l'Hospital.

Durant aquests anys ha tingut lloc un altre fet destacable a l'Hospital: el trasllat del vell edifici modernista al nou recinte. Trobem a faltar el caliu del vell hospital, la seva arquitectura, els jardins, les vidrieres, el pes de la història i tot el que el feia únic al món. Però, evidentment, el salt qualitatiu ha estat enorme amb el canvi. Hem inaugurat un nou edifici amb amplis espais interiors, tecnologia d'última generació i una logística que no té res a veure amb l'anterior. Els més antics recordem que havíem d'agafar una ambulància per traslladar un nadó de la sala de parts fins a la unitat neonatal, o els passadissos tètrics del soterrani... Hem tingut el privilegi d'estrenar una casa nova: a qui no li fa il·lusió?

Hem tingut altres canvis, en aquests vint-i-cinc anys. Canvis en el plantejament del que volíem ser, fruit de la reflexió sobre el que érem i com es movia el nostre entorn. Canvis en el nostre posicionament en el marc de la pediatria d'aquest país que han portat a definir noves estratègies. L'existència d'un servei de pediatria en el marc d'un hospital general terciari no és senzilla, i més si es tracta d'un hospital d'especialitats com el de la Santa Creu i Sant Pau. L'estructura arquitectònica de l'antic recinte històric posa en evidència una concepció de l'assistència molt sectorialitzada per serveis. Aquest context podria haver condicionat que el Servei de Pediatria visqués d'esquena a la resta de l'Hospital, intentant ser un minihospital pediàtric, i això hauria estat un greu error. Entrar en competència amb els dos grans hospitals monogràfics de Catalunya, l'Hospital Sant Joan de Déu i l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron, no tenia cap sentit i no aportava cap valor afegit a la pediatria catalana. L'estratègia, per tant, havia de ser una altra: formar pediatres referents en les diferents superespecialitats pediàtriques i, creant processos transversals amb les diferents especialitats de l'Hospital, utilitzar l'alta tecnologia i el coneixement que Sant Pau posava a la nostra disposició. D'altra banda, i com a tots els centres terciaris de Barcelona, calia treballar en dues direccions: potenciar el terciarisme en el que podíem ser referents i, alhora, donar servei de proximitat a la zona de la ciutat que ens corresponia.

Durant aquests anys hem anat definint quines eren les àrees d'excel·lència que podíem oferir i de quina manera podíem potenciar-les. Això volia dir treballar en tres direccions: consolidar les especialitats pediàtriques en què érem referents, crear la cultura de treball en equip amb les superespecialitats d'adults i disposar de les estructures per poder portar-ho a terme.

La creació de programes ha estat l'eina que ha permès aglutinar-ho. Així s'han consolidat, en l'àmbit de la unitat d'hematooncologia, el programa de transplantament de progenitors hematopoètics, que ha triplicat el nombre de transplantaments al·logènics amb èxit en els últims anys; els diferents programes de la Unitat de Neonatologia juntament amb el Servei d'Obstetrícia; els programes conjunts entre nefrologia pediàtrica i la Fundació Puigvert, i el programa d'atenció al pacient politraumatitzat de la Unitat de Cures Intensives Pediàtriques, en el qual estan involucrats tots els serveis quirúrgics, mèdics i de suport de l'Hospital. A més, se n'han creat de nous, com el programa multidisciplinari per l'atenció dels tumors mesenquimals ossis i de parts toves; la posada en marxa d'un web específic de suport als pares a l'àrea de neonatologia, com a ampliació del programa d'assistència domiciliària; el programa de malalties neuromusculars amb els serveis de neurologia, neuropediatria, rehabilitació i cirurgia ortopèdica; el programa de malalties neurocutànies amb el servei de dermatologia, etc. Amb la creació de la base SEM pediàtrica de transport aeri, els pediatres de Sant Pau s'han convertit en els únics de l'Estat espanyol que volen en helicòpter per anar a buscar infants crítics per tot el país, i des de la seva creació, l'any 1995, s'han fet més de 1.000 vols amb una taxa molt baixa de complicacions. En paral·lel, s'han consolidat totes les especialitats pediàtriques, fet que permet donar suport a tota l'àrea d'atenció primària que ens pertoca, igual que el Servei d'Urgències Pediàtriques, que pràcticament ha duplicat el nombre d'urgències en aquests vint-i-cinc anys. Aquesta interacció amb la pediatria extrahospitalària és possiblement la que més s'ha desenvolupat aquests darrers dos o tres anys, i l'objectiu comú del dos àmbits és potenciar aquesta interacció, ja que probablement hem viscut massa temps d'esquena l'un de l'altre, amb pocs elements de connexió. Tots dos pretenem anar molt més enllà de fer sessions científiques conjuntes, i l'eina del Comitè de pediatria primària-hospital ens ha permès anar identificant els punts de millora que cal implementar. Per exemple, l'elaboració de protocols conjunts diagnòstics i terapèutics, i l'establiment de circuits més àgils de derivació han significat un avenç important; la implementació dels informes de seguiment a consultes externes a la història clínica compartida és la darrera millora, que segur que serà de gran ajuda.

També ha calgut plantejar-nos les nostres relacions amb els altres hospitals. Buscar sinergies, establir pactes per tal de ser complementaris en tot allò que nosaltres podem oferir o que els altres ens poden aportar. Estem convençuts que la suma de tots, respectant evidentment les asimetries pròpies del dimensionat de cada centre, ens enriqueix globalment i posiciona la pediatria catalana al més alt nivell. Els treballs multicèntrics, els assajos clínics compartits, el transvasament de professionals entre els centres per aprofitar millor els recursos formatius de cada un, ha de ser el futur que ens permeti assolir objectius d'excel·lència en el camp assistencial, docent i de recerca, que són comuns a tots nosaltres.

Retornant a l'inici, han estat uns anys de molts canvis, els últims en el marc d'una crisi econòmica que ens ha tensionat a tots. El balanç global, però, és positiu, i això ha estat possible gràcies a l'esforç de tothom, pediatres, infermeres i auxiliars, tècnics, portalliteres, personal de suport i, vull recalcar-ho, la col·laboració de totes les especialitats d'adults que han permès desenvolupar el model de pediatria del nostre hospital, sumant coneixement i aportant tecnologia.

Els propers anys estaran condicionats per una disminució de la població infantil, un encariment dels costos sanitaris i, presumiblement, per una disminució dels recursos econòmics. El repte és gran, però hem de ser optimistes. Caldrà ser molt eficients, aprendre a sumar més que a competir. És el moment d'optimitzar aquests recursos i gestionar la capacitat tecnològica instal·lada als diferents hospitals i treure'n el millor profit. És l'hora d'establir sinergies, pactar i compartir; això ens permetrà continuar mantenint la pediatria catalana als nivells més alts d'excel·lència assistencials, docents i de recerca.

L'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Carlos Rodrigo

El 14 d'abril de 1983 es va inaugurar l'Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona, ubicat als terrenys d'una antiga masia (Can Ruti) que donava nom a la zona geogràfica on es va construir el centre. En aquell primer moment no es va preveure l'inici de l'activitat pediàtrica, malgrat que hi havia espais reservats per al Servei de Pediatria i que en els anys previs s'havien fet els concursos i les oposicions en què es van concedir les places de cap del Servei de Pediatria, de cinc caps de secció i de set metges adjunts.

Al cap d'un any de funcionament de l'hospital, a instàncies dels metges d'especialitats «d'adults» que es trobaven que hi havia infants que acudien a la Unitat d'Urgències acabada d'obrir, es va decidir incorporar quatre pediatres perquè a Urgències hi hagués un especialista en pediatria a tota hora. Els pioners van ser Wifredo Coroleu, Carlos Rodrigo, Soledad Gallego i Jaume Pérez Payarols. Simultàniament, dos cirurgians pediàtrics (Rosa M. Isnard i Antoni Castellví) van començar també a fer guàrdies enquadrats en el Servei de Cirurgia.

Durant més de tres anys, la pediatria de l'Hospital Germans Trias es va limitar a l'assistència a Urgències, però amb un increment gradual de l'activitat a causa de la generositat de la Direcció de l'hospital i del Servei de Medicina Interna, que van permetre que s'obrissin dues consultes externes de pediatria i van cedir dues habitacions de la planta de medicina per ingressar-hi infants.

En aquella època, la pediatria abastava només fins als set anys. Gràcies als ensenyaments dels facultatius dels serveis «d'adults» i als seus esforços per fer-nos un lloc a l'hospital, el Germans Trias va ser el primer centre hospitalari públic d'Espanya en què els pediatres vam atendre infants fins als 14 anys, uns anys abans que es fes oficial i s'estengués a altres centres.

La coincidència de diverses circumstàncies favorables va permetre que, contra pronòstic, el 23 de novembre de 1987 s'obris definitivament el Servei de Pediatria: la decisió policosanitària de traslladar l'Hospital Maternal de Santa Coloma de Gramenet a l'Hospital Germans Trias va afavorir l'inici de l'activitat obstètrica; la decidida convicció del llavors director mèdic de l'hospital, el Dr. José J. Navas, que la pediatria era fonamental per configurar un gran hospital universitari, i el fet que molts dels pediatres que havien obtingut plaça a l'hospital, però que no s'hi havien incorporat davant les inseguretats del projecte, es van decidir a incorporar-s'hi. Per descomptat, va ser bàsic que acceptés venir com a cap de servei el Dr. Jordi Prats, que pel seu prestigi va atreure la resta, encara que per motius de restricció econòmica només hi va haver lloc per a dos dels cinc caps de secció (Germán Javier i Antonio Natal) i cinc dels adjunts (Ricard del Alcázar, Wifredo Coroleu, Soledad Gallego, Guillem Pintos i Carlos Rodrigo). Malauradament, no s'hi va poder incorporar Luis Velázquez, mort de manera sobtada uns mesos abans. Al mateix temps, es va inaugurar el Servei de Cirurgia pediàtrica, format per Joan Martínez Mora (cap de servei), Pilar López (cap de secció) i Josep Antoni Blanco, Antoni Castellví i Rosa M. Isnard (metges adjunts). La pediatria de l'Hospital Germans Trias va començar amb trenta llits d'hospitalització mèdica i quirúrgica pediàtriques i vuit bressols/incubadores de neonatologia (tres llocs de cures intensives neonatals i cinc de semicrítics). Des d'un primer moment es van desenvolupar totes les especialitats de la pediatria, amb excepció de la reiteradament vetada de cures intensives pediàtriques.

El juny del 1989, l'hospital va obtenir l'acreditació per a la docència de l'especialitat de pediatria i les seves àrees específiques dins el Programa MIR; l'any següent s'hi va incorporar la primera promoció de residents, tres per any fins al 2009 i cinc cada any des del 2010. Aquest

mateix any 1990 es va aprovar la inclusió de l'Hospital Germans Trias com a unitat docent de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, fet que consolidava l'activitat universitària de pediatria iniciada el curs 1986-1987. El 1992 es va concedir oficialment a l'hospital la capacitat investigadora mitjançant el reconeixement de la Unitat de Recerca per part del Ministeri de Sanitat i Consum. Un membre del Servei de Pediatria (Carlos Rodrigo) va ser el primer secretari d'aquesta unitat.

En tan sols cinc anys s'havia evolucionat des d'una prestació pràcticament exclusiva d'urgències pediàtriques –i amb forts interessos externs que no passés d'aquí– fins a un servei de pediatria amb àmplia activitat assistencial, de docència universitària i de residents, i una important implicació investigadora.

Una dada singular i molt significativa de la pediatria de l'Hospital Germans Trias és que tots –sí, tots– els seus membres constituents tenien un origen comú: el Departament de Pediatria de l'Hospital Vall d'Hebron, del qual ja eren cap de servei Jordi Prats (Oncologia) i caps de secció Antonio Natal (Neonatologia) i Germán Javier (Hematologia), mentre que els adjunts s'hi havien format com a residents. Aquest fet, indiscutiblement, va conferir una extraordinària homogeneïtat i complicitat als membres del Servei i va facilitar un creixement i un desenvolupament espectaculars en un temps rècord. I, encara més sorprenent, tots els cirurgians pediàtrics tenien la mateixa procedència i havien compartit ja amb els pediatres treball i època de formació com a residents a l'Hospital Vall d'Hebron. La qualitat de la cirurgia pediàtrica de l'Hospital Germans Trias, així com la coincidència de criteris mèdics entre els dos serveis pediàtrics, ha estat un altre aspecte crucial per a l'èxit de la pediatria de l'hospital.

Juntament amb una infermeria excepcionalment integrada en el Servei de Pediatria i sempre disposada a afavorir l'acció conjunta per al bé dels pacients, no podem passar per alt l'enorme contribució de la resta de serveis no pediàtrics de l'hospital en l'impuls i la progressió: uns serveis centrals bolcats a afavorir i donar resposta a les necessitats de pediatria; uns serveis assistencials mèdics i quirúrgics sempre disposats a col·laborar i a contribuir en l'engrandiment del Servei de Pediatria, que van aportar facultatius, equipaments i mitjans tècnics per augmentar i millorar el treball pediàtric; unes unitats de treball social i atenció a l'usuari atentes als requeriments dels pediatres i a les necessitats dels infants, i unes direccions i gerències mèdiques sempre en estreta col·laboració amb pediatria.

Probablement aquest és l'aspecte més destacat i característic dels serveis de Pediatria i Cirurgia Pediàtrica de l'Hospital Germans Trias: l'extraordinària interrelació i cooperació amb la resta de serveis de l'hospital, que ha permès amplificar enormement les capacitats dels relativament escassos professionals pediàtrics, per arribar a una activitat molt superior –en qualitat i quantitat– a l'esperable. I viceversa, l'excepcional implicació dels serveis no pediàtrics de l'hospital en l'atenció dels infants, sempre permetent que fossin els pediatres i els cirurgians pediàtrics els últims responsables de l'assistència als pacients. I, per norma, sense reticències ni dissensions per motius de protagonisme. Una autèntica col·laboració bidireccional en la qual, sens dubte, el mèrit més gran el tenen els serveis no pediàtrics, ja que nosaltres el que fèiem era convèncer-los perquè ens ajudessin amb els seus coneixements especials de les matèries de què eren especialistes, mentre que els pediatres aportàvem el màxim coneixement de l'infant.

L'altra qüestió clau ha estat la integració del Servei de Pediatria al territori. Mostres d'això són la boníssima relació amb la pediatria d'assistència primària, tant de l'ICS com de BSA, i els convenis per prestació de serveis amb dos centres de màxima importància en l'àrea d'influència de l'hospital. Així, la pediatria-neonatologia de l'Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet està assumida pel Servei de Pediatria de l'Hospital Germans Trias, i

es va crear una Unitat de Neurorehabilitació pediàtrica a l'Institut Guttmann constituïda per rehabilitadors d'aquest centre i pediatres de Germans Trias. Com a colofó, s'ha establert un conveni amb la Fundació Leo Messi per formar endocrinòlegs argentins en endocrinologia pediàtrica i pediatres de la Societat de Pediatria de Rosario en diverses especialitats pediàtriques.

Després de la defunció del Dr. Prats i de la jubilació dels doctors Natal i Javier, la cúpula directiva del Servei de Pediatria va quedar formada per Carlos Rodrigo com a cap de servei i els doctors Coroleu i Pintos com a caps de secció. Un equip d'amics havien arribat a la direcció del servei, no per amiguisme, sinó per competència i coneixements, mantenint uns criteris d'actuació i un clar objectiu comú: fer les coses bé i inspirar confiança per aconseguir els èxits més grans en assistència, docència i investigació.



Equip de pediatria Hospital Germans Trias i Pujol, 2015.

L'Hospital Parc Taulí de Sabadell

Pere Obiols i Pepi Rivera



Parc Taulí Sabadell, Hospital Universitari.

El desenvolupament de la pediatria a Sabadell segueix un camí paral·lel al d'altres grans ciutats i institucions de Catalunya, Espanya o la resta del món.

A Sabadell es va crear el primer hospital al final del segle XIII, el 1283, però l'infant no va ser un ésser «visible» pel que fa a l'atenció fins al segle XVI, quan Damià Carbó edità el *Libro de las artes de las comadres o madrinas, preñadas, paridas y de los niños*.

Al final del segle XVIII, i sobretot a l'inici del XIX, es comencen a desenvolupar hospitals que atenen infants. Cal fer un esment especial a l'Hospital Enfants Malades de París i a l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona.

Els inicis

A mitjan segle XIX, el 1856, es va posar en marxa a Sabadell l'Hospital i Casa de Beneficència, que disposava de 42 llits d'aguts i 114 d'asil, 40 dels quals eren per a adults i 74 per a infants.

Als inicis del segle XX, afavorides per metges puericultors d'alt prestigi (Pere Calafell, Joan Mallafré, Joan Argemí Lacoma, Francesc Tortajada, Jaume Torrents...), s'inicien a Sabadell diferents activitats educatives i comunitàries. A l'informe estadístic municipal del 1932, quan la població de Sabadell era de 46.000 habitants, consta que el Consultori de Maternologia i Puericultura havia atès 1.225 visites de menors de 2 anys i 77 parts (15 de distòcics), i havia col·laborat amb 62.000 biberons i 17.000 aliments dietètics en un període de dos anys.

Les patologies més freqüents eren la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomièlitis, la desnutrició, la diarrea, les pneumònies i les tuberculosi, aquestes darreres amb una alta taxa de mortalitat. Això va fer que el 1955 Anna Figueres de Marçet es plantegés la creació d'un «alberg» per atendre infants amb tuberculosi; el 1957 es va crear el Servei de Rehabilitació per a infants amb poliomièlitis, i el 1962 la Caixa de Sabadell es va fer càrrec d'aquestes iniciatives i creà la Clínica Infantil del Nen Jesús, considerada una de les primeres institucions espanyoles dedicada exclusivament a l'assistència sanitària d'infants.

La direcció de la Clínica Infantil Nen Jesús va recaure sobre un dels pediatres amb més renom, tant en l'àmbit professional com l'humanista d'aquella època, el Dr. Joan Argemí Fontanet. Amb ell al capdavant, el centre va consolidar el seu model assistencial basat en un alt coneixement i desenvolupament de les especialitats pediàtriques i en l'atenció als valors socials i humanistes, de gran importància en aquesta època, com la presència dels pares en els ingressos hospitalaris o la restricció de sales múltiples.

El desenvolupament

Entre el 1965 i el 1975, la Clínica Infantil del Nen Jesús va créixer, tant a nivell estructural, amb ampliació d'espais assistencials, com científic; es van desenvolupar especialitats pediàtriques que van permetre oferir una alta capacitat resolutiva, així com iniciar un procés docent en medicina i infermeria.

La taula següent mostra les especialitats desenvolupades en aquesta etapa i els professionals que se'n van fer càrrec.

Pediatria general (José Martín Santana, Josep Argemí Vergés, Rafael Colom)	Neurologia (Alfons Pou i Josep Artigas)
Cardiologia (Casimiro Miró i Rosa M. Perich)	Psiquiatria infantil (Dra. Joaquina Judez)
Tuberculosi i al·lèrgia (Lluís Sala)	Urologia (Francisco Bedós)
Gastroenterologia (Jesús Carnicer)	Cirurgia infantil (Isidre Claret i Pere Obiols)
Neonatologia (Jaume Posa)	Rehabilitació (Ramon Sales)
Nefrologia (Aurelio Carnicer)	Anestèsia (Josep M. Vidal)
Endocrinologia (Ramon Nosas)	Otorinolaringologia (Simeó Simó)
Hematooncologia (Rosa M. Badia i Montserrat Melo)	Oftalmologia (Àlvar Viaplana i Eulàlia Rusiñol)
Pneumologia (Montserrat Bosque i M. Teresa Marco)	Laboratori (Joan Sabaté i Ferran Xalabarder)
Urgències (Francisco Javier Travería)	Patologia (Josep Vila)
Cures intensives (Juan Cristóbal Rojo)	Radiologia (Lluís Duran i Jaume Llordés)

El 1967, la Caixa de Sabadell, l'Ajuntament, les escoles, els pares i altres entitats comarcals van unir esforços per crear, a la Clínica Infantil del Nen Jesús, el Centre de Medicina Preventiva Escolar, que incorporà tant professionals de la pediatria com psicòlegs, mestres i treballadors socials; el 1973 es creà el Centre de Detecció de Patologia Psicosomàtica, que, liderat per Joaquina Judez, Gloria Ruiz o Josep Artigas, va ser el germen per crear el 1984 el Centre d'Estimulació Precoç (actual CDIAP) i el Centre d'Atenció a Salut Mental (actual CSMIJ).

La docència

Van ser anys d'esplendor clínica, que van afavorir i facilitar el desenvolupament de la funció docent.

La formació de pediatres en l'àmbit nacional s'inicià l'any 1945 a l'Escola Provincial i Nacional de Puericultura. A partir del 1966 s'engegà a Sabadell un programa de formació en pediatria gràcies a una escola professional vinculada a la Universitat de Barcelona i a la càtedra del Prof. Manuel Cruz i que va funcionar fins el 1989. El 1967 s'hi incorporà com a cap d'estudis José Martín Santana (els primers alumnes de l'escola van ser Joaquina Judez i Antonio García Martín).

Posteriorment, a partir de l'any 1977, s'inicià la formació en el marc del programa MIR del Ministeri d'Educació i Ciència, que acredità capacitat docent per a cinc residents per any de l'especialitat de Pediatria i les seves àrees específiques.

Als inicis, el nombre de places acreditades es van repartir entre MIR i escola professional i a partir del 1989 només van quedar les places MIR, amb un augment progressiu del nombre de places ofertes, fins arribar al 2009, any en què es van convocar les cinc places de pediatria acreditades; així doncs, en aquests anys els pediatres formats hauran estat prop de 125.

També es va obtenir l'acreditació compartida amb l'Hospital Clínic Provincial de Barcelona per formar residents de Cirurgia Pediàtrica; però aquesta acreditació només es va mantenir durant uns anys perquè es va suspendre coincidint amb el trasllat de la pediatria de l'Hospital Clínic a Sant Joan de Déu.

L'any 2010 va tornar a ser acreditada, aquesta vegada de manera autònoma, una plaça de resident per al Servei de Cirurgia Pediàtrica (amb caràcter bianual) que es va cobrir a partir del 2012.

De manera paral·lela a la formació de pediatres i cirurgians pediàtrics, la formació d'infermeria ha estat pionera al nostre territori. El 1966 es va crear l'Escola ATS Epione, que va estar activa fins al 1979, i des del 1974 fins al 1980, l'Escola de Pediatria i Puericultura per a ATS, amb un total de gairebé 250 infermeres titulades.

L'any 1973, la Mútua Aliança –que havia obert el seu centre hospitalari el 1963– es va traslladar a un nou edifici, on inicià l'activitat de pediatria, sobretot neonatologia, amb el Dr. Errasti al capdavant, i amb la cirurgia pediàtrica liderada pel Dr. Borràs.

La refundació

Els anys vuitanta van ser crítics per a la pediatria. A la crisi econòmica del postfranquisme i el *boom* científic i tecnològic de la medicina, del qual no és aliena l'atenció als pacients pediàtrics, s'hi van unir un marcat descens de la natalitat i una disminució de la mortalitat. Les institucions sanitàries havien de reinventar-se per optimitzar els recursos sanitaris i, sobretot, els tecnològics.

L'Aliança va mantenir la seva línia estratègica centrant l'activitat en els seus mutualistes i en l'assistència privada, una opció que en mantenir-se les dificultats va conduir al seu tancament el 1997. El 2009 va obrir novament les portes, vinculada a un projecte de pediatria privada en el grup IDC-Capio.

El 1982, la Clínica Infantil Nen Jesús optà per transformar-se en una clínica pública.

Posteriorment, entre el 1984 i el 1986, va tenir lloc una gran crisi econòmica i un nou moviment polític i social que va dur a la creació, al final del 1985, del Consorci Hospitalari Parc Taulí, que va englobar les institucions sanitàries de Sabadell en col·laboració amb l'Ajuntament de Sabadell i la Universitat Autònoma de Barcelona i va donar resposta assistencial a un ampli territori (Sabadell i dotze municipis de la comarca). La Caixa de Sabadell, propietària de la Clínica Infantil del Nen Jesús, la va cedir a aquest projecte, i així s'integrà al Consorci Hospitalari Parc Taulí l'1 de gener de 1986.

Es va crear, doncs, l'Hospital de Sabadell, del qual van formar part els Serveis de Medicina Pediàtrica amb totes les seves especialitats, el CDIAP, el Servei de Cirurgia Pediàtrica i el CSMIJ del territori (previ a la creació del Servei de Salut Mental).

Els serveis centrals (patologia, radiologia, laboratori) de la Clínica Infantil del Nen Jesús es van traslladar el 1986 al recinte del Parc Taulí i van ser els futurs serveis centrals de la institució, tot constituint un ens jurídic propi: la UDIAT.

Els centres monogràfics de pediatria van experimentar un període de crisi marcada prenent aire a costa del que avui anomenaríem «fusions» o «integracions».

Des del 1986 fins al 1994 es van elaborar diferents plans estratègics per assegurar la viabilitat de la pediatria hospitalària de Sabadell, i després de múltiples reflexions, es considerà que l'única alternativa viable era, imitant iniciatives implementades en el model americà, dur a terme una redefinició de la pediatria hospitalària que permetés el trasllat a l'Hospital General, situat al Parc Taulí, al qual es va integrar posteriorment.

Va ser una etapa difícil que va requerir de dures negociacions i no eximeix de pèrdues, tant a nivell humà com estructural, i que s'inicià amb el trasllat el setembre del 1995 de la Unitat de Neonatologia a l'edifici Santa Fe –on està situada l'obstetrícia– i culminà, finalment, el 13 d'octubre de 1997, dins la primera fase del Projecte d'ordenació Parc Taulí (POPT), quan es va fer el trasllat de la resta de serveis pediàtrics.

Malgrat les dificultats en aquests anys de refundació, es van continuar mantenint intactes les il·lusions i el projecte global de l'atenció a l'infant, i fruit d'això és la inauguració l'any 1992 de l'Aula Hospitalària Parc Taulí que, com a escola oficial del Departament d'Educació, se situa a la planta de pediatria.

El CDIAP Parc Taulí va mantenir la seva activitat a cavall entre l'atenció comunitària i l'especialitzada, però consolidant el seu espai sociosanitari dins el Servei de Pediatria i l'Hospital de Sabadell. El 2005 celebrà els seus vint-i-cinc anys de fundació, i és un dels centres de més prestigi d'Espanya.

L'adaptació i la integració

No és un procés senzill, però fruit de l'esforç comú, del treball en equip i de la confiança, es va anar integrant el model assistencial de la pediatria de la Clínica Infantil del Nen Jesús amb el model que intenta implementar el Consorci Hospitalari Parc Taulí, i que es basa a ser un centre de referència comunitari amb vocació de terciarisme i pivotant el projecte sobre els valors de sensibilitat, professionalisme i excel·lència.

Entre el 1997 i el 2005, l'equip de Pediatria es va integrar en les diferents comissions institucionals, va participar en els diferents projectes assistencials, docents i d'investigació en col·laboració amb les especialitats d'adults i es va retroalimentar tant del coneixement de les especialitats d'adults com dels recursos tecnològics que s'implementaren en el Consorci, sobretot en la UDIAT.

Aquest treball conjunt va permetre un creixement professional important i es generà confiança mútua per consolidar una pediatria de qualitat i de referència. El 1996 es va iniciar l'activitat de dismorfologia i genètica clínica, projecte liderat per Elisabeth Gabau, i el 1997 s'inicià un nou projecte d'atenció a pacients amb trastorns cognitivoconductuals de base genètica (CONGE), que va ser el germen per al posterior posicionament en el desenvolupament de la genètica clínica i els centres experts en malalties minoritàries.

L'any 2000, l'equip de pneumologia es consolidà com a centre de referència en l'atenció a la fibrosi quística, juntament amb els hospitals Vall d'Hebron i Sant Joan de Déu.

Durant aquest període es va ampliar l'edat d'atenció pediàtrica de 14 a 16 anys i va aparèixer l'atenció a l'adolescència, espai nou per als pediatres però que afavoreix la transició dels pacients a les especialitats d'adults.

Entre el 2005 i el 2009 es va elaborar la segona fase del POPT, que finalitzà amb la inauguració d'una nova àrea d'atenció maternoinfantil i cures crítiques pediàtriques amb unes estructures modernes i funcionals, i tecnològicament preparades per al segle XXI.

La consolidació

Des del 2009 fins a l'actualitat, l'esforç s'ha centrat a consolidar els equips, fer visible tant a la població com a la resta de professionals i l'Administració les possibilitats i els resultats quantitatius i qualitatius de l'activitat per ser centre de referència de patologia terciària en les

diferents especialitats pediàtriques mèdiques i quirúrgiques, així com en l'atenció a pacients crítics (pediàtrics i neonatals).

S'ha ampliat l'edat d'atenció al pacient pediàtric de 16 a 18 anys.

En totes les especialitats es col·labora amb centres de l'entorn per aconseguir massa crítica (tant de professionals com de pacients) que permeti consolidar línies de terciarisme. Es fan convenis de col·laboració amb hospitals del nostre territori (Hospital de Terrassa, Hospital Mútua de Terrassa, Hospital General de Catalunya), i també amb hospitals de referència per a alta complexitat (Hospital Sant Joan de Déu i Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron).

Mereix un esment especial el projecte de cirurgia pediàtrica que, liderat per Carlos Bardají, ha portat la cirurgia pediàtrica de manera estable a les poblacions de Granollers, Vic, Mollet i Olot, i ha consolidat un territori de referència ben definit i un volum d'activitat i complexitat que ha permès sol·licitar la reacreditació com a centre formador de MIR de Cirurgia Pediàtrica des del 2010.

Pel que fa a les especialitats pediàtriques, i sense restar protagonisme a les no esmentades, té lloc una consolidació més significativa en aquestes:

- Pneumologia pediàtrica: a més de la fibrosi quística, és centre de referència per a ventilació no invasiva, fibrobroncoscòpia, prescripció de suport respiratori i polisomnografia.
- Al·lèrgia pediàtrica: és un dels cinc centres d'Espanya amb acreditació europea d'al·lèrgia pediàtrica. Des del 2010 està en funcionament un màster en pneumologia i al·lèrgia pediàtrica (màster propi vinculat a la UAB) que forma dos professionals per any.
- Neuropediatria i CDIAP: l'alt volum de pacients, l'alta capacitat resolutiva i la privilegiada situació de tenir integrat el CDIAP al servei i a l'hospital ha dinamitzat un model d'atenció integral als trastorns del neurodesenvolupament i la neuropediatria que és exemple per a altres centres.
- Oncohematologia pediàtrica: el model assistencial, la vocació, l'esforç i la professionalitat de l'equip manté l'activitat d'oncohematologia en un volum i uns estàndards qualitius adequats de manera que, en el marc de reordenació de l'atenció a pacients oncològics i el pla director d'oncologia, s'aconsegueix mantenir l'activitat al nostre centre després d'un conveni de col·laboració amb l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Aquest conveni beneficia, sobretot, la població pediàtrica i les seves famílies, ja que, amb protocols i comitès de tumors unificats amb l'equip de Vall d'Hebron, són atesos al seu territori amb els conseqüents avantatges de conciliació que comporta.
- Salut mental infantojuvenil: coincidint amb el reconeixement de la psiquiatria infantojuvenil com a especialitat, el 2015 s'obre al Parc Taulí una Unitat d'Ingrés de Patologia Mental Infantojuvenil de setze llits, fet que el consolida com a centre de referència per a aquest grup de pacients.
- Genètica clínica: juntament amb la genètica de laboratori es produeix el desenvolupament d'aquesta àrea (que també és reconeguda el 2013 com a especialitat) i el 2015, la Corporació Parc Taulí, per mitjà del Servei de Pediatria, és considerada Centre Expert per a Malalties Minoritàries i centre de referència per a Genètica Clínica. Aleshores s'obre una línia específica d'investigació sobre malalties minoritàries en el marc de l'I3PT (Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí) de la Fundació Parc Taulí.
- Infermeria pediàtrica: seguint la dinàmica ja iniciada a mitjan segle XX, la potència de la infermeria pediàtrica ens permet ser acreditats el 2015 com a Unitat Multiprofessional de Pediatria per a formació de Pediatria (cinc places) i Infermeria Pediàtrica (dues places).

L'any 2003 es crea la Fundació Parc Taulí, que té com a objectiu impulsar la investigació i la innovació a la institució. El Servei de Pediatria participa dels projectes i les activitats investigadores i docents i fruit d'això és, a més de múltiples treballs de recerca, la lectura en els últims deu anys de deu tesis doctorals de professionals de l'àmbit i el desenvolupament de dues patents dins el marc d'innovació, una de les quals desenvolupada per Carlos Bardají per al tractament del *pectum excavatum* (taulinoplàstia).

Pel que fa al compromís social, des de l'any 2000 s'estableixen nexes de col·laboració amb la societat civil, associacions i fundacions per a la humanització de l'entorn pediàtric. Fruit d'aquestes col·laboracions és el desenvolupament del Projecte d'Acció Social de Pediatria que es consolida durant el 2015 vinculat a la Fundació Parc Taulí.

El 2010 s'inicia un altre dels grans projectes institucionals que afecten la pediatria: es crea la Unitat Docent Parc Taulí per a la llicenciatura i el grau de Medicina, vinculada a la UAB. Va començar amb vint-i-cinc alumnes/any i en l'actualitat ja s'ha arribat als 60/any.

Amb l'obertura de la Unitat Docent es tanca el cercle d'excel·lència de la institució (assistència, docència, investigació, innovació, compromís social).

El lideratge de la pediatria hospitalària en aquests anys ha estat desenvolupat per les persones que es detallen a continuació. En la direcció de la Clínica Infantil Nen Jesús i de l'Àrea Pediàtrica de Parc Taulí:

- Joan Argemí Fontanet (1964-1984)
- Josep Argemí Renom (1984-1989)
- Josep M. Bosch Banyeras (1992-1994)
- Pepi Rivera (1995-actualitat)

En la direcció de les àrees assistencials:

- Medicina pediàtrica
 - Josep Martín Santana (1989-1990)
 - Josep M. Bosch Banyeras (1992-1994)
 - Pepi Rivera (1995-2007)
 - Romà Baraibar (2008-2011)
 - Pepi Rivera (2011-actualitat)
- Cirurgia pediàtrica
 - Pere Obiols (1978-1999)
 - Joan Pinyot (en funcions) (1999-2003)
 - Pere Obiols (2005-2007)
 - Carlos Bardají (2007-actualitat)

Paral·lelament a l'evolució de la pediatria hospitalària, mereix un esment especial la pediatria comunitària centrada als centres de salut i atenció primària a la qual s'incorporen molts dels pediatres formats a la Clínica Infantil del Nen Jesús i en altres centres docents de Catalunya.

L'atenció primària del nostre territori s'ha caracteritzat per una alta capacitat resolutiva, interacció i coordinació amb l'especialitzada i activitats de formació continuada conjunta que s'han mantingut, de manera ininterrompuda, en els últims quaranta anys.

La gestió de l'atenció primària de Sabadell i la seva àrea d'influència correspon a l'Institut Català de la Salut (ICS), excepte en un ambulatori (Ca Rull) en què la gestió correspon a la Corporació Parc Taulí. Són un total de vint-i-tres centres de salut a l'àrea de Sabadell, Cerdanyola, Ripollet i Montcada, que ofereixen gairebé cent places de pediatria.

No obstant això, en els últims anys diferents circumstàncies han anat minvant la capacitat d'atracció de pediatres a les places d'atenció primària, i una proporció significativa (prop del 30%) estan ocupades per especialistes en medicina familiar i comunitària. Aquest fet està dificultant el manteniment del model assistencial projectat amb la reforma de l'atenció primària. A aquesta dificultat caldrà sumar la redefinició de l'equip pediàtric, al qual, en l'última dècada, s'ha incorporat amb més protagonisme la infermera pediàtrica.

Els pediatres vinculats a Sabadell i la seva comarca han estat, històricament, molt vinculats a la Societat Catalana de Pediatria, amb diferents funcions i amb múltiples activitats. Cal destacar els següents:

- Pere Calafell, vicepresident (1952-1955) i president (1955-1960)
- Oriol Casassas, president (1974-1976)
- Josep M. Bosch Banyeras, president (1988-1992)
- Josep Argemí Renom, president (1996-2000)
- Diego Van Esso, vicepresident (2000-2004)
- Pepi Rivera, vicepresidenta (2006-2008)
- Valentí Pineda, vicepresident (2008-2012)
- Cofundació del Comitè d'RCP (1997), Pepi Rivera
- Organització de la II Reunió Anual de l'SCP (Roses, 1992). President: Josep M. Bosch Banyeras
- Organització de la VI Reunió Anual de l'SCP (Sabadell, 1998). Presidenta: Pepi Rivera

A més, han participat en activitats de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears tant a la seva seu central com a la filial del Vallès Occidental i han estat pioners en activitats científiques en l'àmbit nacional:

- 1a Reunió Nacional sobre Medicina Esportiva Pediàtrica, 1991 (Pere Obiols, Dolors Coll)
- 1a Reunió Nacional sobre Dolor en Pediatria, 1997 (Pepi Rivera, Joan Marco, Josep Eladi Baños)

A manera de resum, la pediatria de Sabadell ha consolidat una atenció de qualitat que ha aconseguit una bona valoració de la població i de la resta de professionals de Catalunya i que ens permet, en l'actualitat, conjuminar esforços amb la societat civil, diferents associacions i fundacions que col·laboren amb l'atenció a la infància, societats científiques i l'Administració.

Referències

- Casassas O, Ramis J. Metges de Nens. Cent anys de Pediatria a Catalunya. Barcelona: La Magrana, 1993.
- 100.000 sabadellenses. Aj. Sabadell, 1961.
- 150.000 sabadellenses. Aj. Sabadell, 1968.
- Estudi Sanitari de la Comarca del Vallès. ACMCB, 1984.
- Treball-informe sobre Sanitat. 1975
- Obradors M. La Clínica Infantil del Nen Jesús. Sabadell: Caixa de Sabadell
- Memòries Taulí
- Història de l'Hospital i Casa de Beneficència de Sabadell: 1283- 1983.
- Vilarrubias F. Patografia.
- Portell R, Marquès S. Els mestres de la República. Barcelona: Ara Llibres, 2008.
- Fulletó Nen Jesús: 1965-1975.
- Memòries Nen Jesús 1966-86.
- Pere Calafell i Gibert, en homenatge. COMB, 2008.
- Diari de Sabadell
- Arxiu Històric de Sabadell
- I vivències nostres o de companys.

12

La pediatria hospitalària privada a Barcelona

Hospital Quirón-Dexeus

Vicente Molina

Ara fa molts anys, al principi de la dècada de 1970, tres pediatres (Javier Krauel, Vicente Molina i Romà Baraibar) es van incorporar de manera progressiva a una important i reconeguda clínica privada de la nostra ciutat (Institut Dexeus) per donar suport pediàtric a la tasca obstètrica que es feia al centre. Es tractava, en principi, de revisar els nadons que naixien al centre i de solucionar les possibles urgències de la sala de parts.

L'exemple dels col·legues de Ginecologia i Obstetrícia, que havien optat per deixar els seus càrrecs als hospitals públics per incorporar-se a un projecte privat de gran envergadura, va engrescar els pediatres a iniciar un camí semblant. D'aquesta manera, l'any 1980 es va iniciar l'activitat de consulta externa, l'any 1982 van començar les urgències de pediatria i l'any 1983 es va crear el Departament de Pediatria de l'Institut Dexeus, dirigit pel Dr. Romà Baraibar, que havia deixat l'Hospital Sant Joan de Déu per dedicar-se íntegrament a aquest projecte. El 1985 es va inaugurar la Unitat Neonatal, que va permetre deixar de traslladar la majoria de nounats patològics.

El 1989 es va formar la primera estructura empresarial que va donar suport a l'activitat purament hospitalària del Departament de Pediatria: Departament Pediàtric SL, de la qual van ser socis fundadors els doctors Romà Baraibar, Vicente Molina, Josep Maria Gairí, Josep Maria Cubells, Santiago García-Tornel, Javier Krauel, María Antonia Simón, José Carlos Romero i Juan Carlos Narbona. El Dr. Vicente Molina va decidir en aquell moment dedicar-se exclusivament al nou Departament, va abandonar la seva plaça a l'Hospital Sant Joan de Déu i va ser nomenat cap de departament, càrrec que ha mantingut fins a l'actualitat. L'any 1992 es va crear una altra societat per gestionar l'activitat en consulta externa: Paidodex SL, integrada pels doctors Romà Baraibar, Josep Maria Gairí, Javier Krauel, Vicente Molina i José Carlos Romero. El 1994, la societat es va ampliar amb els doctors Josep Maria Cubells, Núria Curell i Xavier Viñallonga, i el 1999, en una nova ampliació, s'hi incorporà la Dra. Sol Florensa. Amb el pas dels anys aquesta societat va absorbir l'anterior, que va deixar de ser activa. Els anys 2003 i 2005 els doctors Javier Krauel i José Carlos Romero van abandonar, respectivament, la Societat, i el mateix va fer el Dr. Romà Baraibar l'any 2008. Paidodex va quedar, doncs, amb sis socis, una estructura que ha mantingut fins a l'actualitat.

L'activitat hospitalària pediàtrica es feia i es fa, com és natural, a les instal·lacions de l'Institut Dexeus. La consulta externa es feia inicialment també a les instal·lacions de l'Institut, però al

final dels anys vuitanta, problemes d'espai van obligar a buscar un nou local (Pg. de la Bonanova, 70-76), just davant de l'antic Institut. Uns quants anys més tard, l'increment d'activitat i l'augment de professionals va fer imprescindible una nova ampliació. L'any 2000 es va inaugurar el nou local de consulta externa al carrer Anglí, 31, també ben a prop de l'antic hospital. L'any 2007 es va estrenar el nou hospital (Sabino de Arana, 5-19), en el qual també es fa activitat de consulta externa, encara que la part més important es manté al centre del carrer Anglí.

El model organitzatiu de l'Institut Dexeus sempre s'ha basat en el fet que les especialitats mèdiques fossin estructures empresarials independents, sense relació laboral amb l'hospital. La relació entre l'hospital i les diferents empreses estaven regulades inicialment per un reglament acceptat per totes dues parts (el Reglament del cos facultatiu) i, posteriorment, aproximadament des del 2005, per un contracte mercantil entre les empreses. Aquesta evolució del model relacional ha estat donada també per canvis en l'accionariat propietari de l'hospital. Inicialment, els accionistes de l'Institut Dexeus eren un grup de metges i alguns inversors no mèdics. Ben aviat, les primeres ampliacions de l'hospital van exigir nous inversors. Primer va ser un grup americà (AMI), que poc després va donar entrada a un grup inversor espanyol (Mercapital) i posteriorment a un grup francès (Lyonnaise des Eaux). Al final dels anys noranta, la propietat va tornar a un grup americà (Columbia) i al cap de poc temps un altre grup americà (USP-United Surgical Partners) va accedir a la propietat. Una escissió d'aquest grup, USPe (USP Europe), va escometre la construcció del nou Institut Dexeus i el canvi de model relacional (de cos facultatiu a contractes mercantils). L'any 2011 un fons de capital risc anglès (Doughthy-Hanson) va aconseguir les accions d'USPe i la majoria d'accions del grup Quirón, i va fusionar les dues companyies. Pocs mesos després va adquirir Teknon. L'any 2014 el grup IDC Salut (amb el fons de capital risc CVC darrera) va adquirir el Grup Hospitalari Quirón, va fusionar els dos grups i va crear el nou grup Quirón Salut, el grup hospitalari privat més gran del nostre país. Aquests canvis tan freqüents d'accionariat comporten també canvis de cúpules directives, amb les dificultats lògiques que això representa per planificar i implantar accions estratègiques. Però al mateix temps sorgeixen noves oportunitats per l'augment de capacitat negociadora en relació amb la dimensió del grup i per la possibilitat d'aprofitar sinergies entre els hospitals del grup.

Parlar de pediatria privada a Catalunya vol dir parlar de companyies d'assegurances. Han estat imprescindibles perquè aquest model fos possible. Sense la seva existència el projecte d'hospitalització privada (no pública) simplement no existiria. La relació amb elles, però, no sempre ha estat fàcil. La seva tendència a ajustar costos en assistència i en honoraris mèdics (totalment legítima) ha comportat un diàleg sovint complicat per defensar la qualitat i la dignitat de la remuneració dels professionals.

Els integrants del grup de pediatria han augmentat durant tots aquests anys. El fet de funcionar com una empresa independent ha obligat a incorporar també personal gerencial i administratiu, a més de l'assistencial. Actualment formen part de Paidodex 125 persones, disset de les quals són pediatres amb dedicació exclusiva i vint-i-dos amb dedicació parcial; vint-i-dos són especialistes mèdics o quirúrgics relacionats amb la pediatria, vint-i-sis formen l'equip de psiquiatria-psicologia, vint-i-nou corresponen a personal administratiu o d'infermeria i nou integren el grup d'odontologia infantil. Inicialment, un dels pediatres fundadors (Josep Maria Cubells) s'ocupava també de la gerència, però l'augment de l'activitat i la complexitat van obligar més endavant a incorporar un gerent professional. L'activitat assistencial s'organitza en quatre àrees (hospitalització, neonatologia, urgències i consulta externa), amb responsables específics. En dues d'aquestes àrees els responsables ja són pediatres de la segona generació (neonatologia, Dra. Roser Porta; urgències, Dra. Andrea Otero). És imprescindible recordar que durant uns quants anys (del 2000 al 2010), la manca de pediatres i la

dificultat per aconseguir-los per la competència entre els diferents serveis (públics i privats) dificultava extraordinàriament obtenir personal suficient i estable. Això va fer necessari un esforç titànic per part de socis i pediatres de plantilla per assolir els nivells assistencials desitjats. Sense aquell sobre esforç, segurament el projecte no hauria estat viable.

L'activitat ha augmentat al llarg d'aquests anys. En xifres rodones, l'any 2014 es van fer 97.000 actes mèdics a consulta externa, 24.000 urgències a l'hospital i 500 intervencions quirúrgiques. Es van atendre 2.500 nounats i vam tenir 3.000 estades d'hospitalització pediàtrica i 4.000 a la unitat neonatal. Tant o més important que l'augment de l'activitat ha estat l'aposta per assolir la complexitat. L'inici del programa de cirurgia cardíaca infantil al final del 2013, amb la implicació clara de la Direcció del centre, ens ha permès, d'una banda, millorar la dotació en infermeria i equipament, i d'una altra, comptar amb el suport de pediatres intensivistes experts en maneig pre i postoperatori de cirurgia cardíaca infantil que, integrats progressivament en l'equip de pediatria, han facilitat poder acceptar també pacients pediàtrics complexos no cardiològics. Aquesta activitat emergent ha assentat les bases per a la creació, a curt termini, d'una UCI exclusivament pediàtrica.

Tot i ser un servei petit, sempre ha tingut la preocupació per estar al dia, per la investigació clínica i per la docència. Des del primer moment hem organitzat sessions clíniques que actualment són setmanals, tan generals del grup com específiques del Servei de Pediatria Ambulatoria. Hem procurat estar presents, encara que fos modestament, en la majoria de reunions i congressos pediàtrics del nostre país i europeus, així com en diferents grups de treball, especialment en perinatologia i pediatria ambulatoria, les dues àrees històricament més potents del grup. Hem intentat també ser pioners en alguns temes. Vam ser el primer hospital privat del nostre país a obtenir la nominació d'Hospital Amic dels Nens (OMS/UNICEF, 2004) i també el primer hospital de Catalunya (públic o privat) a organitzar i oferir el cribratge auditiu neonatal el 1994 (Dr. J. M. Cubells). Hem estat oberts a crear unitats funcionals que poguessin afavorir les sinergies entre professionals i al mateix temps donar resposta a les necessitats dels pacients: Unitat d'Adolescents (Dra. N. Curell), Unitat d'Adopció (Dra. S. Florensa), Unitat de Displàsies Òssies (Dr. J. M. Gairí).

Un exemple paradigmàtic d'aquesta preocupació per la docència és la Jornada de Pediatria Ambulatoria. Va ser una de les primeres activitats amb projecció exterior organitzades pel Servei. Ha estat dirigida successivament per diferents socis del grup i els últims anys per les doctores Sol Florensa i Núria Curell. El 2015 va tenir lloc la 29a edició. El manteniment del nombre d'assistents (més de 200) i el resultat de les avaluacions ens indica que continua sent una iniciativa viva i amb futur.

La relació del Servei amb la Societat Catalana de Pediatria ha estat intensa. A nivell institucional, diferents integrants del grup han ocupat càrrecs directius (Vicente Molina: tresorer del 1991 al 1995, director de *Pediatria Catalana* del 2001 al 2006, president del 2008 al 2012; Romà Baraibar: tresorer del 1995 al 1998, secretari del 1998 al 2004, responsable del CIAP; Xavier Viñallonga: vocal de Relacions Públiques del 2004 al 2006). Hem estat presents a totes les reunions anuals i hem rebut en dues ocasions premis a les millors comunicacions (Sabadell, 1998; Vilafranca del Penedès, 2013). Dues vegades ens vam animar a organitzar, dins la reunió anual, amb l'ajuda i l'estímul del Dr. Eduard Estivill, les activitats lúdiques de la Festa del Soci (Tortosa, 1996; Sabadell, 1998). Segurament els que hi eren recordaran aquells muntatges. En tot cas, per a nosaltres com a equip han estat unes de les experiències més divertides i originals que hem compartit durant tots aquests anys.

A la tardor del 2014, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona ens va concedir el premi a l'Excel·lència Professional en la modalitat d'Equips Assistencials, «per reconèixer el lideratge i

l'excel·lència dels metges que treballen en equip». Aquest premi ens va omplir de satisfacció, com a reconeixement a l'esforç de tots durant tants anys, i especialment per ser un premi al treball en equip, ja que el nostre objectiu ha estat justament crear un equip capaç de donar la millor assistència i en què els seus integrants es trobessin còmodes, estimulats professionalment i satisfets per formar part del projecte.

Com dèiem més amunt, l'entorn de gran grup hospitalari del qual formem part actualment (grup Quirón Salud) permet plantejar projectes de sinergies entre equips de pediatria de diferents hospitals del grup. Aquests projectes representen un repte molt estimulant i donaran origen, sens dubte, al nou Paidodex dels propers anys.

Fundació Hospital de Nens de Barcelona

Entrevista de Xavier Demestre a Javier Massaguer

Explicui'ns breument la història d'aquest centre

El 15 de maig de 1886, el doctor Francisco Vidal Solares, pediatre, i sor Mercedes Viza, germana de la Companyia de les Filles de la Caritat de Sant Vicenç de Paül, van crear un dispensari. Poc després, el maig del 1890, amb la inauguració de l'Hospital Nens Pobres de Barcelona, va començar una gran història de caritat i ajuda a la infància i als més necessitats.

Amb la incorporació de la sanitat pública i la universalització de les cobertures sanitàries a tot Espanya, l'any 1984, es van poder atendre les classes més necessitades als centres hospitalaris de la xarxa pública. D'aquesta manera, l'Hospital va perdre la seva missió inicial i es va orientar al canvi de destinataris, els assegurats de les companyies d'assegurança lliure tan esteses a Catalunya, i es va crear la Fundació Hospital de Nens de Barcelona amb tres finalitats fundacionals: assistència mèdica infantil, docència i obra social.

Quan comença el creixement en la dedicació integral a l'infant?

En el moment que passa d'Hospital de Nens Pobres a Fundació, el 1984.

Quina és la base de l'organització d'aquest centre?

En missió compartida, Filles de la Caritat i pediatres dirigeixen una estructura d'alta qualificació humana i tècnica, monogràfica en assistència mèdica infantil.

L'hospital és totalment privat?

És una fundació privada sense ànim de lucre de titularitat de les Filles de la Caritat de Sant Vicenç de Paül.

Quin és el volum màxim assolit en l'atenció a urgències?

La mitjana són 100.000 urgències a l'any, superades el 2009 amb 110.000, a causa de la grip A. Els actes mèdics per any són 438.000, i tenim la plataforma dental infantil i juvenil més gran d'Europa, amb urgències els 365 dies de l'any.

L'atenció a urgències la fan exclusivament pediatres?

Pediatres, traumes pediàtrics, cirurgians pediàtrics, anestesistes, infermeres pediàtriques, i localitzats la majoria de subespecialitats pediàtriques.

Quina és la política general d'ingrés? Quin grau de complexitat accepten?

És un hospital de nivell 2 sense UCI, però el nivell de complexitat és molt alt, ja que és monogràfic. Per exemple: bronquiolitis score alt amb 1 m, debuts diabètics, meningitis víriques, xoc anafilàctic, apendicitis amb peritonitis, invaginacions, fractures obertes...

Si no tenen UCI, en el cas que sorgeixi algun problema, on deriven?

Tenim un acord amb l'Hospital Sant Joan de Déu, i els trasllats es fan molt àgils. Amb la dotació de cinc a vuit pediatres d'urgències diaris, sempre n'hi ha dos o tres que són monitors d'RCP de la Societat Catalana de Pediatria (SCP).

Fa quinze anys fèiem 20.000 urgències i 250 derivacions; ara fem 100.000 urgències i 15 derivacions. Tota l'organització hem fet els deures.

Hi ha servei de cirurgia? De quina complexitat?

Els 365 dies/24 hores i es resol tota la cirurgia d'urgències de nivell 2.

Pel que fa a la formació, tenen lligams amb centres universitaris?

Tenim acord amb quatre universitats i impartim pràctiques de 6è de Medicina; també tenim un màster de salut infantil, pràctiques a infermeria pediàtrica, auxiliars d'infermeria, fisioteràpia i tècnics amb diagnòstic. Des de fa quatre anys tenim acords amb hospitals internacionals i durant tot l'any tenim pediatres estrangers fent rotacions.

Quina creu que és la clau de l'èxit evident d'aquest centre?

Tenir bons pediatres i bona infermeria pediàtrica a les urgències –la porta d'entrada de la confiança dels pares–, que ens ha donat peu a incorporar bons subespecialistes en oferir-los molt volum. Per exemple, tenim sis neuropediatres, set cirurgians pediàtrics, reumatòlegs, hematòlegs...

Què demanaria per prosperar encara una mica més?

Assolir el MIR i fer més obra social, atendre assistencialment més infants necessitats.

Què opina de la Societat Catalana de Pediatria? Hi té contactes?

És un motor, dinamitzador de la pediatria catalana. En som membres i sempre algun dels nostres pediatres és a la Junta. Fa vint-i-cinc anys que fem unes jornades, sempre capitanejades per l'SCP.

SCIAS. Hospital de Barcelona

Pere Sala, Frederic Raspall

L'àrea maternoinfantil de l'Hospital de Barcelona va obrir les portes coincidint amb l'obertura de l'hospital, el juny del 1989, ara fa poc més de vint-i-cinc anys. L'existència de l'hospital va lligada a un grup d'empreses que configuren el cooperativisme sanitari, creat pel doctor Josep Espriu. L'Hospital és propietat de la Societat Cooperativa d'Instal·lacions Assistencials Sanitàries (SCIAS), una cooperativa d'usuaris formada pels assegurats d'Assistència Sanitària (AS), entitat d'assegurança sanitària que en cogestiona l'organització juntament amb els metges.

La posada en marxa de l'Hospital de Barcelona va tenir lloc en un moment en què l'oferta de llits privats amb alt nivell tecnològic escassejava a la ciutat. Des del primer moment, l'hospital es va plantejar com l'existència d'un equipament tècnic de primer ordre, amb serveis de diagnòstic propi i un seguit de serveis clínics, entre ells una àrea maternoinfantil per atendre parts, i un servei de neonatologia de nivell III B amb equipament per atendre nadons nascuts prematurament des de les 23-24 setmanes de gestació i nadons a terme amb diferents patologies mèdiques o quirúrgiques (des de l'inici hi han estat ingressats més de 5.500 nadons). L'Hospital també va posar en marxa una planta d'hospitalització pediàtrica per atendre infants des del primer mes de vida fins als 18 anys (més de 15.000 en aquest període), amb la possibilitat que el pediatre de capçalera mateix, que forma part del quadre mèdic d'AS, pogués atendre l'infant durant l'hospitalització. L'àrea d'hospitalització pediàtrica es nodreix principalment dels pacients que s'atenen al Servei d'Urgències de Pediatria (unes 10.000 visites l'any), renovat de fa poc i en funcionament les 24 hores del dia, però també de pacients programats, ja sigui per problemes mèdics o quirúrgics. Aquests últims representen una part important dels infants que ingressen per a intervencions, majoritàriament de cirurgia pediàtrica general, oftalmologia, otorinolaringologia i traumatologia. El Servei de Pediatria ha estat pioner al nostre país en la detecció universal i gratuïta de la hipoacúsia, primer amb les otoemissions acústiques i, posteriorment, amb potencials evocats auditius de tronc cerebral.

El personal mèdic que atén els pacients del Servei de Pediatria i Neonatologia està format per pediatres i neonatòlegs contractats per l'Hospital, que formen part de la plantilla, i per diferents professionals col·laboradors, entre ells un grup de pediatres i neonatòlegs per cobrir les hores de guàrdia, i diferents especialistes consultors externs que, amb la col·laboració del personal de plantilla, atenen les diferents subespecialitats i la cirurgia pediàtrica.

El Servei de Pediatria ha mantingut en tot moment una estreta col·laboració amb els pediatres que formen part del quadre mèdic d'Assistència Sanitària, especialment durant l'ingrés dels seus pacients a l'Hospital, per informar-los de l'evolució i planificar el seguiment pertinent un cop el pacient es dona d'alta. Així mateix, el Servei duu a terme des de fa molts anys sessions clíniques quinzenals, obertes a tots els pediatres i acreditades pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries, com una eina per seguir un programa de formació i actualització dels diferents camps de la pediatria i un contacte estret amb els pediatres d'AS.

De manera semblant, el Servei de Neonatologia col·labora amb l'ampli grup d'obstetres i ginecòlegs (més de 200) i llevadores d'AS per tractar tots els aspectes relacionats amb la perinatologia. Amb ells es comenten casos actius de pacients gestants amb risc obstètric i es fan sessions periòdiques per actualitzar i adaptar protocols a les característiques de l'Hos-

pital. Els últims anys s'organitza, juntament amb el Servei de Medicina Interna, una jornada de patologia de l'embaràs en què participen obstetres, llevadores, neonatòlegs, metges de medicina interna i personal d'infermeria de l'àmbit de la perinatologia.

Durant els més de vint-i-cinc anys de funcionament de l'àrea pediàtrica de l'Hospital s'ha pogut consolidar un equip altament qualificat d'infermeria, especialitzat en l'atenció del nou-nat i del pacient pediàtric. A banda dels aspectes estrictament assistencials dels professionals d'infermeria, el model de treball també implica dur a terme aspectes de docència i formació, de manera que col·laboren amb diferents escoles d'infermeria en tots els aspectes de l'infant hospitalitzat.

Tot i les dificultats que es presenten en l'àmbit de la medicina privada per dur a terme aspectes relacionats amb docència i investigació, podem dir que el Servei de Pediatria i Neonatologia de l'Hospital de Barcelona ha mantingut un nivell alt de participació en activitats científiques i en la publicació de treballs científics. Cal destacar la constant col·laboració amb la Societat Catalana de Pediatria, amb l'assistència a les sessions de formació continuada, la participació en diferents grups de treball, l'aportació de comunicacions científiques a la reunió anual i també amb la participació executiva dins la Junta Directiva, quan un dels membres de l'equip de pediatria va assumir el càrrec de president de la Societat i, dos anys abans, el de secretari general de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears. S'han publicat diferents articles d'estudis científics i notes clíniques en revistes d'àmbit local, estatal i internacional. Una de les principals línies de treball ha estat l'estudi dels prematurs tardans, amb l'anàlisi de la morbiditat, la mortalitat i el desenvolupament d'aquest grup de nadons. Aquesta línia d'investigació ha comportat el reconeixement de diferents societats científiques, i, per exemple, l'Hospital va rebre la consideració de millor comunicació oral de la Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria i de millor treball publicat l'any 2009 a *Anales de Pediatría*, la revista amb més factor d'impacte en l'àmbit de la pediatria de l'Estat espanyol.

Posar en marxa una nova unitat d'atenció pediàtrica i neonatal dins la xarxa d'institucions sanitàries del nostre país, i en concret dins l'àmbit privat, no és una tasca fàcil. A partir d'un seguit de professionals que venien d'una institució sanitària pública centenària (l'Hospital de Sant Pau), es va iniciar la magnífica tasca d'atendre els infants de l'asseguradora Assistència Sanitària, amb les màximes connotacions possibles que implicaria la seva atenció en un hospital públic, sempre que la patologia concreta ho permetés, i amb els avantatges d'una atenció molt més personalitzada i amb un millor nivell de confort per a l'infant i la família. Durant tots els anys de funcionament, l'Hospital, i en concret el Servei de Pediatria i Neonatologia, s'ha anat adaptant a tots els canvis que han experimentat la pediatria i la neonatologia, tant en l'atenció centrada en el pacient i la seva família, com en la incorporació d'aspectes de seguretat i qualitat assistencial del pacient hospitalitzat i les noves tecnologies, a nivell informàtic i d'utillatge mèdic. Noves generacions estan agafant el relleu, substituint els que hi van engegar l'activitat pediàtrica i que finalitzen la seva etapa professional per qüestions d'edat. No podem oblidar, però, que un dels companys fundadors, el Dr. Xavier Sagra i Felip, ens va deixar precoçment en aquest llarg camí.

Tots els professionals que han estat implicats al llarg de tots aquests anys en el seu funcionament han fet possible que el Servei de Pediatria i Neonatologia de l'Hospital de Barcelona sigui un servei totalment consolidat i un «petit» referent dins l'àmbit de la pediatria catalana.

Clínica Corachan

M. Dolores Muro

A la Clínica Corachan, el Servei de Pediatria s'inicia l'any 1970 amb els doctors Martí Carbonell Joanico i els seus fills Martí i Xavier Carbonell Estrany. Prèviament, des dels anys seixanta, hi havia el servei de traumatologia, ortopèdia i cirurgia infantil, dirigit pel Dr. Lluís Gubern Salisachs.

Va ser el segon centre privat a Barcelona que va tenir una unitat de neonatologia; el primer havia estat l'antiga Clínica Teknon del carrer Vilana.

Durant tota la dècada de 1970, la Unitat de Neonatologia va estar dirigida pel Dr. Carbonell Joanico, que aleshores era el director de l'Institut Provincial de la Casa de Maternitat de Barcelona. En aquell moment, la unitat estava dotada de deu o dotze incubadores amb capacitat d'assistència ventilatòria amb els respiradors de què disposaven (Bennet, Bird i Loosco). Així consta a la publicació de la Clínica *Anales del Instituto Corachán*, volum XXVI, número 1, en què es publica una comunicació del Dr. M. Carbonell Estrany en una jornada pediàtrica de Sevilla, el maig del 1974: «Respiración asistida del recién nacido. Dificultades observadas». També al volum XXII, número 3, dels mateixos *Anales*, corresponent al 1970, el Dr. M. Carbonell publica «Valoración diagnóstica de las convulsiones neonatales».

A més de la Unitat de Neonatologia, s'atenien urgències pediàtriques i hospitalització de l'infant a planta. I continuava el servei de cirurgia pediàtrica a càrrec dels doctors Gubern (pare i fill) i Alfredo Marqués.

Al començament de la dècada de 1980, el Servei va passar a ser dirigit pel Dr. Manuel Pardo Algas, juntament amb el Dr. José Nieto, i van continuar l'atenció neonatal, urgències, hospitalització a planta i consulta externa. El Servei de Neonatologia va patir un descens amb la marxa dels doctors Carbonell, amb un lapsus de temps en aquesta dècada amb només tres llocs d'atenció neonatal. Però, posteriorment, la natalitat es va incrementar de manera progressiva i, en conseqüència, el nombre de parts de la Clínica. Aleshores van arribar nous obstetres, procedents de la clínica Santa Madrona, i això va obligar a fer més gran la Unitat Neonatal l'any 1985 (vuit llocs).

A poc a poc es va anar dotant la unitat de més incubadores, cadascuna millor que l'anterior, nous respiradors, monitors, etc., i es va anar adaptant al progrés tecnològic i a les novetats de la neonatologia, que han estat un continu imparabile a partir de l'any 1990.

A partir del 2000, el nombre de parts al nostre centre es va incrementar de manera notable amb l'arribada de nous obstetres: es va passar de 1.860 parts l'any 2002 a 2.700 el 2011. Tot això significa un increment dels ingressos a la Unitat Neonatal (entre 300 i 350 ingressos l'any des del 2005 fins a l'actualitat).

Actualment, la nostra unitat és capaç d'assumir l'atenció de nounats a partir de les 28 setmanes de gestació. Tenim tres llocs d'UCI i nou llocs més d'intermedis. Tenim quatre respiradors (amb capacitat per alta freqüència) per ventilació convencional i dos de no invasiva (CPAP/ BiPAP). El Laboratori i el Servei de Radiologia s'han adaptat també a les nostres necessitats. Segons els estàndards, podríem classificar la nostra unitat com a nivell III-A. Disposem d'equip de cirurgia pediàtrica i neonatal els 365 dies de l'any, i altres especialitats com neurologia, gastroenterologia, endocrinologia i dermatologia.

Així mateix, continuem tenint també una àrea d'urgències d'atenció permanent, diferenciada de l'àrea d'adults i amb infermeria pròpia; hospitalització pediàtrica a planta, i consultes externes, per fer el seguiment de l'infant que ha necessitat ingrés neonatal, i d'atenció al nen sa.

L'Hospital Quirón

Salvador Salcedo

L'Hospital Quirón Barcelona és un hospital privat de Barcelona situat a la confluència del passeig de Sant Gervasi, l'avinguda de la República Argentina i la Ronda de Dalt (sortida 6). Inaugurada el 1944, l'antiga Clínica Quirón es va traslladar a la ubicació actual el 2007 per convertir-se en l'actual Hospital Quirón Barcelona. Emmarcat dins el Grup Hospitalari Quirón, pertany a la xarxa hospitalària privada més gran d'Espanya. Hospital Quirón Barcelona és un dels vint-i-un hospitals generals que el grup posseeix al país.

El Grup Hospitalari Quirón pren el nom de Quiró, un centaure mitològic, fill de Cronos i Fílira. La figura de Quiró en la Grècia clàssica il·lustrava la bondat d'un descendent directe de Zeus, un centaure que, a diferència dels seus semblants, no participava en les guerres sinó que exercia tasques de metge i cirurgià. Quiró va ser educador de fills de reis i un conseller savi, amic dels homes, que va cedir la seva immortalitat a Prometeu, el protector de la civilització per ser el creador de l'ésser humà en la mitologia grega. Quirón va ser el nom que el Dr. Publio Cordón va escollir quan va fundar la primera clínica a Saragossa, a la fi dels anys cinquanta. Un projecte que naixia amb la mateixa devoció pel lliurament que el centaure, una figura mitològica que simbolitzava l'ajuda al proïsme, eix de la seva filosofia: la cura del pacient.

El Grup Hospitalari Quirón, com ja s'ha dit més amunt, disposa de vint-i-un hospitals generals: a la Corunya, Adeje (Tenerife), tres a Barcelona, Erandio (Biscaia), Los Barrios (Cadis), tres a Madrid, Màlaga, Marbella, Múrcia, Palma de Mallorca, Sant Sebastià, Santa Cruz de Tenerife, Sevilla, Torrevella (Alacant), València, Vitòria i Saragossa; dos hospitals de dia a Platja de Muro (Mallorca) i Saragossa; quatre centres monogràfics de reproducció assistida a Bilbao, Múrcia, Pamplona i Torrent (València); dos centres oftalmològics a la Corunya i Barcelona, i centres de consultes de diferents especialitats a la Corunya, Ferrol (la Corunya), Fuengirola (Màlaga), Oriola (Alacant), Santa Pola (Alacant), Sa Pobla (Mallorca), Sevilla i Torrevella (Alacant).

Gràcies a la coordinació d'esforços entre especialistes i a la constant implantació de criteris de millora, els centres del grup Quirón se situen a l'avantguarda en els diferents camps de la medicina i estan preparats per aplicar medicina d'alta complexitat.

Una òptima política de racionalització de costos, tenint en compte els alts requisits d'inversió en dotació tecnològica i estructural, situen Quirón en un lloc privilegiat, molt per sobre de la mitjana del sector quant a facturació i EBITDA per lliç.

L'estratègia de Quirón es basa en quatre eixos a llarg termini (missió, visió, línies estratègiques i valors) i dos que guien els objectius anuals (punts d'enfocament i prioritats).

La missió de Quirón és cuidar la salut i oferir un servei a la societat de màxima qualitat, gestionant una moderna estructura hospitalària d'avantguarda, formada per equips competitius, vocacionals i fortament compromesos.

La visió de Quirón és ser el grup hospitalari privat capdavanter a Espanya i referent a Europa, reconegut per:

- Superar les expectatives de pacients, metges i institucions mitjançant la millora constant de la qualitat del capital humà i tecnològic.
- Promoure la innovació i la investigació, exercint una tasca docent dirigida a la formació de professionals en diferents especialitats.

- Tenir una xarxa eficient d'hospitals, que ofereixi una excel·lència assistencial mitjançant l'atenció integral al pacient.

Els valors que el Grup Hospitalari Quirón promou són:

- Compromís: dirigim els nostres esforços de manera que la relació empresa-treballadors tingui metes i objectius comuns per complir amb la visió i la missió, tenint com a base una responsabilitat compartida.
- Innovació: apliquem els procediments d'atenció universalment acceptats en la comunitat acadèmica i científica basats en un programa cost-efectivitat, emprant una tecnologia punta que promogui una ràpida recuperació integral del pacient d'acord amb les normes de qualitat documentades.
- Esperit de grup: integració d'hospitals i professionals amb diferents cultures, hàbits i procedències.

L'estructuració d'un servei de pediatria a la Clínica Quirón s'inicia al final de la dècada del 1970, quan Josep Maria Bosch Banyeras, posteriorment president de la Societat Catalana de Pediatria, es fa càrrec d'organitzar un grup de pediatres per cobrir l'assistència a la clínica: sala de parts, UCI neonatal, ingressos en planta i urgències.

El 1985, el Dr. Bosch Banyeras, després de prendre la decisió d'iniciar la seva activitat com a gestor a la Conselleria de Sanitat (Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària), és substituït per Jaume Bonet i Rodés, que com a cap de la Unitat de Pediatria i també com a director mèdic roman a Quirón fins al febrer del 2002.

El febrer del 2002, després de la jubilació del Dr. Bonet, es fa càrrec de la direcció del Servei de Pediatria Salvador Salcedo, que, amb la inestimable ajuda d'Anna Fina i Joan Vinzo, rep l'encàrrec de liderar el Servei de Pediatria i organitzar l'activitat de consultes externes de pediatria al centre, que fins llavors no existien.

A partir d'aquest moment es van anar incorporant a l'equip diversos professionals, gairebé tots procedents de l'Hospital Vall d'Hebron, tant a l'equip de plantilla pròpia de la Clínica com a les consultes de pediatria i les seves especialitats. Miguel Ángel González Rivero, procedent de l'Hospital del Mar, lidera l'equip de Cirurgia Pediàtrica.

Al moment actual, l'Hospital Quirón disposa d'una plantilla de cinc pediatres: les doctores Rocío Porcel, Asunción de la Font, Isabel Vives, Aida García i Anna Capdevila. Desenvolupen la seva activitat durant el matí (de 8:00 a 16:00 hores) i posteriorment es fa càrrec del Servei l'equip de guàrdia (dos pediatres titulats els dies laborables i tres o quatre els festius i caps de setmana). L'atenció, tant a les urgències internes (sala de parts, UCI neonatal, planta de pediatria) com a les externes, la duen a terme els pediatres de plantilla o de guàrdia, que en cas necessari reben l'ajuda d'altres metges consultors dels altres serveis, tant mèdics com quirúrgics, de l'Hospital Universitari Quirón (Cirurgia Infantil, Traumatologia, Dermatologia, Cardiologia, Pneumologia, Al·lèrgia, Patologia Digestiva, etc.).

És inestimable l'activitat dels pediatres, tant de plantilla com de guàrdia, pel que fa al suport i l'educació de les famílies durant els dies següents al part per ajudar-les a establir un vincle correcte amb els nounats. Hi ha un grup d'infermeres i pediatres, liderat per la Dra. Fina, per ajudar a iniciar i mantenir la lactància materna, no solament els dies següents al part, sinó durant les primeres setmanes després de l'alta hospitalària.

El Servei de Pediatria disposa d'una UCI neonatal amb capacitat per atendre onze pacients i no es disposa d'UCI pediàtrica. Quan és necessari, els pacients es deriven a les UCI pediàtriques de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron o de l'Hospital Sant Joan de Déu.

Hi ha dotze consultoris de pediatria que al matí i a la tarda atenen els pacients de manera ambulatoria. Hi visiten els pacients de Pediatria no solament els metges de plantilla (Salvador Salcedo, Anna Fina, Rocío Porcel, Asunción de la Font, Isabel Vives, Anna Capdevila), sinó també altres pediatres (Jorge Roqueta, Manuel Martín, Juan Antonio Belmonte, Héctor Boix, Antoinette Frick, Benito Herranz, María Ángeles Pascual, Montserrat Torrella, Pablo Iveli). Visiten igualment en els consultoris diferents especialistes pediàtrics: Ramón Tormo (Gastroenterologia), Manel Roig i Anna Felipe (Neurologia), Mayte Benavides (Pneumologia), Dimpna Albert (Cardiologia), José Sánchez de Toledo (Oncologia), Lourdes Ibáñez i Diego Yeste (Endocrinologia) i Luis Enrique Lara (Nefrologia).

L'activitat ha anat augmentant de manera constant des de l'any 2002. Com a mostra, referim la que es va dur a terme durant l'any 2014:

- Neonatologia. Nombre de parts: 3.479 (3.564 nounats vius); nounats ingressats a la Unitat Neonatal: 298 (8,4% dels nounats vius).
- Pacients atesos a la planta d'hospitalització de Pediatria: 453, i 148 interconsultes de pacients ingressats en altres serveis (fonamentalment especialitats quirúrgiques).
- Urgències: 17.143 ateses.
- Intervencions de Cirurgia Pediàtrica: 615.
- Consultes externes de Pediatria: 21.898 visites (2.107 primeres visites, 19.291 visites successives).
- Consultes externes de Cirurgia: 2.617 visites.

Des del punt de vista de la formació continuada, es fan sessions quinzenals tant de pediatria com de perinatologia; en aquestes darreres, hi participen activament els diferents serveis d'Obstetrícia de l'Hospital Quirón.

Durant aquests anys s'han organitzat diversos cursos de pediatria dirigits als pediatres de la Clínica i a pediatres externs. A més, el Servei col·labora amb la Universitat Internacional de Catalunya en la formació d'alumnes de pregrau.

El setembre del 2015, després de les jubilacions del Dr. Salcedo i de la Dra. Fina, es va fer càrrec de la direcció del Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari Quirón el Dr. Vicente Molina Morales, també expresident de la Societat Catalana de Pediatria, al qual, coneixent la seva capacitat professional i qualitats humanes, li augurem i desitgem els èxits més grans en la seva gestió.

Centre Mèdic Teknon

Entrevista de Xavier Demestre a Jordi Sapena

Expliqui'ns breument la història d'aquest centre

La Clínica Pediàtrica Teknon va ser fundada l'any 1960 per un grup de pediatres i altres especialistes pediàtrics de gran prestigi en aquell moment, els doctors Àngel Ballabriga (pediatre), Isidre Claret (cirurgià pediàtric), Joan Picanyol (cirurgià pediàtric), Francesc Llauredó (pediatre), Enric Miralbell (pediatre), Joan Pérez del Pulgar (pediatre neonatòleg), Andreu Clarós (otorino) i Antoni Domènech (radiòleg). Posteriorment s'hi van afegir altres pediatres i especialistes pediàtrics.

L'any 1994, la clínica es va traslladar als terrenys de l'antic Asil Duran, al barri de la Bonanova, amb el nom actual de Centro Médico Teknon, i ja es va obrir a totes les especialitats mèdiques i quirúrgiques. Avui dia constitueix un centre de prestigi a escala nacional i internacional en el camp de la medicina privada.

Quan comença el creixement en la dedicació integral a l'infant?

Després de la seva fundació, aquest equipament sanitari –el primer centre privat a Espanya, i el primer a Europa segons Manuel Vázquez Montalbán, dedicat exclusivament a l'assistència integral pediàtrica–, va assolir ràpidament una gran reputació social i científica durant dècades. Posteriorment, amb la integració d'altres especialitats no pediàtriques i el trasllat al nou centre va perdre l'exclusivitat de l'assistència pediàtrica. De totes maneres, sempre ha tingut un lloc important, tant pel volum d'assistències com per la seva filosofia, dins el món de la pediatria a Catalunya, i ha intentat lluitar dia a dia contra l'estigmatització que la pediatria privada mancava de qualitat i equipaments, i que era la germana pobre respecte a la pediatria pública.

El cert és que el treball acurat i honest, durant molts anys, de molts professionals que han passat per aquest i altres centres privats de Catalunya, i el traspàs de la propietat dels centres a grans empreses, que han fet grans inversions en equipaments i tecnologia, han convertit la pediatria privada hospitalària en una pediatria de valor dins el món de la sanitat, i han fet la seva aportació, gens menyspreable, a l'objectiu final que és el benestar i la salut dels infants.

Quina és la base de l'organització d'aquest centre?

És un centre privat no jerarquitzat, excepte en els serveis centrals, que són els de pediatria, medicina interna, urgències, laboratori, radiodiagnòstic i oncologia.

El Servei de Pediatria està dirigit per un coordinador general o cap de servei –actualment jo tinc aquest càrrec. Cada unitat (Nounats, UCIP, Hospitalització Pediàtrica, Urgències Pediàtriques) té un coordinador que depèn jeràrquicament del cap de servei i d'ells depenen la resta de professionals de cada unitat. El 90% dels pediatres adscrits al Servei de Pediatria hi estan vinculats per contractes laborals i el 10% ho estan per contractes mercantils.

En la resta d'especialitats mèdiques i quirúrgiques el funcionament del centre es basa en la simbiosi entre els equips mèdics del campus que són propietaris de les seves consultes i aporten els seus pacients. L'hospital proporciona a aquests equips les infraestructures i la tecnologia per al diagnòstic, l'assistència i el tractament dels pacients.

L'hospital és totalment privat?

Actualment sí, encara que en el transcurs de la seva història ha tingut serveis concertats amb la sanitat pública (hemodiàlisi infantil, endoscòpies, radiooncologia, etc.). Les mútues d'assistència sanitària són el principal proveïdor de pacients. Els pacients privats pediàtrics representen un percentatge petit, excepte en l'àrea internacional, que va creixent any rere any.

Quin és el volum màxim assolit en l'atenció a urgències?

Actualment, en totes les especialitats es fan aproximadament unes 300 assistències diàries, amb pics hivernals de més de 400.

Quant a pediatria exclusivament, el màxim assolit ha superat les 200 visites diàries, també en els pics hivernals (sense incloure la cirurgia i la traumatologia pediàtriques).

L'atenció a urgències la fan exclusivament pediatres?

El 85% dels metges d'urgències són pediatres titulats i el 15% són metges de família. En tots els torns de guàrdia, com a mínim un dels metges és pediatre.

Les urgències quirúrgiques i traumatològiques infantils són assumides per un equip que depèn funcionalment de l'equip de cirurgia pediàtrica.

Quina és la política general d'ingrés? Quin grau de complexitat accepten?

Els criteris d'ingrés estan perfectament establerts en els protocols que regeixen l'activitat assistencial. L'estudi de la complexitat del case mix ens situa en un nivell mitjà-alt dins l'especialitat.

Tenen UCI? En el cas que sorgeixi algun problema, on deriven?

Sí, disposem d'UCI neonatal (nivell III-A) i de dos llits per a infants dins la unitat d'UCI general.

Si s'ha de fer alguna derivació, generalment per temes de cobertura econòmica total o parcial (carències en la cobertura de la pòlissa, tractaments o fàrmacs exclosos de la cobertura pel seu cost) o ocasionalment per serveis no oferts pel centre (pacient tributari de trasplantament, ECMO, alguns pacients oncològics, cirurgia cardíaca oberta o cirurgia de molt alta complexitat, excepte neurocirurgia, que s'assumeix tota), es fa als hospitals Sant Joan de Déu i Sant Pau, amb els quals col·laborem habitualment i compartim especialistes; també a l'Hospital Vall d'Hebron, segons l'especialitat.

Hi ha servei de cirurgia? De quina complexitat?

De complexitat mitjana-alta. El Servei de Cirurgia Pediàtrica està cobert per equips de l'Hospital Sant Joan de Déu.

Durant molts anys havíem disposat també de cirurgia cardíaca oberta, però actualment no s'efectua per temes d'eficiència. Aquesta especialitat està centralitzada en un altre centre privat que pertany al mateix grup. Sí que es fa cirurgia cardíaca tancada per cateterisme.

La neurocirurgia infantil s'assumeix tota, i també la cirurgia traumatològica.

Pel que fa a la formació, tenen lligams amb centres universitaris?

Es fa formació interna a tots els nivells assistencials, ja que així ho exigeix la Joint Comission, i es fa investigació sota els auspicis de la Fundació Teknon; és en aquest marc que es fan col·laboracions puntuals amb universitats catalanes i estatals.

No hi ha programa de docència MIR.

Quina creu que és la clau de l'èxit evident d'aquest centre?

Crec que la clau del centre en el camp de la pediatria rau en els seus professionals, tant pediatres com especialistes pediàtrics, i en intentar fer una pediatria propera a l'infant i a la família, humanitzada, personalitzada, amb immediatesa i de qualitat.

Quant a qualitat, Teknon és un dels pocs centres acreditats a Espanya per la Joint Comission International. Evidentment, també té l'acreditació de qualitat del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Hospital General de Catalunya

José Félix Muñiz

L'Hospital General de Catalunya va obrir les seves portes l'any 1984. Al llarg de la seva història, el centre sempre ha destacat per ser un hospital integral, amb l'última tecnologia i amb un equip de professionals altament qualificats, que han proporcionat tant als pacients com als seus familiars el tracte més amable i la millor atenció mèdica i personal.

L'any 2001, el centre va iniciar un ambiciós procés de modernització que l'ha convertit en un dels centres sanitaris tecnològicament més avançats, amb una àmplia capacitat assistencial; ha estat el primer hospital europeu a rebre la certificació *Joint Comission*.

L'any 2014 va aconseguir l'acreditació d'hospital universitari.

El Servei de Pediatria s'estableix com a unitat funcional des de la inauguració, i a partir de l'any 2003 s'organitza en les diferents unitats i subunitats que prevalen fins avui dia.

Qui som?

El Servei de Pediatria de Quirónsalud Hospital General de Catalunya ofereix una atenció integral i continuada als pacients pediàtrics en totes les seves etapes de desenvolupament des d'una perspectiva i un enfocament biopsicosocial, responnent de manera eficaç als problemes de salut que afecten la població infantojuvenil.

El Servei dona suport proactiu a les famílies i els cuidadors d'aquests pacients, així com a la resta de professionals de la salut (metges de família, pediatres generals, obstetres, personal d'infermeria, etc.), i ofereix la col·laboració del Servei per mitjà d'una atenció 24 hores 365 dies l'any al Servei d'Urgències i Hospitalització.

De quina manera s'organitza el Servei de Pediatria de l'Hospital General de Catalunya?

El Servei de Pediatria s'integra en diverses unitats i subunitats, entorn de quatre processos essencials: l'atenció al pacient pediàtric crític, l'atenció al pacient pediàtric no crític, l'atenció al nou-nat i la transferència de coneixement per mitjà de l'R+D+I.

Aquests processos del Servei s'organitzen per mitjà de les unitats d'Urgències Pediàtriques, Hospitalització Pediàtrica, Consultes externes de Pediatria, Cures Intensives Pediàtriques i Neonatal.

Aquestes unitats estan dotades de subunitats que conformen la gran xarxa d'atenció al pacient pediàtric, que comprèn les unitats de Patologia Neonatal, Observació Perinatalògica, Vacunació i Consell al Viatger, a més de les diverses especialitats pediàtriques *per se*: gastroenterologia, neuropediatria, nefrologia, pneumologia, al·lèrgia, endocrinologia, cardiopediatria, psicologia, psiquiatria, cirurgia, digestiu, hematologia, neurocirurgia, traumatologia, ORL, reumatologia, patologia infecciosa, unitat del son i patologia congènita i neonatal, radiologia i intervencionista.

Tot el conjunt del Servei de Pediatria està format per més d'una trentena de facultatius que disposen de l'equipament necessari per atendre casos de complexitat important. El centre col·labora amb l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, l'Hospital Vall d'Hebron i els

Serveis de Medicina Pediàtrica de l'Hospital de Sabadell per derivar-hi els pacients oncològics pediàtrics.

Quin paper tenen la docència i la investigació en el Servei de Pediatria del centre?

En relació amb la investigació clínica, a més de la participació activa en diversos assajos clínics que es porten a terme al centre, caldria remarcar que l'equip de facultatius pediatres participa en els projectes promoguts des dels diversos serveis hospitalaris, molts d'ells en col·laboració amb la Societat Catalana de Pediatria, l'Associació Espanyola de Pediatria i la Societat Espanyola de Neonatologia.

Una altra part molt important del Servei és donar resposta de manera eficaç a la vocació docent i a les necessitats de formació de nous especialistes en pediatria mitjançant el programa MIR. Així, participa en la formació continuada de postgrau dels pediatres de la nostra zona i participa en la formació de futurs metges des de l'any 2010.

D'aquesta manera mantenim el compromís formatiu d'aquests professionals, col·laborant amb el grau de Medicina en virtut del concert amb la Universitat Internacional de Catalunya des de l'any 2008.

Dins aquest marc formatiu, es duen a terme activitats i tallers divulgatius tant per a professionals de la salut com per a pares, familiars i altres col·lectius interessats en la promoció de l'educació sobre temes que preocupen als que estan al servei i l'atenció de la població infantil.

De quines instal·lacions i equips es disposa per a l'atenció integral del pacient pediàtric?

L'atenció al pacient pediàtric es pot dividir en quatre grans blocs: la Unitat d'Urgències Pediàtriques, la Unitat d'Hospitalització Pediàtrica, la Unitat de Consultes Externes Pediàtriques i les UCI Pediàtrica i Neonatal.

La **Unitat d'Urgències Pediàtriques** consta d'un gran espai físic independent, comunicat amb les urgències generals, on es proporciona l'assistència sanitària urgent a tots els pacients pediàtrics amb patologies agudes o crítiques.

Aquest espai està format per tres boxs d'observació (hospital de dia), dos boxs de triatge, cinc boxs d'atenció ràpida i set boxs individuals amb la possibilitat d'ampliar-los en moments de gran activitat assistencial, per evitar qualsevol situació de demora en l'atenció. La flexibilitat tant en l'espai com en la dotació de professionals permet optimitzar els recursos disponibles per adaptar-se a les necessitats de cada moment, tenint en compte que la Unitat rep una mitjana de 50.000 visites l'any.

Els facultatius d'urgències assumeixen la responsabilitat de l'atenció urgent amb el suport, especialment en casos de gravetat, de l'equip de guàrdia de la Unitat de Cures Intensives Pediàtriques.

La **Unitat d'Hospitalització Pediàtrica** consta d'una àrea específica de 1.000m² dotada de vint-i-set habitacions individuals amb possibilitat d'ampliació. Així doncs, es pot dir que no hi ha limitacions d'espai per a l'ingrés de pacients pediàtrics si els criteris d'ingrés ho requereixen. L'activitat d'aquesta unitat se situa entorn als 1.700 ingressos anuals.

El circuit habitual d'hospitalització pediàtrica permet atendre pacients ingressats des d'Urgències o Consultes Externes, ja siguin aguts o crònics amb necessitats de tractament sota règim hospitalari, sempre en col·laboració amb els especialistes de les diverses unitats i subunitats pediàtriques.

L'equip de cirurgia pediàtrica proporciona el tractament quirúrgic i el seguiment postquirúrgic dels pacients intervinguts al nostre centre.

La **Unitat de Consultes Externes de Pediatria** dona suport tant al seguiment del pacient pediàtric ambulatori com als pacients ingressats que requereixen de l'atenció d'un especialista per a les seves patologies.

Aquestes consultes, tant de pediatria general com d'especialistes, van rebre un total de 30.000 visites el darrer any 2014. L'organització de les agendes dels facultatius els permet adaptar-se a les necessitats dels pacients gràcies a les visites afegides que es gestionen amb un marge de 24 hores d'antelació, de manera que s'ofereix una gran cobertura durant tot el dia.

La **Unitat de Cures Intensives Pediàtriques** atén lactants, infants i adolescents fins als 15 anys d'edat que presenten patologia crítica o semicrítica que requereixen monitoratge continu o tractaments específics, tant mèdics com quirúrgics, per tal de restablir les funcions vitals afectades, independentment de la malaltia de base, amb referència especial a les alteracions del sistema nerviós central, insuficiència cardiocirculatoria o respiratòria, insuficiència renal, i el manteniment de l'equilibri metabòlic i hidroelectrolític.

La **Unitat de Patologia Neonatal** proporciona assistència a nounats de qualsevol edat gestacional o pes en néixer, amb la presència d'un neonatòleg a tots els parts (uns 2.500 a l'any), tant si són de risc com no.

L'assistència postnatal per mitjà de la **Unitat de Cures Intensives Neonatals** disposa d'aparells d'última tecnologia, com la ventilació amb alta freqüència, l'aplicació d'òxid nítric, el monitoratge de la funció cerebral, el tractament en hipotèrmia o la diàlisi peritoneal; això fa que la Unitat s'emmarqui en un nivell assistencial IIIB.

Responent a la gran preocupació per la privació afectiva que pateixen els pacients i les seves famílies, en especial tots els que necessiten cures intensives, a les nostres unitats s'ha implementat el Programa de cures centrades en el desenvolupament i en la família, de manera que es permet l'entrada lliure dels pares o familiars més directes del pacient en concordança amb la mentalitat innovadora del personal assistencial i la voluntat d'implicació de les famílies.

Quina és la visió de futur del Servei?

El Servei de Pediatria de l'Hospital General de Catalunya té la missió de continuar millorant la salut de la comunitat col·laborant en la salut integral dels infants, dins el context de les famílies, mitjançant col·loquis, tallers i altres activitats, perseguint els objectius de responsabilitat social corporativa.

Volem mantenir una implicació proactiva adreçada als professionals de la salut del nostre entorn, de centres nacionals i internacionals, tot enfocant-la a través de cursos de formació continuada i fent-los participants del nostre Servei.

La implicació conjunta del Servei en el context del centre pretén seguir potenciant un hospital de tercer nivell que continui oferint assistència a les patologies més complexes; sense oblidar el vessant docent, formador i investigador que manté viu el nostre esperit.

13

Iniciatives per a l'atenció i formació pediàtriques

Les tecnologies de la informació i comunicació, TIC, base de l'organització a Lleida

Ramon Capdevila

Podríem dir que l'any 2010 es verbalitza una idea que, de ben segur, molts professionals de la pediatria de les Terres de Ponent havíem anat madurant en silenci o en petit comitè. I dic que es verbalitza perquè molts recordem perfectament el moment en què un parell de persones van expressar aquesta idea. La sensació que ens trobàvem en un moment de la nostra carrera professional amb capacitat i ganes de fer una passa més a l'hora de fer una «nova pediatria». Potser la coincidència de pediatres i altres professionals de la salut emprenedors i emprenedores, la identificació amb un territori, la dispersió geogràfica dels professionals... i, per damunt de tot, la necessitat d'establir una comunicació real, efectiva, van ajudar a fer aquesta passa endavant. La necessitat de crear «xarxa», com a motivació.

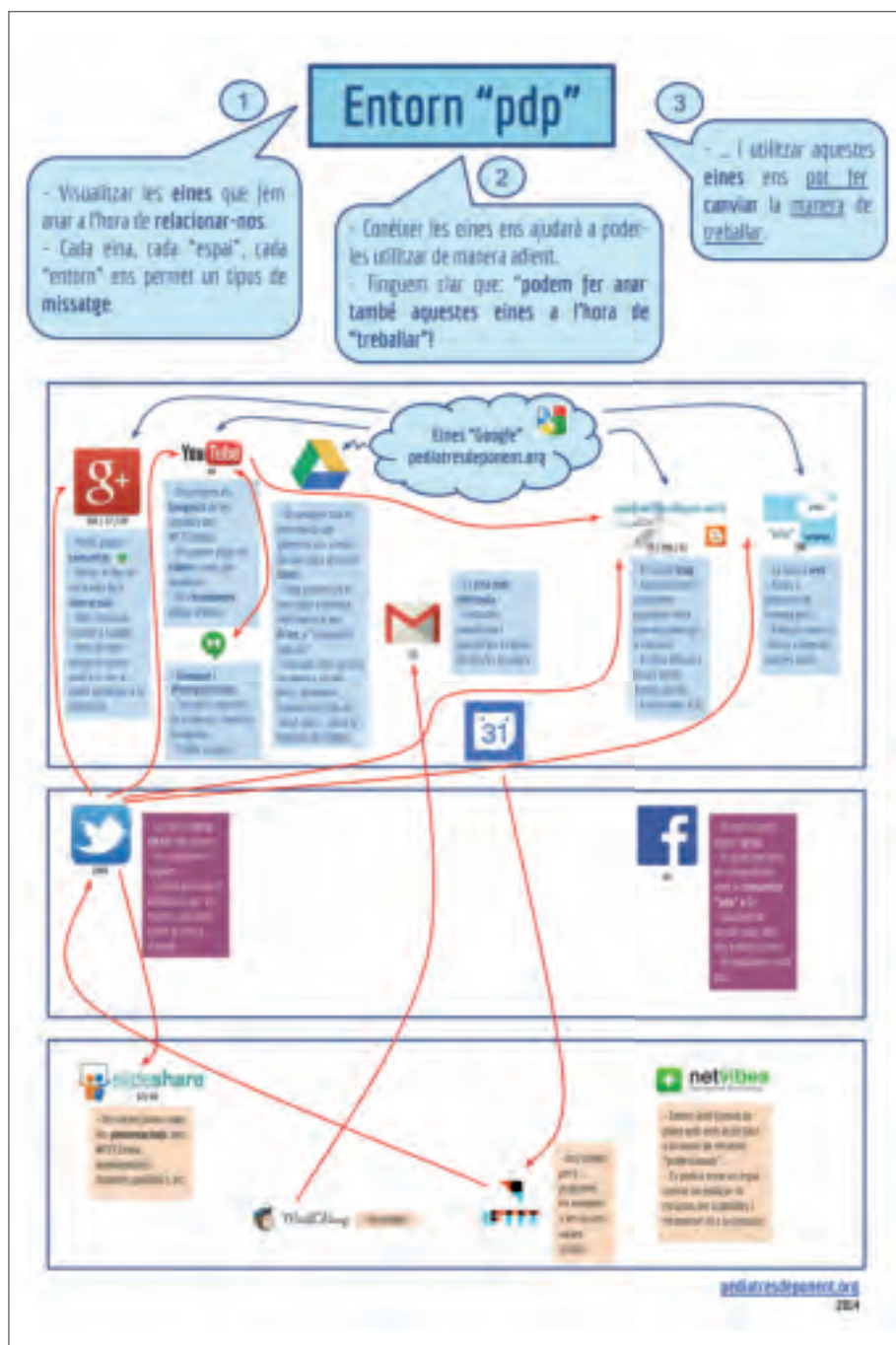
Aquest anhel de millora en la comunicació, en l'apropament de les persones dedicades a vetllar per la salut de la població pediàtrica a Ponent, va coincidir en el temps amb l'explosió de l'ús de les tecnologies de la informació i de la comunicació, les TIC. Va coincidir amb la democratització dels recursos a Internet.

Dues reunions informals –entrepà i taula de formatges per dinar– per acabar d'engrescar la gent i la descoberta de l'entorn Google van ser els catalitzadors perquè la idea inicial agafés volada.

Definir *missió, visió i valors*. Fer DAFO per avaluar fortaleses i debilitats. Apropar el concepte d'habilitat digital als professionals. Fer el salt a la xarxa i entendre el concepte 2.0. De sobte van aparèixer tot un seguit de reptes motivadors.

Com tots els grans projectes que impliquen canvi de mentalitat en la manera de treballar –re-aprendre a comunicar amb noves eines–, hem establert una formació continuada dins i fora de l'entorn laboral: el curs TIC pdp, amb el suport de l'ICS Àmbit Lleida; el curs d'Iniciació a les TIC, amb el suport de la Societat Catalana de Pediatria; Hangout sobre Internet, www, TIC, 2.0, xarxes..., dins el Programa de Formació Continuada de la Societat Catalana de Pediatria 2013-2014; i el curs de Formació Continuada en Pediatria dels anys 2011, 2012 i 2013, amb sengles xerrades sobre el projecte Pediatresdeponent.

Actualment hem incorporat la formació a l'espai *Openmeeting*, que mensualment es duu a terme connectant tots els professionals de la pediatria de l'ICS Àmbit Lleida a nivell d'atenció primària i hospital.



Infografia-esquema de les eines TIC utilitzades per pediatresdeponent.

Cal destacar la 1a Jornada PediaTIC, l'any 2012, en col·laboració amb Amàlia Arce i Jesús Martínez i molts altres professionals de la salut, amb el títol «L'educació i la criança», amb la idea de compartir espai comú amb tots els actors relacionats amb la infància.

Actualment, formen part de Peditresdeponent gairebé cent facultatius, comptant metges i exresidents que treballen en altres punts de la geografia catalana i espanyola, i vint infermeres, que han entrat més tard a formar part del projecte. L'entorn Google creat per afavorir la comunicació funciona com a lloc de trobada per compartir novetats, discutir projectes, emmagatzemar material de consulta i, sobretot, perquè les persones integrants es comuniquin directament entre elles. Les altres eines de Peditresdeponent (Twitter, Facebook, Google+, Blogger, canal a YouTube, web, Slideshare, Netvibes) ens serveixen per comunicar-nos amb professionals d'altres entorns: salut, educació, TIC, gestió sanitària, etc. i, probablement, amb les famílies.

El balanç, passats cinc anys, és absolutament positiu. A dia d'avui no es pot entendre aquesta «nova pediatria» sense comptar amb la interrelació constant de tots els professionals de la salut pediàtrica del territori i sense l'ús de les eines TIC (tecnologies de la informació i de la comunicació), TAC (tecnologies de l'aprenentatge i el coneixement) i TAP (tecnologies de l'apoderament i la participació). Aprofundir en l'aprenentatge de l'ús d'aquestes eines i entendre el concepte 2.0 com a base per a la millora en l'atenció integral a la salut dels nostres pacients són els reptes que ens proposem per als propers anys, a banda de la progressiva introducció de les eines de telemedicina.

I, finalment, cal esmentar que, probablement a causa d'aquesta bona xarxa creada entre professionals, el repte d'iniciar el projecte de l'Equip d'Atenció Pediàtrica Territorial (EAPT) s'està materialitzant. Un grup representatiu de totes les persones dedicades a la salut pediàtrica a les nostres terres treballa des de fa uns mesos en la redacció i l'organització d'aquesta eina per a la «nova pediatria» a Ponent.

Noves eines de la informació. Blogs de Pediatria

Entrevista de Xavier Demestre a Amalia Arce

Quina ha estat l'evolució de la pediatria en aquests darrers vint-i-dos anys?

Essencialment, la feminització de la medicina i la pediatria i el canvi de l'atenció primària, amb un augment de la seva valoració des del punt de vista d'opció professional. L'augment de les dones pediatres està condicionat pel fet de ser una especialitat que els és molt propera, igual que la ginecologia. I l'atenció primària ha crescut, s'ha fet més atractiva. A més, els pediatres formats als hospitals, i especialment les dones, veuen amb bons ulls l'organització més «funcionarial» a primària, amb més possibilitats d'una conciliació laboral i familiar més fàcil.

A la llicenciatura, com va ser l'assignatura de pediatria?

Molt gratificant, tot i fer-la en barracons, per l'excel·lent professorat (Dr. Figueras, Dra. Martín Mateos, i molts altres) i perquè, d'entrada, era la meua assignatura preferida, i en la que vaig treure la millor nota de tota la carrera. Això sí, molt teòrica –ho ha de ser–, i amb les pràctiques a l'UCI neonatal de Sant Joan de Déu, que van ser una experiència magnífica. De primària, res de res.

Considera el mètode de selecció, l'examen MIR, adequat? La facultat compatibilitza aprendre a fer de metge i el sistema de selecció?

Sí, és just. Avalua els mèrits globals. I sí, s'ha de preparar l'examen d'una manera diferent, però ja ho sabem des de l'inici de la carrera. Venint de família sense tradició mèdica, vaig arribar allà on el meu esforç em va portar, tot i que va ser un any difícil perquè hi havia molts candidats a pediatres. Sembla que es va posar de moda i, per primera vegada, el número 1 del MIR (Miquel Raspall Chauré) va escollir pediatria, cosa insòlita.

Com veu el procés d'especialització dins la pediatria?

Certament, i sobretot en l'àmbit hospitalari, s'ha incrementat l'atenció compartimentada, amb l'aparició de moltes especialitats o àrees específiques de la pediatria. Correspon a una demanda gairebé social i lligada als continus avenços en la medicina.

Són bones les interconnexions entre hospital i primària?

Han millorat, però no prou. El pediatre n'és conscient, d'aquesta necessitat, però no sempre és fàcil. Jo mateixa, que exerceixo en els dos «bàndols», ho entenc millor. S'ha de tenir un respecte profund d'uns pels altres, en totes dues direccions. Hi ha una falta de perspectiva, de «posar-se en el lloc de l'altre». A vegades es confon l'essència de «propietat del pacient», que no té ningú.

Urgències s'ha convertit en una mena d'atenció primària en un tant per cent elevat?

Sí, evidentment. Respon als condicionants de la vida moderna, amb l'adequació d'horaris laborals amb l'atenció als fills. No sempre es disposa de temps per poder planificar una visita ordinària, i urgències és la solució. Potser no és el millor, però és la realitat social, i s'ha d'acceptar. Però també s'ha d'aprofundir en l'educació sanitària, que milloraria les actuacions familiars davant certes simptomatologies i malalties.

I com s'amplia o es fa aquesta formació sanitària de la població?

Dedicant-hi temps. Temps per explicar i per conèixer les característiques de la família de l'infant que s'atén. Això evitaria moltes visites a urgències, i moltes plurivisites a diferents professionals pel mateix procés.

I en aquesta formació sanitària, quin paper hi tenen les TIC, les noves tecnologies de la informació? Vostè n'és una experta reconeguda.

Fonamental. És la manera d'acostar la informació a la població, permeten oferir solucions a moltes qüestions relacionades amb la salut i també la possibilitat d'accés i coordinació d'accions dirigides a resoldre els problemes que es plantegen. Actualment, i cada vegada més, hi ha demanda d'aquest tipus d'accés a la informació i planificació en temes de salut. I calen professionals que s'ho creguin, que siguin capaços de crear-les amb el màxim rigor. Permeten la possibilitat, al pediatre mateix, d'estar «obert» les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. Aporten serveis i continguts.

Crec que té un blog de gran èxit...

Sí, és cert. Va sorgir quan vaig ser mare. No és el mateix ser pediatra que ser mare. Calia informar-me de coses que no aporten els llibres, que són més quotidianes. Vaig descobrir el blog del Dr. Santi García Tornel, excel·lent i que ha ajudat moltes persones.

En l'atenció primària i, especialment, en l'atenció a urgències, és freqüent que els infants siguin atesos per metges de família. Què en pensa?

És evident que la formació en pediatria no és comparable en la formació MIR per a pediatres que en els metges de família. De tota manera, cal veure els aspectes de capacitació, de competències. I aquestes es poden adquirir amb formació específica. Els metges de família tenen una visió més panoràmica de l'atenció a la salut i la malaltia. Ara bé, seria aconsellable que l'atenció a la infància l'assolissin només després de demostrar aquesta adquisició de competència.

I el paper d'infermeria?

Igualment, només després d'adquirir la capacitació o competència en alguns aspectes de l'atenció a l'infant es podran responsabilitzar d'aquesta tasca. És coneguda la seva actuació en centres d'atenció pública.

Vostè és membre de la Junta de Govern de la Societat Catalana de Pediatria. Quina opinió té de la funció d'aquesta societat?

Ha de ser com el paraigües dels pediatres. Ha d'aportar respostes als problemes laborals i científics que afectin els pediatres. Cal obrir-la a la població. S'ha de constituir com a servei públic de divulgació (ràdio, premsa, TV) de la cultura en la salut. Ha de fer educació sanitària a la població. S'ha de reconvertir el paper històric del metge dalt del pedestal. S'ha de baixar a nivell del ciutadà. Amb rigor, però sense fer la sensació d'ésser superior. I això costa.

Els pediatres se senten representats a la Societat Catalana de Pediatria?

La Societat Catalana de Pediatria ofereix una formació continuada de qualitat, però crec que, en general i com en altres societats científiques, els associats estan una mica allunyats de la presa de decisions. Les societats s'haurien d'obrir més a les iniciatives dels seus associats. I escoltar també les dels pares i de la societat en general. Actualitzar els objectius. La pediatria no ha de ser la pediatria dels pediatres. S'hauria de constituir una triangulació pediatre-mestre-família, on al mig hi hagués l'infant. S'ha de «baixar de nivell, baixar del pedestal». Actualment, la Societat, en les reunions anuals ja s'està acostant a aquesta realitat, fent tallers de pràctiques de reanimació als infants, i d'al·lèrgia amb pares d'infants amb aquest problema. És molt diferent explicar què és el còlic del lactant que ser la mare o el pare d'un lactant amb còlics persistents a la nit. Ells són els que, de veritat, coneixen el problema.

Suport a l'atenció pediàtrica al territori des de l'hospital terciari

Josep Caritg, Josep Lluís Vega, Josep Serrat

Un dels primers projectes que em van encarregar quan vaig entrar a treballar a la direcció mèdica de l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD), el mes de març del 2004, va ser el que aleshores vam anomenar «hospital obert» (o també «hospital en xarxa»). Era un dels objectius estratègics més importants de la nostra institució, i al qual he dedicat una part del meu temps durant gairebé deu anys.

En aquell moment es van definir uns objectius del programa que encara són plenament vigents:

1. Obrir l'hospital a la comunitat.
2. Donar suport a la millora de la cartera de serveis dels hospitals del territori.
3. Facilitar la formació continuada.
4. Augmentar la confiança i la seguretat dels professionals.
5. Facilitar la coordinació entre els diferents nivells assistencials.
6. Estimular la participació en la recerca.

El projecte

Durant els anys 2004 i 2005 vaig anar a visitar els responsables de pediatria de la majoria d'hospitals comarcals de Catalunya per presentar el projecte, que va interessar a la majoria, però especialment en el vessant assistencial. En aquell moment, molts hospitals tenien algunes especialitats pediàtriques desenvolupades de manera possibilista i intentant adaptar-se a les necessitats de la població, però no hi havia, exceptuant casos molt puntuals, una veritable coordinació amb els especialistes de l'hospital de tercer nivell.

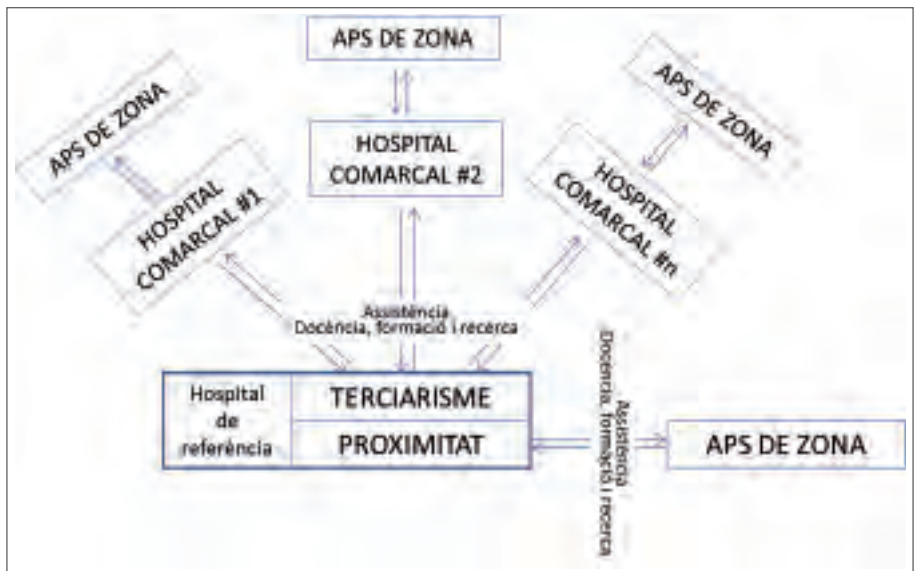
Sovint, el volant de derivació es convertia malauradament en l'únic contacte, i trucar per informar-se del pacient era una tasca gairebé impossible. En aquest sentit, els hospitals terciaris havíem i encara hem de millorar molt.

Vaig constatar, també, que la majoria d'hospitals necessitaven pediatres per cobrir l'atenció continuada. Aquest era un problema comú de molts hospitals. Nosaltres, en aquell moment, no podíem ajudar gaire.

Jo diria que en els dos primers anys es va sembrar la llavor que poc temps més tard va donar els seus fruits.

Internament, i coincidint amb l'inici del projecte, ja es plantejava com hauria de ser l'hospital pediàtric del futur: «L'hospital pediàtric del futur és o ha de ser un hospital molt diferent al que coneixem avui. Tindrà espais flexibles, amables, estarà orientat al pacient i especialment a la seva família, que formen el nucli clau del procés. Serà accessible, i eficient tecnològicament, àgil, segur, sensible a la satisfacció dels usuaris i dels seus professionals, saludable en si mateix i especialment preparat per adaptar-se de manera ràpida als canvis futurs.»¹

Resulta evident que en aquesta definició tan estimulante hi faltaria: i obert a la comunitat, coordinat amb l'atenció primària i els hospitals comarcals, i establint una relació adequada entre els diferents nivells assistencials.



Evolució del projecte

Obrir l'hospital a la comunitat

Al final del 2006 i a l'objecte de completar el projecte d'hospital obert, es va iniciar un procés paral·lel a l'endegat amb els hospitals comarcals, però aquest cop dirigit a l'atenció primària de l'àmbit geogràfic de referència: el projecte Vincles.

Aquest projecte pretenia trencar les barreres tradicionals de tots dos nivells assistencials, promoure el coneixement dels serveis i els professionals d'un costat i de l'altre, contribuir a la millora de la capacitat resolutiva dels professionals d'atenció primària i, finalment, poder compartir tasques assistencials i no assistencials (formació i recerca, fonamentalment).

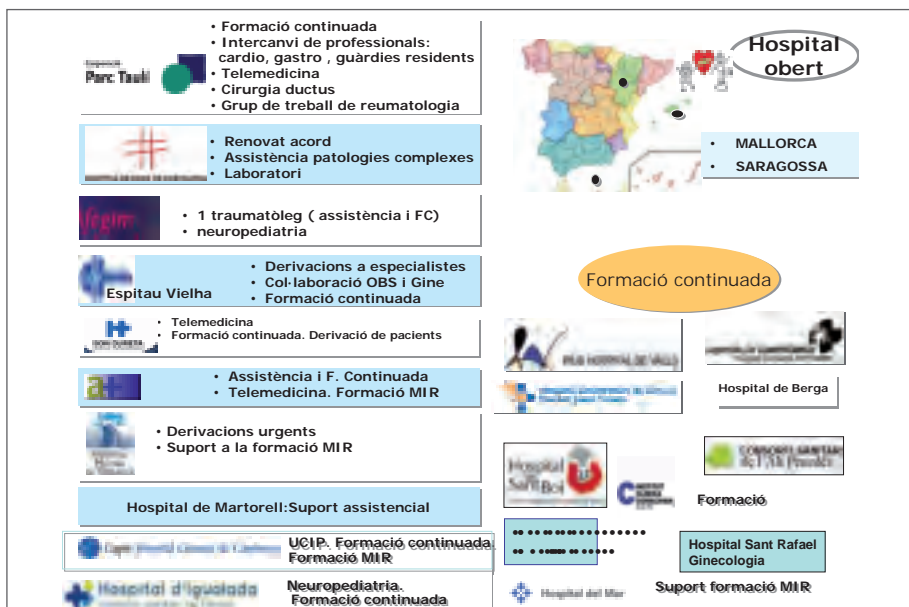
Per tal d'orientar el projecte es va fer un grup Delphi de debat, tutelat pel Servei de Pediatria de l'HSJD amb la participació de representants de l'atenció primària territorial de referència. Aquest grup va establir el consens sobre les actuacions que calia implementar que poguessin ser útils per a la millora de l'assistència i el desenvolupament professional. Així, des d'aleshores s'han anat posant en marxa els instruments de coordinació següents, que són vigents a l'actualitat:

- Correu electrònic de consulta. Es va activar una adreça electrònica en què el pediatre d'atenció primària pot comentar un dubte assistencial concret, en relació amb el maneig clínic d'un pacient complex. Aquest correu és atès en un termini no superior a una setmana per un pediatre generalista o per un superespecialista de l'àmbit clínic corresponent, que emet una resposta. Aquest servei té un nivell de valoració elevat i es considera un suport assistencial molt útil en els casos de més complexitat.
- Telèfon d'urgències. Es va consensuar per a tot l'àmbit geogràfic de referència, i per tal de donar suport al maneig de situacions urgents es va habilitar un número de telèfon directe (mòbil) amb l'adjunt de guàrdia de l'HSJD.

- Programa assistencial compartit per a l'obesitat greu. Aquest programa intercala visites seqüencialment entre tots dos nivells assistencials, amb objectius clínics diferenciats i sinèrgics, amb un únic registre de les intervencions.
- Programa assistencial compartit per a l'atenció obstètrica. Estableix vies de comunicació entre nivells per al seguiment de l'embaràs i el part.
- Sessions formatives de protocolització en què professionals de tots dos nivells exposaven les línies mestres pròpies d'actuació enfront a un mateix problema de salut i es comprometien a concretar un protocol de procediment que es feia extensiu a tot el territori.
- Formació continuada, orientada molt especialment a l'actualització del coneixement d'acord amb l'evidència disponible.
- Edició d'un butlletí electrònic, la revista *Nou Vincles*, amb continguts pensats pel pediatre del territori. El comitè de redacció és mixt i compta amb professionals de tots dos nivells assistencials; els articles s'encarreguen també a professionals de tots dos àmbits (http://issuu.com/hospitalsantjoandedeu/docs/vincles_013/1?e=2148539/14357780).
- Compartir informació. Des de l'inici del projecte Vincles i fins a l'actualitat s'han pujat a la xarxa (al principi a la història clínica d'APS i amb posterioritat a HCCC) els informes d'alta d'hospitalització infantil i ginecoobstètrics, informes d'alta d'urgències i informes d'exploracions complementàries.

Finalment, a finals del 2014 i durant el 2015 es va iniciar el projecte compartit de telemedicina. Així, s'ha posat en marxa la teledermatologia per a un territori de Barcelona (AIS Barcelona Esquerra) que comprèn un total de dinou EAP, i les interconsultes virtuals per a les nou especialitats pediàtriques de més demanda, per a un conjunt de cinc EAP.

Pel que fa a l'àmbit assistencial del projecte hospital en xarxa, s'han signat acords de col·laboració amb diferents hospitals per a la cobertura de consulta externa especialitzada, tant mèdica com quirúrgica i de COT.



Com es pot veure en aquest quadre de l'any 2011, alguns hospitals compartien amb l'HSJD aspectes assistencials (neuropediatria, COT, ginecologia) o un suport més integral al desenvolupament de la pediatria i les seves especialitats (Hospital de Sant Boi, del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu). En l'actualitat, el mapa s'ha ampliat amb convenis amb altres hospitals: Hospital de Sant Pau, Hospital del Mar, Nostra Senyora de Meritxell d'Andorra i el Sant Hospital de la Seu d'Urgell entre d'altres.

Altres només ens van demanar suport a la formació MIR amb convenis específics i formació continuada en general, i en la primera etapa es van fer estades de professionals a la carta, amb programes formatius concrets i d'una durada que els permetia compaginar la formació amb la feina habitual. Aquí sí que la telemedicina ha tingut molt interès com a eina de formació continuada.

A les sessions de l'hospital s'hi han connectat amb regularitat tres o quatre hospitals amb grau destacable de satisfacció. També s'han fet sessions clíniques amb altres hospitals: Hospital Clínic – Casa Maternitat (neonatologia), Son Dureta, Hospital de Sabadell (cardiologia i CCV), i sessions de neuropediatria.

És evident que el projecte ha cobert amb escreix els propòsits inicials. Ens queda camí per fer en la recerca, però l'Hospital és sensible a incorporar altres hospitals en projectes de recerca ja consolidats o en fase de consolidació.

Conclusions

Estic molt satisfet, ara que m'arriba la jubilació, de la tasca desenvolupada durant aquests anys en el transcurs dels quals hem assistit al recorregut dels projectes Hospital Obert i Vincles, que han significat una millora notable per als pacients, les seves famílies (el nucli de la nostra actuació), la coordinació assistencial, la formació i la satisfacció dels professionals, aquests últims, el valor més preuat de qualsevol organització.

Agraeixo als companys Josep Lluís Vega i Josep Serrat la seva col·laboració i participació en l'elaboració d'aquest article.

Referències

1. Current Trends in Pediatric Hospital Design: are they right for your organization?. Karlsberger knowledge series 2005; vol. 1, núm. 1. Accessible a la xarxa [data de consulta: 27-3-2009]. Disponible a: <http://www.karlsberger.com/downloads/CurrentTrendsInPedHospitalDesign.pdf>

La pediatria basada en l'evidència

Albert Balaguer, José Cristóbal Buñuel, Emilio Fortea

L'anomenada medicina basada en l'evidència (MBE) va cristal·litzar la preocupació per fer de la medicina una pràctica més científica, sense perdre les essències humanes. Realment, no es tractava d'una nova invenció, però sí de l'estructuració d'una nova manera d'afrontar el quefer clínic diari, amb les aportacions de l'epidemiologia i de la recerca clínica. A la fi dels anys vuitanta i en els noranta del segle passat, l'eclosió de la informàtica, Internet i la liberalització de les bases de dades d'estudis (especialment Medline-PubMed) van facilitar la sistematització de l'MBE i la seva divulgació progressiva des del seu bressol al Canadà i Anglaterra.

Part de la cultura promoguda per l'MBE es va anar divulgant a Catalunya des de la Col·laboració Cochrane (CC), que l'any 1997 es va establir a la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell. El 2000 va traslladar la seva seu a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, a Barcelona, amb el nom de Centre Cochrane Iberoamericà (CCIB). Aquesta organització, promotora de les revisions sistemàtiques, porta el nom del metge anglès Archie Cochrane, propugnantor incansable dels assajos clínics com a pas previ a la introducció de noves pràctiques assistencials.

En l'àmbit de la pediatria catalana, un dels primers testimonis publicats d'aquesta inquietud el va signar a la revista de la Societat Catalana de Pediatria (SCP), el 1996, Xavier Bonfill, que presentava precisament la CC en qualitat de primer director¹. Posteriorment, amb el pediatre Joan Martí Fernández i altres va publicar un altre article en què propugnaven l'atenció pediàtrica basada en l'evidència científica².

L'SCP va recollir de seguida la necessitat de formació en aquest àmbit, i va promoure tallers de cerca bibliogràfica centrats en la selecció d'informació vàlida i clínicament important a partir de les bases de dades disponibles a Internet. Un dels primers tallers de l'SCP es va fer el 9 de febrer de 2001 i va ser organitzat a Girona amb el títol «Pediatria i Internet: aplicació dels conceptes de la medicina basada en l'evidència a la pediatria». Posteriorment se'n van fer molts altres, que es van estendre des de Catalunya a la resta de l'estat amb un paper important de diferents membres de la nostra Societat.

Internet va facilitar que diversos pediatres de tot Espanya contactessin i compartissin interessos comuns. D'aquesta manera, molt particularment en atenció primària, van sorgir iniciatives personals i col·lectives a diferents punts de l'estat que van anar confluint en el que seria l'actual Associació Espanyola de Pediatria d'Atenció Primària (AEPap). Dins aquesta associació es van organitzar diversos grups de treball, un dels quals va ser el Grup de Treball de Pediatria Basada en l'Evidència (GTPBE), que es va constituir el febrer del 2002 a Madrid. El seu primer coordinador, entre 2002 i 2010, va ser Cristóbal Buñuel, pediatre d'atenció primària establert a Girona. L'activitat del GTPBE es va centrar durant els primers anys a organitzar tallers de cerca bibliogràfica i de lectura crítica fets principalment en els cursos d'actualització de l'AEPap i en els congressos anuals de l'Associació Espanyola de Pediatria.

El 2005, en el si del GTPBE es va plantejar la necessitat de crear una publicació secundària de pediatria basada en l'evidència. Per aconseguir aquest objectiu, el GTPBE es va obrir a la inclusió de pediatres de l'àmbit hospitalari (com Albert Balaguer, aleshores a l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus) i a altres procedents de la resta d'Espanya i Llatinoamèrica. Un acostament entre tots dos àmbits, l'atenció primària i l'atenció hospitalària, es va produir després de la publicació a *Anales de Pediatría* de dos articles que es podrien con-

siderar el germen del naixement de l'MBE pediàtrica espanyola³⁻⁴. D'aquesta manera es va crear la revista electrònica *Evidencias en Pediatría*⁵, els primers codirectors de la qual van ser Cristóbal Buñuel (aleshores a Girona), Javier González de Dios (neonatòleg de l'Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant) i Paz González (pediatra d'atenció primària de Madrid). Encara que iniciada en el si de l'AEPap, aquesta revista és actualment l'oficial de dues associacions pediàtriques: l'AEPap mateix i l'Associació Espanyola de Pediatría.

Per aquells anys, entre 2004 i 2008, van tenir lloc les diferents edicions del primer màster interuniversitari d'MBE, promogudes per dos pediatres de la nostra societat (Albert Balaguer i Joaquín Escribano), i en el qual van col·laborar reconeguts professionals de l'àmbit espanyol i americà.

De mica en mica, els pediatres catalans s'anaven animant a treballar en diverses síntesis de la literatura amb els criteris de l'MBE. Alguns exemples d'això van ser diverses metaanàlisis publicades en revistes nacionals i internacionals⁶⁻⁸.

Altres fruits del treball amb aquesta metodologia van ser les primeres *Guies de pràctica clínica* (GPC). Cal destacar, en el nostre entorn, la guia de l'asma infantil de l'ICS de l'any 2007 i la participació de diferents membres de l'SCP en la realització i l'avaluació de les promogudes per GuiaSalud dins el Programa de GPC del Sistema Nacional de Salut espanyol⁹. Entre elles es podrien destacar les de prevenció i tractament de l'obesitat infantojuvenil, la del maneig de pacients amb trastorns d'atenció, la del maneig de la bronquiolitis aguda, la infecció del tracte urinari, etc.

Cal remarcar també la influència que aquesta cultura d'MBE ha tingut en el foment de nombrosos projectes de recerca pediàtrica, tant en la Fundació Jordi Goll i Gorina, com en altres entorns.

Referències

1. Bonfill X. Cap a una medicina basada en l'evidència: la Col·laboració Cochrane. *Pediatr Catalana*. 1996;57:135.
2. Martí Fernández J, Bonfill X, Mejía R, Tohá D. Por una atención pediátrica basada en la evidencia científica. *La Colaboración Cochrane. Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999;1:87-100.
3. Buñuel Álvarez JC. Medicina Basada en la Evidencia. Una nueva forma de ejercer la pediatría. *An Pediatr*. 2001;55:440-52.
4. González de Dios J. De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. *An Pediatr*. 2001;55:429-39.
5. *Evidencias en Pediatría*. Accessible a la xarxa [data de consulta: 27-9-2015]. Disponible a: <http://www.evidenciasenpediatria.es>
6. Marco T, Asensio O, Bosque M, de Gracia J, Serra C. Home intravenous antibiotics for cystic fibrosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(4):CD001917.
7. Balaguer A, Escribano J, Roqué M. Infant position in neonates receiving mechanical ventilation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD003668.
8. Llerena Santa Cruz ED, Buñuel Álvarez JC, Porcar Farrán D, Solà Pou J, Fortea Gimeno E, Cortés Marina RB, et al. Tratamiento de la amigdalitis estreptocócica con amoxicilina una vez al día: metaanálisis. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(5):298-306.
9. *Guíasalud*. Programa de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Accessible a la xarxa [data de consulta: 27-9-2015]. Disponible a: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>.

Les Jornades Actives de Pediatria de Roses

Entrevista de Xavier Demestre
a Josep M. Bosch i Josep M. Monjé



Jornada Activa de Pediatria a Roses.

L'any 2012 es va celebrar la XIV Jornada Activa de Pediatria (JAP), a l'Empordà. Aquesta vegada ja no estava organitzada pels seus fundadors, els doctors Josep M. Bosch Banyeras i Josep M. Monjé, ja jubilats. Ells van ser els que van decidir organitzar unes jornades molt especials. Especials per diversos motius. L'acadèmic, perquè es feien en un format molt col·loquial i alhora modern, amb participació molt activa dels assistents. També eren molt especials per la ubicació de la reunió: un lloc paradisiac on els seus responsables ens van atendre meravellosament i on vam poder gaudir d'una gastronomia empordanesa exigent i de gran qualitat.

Quin va ser l'origen d'aquesta proposta i la data de començament?

J. M. Bosch: Crec que hi ha dues circumstàncies que van ser decisives. La primera va ser l'organització de la 2a Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria (SCP), el 1993, en la qual vam col·laborar plegats Ferran Moraga, Santiago Rosales, Josep M. Monjé i jo mateix. Després de considerar diferents llocs i a proposta d'en Josep M., vam trobar la ubicació perfecta a l'hotel Almadraba Park, a Roses, tant pel dimensionat de la reunió com per la tecnologia docent de què disposava i, no cal dir-ho, pel seu entorn i hostalatge excepcionals. La segona circumstància va ser més aviat de tipus acadèmic. Des de feia un temps, al Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut (CCECS), adscrit a l'Institut d'Estudis de la Salut (IES), es treballava en aspectes relacionats amb les competències pròpies de la nostra especialitat. Aquesta tasca va ser presentada posteriorment en una sessió de l'SCP. Vostè, doctor X. Demestre, se'n deu recordar, perquè hi va participar activament. La formació continuada dels pediatres està del tot relacionada amb les seves competències.

J. M. Monjé: Les idees i els canvis suren en l'ambient. En una carta de George E. Miller d'abril del 1996 sobre educació en medicina es constata que «encara predominava la transferència passiva d'informació del professor a l'estudiant». Calia, afirmava l'autor, «afrontar preguntes abans de memoritzar les respostes», propugnava centrar l'ensenyament en «l'adquisició d'habilitats, actituds, valors i també de coneixements». «Els mètodes més prometedors són les simulacions per ordinador i els exàmens amb malalts estandaritzats», deia aleshores.

La Societat Catalana de Pediatria havia fet un PADP i va sorgir la idea de fer una sessió en què els assistents anònimament responguessin preguntes per mitjà d'un comandament a distància. Era intentar agafar l'hàbit d'autoexaminar-nos, anònimament, sobre com actuaríem davant un infant que ens porten a la consulta. La jornada estava dirigida més a la pediatria ambulatoria que a l'hospitalària. La intenció era qüestionar-nos com interrogar un nou pacient, què penses davant aquell nen, quines proves cal demanar per confirmar-ho, on cal adreçar-lo, a qui cal demanar ajuda, què diagnostiquem, què s'ha de receptar o fer...

La primera reunió es va fer l'11 d'octubre de 1997 amb tres taules: Infeccioses, Dermatologia i Patologia respiratòria. La jornada va acabar amb una conferència magistral: «Dissecció molecular de la patologia pediàtrica», per E. Estivill.

En què volien que fossin diferents, aquestes jornades?

J. M. Bosch: No ens vam proposar fer una reunió diferent, sinó aplicar uns criteris determinats. Es tractava d'assolir l'objectiu esmentat abans, mitjançant presentacions clíniques basades en els aspectes següents: 1) Situacions clíniques reals referents a la pediatria i les seves àrees específiques. 2) Preguntes amb distintes respostes opcionals i simultànies, emeses individualment pels assistents i expressades en pantalla a temps real i mitjançant un diagrama de barres. Això permetia valorar i comentar el tarannà dels assistents personalment (autoavaluació) i també fer una valoració de grup. 3) El professorat era escollit especialment d'acord amb el contingut específic de cada reunió. Molts dels participants van repetir la seva aportació diverses vegades i alguns van acabar sent assidus a cada jornada. 4) Totes les presentacions eren assajades i comprovades la nit abans. Això n'afavoria la qualitat, i també els suggeriments i la interrelació entre els presentadors. 5) La darrera aportació la feien els assistents per escrit després de l'última presentació, qualificant –amb una valoració de l'1 al 10– l'interès dels temes tractats, la presentació de cada professor, la qualitat de les instal·lacions docents, la metodologia docent emprada, les instal·lacions i l'atenció hoteleres, i fent suggeriments sobre el contingut de la jornada de l'any següent.

Va ser fàcil introduir aquesta metodologia?

J. M. Monjé: No va ser senzill fer entrar els ponents en aquesta metodologia, era complicada, requeria reflexió, imaginació i temps per part dels ponents. És més difícil preguntar que respondre. No es demanava parlar d'un tema, sinó com es resol el problema que ens presenten els pares d'un infant a la consulta –els pacients no porten escrits el diagnòstic al front. Volia ajudar a reflexionar, autoqüestionar-se, adonar-nos que tal volta t'has de rellegir el tema sobre una temàtica concreta. A cada taula hi havia un expert i un pediatre que demanava que es toqués de peus a terra. No sempre l'expert, el savi, es deixava conduir pel pediatre de carrer. No es volia una conferència magistral, aquesta la deixàvem com a aportació de novetats de tancament de la jornada.

Com era el lloc de la reunió? Com se'ls va acudir fer-la en aquest lloc?

J. M. Bosch: El lloc era ideal tant per a la docència com per al lleure. En relació amb l'aspecte hotelier, cal fer esment especial de la professionalitat i l'acolliment del Sr. Subirós i de la seva gent. En J. M. Monjé i també –i amb majúscules– la seva família, van ser imprescindibles en l'èxit de les jornades. En tinc el millor dels records.

J. M. Monjé: Les reunions es van fer sempre a l'hotel Almadraba Park, a Roses. Un lloc idíl·lic, amb bona cuina, aïllat, demanava restar-hi tot el dia. Hi havia la possibilitat d'anar-hi la nit abans i fruir del lloc. Sempre en dates semblants, el cap de setmana abans del 12 d'octubre. Volia possibilitar la bonhomia entre els assistents i que fos fora de Barcelona, la perifèria també existeix.

Era una reunió anual? Quants anys van fer-la?

J. M. Bosch: Sí, era una reunió anual, i em sembla que la vam fer durant tretze anys.

J. M. Monjé: Els tres primers anys van ser sota el paraigües de la Fundació Catalana de Pediatria; després, durant els nou anys següents, la coordinació va pilotar sobre nosaltres dos. Va ser un trajecte de dotze anys que va continuar encara dos anys més sota la coordinació de Pediatria de l'Hospital de Figueres.

Era fàcil mantenir el rigor extrem que exigien als ponents?

J. M. Monjé: Com en tota tasca, no sempre tot anava rodó. La majoria va anar entrant gradualment en la metodologia. De fet, en acabar la jornada es passava una enquesta als assistents en què puntuaven les taules i els ponents. No cal dir que les respostes reflectien com havia anat. Va ser una manera de mantenir el nivell de les jornades, que aviat va esdevenir molt alt.

J. M. Bosch: Com en tots els esdeveniments d'aquesta mena, al principi va caldre fer algun ajustament i adquirir experiència. Després ja no hi havia problemes. Es pot dir que després de la primera vegada s'establí una assimilació d'allò que es pretenia mitjançant un procés de selecció mútua. Sempre vam comptar amb participants entusiastes i de gran talla professional.

Eren conscients que se'ls demanava un esforç no habitual en altres reunions de més caixet?

J. M. Bosch: En referència als professors, crec que sí, que després d'una primera experiència n'eren conscients, i potser això va condicionar en part la continuïtat d'algun d'ells. L'objectiu era clar, la logística immillorable i la resta va anar sortint. El rigor exigít als ponents es traduïa en un gran esforç per part dels organitzadors per vetllar, amb criteri i mà esquerra, per la qualitat exigida.

Van tenir algun desencís? Alguna rèplica? Es van cansar d'organitzar-la?

J. M. Bosch: Tot allò que comença, acaba. Si hi va haver algun entrebanc, va ser l'excepció. Pel que fa a les jornades en conjunt, el record és fantàstic.

J. M. Monjé: Una experiència de dotze anys per a una institució és poc, una dotzena en la trajectòria personal és significatiu. Els canvis en la societat i en la professió han estat importants. Personalment, en mirar endarrere, el balanç el veig positiu, crec que en conjunt van ser unes bones jornades d'aprenentatge i de trobades d'uns professionals en bonhomia. Eren unes jornades dirigides a l'atenció primària i la seva realització va ser possible per una conjunció d'elements: tècnics, el sistema interactiu; metodològics, inspirats en els PADP i també en altres jornades de pediatria ambulatoria, com les Jornades del Departament de la Dexeus; i comercials, ja que sense el suport de les cases comercials és difícil fer una jornada d'aquestes característiques. De fet, organitzar quelcom resulta molt car, probablement molts no en som conscients fins que entrem a la cuina, a l'organització. Un tema complex són les relacions amb la indústria farmacèutica, on entren qüestions crematístiques i ètiques no sempre compatibles. La intenció era aconseguir una jornada útil, bona, bonica i econòmica. De fet, probablement la crisi econòmica està en la gènesi de la finalització d'aquestes trobades.

Van demostrar que es podia organitzar un cap de setmana científic summament agradable i sempre amb un preu d'inscripció molt modest, especialment comparat amb altres reunions. Com s'ho van fer per aconseguir-ho?

J. M. Bosch: Sempre vam creure que companyonia, bon ambient, taula i ciència són complementaris i es potencien mútuament. La qualitat i el rigor en tots aquests aspectes són fonamentals i crec que a la JAP això hi era. Les estones compartides durant els àpats i les estones de lleure, no tenien preu. En Josep M. va ser clau en tot plegat.

Es pot fer una valoració global?

J. M. Monjé: Fer-ne una valoració no és senzill. Les metodologies han canviat acceleradament. Els dos primers anys es passaven diapositives amb projector, i de sobte el projector de diapositives va quedar obsolet, va esdevenir una antigalla desbancada per l'ordinador, que ha estat i continua revolucionant el món del treball i de l'ensenyament. I, amb tot, és vàlida una metodologia que ens ajudi a pensar en el més freqüent, a demanar proves amb finalitat, a adquirir un bon hàbit en l'exercici del dia a dia. En concret, un ensenyament que incideixi en els hàbits, les actituds, els valors i uns coneixements actualitzats. Era una eina que encara és vàlida. És la metodologia dels PADP, en especial si estan fets per un nombrós col·lectiu, però és difícil de fer i car. En aquestes jornades, durant dos anys seguits es va fer una taula de cardiologia en forma de PADP; va ser un Programa d'autoavaluació de cardiologia en pediatria (PACP). En la presentació dels casos, fins i tot, es podia escoltar un disc amb bufcs patològics. Es volia representar que l'infant ve a la consulta i escoltes un buf, què en penses?, què fas?

Ho tornarien a fer?

J. M. Bosch: Depèn de les circumstàncies. Tot té el seu temps.

J. M. Monjé: Els anys fan mirar endarrere i aquestes jornades són uns dels esdeveniments en què he participat que miro amb més gratitud. Per la imaginació desfilen nombroses persones: de l'hotel on es van fer, els visitadors que ens van ajudar, de les cases comercials, de la Societat Catalana de Pediatria, els nombrosos professionals que van participar en les taules –alguns, al llarg dels anys, hi van participar en reiterades ocasions– i, com no, els professionals que hi van assistir, un bon nombre d'ells fidels i reincidents. Com en tot camí, hi ha un agraïment molt especial per al company i amic de la cursa, en Josep M. Bosch. Gràcies a molts, han estat unes reunions amb un bon caixet.

Els Cursos de Pediatria Extrahospitalària del Dr. Prandi

Luis González-Trapote

L'origen dels cursos de pediatria extrahospitalària es troba a l'inici de l'any 1968. El Dr. Francesc Prandi i Farràs creava un servei de pediatria a l'Hospital Sant Rafael de Barcelona, per al qual havia estat nomenat director. Tots els membres, excepte un metge intern en formació pediàtrica, eren pediatres que no formaven part de cap servei hospitalari, sinó que desenvolupaven la seva activitat professional en ambulatoris de la Seguretat Social i en les seves consultes privades i de mutualitats d'assegurances lliures.



Francesc Prandi

Al principi, aquest servei acabat de crear va funcionar, sobretot, com a consulta externa, sense descartar per això alguns ingressos. En els pocs ingressos influïa el fet que l'hospital no disposés de servei d'urgències i que les diferents especialitats existents estaven orientades a l'atenció de l'adult, amb excepció dels serveis de cirurgia ortopèdica i de cirurgia de l'aparell locomotor. Un fet curiós era que l'Hospital Sant Rafael disposava de dos serveis dedicats als trastorns ortopèdics, especialitats cap a les quals l'hospital dirigia l'atenció des de feia anys.

Com que no hi havia servei d'urgències i, a més, els pacients infantils –la majoria nenes– eren de llarga hospitalització, el Dr. Prandi i el seu equip es van convertir, de fet, en «pediatres de capçalera», tant en la consulta externa, que va adquirir molta preponderància, com en l'atenció dels problemes físics que poguessin presentar les nenes hospitalitzades, així com el seu seguiment referent al desenvolupament psicomotor, les immunitzacions, etc.

L'equip del Dr. Prandi celebrava reunions setmanals, en forma de sessions clíniques, en les quals es plantejava la situació epidemiològica del moment, es discutien casos clínics, es feien actualitzacions de criteris diagnosticoterapèutics i es feia un repàs bibliogràfic molt ampli.

Aleshores va començar a gestar-se un moviment que el Dr. Prandi portava des de feia temps al cap. Ell considerava que una pediatria practicada fora de l'ambient hospitalari podia i havia de ser tan científica com la que es feia als hospitals («existeix vida intel·ligent fora dels hospitals»).

Coincidia que als Estats Units i a Europa s'estaven gestant grups amb la mateixa finalitat. Als Estats Units era l'*Ambulatory Pediatrics*, a Suïssa –pionera d'Europa– la *Pédiatrie Ambulatoire*, a França la *Pédiatrie de Ville* i a Alemanya la *Pädiatrie in der Praxi*.

Les idees estaven clares, el repte en marxa, però faltava adjudicar-li un nom que fes fàcil comprendre la finalitat d'aquest moviment. El terme *ambulatori* va ser descartat, a pesar que havia estat el triat pels nord-americans a Amèrica i pels suïssos a Europa. La raó per rebutjar-lo va ser el pobre concepte que els pacients, en general, tenien dels ambulatoris de la Seguretat Social al nostre país en aquells temps. Els de «pediatria de ciutat» (França) o «pediatria en la pràctica» (Alemanya) no van quallar, ja que no acabaven d'encaixar amb el concepte que el Dr. Prandi i els seus col·laboradors volien donar a aquesta parcel·la tan àmplia de pediatria com a especialitat mèdica.

Finalment, el terme triat va ser «pediatria extrahospitalària», que es va definir com la pediatria practicada fora de l'ambient de l'hospitalització, és a dir, a les consultes externes d'hospitals generals o pediàtrics, les consultes públiques (aleshores ambulatoris), les consultes

privades i les dependents de mutualitats d'assegurances lliures (anomenades *mútues* en alguns llocs, *companyies* en uns altres, etc.).

El Dr. Prandi va connectar amb els diferents, anomenem-los capdavanters, de moviments similars als països esmentats, i es va crear un nexa que va culminar amb la creació d'una Societat Européen de Recherche en Pédiatrie Ambulatoire (SERPA).

El grup estava convençut de l'enorme interès i de la necessitat d'aconseguir que la pediatria extrahospitalària adquirís un nivell científic que li fes deixar de ser la ventafocs de la pediatria per convertir-se en la pediatria de primera línia, capaç de resoldre gran quantitat de problemes de salut del pacient pediàtric, infant i adolescent, amb menys mitjans, segur, que un servei pediàtric hospitalari, però disposant d'una tecnologia bàsica, que ben utilitzada podia estalviar als pacients i les seves famílies, llargues esperes d'atenció, i aconseguir diagnòstics de seguretat i, per tant, de tractaments molt més ben orientats. Així doncs, es va plantejar de seguida l'engegada de cursos de postgrau adreçats als pediatres de tot Espanya, en els quals es busqués la posada al dia dels problemes més freqüents en l'àmbit pediàtric i també la tranquil·litat per a molts pediatres assistents de saber que estaven fent bé les coses i que no era necessària una tecnologia avançada per arribar a fer diagnòstics correctes.

El criteri inicial per confeccionar els programes dels cursos es basava en l'experiència personal dels membres del grup; aleshores es buscava el professor convidat que es considerava idoni per desenvolupar el tema o bé els membres del grup es preparaven aquests temes en forma de taula rodona o exposició magistral, avalats amb un estudi bibliogràfic i la pròpia experiència. Els temes es presentaven al grup mesos abans de l'exposició davant els participants al curs, i eren criticats i corregits. Els temes del programa es lliuraven mecanografiats als cursetistes amb el colofó d'una extensa bibliografia.

No sempre es tractaven temes comuns. Mai no solien faltar al programa de cada any temes especialitzats en què el diagnòstic precoç i el seguiment estaven en mans dels pediatres extrahospitalaris. Per posar uns exemples: «Seguiment del nen prematur», «Seguiment del nen amb malaltia crònica», «Cardiopaties congènites» o «Fibrosi quística». Tampoc no faltaven mai, en el temari, la valoració del desenvolupament psicomotor, les immunitzacions, etc. És a dir, es buscava una pediatria integral.

El primer curs de pediatria extrahospitalària es va celebrar del 24 al 29 de novembre de 1969; hi van acudir vint-i-vuit pediatres i metges generals que visitaven infants habitualment, després anomenats *mestos*. Un detall anecdòtic és que no hi va acudir cap dona, quan en el moment actual, més del 70% dels participants ho són.

El nombre de participants va anar augmentant de manera exponencial, fins que va arribar un moment en què, una vegada plena la sala d'actes de l'Hospital Sant Rafael, es creava una llista d'espera que servia per cobrir les places que quedaven lliures si algun company o companya no hi podia anar, generalment per malaltia. Va arribar un any en què la llista d'espera superava la d'admesos, i a petició del coordinador dels cursos se'n va fer una segona edició. Pensava, pobre, que seria una repetició de la primera edició. Tenint en compte l'esperit del Dr. Prandi, que no admetia que hi hagués cap novetat entre març i setembre que no quedés reflectida, tant en l'exposició del tema o dels temes corresponents, com en el material escrit que es lliurava als assistents, no es podia parlar d'una segona edició sinó de dos cursos amb els mateixos títols al programa, en un any, cosa que va ser molt complicada de dur a terme.

Al principi, els cursos duraven cinc dies i mig, de dilluns a dissabte al migdia. Les circumstàncies laborals, sobretot, van obligar a reduir la durada, seguint un sistema de repartiment del temps que permetés el desenvolupament normal del temari; els col·loquis es feien per

escrit, amb la col·laboració d'un nombre d'hostesses que permetia que les qüestions plantejades pels participants arribessin a la taula de manera gairebé immediata.

L'1 de gener del 1990, el grup es va constituir com a Grup per a la Investigació i Docència en Pediatria Extrahospitalària (GRINDOPE), amb la finalitat que quedés ben clar que, com en totes les especialitats mèdiques, el pediatre ha de «saber fer, saber ensenyar i saber investigar» –que va ser, precisament, el títol del curs en què se celebraven els seus primers vint-i-cinc anys d'existència. Des d'aleshores, el GRINDOPE és l'organitzador dels cursos.

A mesura que anaven passant els anys, els nostres companys participants demanaven temes més complexos, i sovint es feien taules rodones i cursos que teòricament no eren monogràfics, però sí a la pràctica, tal com figurava al segon títol. Per exemple, el «Curs de pediatria extrahospitalària: terapèutica farmacològica», els temes del qual incloïen terapèutica farmacològica oftalmològica, terapèutica farmacològica antimicrobiana, terapèutica farmacològica antiasmàtica, etc.

Va arribar un moment en què es va fer impossible allotjar el nombre d'assistents a la sala d'actes de l'Hospital Sant Rafael, i des d'aleshores i fins al moment actual, es va passar a l'Auditori Winterthur, que ara és Auditori AXA. L'aforament d'aquest espai, de 600 places, va permetre que les llistes d'espera es reduïssin de manera considerable.

És evident que un nombre d'assistents tan considerable podria fer que els cursos es massifiquessin en el mal sentit de la paraula, però no va ser així. Crida l'atenció la «disciplina» dels cursetistes i la puntualitat en l'inici i el final de les sessions, que permeten fer un curs tan condensat de manera bastant còmoda. Hi influeix, sens dubte, que les instal·lacions on se celebren els cursos ajuden a fer que pugui ser així. La proximitat del saló on se celebren els esmorzars de treball permet reduir al màxim el temps utilitzat.

Els últims anys del Dr. Prandi l'orientació dels cursos va experimentar alguns canvis, dirigits a aprofitar millor el temps, i el títol general de Curs de pediatria extrahospitalària es va acompanyar del subtítol «Col·loquis amb especialistes». Ara les sessions consisteixen en l'exposició del tema per part d'un professor convidat, expert en el tema que es vol tractar, moderat per un dels membres del grup, amb una durada de trenta minuts per a l'exposició i trenta per al col·loqui que, com s'ha comentat, es fa per escrit. La resta segueix la mateixa rutina: elecció dels temes entre els proposats pels cursetistes i els considerats com més interessants pel comitè organitzador. El moderador de cada sessió té un treball bastant ardu, ja que ha d'orientar el professor convidat sobre què és el que s'espera de la seva participació, posant l'accent en la part més pràctica del tema. Com deia el Dr. Prandi, «allò que el professor exposi s'hauria de poder aplicar l'endemà». Moltes vegades el tema pot ser massa llarg per exposar-lo en trenta minuts, però això es compensa en el llibre que s'edita, exclusivament per als assistents, amb tot el temari del curs, en què el professor convidat es pot allargar tant com li sembli necessari per tractar tan a fons com cregui oportú el tema que se li assigna, i exposar oralment, amb les projeccions, vídeos, etc., la part més pràctica, la «d'ús immediat». Aconseguir-ho no és una tasca fàcil, però l'experiència dels moderadors, d'una banda, i la dels professors convidats, fa que s'aconsegueixi la immensa majoria de vegades.

El Dr. Prandi feia temps que estava malalt, amb tots els ànims del món, però malalt. Al peu del canó fins al final, però el final va arribar l'any 2011. En cap moment es va plantejar deixar de fer els cursos en desaparèixer el seu fundador i ànima. No es podia deixar de banda una herència tan important, i el grup, el GRINDOPE, va decidir continuar, seguint la pauta que ja havia estat marcada: «Col·loquis amb especialistes», després dels passos que va marcar el fundador.

És ben cert que l'esforç que comporta l'organització d'aquests cursos queda pal·liat per la qualitat dels professors, molts d'ells habituals, que n'han copsat l'orientació, i la dels nous professors, que al seu torn també la capten.

Des de fa uns anys, els assistents als cursos tenen accés –per mitjà del web del GRINDOPE, amb un nom d'usuari i una contrasenya– als col·loquis de tots els temes, transcrits i corregits, a les presentacions, al capítol corresponent del llibre i a unes fotografies de record.

De vegades, i és un comentari personal, un pensa, com ho feia Prandi, en la raó que després de tants anys, i havent-hi com hi ha cursos de molt alta qualitat de cap a cap del país, aquests continuïn tenint aquest èxit referent a l'afluència de cursetistes de tot Espanya. Per descomptat que interès –entusiasme, diria– per part del comitè organitzador, i moltes ganes de treballar, no en falten. Potser aquest és el motiu. No ho sé.

El GRINDOPE no rep cap aportació econòmica, i se subvenciona exclusivament amb l'aportació en forma de quota d'inscripció dels cursetistes, molts, això sí, patrocinats per la indústria farmacèutica i de l'alimentació, a títol personal, que personalment considero un sistema de col·laboració de gran utilitat, que ajuda a promocionar la formació continuada del pediatre extrahospitalari, que forma part de les seves tasques obligatòries: assistencial, formadora i d'investigació.

Dels cursos de pediatria extrahospitalària van sorgir societats provincials i, posteriorment la Societat Espanyola de Pediatria Extrahospitalària, a la qual es va posar l'afegit «i d'Atenció Primària», ja que havien sorgit altres grups moguts per la mateixa fi, dirigits més aviat a l'assistència pública. El GRINDOPE no té més relació que la lògica de germanor amb aquestes societats, encara que, com és lògic, el Dr. Francesc Prandi i Farràs va ser el primer president de la Societat Espanyola de Pediatria Extrahospitalària, president de la Societat Europea d'Investigació en Pediatria Ambulatòria, i també ho va ser d'honor en concloure el seu mandat.

Són molts anys treballant amb Prandi i, posteriorment, seguint les seves petjades, que confiem que no es perdin mai, ja que creiem que ningú no podrà objectar que aquests cursos van ser els pioners i els paladins a l'hora d'aconseguir que la pediatria extrahospitalària adquirís el nivell científic que es mereixia i que cada any que passa podem constatar que és més gran.

SEM pediàtric

20 anys d'una gran resposta a la necessitat de transport neonatal i pediàtric a Catalunya

Pedro Domínguez, Josep Caritg, Eduard Carreras, Maria Teresa Esqué, Raquel Jordán

Introducció

El transport interhospitalari neonatal i pediàtric (a partir d'ara referits conjuntament com TP) és el procés assistencial pel qual un infant, sigui quina sigui la seva edat, és portat des d'un hospital emissor a un altre receptor per necessitats diagnòstiques o terapèutiques o per altres raons.

El TP juga un important paper en l'atenció a l'infant, amb les seves dues grans vessants complementàries: apropar els recursos assistencials allà on es generen les necessitats i portar els pacients on són els recursos requerits per al seu tractament definitiu. Ambdues dimensions són importants, especialment en situacions crítiques. Per tot això el TP esdevé clau en el sosteniment de la cadena de supervivència de l'infant greu i en la provisió de continuïtat assistencial¹.

El TP, entès com un procés, suposa una actuació assistencial complexa que es desenvolupa d'acord amb un model local de transport lligat al model i mapa sanitaris del país. Aquests, al seu torn, venen determinats per factors socials, culturals, econòmics i polítics. És per això que models d'altres països, tot i que útils com una bona referència, no són enterament aplicables al nostre.

Des de la perspectiva assistencial, el TP té com objectius generals la qualitat assistencial, l'eficiència i la satisfacció, tant dels receptors del servei (sobre tot pacients) com dels professionals que ho assumeixen. Per l'assoliment d'aquests objectius es requereixen recursos específics (ambulàncies, helicòpters i/o avions, equipaments, material i medicació), una metodologia pròpia i professionals competents. Pel que fa als professionals, existeixen prou raons per defensar que sigui realitzat per equips pediàtrics: necessitat d'anticipació (el que inclou possibles recomanacions fetes per l'equip de transport a l'hospital emissor durant la fase inicial de contacte) i d'estabilització, 2 aspectes clau per a l'èxit del TP per a les quals es requereix el coneixement de l'infant i la seva patologia i la competència per a la realització de tècniques i procediments de suport vital.

Cal també considerar objectius operatius d'atenció directe concrets. Uns orientats a l'infant: supervivència immediata, prevenció de complicacions i dany secundari, millora de la situació clínica i facilitació de la continuïtat en la seva atenció. Altres més enfocats al procés: prevenció d'efectes indesitjables sobre l'equip humà i l'equipament i ús eficient dels recursos. Així, cal que el TP sigui efectiu i alhora segur. Per això, la seguretat, orientada al pacient però també al propi equip, és una prioritat, convertint-se la prevenció de complicacions en un focus d'atenció preferent.

Des d'una perspectiva de planificació sanitària, el TP afavoreix l'equitat, l'equilibri territorial, la qualitat assistencial, la eficiència en la gestió de recursos de la comunitat i la satisfacció de tots els agents implicats. El desenvolupament d'un programa de TP és un compromís amb la ciutadania però aquest compromís ha de incloure considerar el TP com un instrument i no un fi en sí mateix, i demanar que resolgui les necessitats de transport de l'infant malalt però no que resolgui problemes estructurals del sistema d'atenció de salut. Tot això permet

entendre la importància del factor polític (voluntat política) en la implantació de sistemes de TP i el seu model.

El model de TP que finalment s'adopti cal que s'ajusti a les necessitats, possibilitats i particularitats de la comunitat i ha de tenir en compte la seva realitat geogràfica, demogràfica, cultural i econòmica². A més, ha de prendre en consideració el model sanitari existent i el seu nivell de desenvolupament així com les característiques i orientació del sistema d'emergències local (si existeix). També, no menys important, cal que tingui present l'interès i el compromís dels pediatres. En tot cas, s'haurà d'assumir el paper clau de la voluntat política imperant (a vegades enfrontada a consideracions tècniques) pel que fa a la decisió final d'implantació d'un sistema de TP i l'opció per un determinat model.

L'abordatge del TP a l'estat espanyol no ha seguit un patró homogeni³⁻⁴, amb molt camí encara per recórrer. A la majoria de comunitats autònomes no existeix un veritable sistema de TP amb *especificitat* (dedicat només al transport del nounat i l'infant). Per altra banda, entre les tres regions, Catalunya apart, a les que el TP està clarament establert (Balears, Madrid i València) tampoc existeix homogeneïtat pel que fa a la *universalitat* (cobertura de tot el territori i de tot l'espectre pediàtric, des del recent nascut fins al nen gran) i a la *especialització* (atenció prestada per pediatres i infermeria i tècnics pediàtrics). En canvi, a Catalunya tenim el privilegi de disposar des de 1995 d'un sistema de TP conegut com SEM Pediàtric (SEMP), el qual s'ha consolidat com un model específic, universal i especialitzat de TP, que ha permès assegurar l'assistència a l'infant crític amb necessitat de trasllat interhospitalari al nostre entorn. Aquest model és una referència per altres comunitats de l'estat espanyol i és el que es reconeix com *model català* de TP⁵.

En aquest capítol es resumeix la història d'aquests primers 20 anys de funcionament del SEMP, alhora que es fa una aposta pel seu futur. L'autoria aglutina l'abans, l'inici, el desenvolupament i també el seu present més recent del SEM Pediàtric a Catalunya.

A la taula I es recull la cronologia dels esdeveniments més rellevants.

Antecedents

La preocupació per la necessitat de TP a Catalunya es remunta als anys 1970 i es centra en els seus inicis en el transport neonatal. En aquests anys la Societat Catalana de Pediatria (SCP) va editar un model d'història per al transport neonatal per garantir uns antecedents perinatals i un informe als centres receptors, però l'ús de la qual malauradament no es va generalitzar. Aquesta inquietud de la nostra Societat es mostrà més endavant en cursos de formació continuada a comarques en els quals el transport del nounat malalt era un tema prioritari, com recull posteriorment un article publicat l'any 1983 al Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria⁶.

L'any 1973, el Dr. Juan Pérez del Pulgar Marx, neonatòleg de l'Hospital Casa Maternitat de Barcelona, planteja la creació d'una unitat mòbil de cures intensives neonatals per tal de facilitar el transport dels nadons que s'ingressaven a l'hospital. Finalment, l'any 1976 es fa el primer trasllat neonatal organitzat en ambulància medicalitzada pròpia, amb equipament, metge i infermera de l'Hospital Casa Maternitat. Posteriorment, el 1983 amb la col·laboració de Bombers de la Generalitat, es fan els primers transports neonatals en helicòpter: un nounat de La Seu d'Urgell i un altre de Puigcerdà (notícia recollida per La Vanguardia el 23 de febrer de 1983). A partir d'aquest moment i fins l'any 1995 es treballa en col·laboració amb Bombers de Barcelona que amb la seva ambulància amb incubadora faciliten la realització dels transports dels nounats que requereixen ingrés a l'hospital des de l'exterior.

Taula I. Cronologia essencial en la història del SEM Pediàtric (SEMP)

Any	Esdeveniment	Informació complementària
1985	Creació del SCEM: Sistema de Coordinació d'Emergències Mèdiques	- Àmbit: Catalunya - Pla pilot - Transport només interhospitalari - Adults i infants
1986	Creació del SEM: Sistema d'Emergències Mèdiques	- Transformació del SCEM
1987	Creació del SAMU: Servei d'Atenció Mèdica Urgent	- Àmbit: ciutat de Barcelona - Inici de l'atenció organitzada a les emergències extrahospitalàries a Catalunya - Adults i infants
1991	Creació de SCUB061: Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona	- Evolució del SAMU - Inici de l'ús del número 061 per a la demanda d'atenció davant emergències - Transformat en empresa pública el 1997: SCUBSA061
1992	El SEM inicia l'atenció a l'emergència primària extrahospitalària	- Any dels Jocs Olímpics de Barcelona
1993	Transformació del SEM en empresa pública: SEMSA	- Formalment constituïda en 1992
1995	Creació del SEM PEDIÀTRIC (SEMP)	- Part integrant del SEM - Dos bases terrestres simultànies: Hospital Vall d'Hebron (SEM18) i la Unitat Integrada de Pediatria (Hospital Casa Maternitat i Hospital Sant Joan de Déu; SEM19) - Una base aèria (helicòpter): Hospital Sant Pau (SEM20) - Cobertura: Catalunya i Andorra - Pacients: nounats i infants - Equip: pediatria, infermera pediàtrica i tècnic pediàtric - Inici activitat: 6 de juny (SEM19)
2001	Implantació definitiva del número 061	- Tot Catalunya
2002	IV Jornada SEM de formació: "Estabilització i transport del nen crític"	- 23 de novembre - Seu: Hospital Universitari Vall d'Hebron - Edició d'un llibre monogràfic
2005	Integració de SEMSA i SCUBSA	- Fusió legal: 2005 - Fusió física: 2006
2006	Desplegament d'un nou model SEM	- Noves denominacions de les bases pediàtriques: SEM18 → YP01, SEM19 → YP02 i SEM20 → H01 (P) - Nou logo
	Concurs públic per a la contractació de serveis per al SEMP	- Primer gran recanvi de vehicles i equipament per al SEMP
2007	Creació de la Unitat de Suport Vital Intermedi Pediàtrica (USVIP)	- Base: Hospital Maternitat - Denominació: YP03 - Pacients: nounats (no exclusivament) - Equip: infermera neonatal i tècnic - Es desglosa de la base SEMP de l'Hospital Sant Joan de Déu
2013	Reestructuració del SEMP terrestre	- Supressió de la USVIP YP03 - Dos úniques bases: YP01 i YP02, ambdues operatives les 24 hores del dia amb personal de presència física - Foment de la participació del SEMP en l'atenció a les emergències primàries extrahospitalàries, neonatals i pediàtriques
2015	Concurs públic per a la contractació de serveis per al SEMP	- Segon gran recanvi de vehicles i equipament per al SEMP - Plenament operatiu a l'inici de 2016
	20è aniversari del SEMP	- Més de 20.000 trasllats realitzats

Per la seva part, el Dr. Francisco Javier Travería inicià en 1978, des de la Clínica Nen Jesús de Sabadell (anys després integrada a l'Hospital Parc Taulí), el que avui anomenaríem una *joint venture* amb la Creu Roja per fer trasllats neonatals. Es va crear un dispositiu local per traslladar nounats cap a l'esmentada clínica infantil, primer des de la Clínica Santa Fe de Sabadell i després també des de l'Hospital de Berga. La Creu Roja aportava ambulància, incubadora amb respirador i personal tècnic. A partir de 1992, fins l'inici del SEMP, aquest dispositiu va permetre derivar amb més garanties nounats des de la capital vallesana cap a hospitals de referència de Barcelona. El Dr. Travería va ser molt actiu, va participar amb comunicacions i ponències sobre el tema en diferents reunions científiques, va col·laborar en cursos i fins i tot, el 1984, en va dirigir un a Sabadell de transport neonatal.

L'any 1983, surt publicat al Butlletí de la SCP l'article abans citat del Dr. Lluís Soler Pérez (llavors cap de secció de Neonatologia de l'Hospital de Reus) en el que ja es remarcava que el millor transport del nounat és el claustre matern i es recollien conceptes essencials per al posterior desenvolupament del transport neonatal: necessitat de regionalitzar l'assistència perinatal, valor de l'equipament i la qualificació del personal encarregat, importància d'una correcta estabilització del nadó abans d'iniciar el transport i interès per promoure els transports de retorn⁶.

L'any 1985 és clau en la història del SEMP. Amb l'impuls del Dr. Santiago Ferràndiz ("Santi"), metge entusiasta, tenaç, amb ferma voluntat i idees clares, es crea el SCEM (Sistema de Coordinació d'Emergències Mèdiques). Després d'una primera fase pilot el SCEM donà pas, l'any següent (1986), al SEM (Sistema d'Emergències Mèdiques)⁷. El SEM es dedica a la gestió del trasllat interhospitalari de malalts crítics a Catalunya i la seva assistència, tot i que l'any 1992 es transforma en empresa pública (SEM S.A.) assumeix també l'atenció a les urgències i emergències mèdiques d'adults i infants.

Alguns pediatres van tenir la oportunitat de participar en el procés de creació del SCEM. Entre d'altres Maria Teresa Esqué Ruiz i Xavier Carbonell i Estrany (Hospital Casa Maternitat), que prèviament havien realitzat una enquesta a nivell de Catalunya per conèixer els recursos disponibles i les necessitats de trasllat. I també Eduard Carreras Gonzalez (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona) i el ja citat abans Francisco Javier Travería Casanova⁸.

En aquell moment les poques dades disponibles mostraven un panorama del transport neonatal preocupant. Un estudi fet els anys 1985-1986 pel grup de la Casa Maternitat i



Fig. 1. Primer model d'ambulància SEMP estacionada a l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron (1995).



Fig. 2. Primer model d'helicòpter utilitzat pel SEMP-SP (Ecurell monoturbina).

publicat el 1987 a la revista de la nostra Societat⁹ sobre nadons ingressats via trasllat va mostrar: 10% no acompanyats per personal sanitari; 37% de ingressos a UCIN amb estabilització incorrecta; 23% van arribar hipotèrmics ($T < 35^{\circ}\text{C}$), 17% hipoglucèmics i 32% hipotensos. A més la incidència d'hemorràgia intracranial en el nadó preterm gairebé es duplicava (45% v 25%) en cas d'arribar en situació d'hipotèrmia i/o hipoglucèmia i/o hipotensió. Uns anys després (1989), a la sessió anual del Grup d'Estudis Neonatals de la Societat Catalana de Pediatria dedicada a comarques, després d'analitzar l'estat del transport neonatal a Catalunya en aquell moment, es va declarar que "*cada nen ha de tenir les mateixes oportunitats, neixi on neixi*"¹⁰.

Pel que fa al transport específicament pediàtric, l'any 1991 la Societat Catalana de Pediatria va organitzar a Lleida la XI Reunió Anual de Serveis de Pediatria d'Hospitals Comarcals, en la que el Dr. Antoni Gomà va moderar una taula rodona amb el títol "Estat actual del transport del nen malalt". El Dr. Pedro Domínguez Sampedro (de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona -HUVH-; en aquell moment amb una altra denominació) va presentar els resultats d'un estudi prospectiu fet aquell mateix any de tots els pacients traslladats a la UCIP de l'HUVH des d'altres hospitals de Catalunya durant 3 mesos (23 infants). Els resultats pel que feia al trasllat van ser: 26% evitables, només 61% fets pel SEM general (ja operatiu des de 1986), 42% sense exploracions complementàries ja fetes a l'hospital d'origen i de potencial utilitat a l'ingrés a UCIP, 36% sense informe assistencial de transport, 48% amb atenció immediata pretrasllat millorable, i 22% amb problemes durant el transport no ben controlats (dades no publicades).

L'any 1994, a la XIV Reunió Anual de Serveis de Pediatria d'Hospitals Comarcals de Catalunya celebrada a Tortosa, el tema que desperta major interès torna a ser el transport del nadó. Durant la reunió es va reflectir el desig dels presents de tenir un transport neonatal digne, sense angoixes, sense risc per al nadó i de qualitat.

Mostra addicional de l'interès actiu d'alguns dels pediatres catalans pel transport en el període 1973-1995 són els nombrosos treballs fets, molts dels quals publicats en el Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria (ara Pediatria Catalana)¹¹⁻¹⁷.

Arribem per fi a l'any 1995, en el que es van donar una sèrie de circumstàncies favorables per què s'iniciés el transport pediàtric i neonatal organitzat a Catalunya.

L'any 1995, essent Conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya el Dr. Xavier Trias i Vidal de Llobatera, reconegut pediatre i antic metge adjunt de l'Hospital Vall d'Hebron, finalitzava el període corresponent al Pla de Salut 1993-1995. Aquest pla en el seu apartat B.48 establí: "*Abans de l'any 1995 s'hauran instaurat les estratègies per a la coordinació de les derivacions urgents interhospitalàries*"; i això ho feia sense distincions entre el pacient pediàtric i l'adult, objecte preferent del transport interhospitalari fins aquell moment.

Als inicis del 1995 el Dr. Carles Martínez, aleshores Director assistencial del SEM, es va posar a treballar oferint als hospitals amb serveis de referència de pediatria i neonatologia de la ciutat de Barcelona la oportunitat de col·laborar en el disseny d'un sistema de TP dintre del propi SEM però comptant amb equips pediàtrics. Els hospitals van ser l'Hospital Vall d'Hebron (VH), l'Hospital Casa Maternitat (CM) i l'Hospital Sant Joan de Déu (SJD), que en aquell moment constituïen la Unitat Integrada de Pediatria Clínic - Sant Joan de Déu - Casa Maternitat (UI), i l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (SP). Sortosament, tots ells van acceptar la proposta.

El Dr. Martínez va entendre i va assumir les raons per a un TP fet per pediatres i infermeria pediàtrica, tal i com apuntaven el sentit comú i la literatura. A més recollia un sentiment

generalitzat entre els professionals assistencials del SEM, que queda exemplificat en aquestes paraules d'una metgessa dels inicis: *"Al cap d'uns quants mesos fent guàrdies ens van portar una incubadora, però ningú no sabia com funcionava, ja que no teníem pediatres al grup. Tot i així ens ho vam apanyar"* (declaració extreta de la referència número 7, recollida a la pàgina 38)⁷. Molt il·lustrativa aquesta declaració!

En els primers mesos del 1995 el Dr. Antonio Moreno Galdó i el Dr. Pedro Domínguez, ambdós en aquell moment pediatres de la UCIP, reben l'encàrrec de la Direcció de l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron de treballar amb el Dr. Martínez per establir les bases tècniques i operatives d'un imminent sistema de TP. Fruit destacable d'aquesta època, entre altres aspectes, va ser la proposta d'equipament (especialment el respirador pediàtric VentiPAC) i el disseny del full assistencial que durant molts anys va ser utilitzat per tots els equips de TP. Poc després, per raons que ara no ve al cas explicar, per decisió de la Direcció gerència de l'hospital, a instàncies de la del SEM, el Dr. Domínguez va ser apartat del projecte; llavors se'n va afegir la Dra. Anna Fina, del Servei de neonatologia i es va anomenar coordinador de l'equip SEMP-VH al Dr. Manuel Martín González.

Per la seva banda, als hospitals Casa Maternitat, Sant Joan de Déu i Santa Creu i Sant Pau són anomenats coordinadors dels respectius equips de transport la Dra. Maria Teresa Esqué Ruiz (Neonatologia), el Dr. Josep Caritg i Bosch (UCIP) i el Dr. Eduard Carreras Gonzalez (UCIP). Tots ells ja havien mostrat el seu interès i dedicació envers el TP.

De cara a la planificació del TP es va tenir present que Catalunya té una superfície de uns 32.000 km² i que la població en aquell moment (1995) era de poc més de 6 milions d'habitats, amb una població pediàtrica (<16 anys) al voltant del 16% del total i uns 54.000 naixements anuals (aproximadament 10-11/1000 habitants) [les dades aproximades corresponents a l'any 2015 són: 7,5 milions, 17% i 72.000, respectivament]. Catalunya disposava (i disposa) d'una xarxa hospitalària potent, quantitativament i qualitativament, amb uns pocs hospitals de referència pediàtrica d'alta especialització, molt centralitzats a l'àrea de Barcelona ciutat, tots ells en el seu conjunt oferint una bona assistència hospitalària, pública i privada. En aquell moment amb el mapa sanitari de Catalunya desplegat conviuen (i conviuen) els conceptes de regionalització aplicat a l'atenció global i de centralització aplicada a l'atenció especialitzada, especialment pel que fa a la assistència al nou-nat i a algunes patologies (trauma, càncer, errors congènits del metabolisme i patologia quirúrgica).

Per últim, un últim element igualment favorable que no pot ser oblidar va ser la pròpia existència del SEM amb una significativa experiència assistencial acumulada i amb importants recursos materials (p.ex., helicòpter) i de gestió de coordinació interhospitalària, aquesta última particularment important pel bon funcionament del sistema.

Amb tots aquests elements es va crear el SEM Pediàtric com un dispositiu assistencial integrat en SEM, vinculat als hospitals citats, amb pediatres i infermeria propis dels hospitals, i amb tècnics, vehicles (Fig. 1 i 2) i equipament gestionats per un proveïdor extern amb directrius rebudes des de SEM. Aquest dispositiu ha estat encarregat específicament i ininterrompudament des del 1995 del transport interhospitalari del nou-nat i de l'infant greu, amb cobertura per a tota Catalunya (i Andorra).

Així es va arribar a l'establiment dels primers 3 equips SEMP de TP de Catalunya, cadascun d'ells amb els seu identificatiu: SEMP-VH (SEM18); SEMP-UI (SEM19); i SEMP-SP (SEM20; exclusivament serveis aeris en helicòpter)¹⁸⁻¹⁹.

Inici del SEM Pediàtric

Les 3 bases SEMP varen començar la seva activitat assistencial de manera esglaonada. El 6 de juny de l'any 1995 l'equip SEM Pediàtric Unitat Integrada va fer el primer trasllat i l'1 de juliol ho va fer l'equip Vall d'Hebron. Posteriorment, el 29 de setembre, l'equip de Sant Pau va iniciar els serveis de trasllat amb helicòpter²⁰.

No obstant això, les dues primeres guàrdies del SEMP, a petició personal del llavors Director Assistencial del SEM, atès que la seva Direcció gerència havia decidit iniciar el programa el cap de setmana previ a la data d'inici de guàrdies pactada amb els hospitals amb equips terrestres, les va cobrir un dels autors (Pedro Domínguez), sense coneixement de la direcció del propi hospital. Durant aquell cap de setmana va estar localitzable amb un buscapersones però no va ser activat per a cap servei. Coses de la vida!

La Unitat Integrada i l'Hospital Vall d'Hebron van crear la seva pròpia estructura amb el seu coordinador, destinant pediatres i infermeria als equips SEMP. Pel que fa al SEMP-UI, l'Hospital CM aportava les infermeres i alguns pediatres i l'Hospital SJD la resta dels pediatres. Cadascuna de les bases SEMP assumia la formació dels equips, l'elaboració de protocols, el suport al manteniment de l'equipament, la gestió dels fungibles i la gestió de la millora de la qualitat, tot això alineat amb les directrius del SEM.

Per la seva part, la base de transport pediàtric en helicòpter va seguir una seqüència diferent. El SEM tenia un contracte amb AVISER, empresa d'helicòpters participada pel RACC i que feia l'assistència dels pacients adults. En el moment que el SEM va contractar aquesta empresa per cobrir el transport pediàtric, van ser AVISER i Sant Pau que varen establir un acord perquè els pediatres de l'hospital donessin la cobertura. En els primers temps l'equip de vol estava constituït per dos metges, sense infermera. Durant el primer any els serveis els realitzaven de forma rotatòria els pediatres adjunts que feien aleshores guàrdies a la UCIP, sempre amb el Dr. Eduard Carreras. A l'any següent es varen incorporar les infermeres que varen ser instruïdes a la seva vegada per els metges que ja havien adquirit experiència. Al cap d'un temps, l'equip de Sant Pau va a passar a ser directament base SEM amb entitat pròpia, deslligada de la empresa AVISER.

En tot cas, sempre ha existit al SEM un responsable referent per a tot allò relacionat amb el SEMP. En aquesta primera època ho va ser el propi Dr. Carles Martínez.

L'equip SEMP-SP estava de guàrdia tots els dies de l'any durant les hores diürnes en que l'helicòpter podia volar (només de orto a ocaso). Per la seva part, els equips terrestres (SEMP-VH i SEMP-SJD) després d'un temps inicial en que tots 2 estaven permanentment de guàrdia diària (24 hores), es va establir un model de complementarietat segons el qual ambdós equips alternativament un mes actuaven com equip principal i l'altre com equip de reserva (per possibles simultaneïtats en les demandes de serveis).

Els professionals dels equips de TP són un pilar essencial del sistema. Els equips SEMP es van configurar amb pediatres i infermeria amb experiència en infants crítics. Tot i que inicialment va participar algun pediatra veterà i expert en cures intensives pediàtriques i/o neonatals, en general es van enrolar pediatres joves i amb il·lusió, formats en l'atenció al nou-nat i infant crítics durant el seu període d'especialització. La infermeria provenia de l'entorn de les cures intensives pediàtriques i neonatals, si bé això no era homogeni entre les diferents bases. En tot cas, l'equip complet rebia formació específica en transport.

Les primeres generacions de pediatres als 3 equips SEMP i els pediatres de staff que els hi van donar suport es recullen a la taula II.

Taula II. Pediatres dels primers equips SEMP (1995)

Equip SEMP	Pediatres	
	Pediatres SEMP	Pediatres de suport
SEM18 (VH)	Margaret Creus Roser Porta Antoni Salvà Esther Sánchez-Leonhart Montserrat Terradas Mireia del Toro	<i>UCIP:</i> Antonio Moreno Juan Ortega <i>UCIN:</i> Félix Castillo Josep Perapoch <i>Urgències:</i> Xavier Perramon <i>Cardiologia:</i> Dimpna C. Albert
SEM19 (UI)	Francisco José Cambra Ester Cardo Josep Caritg M ^a Teresa Esqué Martí Iriondo Carles Luaces Elisenda Moliner	Julio Moreno M. Glòria Moretones Martí Pons Anna Riverola M ^a Dolors Salvia Marta Thió
SEM20 (SP)	Eduard Carreras Gemma Carreras Gloria Fraga	Gemma Ginovart Antonio Torras Montserrat Torrent

Pel que fa als tècnics, els dedicats al transport terrestre eren compartits per les bases SEMP-VH i SEMP-UI i només es dedicaven al transport d'infants. Per la seva part, els tècnics-pilots del SEMP-SP, compartien l'atenció d'infants i adults. Tot i que des de sempre s'han integrat com un element fonamental de l'equip, els tècnics depenien funcionalment del SEMP però laboralment dels proveïdors dels vehicles, que en la primera etapa van ser Ambulàncies Lázaro de Sabadell i TAF (en el cas de l'helicòpter). Aquest model s'ha mantingut fins avui dia sense canvis rellevants.

Val a dir que els pediatres del SEMP van ser ràpidament coneguts arreu Catalunya pels equips dels hospitals emissors i, amb excepcions, ben rebuts. A títol d'anècdota es pot dir que el primer equip SEMP-VH va ser batejat i conegut en alguns hospitals com "els MIREIOS", en clara referència a un dels seus primers components (la Dra. Mireia del Toro Riera).

Els equips SEMP van ser dotats d'equipament adient per possibilitar l'atenció a pacients pediàtrics i neonatals crítics, convertint tant les ambulàncies (una per cada base terrestre) i l'helicòpter en veritables unitats de cures intensives mòbils: incubadora de transport, monitor multiparamètric, respirador (neonatal i pediàtric), bombes d'infusió, matalàs de vuit, etc.

Pel que fa a l'activitat assistencial, en els 7 primers mesos de funcionament del SEMP (de juny a desembre d'aquell any 1995) es van fer 351 trasllats (226 per SEM19, 114 per SEM18 i 11 per SEM20), sobre tot de nadons. Cal recordar que inicialment només estava previst traslladar nounats i infants fins els 10 Kg de pes. Poc a poc els rangs d'edats i pesos es van anant incrementant fins a cobrir totes les edats pediàtriques (de manera ordinària fins a complir els 16 anys i ocasionalment més grans).

Consolidació

Després dels seus inicis el SEMP ha fet un llarg camí. Un camí gens fàcil però molt enriquidor.

Moltes coses han canviat al llarg del primers 20 anys del SEMP des del seu inici al 1995. Han canviat els protagonistes polítics, els gestors i els proveïdors de les ambulàncies i l'equi-

pament electromèdic (primer Ambulàncies Lázaro, de Sabadell, i actualment Ambulàncies Domingo, de Barcelona; per l'helicòpter ho continua essent TAF). Gairebé tots els professionals que hi han participat, sobretot els components dels equips assistencials de pediatres, infermeria i tècnics ara són nous. També les ambulàncies (Fig. 3), els helicòpters i els equipaments (Fig. 4). Igualment hi ha hagut canvis en la coordinació dels equips pediàtrics. Fins i tot han canviat els uniformes (han evolucionat des de l'armilla groga inicial com a únic distintiu SEM cap a l'uniforme complet actual, amb les granotes vermelles de vol en el cas de l'equip aeri) i els logos. Però el que no ha canviat és l'exigència de donar un bon servei i l'assumpció d'una filosofia de treball i una metodologia d'actuació definides, encara presents en totes les accions del SEMP actual.



Fig. 3. Les unitats YP01 i YP02 del SEMP del període 2006-2015 aparcades com 2 autèntiques bessones una al costat de l'altra a l'àrea d'urgències d'un hospital de Catalunya.



Fig. 4. Interior de l'ambulància amb equipament previst per al trasllat neonatal (configuració 2006-2015).

Model de transport

Durant aquests anys s'ha consolidat un model de TP que es basa en un compromís de confiança, respecte i col·laboració entre els 4 principals agents que intervenen: hospital emissor, hospital receptor, centre de coordinació i equip de transport, tots ells interactuant de manera contínua al llarg de les diverses etapes operatives del procés. Aquestes etapes, durant les quals es desenvolupen les accions referides a un infant concret, constitueixen l'eix central de la metodologia específica del TP: a) activació, b) contacte, c) preparació, d) estabilització, e) transport pròpiament dit, f) retorn a l'operativitat i g) seguiment a curt termini.

Hem confirmat la importància per al TP d'alguns conceptes: treball en equip, anticipació, estabilització, transferència (física i comunicativa) i gestió de llistes de comprovació⁴. La anticipació, entesa com tota actuació destinada a evitar problemes posteriors o, cas de presentar-se, fer-los front amb garanties, ha d'estar present durant tot el procés, especialment en les fases de contacte (moment de fer recomanacions), preparació i estabilització. Per la seva part, l'estabilització, entesa com el conjunt d'actuacions realitzades a l'hospital emissor per reduir el màxim el compromís del pacient de manera que permeti un trasllat amb mínimes actuacions i de mínima complexitat possible, és la base per a un transport efectiu i tranquil per a tots (infant i equip). No obstant això, cal equilibrar els beneficis previsibles amb el temps a dedicar-hi, per tal que aquest no es converteixi en temps perdut, considerant que en ocasions (excepcionalment) la única opció de supervivència del pacient passa per un trasllat immediat, tot i que sigui en condicions no desitjades. Per altra banda, cal donar valor a la transferència dels pacients, no només física si no també comunicativa, element essencial pel que fa a la continuïtat assistencial. Per últim, l'ús de llistes de comprovació (*check-list*) en

diversos moments del procés (sortida d'hospital, pujada a l'ambulància, o helicòpter abans d'iniciar el viatge, transferència entre dispositius, etc.), permet reduir la probabilitat d'errors i el seu repàs sistemàtic és obligat.

En aquests anys s'ha pogut reconèixer el centre de coordinació del SEM com un dels elements clau del bon funcionament del sistema de TP. El seu nom ha anat canviant al llarg dels anys i ara es coneix com Centre de Coordinació Sanitària (CeCos). En un entorn públic com el nostre juga un paper central, gestionant les demandes dels hospitals emissors i el procés de trasllat, sobretot pel que fa a la informació assistencial, la cerca de llit de destí apropiat i l'activació dels recursos necessaris (ambulància o helicòpter i equip assistencial).

El model d'equips SEMP ressenyat a l'apartat anterior es va mantenir fins el 2007. Aquell any es van reordenar els equips i es van renovar els identificatius. El SEMP-UI (abans SEM 19) es va desdoblar i va donar pas al SEMP-SJD (YP02; unitat terrestre de suport vital avançat amb base a l'Hospital Sant Joan de Déu) i al SEMP-CM (YP03; unitat terrestre de suport vital intermedi amb base a l'Hospital Casa Maternitat; dotada d'infermera i tècnic). El SEMP-VH (ara YP01; abans SEM 18) i el SEMP-SP (ara H01; abans SEM 20) es van mantenir sense canvis.

Professionals

Pel que fa a la composició dels equips, en aquests anys s'han anat renovant els pediatres, les infermeres i els tècnics. Han canviat els noms i les cares però no l'entusiasme i l'entrega. Es moment ara en aquest recull històric del SEMP de fer un reconeixement a tots/totes ells/elles per la gran feina feta. Molts ara són coneguts pel seu prestigi i per les posicions de rellevància que ocupen en diverses àrees de la pediatria catalana. Fins i tot en l'àmbit del TP, com és el cas de la Dra. Marta Thió Luch, antic membre de l'equip SEMP-UI-SJD coordinadora del transport neonatal i perinatal a l'estat australià de Victòria a través del servei anomenat PIPER (*Paediatric Infant Perinatal Emergency Retrieval*; <http://www.rch.org.au/piper/>).

Hi ha hagut canvis en la coordinació dels equips. L'any 2002 el Dr. Pedro Domínguez va retornar i se'n va fer càrrec de la base YP01. L'any 2007 la Dra. Maria Teresa Esqué va passar a dirigir la YP03 fins que aquesta unitat va deixar de prestar serveis per al SEM l'any 2013 (per raons que tampoc és ara moment de explicar). Per la seva part, el Dr. Josep Caritg se'n va fer càrrec de la YP02 fins l'any 2015, any de la seva jubilació, en que va donar el relleu a la Dra. Elisabeth Esteban Torner, pediatra intensivista amb experiència prèvia com pediatra del SEMP-UI. Per la seva part, el Dr. Eduard Carreras va mantenir sempre (i manté) la coordinació del SEMP-SP.

També s'han anat produint canvis en els referents del SEM i després del Dr. Carles Martínez (1995-1999) altres han mantingut aquesta funció: Dr. Joan Sala (Director mèdic; 1999-2011) Dr. Ramon Ciurana (Director assistencial; 2001-2005), Dr. Antonio Carballo (Director d'operacions; 2005-2007), Dr. Josep Maria Soto (Cap territorial SEM Metropolitana Sud; 2007-2010), Dr. Gilberto Alonso (Director àmbit Barcelona; 2010-2014) i, finalment, Dr. Joaquim Ríos (Cap territorial SEM Barcelona; 2014-2015).

Equipament

Coincidint amb els 2 grans concursos d'equipament SEMP terrestre (2006 i 2015) s'han renovat les ambulàncies i també els helicòpters (Fig 5) i s'ha dotat els equips amb material nou, més modern i sofisticat, per poder atendre tot el ventall de tipologies i patologies de malalt pediàtric i neonatal (des del prematur extrem de 500 g fins a l'adolescent de més de 50 kg): monitor multiparamètric amb possibilitats de telemetria, capnògraf, analitzador de sang

a peu de pacient (dispositius POC –*point of care*–), dispositius d'oxigenoteràpia d'alt flux, respirador de transport d'última generació que, entre d'altres prestacions, facilita la ventilació no invasiva, dispensador-monitor d'òxid nítric, dispositiu mecànic d'accés intraossi, equipament per a la immobilització i altres elements. Per la seva part, els 3 hospitals amb bases SEMP actuals han fet esforços per millorar les seves helisuperfícies, especialment l'Hospital SJD i l'Hospital SP (Fig. 6).



Fig. 5. Nous helicòpters pel trasllat aeri.



Fig. 6. Vista de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau des de l'helicòpter del SEMP-SP. Darrere l'esplèndid complex modernista de Domènech i Montaner es veu el nou hospital amb el seu heliport (sobre l'últim bloc a la dreta).

Activitat assistencial

L'activitat assistencial ha sigut molt important. En conjunt, els equips terrestres han fet al voltant del 95% del total dels trasllats fets pel SEMP i l'equip aeri SEMP-SP el 5% restant. Les xifres de trasllats anuals fets pel SEMP van anant augmentant progressivament en els primers anys a mesura que es coneixia més el SEMP per part dels metges dels hospitals comarcals i s'ampliava el criteri de pes dels infants a traslladar, fins a cobrir finalment totes les edats pediàtriques. Durant els primers 10 anys naturals de funcionament (1995-2004) el conjunt d'equips SEMP van fer un total de 7.622 trasllats. Posteriorment, l'activitat global ha tingut tendència a la seva estabilització (Fig. 7), tot i que l'activitat dels equips terrestres de suport avançat YP01 i YP02

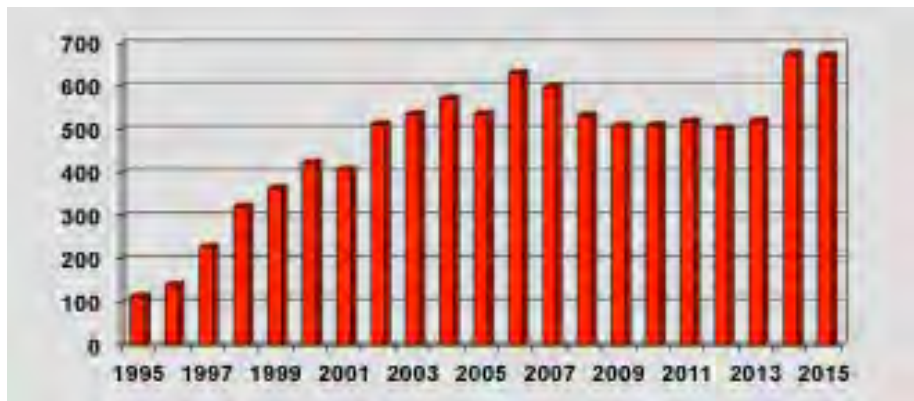


Fig. 7. Patró d'evolució de la activitat dels equips SEMP terrestres de suport avançat al llarg dels anys 1995-2015 (en aquest cas SEMP-VH). Degut al model de coordinació aquesta activitat ha sigut globalment molt semblant per tots dos equips. La disminució del període 2008-2013 correspon als anys de funcionament de la unitat de suport intermedi de l'Hospital Clínic seu Maternitat.

s'ha vist discretament reduïda durant els anys 2008-2013 per efecte del funcionament de la unitat YP03 de suport intermedi de l'Hospital Clínic seu Maternitat. Aquesta unitat només en els primers 20 mesos d'activitat va fer 798 trasllats, un 80% aproximadament dels quals van ser de nounats. A més, va contribuir significativament a consolidar un aspecte molt important de tot sistema de transport pediàtric i neonatal com és el transport de retorn (24% dels serveis en el mateix període). En total, la unitat YP03 va fer 3.112 trasllats. Després de la seva desactivació l'activitat conjunta de la resta d'equips ha tornat a pujar. L'any 2015 se'n han fet 1.516 trasllats (805 SEMP-SJD, 671 SEMP-VH i 40 SEMP-SP).

Perfil de pacients

La relació entre trasllats de nounats (edat inferior a 1 mes) i de resta d'infants (ordinàriament fins als 16 anys) és pràcticament de 1/1. Un ITN (Índex de Transport Neonatal; relació entre transports neonatals i naixements anuals) al voltant de l'1% (als inicis era <0,5%) és probablement un bon indicador d'equilibri entre nivell de l'assistència perinatal territorial, regionalització i ús del transport maternofetal (transport intrauterí).

Amb el pas del temps s'ha anat configurant un perfil de pacient i de servei: infant petit, amb patologia respiratòria, que en menys d'una quarta part de les ocasions requereix una o més intervencions de suport avançat (CPAP; intubació traqueal, ventilació mecànica, accés vascular venós central o intraossi, o altres) amb un temps dedicat a la fase d'estabilització d'uns 45 minuts.

No obstant aquest perfil medi, sempre existeix la oportunitat i el repte d'atendre pacients excepcionals, sigui per la seva patologia o pel tipus de suport vital requerit.

Transport primari

Gaire bé ara tots els trasllats que fa el SEMP són de tipus secundari, es a dir realitzats entre un centre emissor i un centre receptor. Tot i que l'activació per serveis d'atenció a l'emergència primària prehospitalària per donar suport a equips SEM s'ha hagut d'assumir normativament des de l'inici del SEMP, aquest tipus d'intervenció ha sigut fins fa poc una excepcionalitat. Un exemple, amb ampla repercussió mediàtica, va ser el que el SEMP-VH realitzà, en l'any 2009, en un cas en que es va haver de reanimar en un domicili a un prematur extret per cesària *postmortem* d'emergència practicada a una gestant que havia rebut un tret mortal. En canvi ara cada vegada es més freqüent que les unitats del SEMP terrestres siguin activades per serveis primaris, sobre tot arrel de la reestructuració del SEMP terrestre l'any 2013.

Aquest tipus d'atenció té particularitats que la fan diferent del transport interhospitalari, com ara l'obligació de donar resposta molt immediata, la mobilització sense informació detallada, la hostilitat potencial de l'entorn i la necessitat de coordinar-se amb altres intervinents (SEM general, policia, bombers). Suposa per tant un gran repte que els equips SEMP han assumit plenament, amb neguit però amb il·lusió i amb compromís de formació.

Promoció de la qualitat

Des del SEMP s'ha promogut la qualitat assistencial i també l'excel·lència, no només per simple compromís amb les indicacions del SEM d'acord amb formularis preestablerts. Cal assenyalar la baixa incidència (percebuda i documentada) d'efectes adversos²¹, el compliment d'indicadors d'excel·lència (com l'ús de la capnografia en transport pediàtric) i l'escassa mortalitat associada al transport (actualment <1%).

Activitat formativa

La formació general pediàtrica prèvia més la formació explícita en suport vital neonatal i pediàtric (incloent-hi el trauma greu) i un ensinistrament específic en transport (en el seu cas transport aeri en helicòpter sanitari), han constituït els pilars de la competència assistencial de l'equip humà.

Per al SEMP l'activitat formativa ha sigut molt important, no només pel que fa a la formació continuada dels propis equips, sinó també respecte a la formació d'altres professionals interessats en el transport específicament pediàtric i neonatal. Cal tenir en compte que els resultats de l'enquesta de la RITRANSPED (*Red Iberoamericana de Transporte Pediátrico*, en la qual hi participen membres del SEMP) presentats l'any 2015 al congrés anual de la SECIP a Toledo alertaven que el 60% del personal implicat en els trasllats no havia rebut formació específica per al TP. Els equips SEMP han sigut i són un referent formatiu permanent per als professionals del SEM de Catalunya, encarregats de l'atenció primària a l'emergència i més habituats als pacients adults, per als quals els infants, i sobretot els nadons, constitueixen habitualment un repte assistencial. En aquest sentit, el 2002 es va organitzar des del SEM i amb la col·laboració i participació protagonista de tots els equips SEMP del moment (SP, UI i VH) una jornada de formació dedicada a la estabilització i transport del nen crític. La jornada va tenir lloc a l'auditori de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron i va ser tot un èxit. Les ponències van ser recollides en una publicació que encara avui en dia es recorda²² (Fig. 8).

El SEMP ha contribuït a la formació dels MIR de Pediatria de Catalunya i de la resta d'Espanya, ha acollit professionals en estades formatives, ha col·laborat en màsters mèdics i d'infermeria de diverses temàtiques (p.ex., neonatologia i emergències) i ha participat en nombrosos cursos i sessions. Cal destacar la participació notable del SEMP en les activitats de la Societat Catalana de Pediatria, especialment en les reunions anuals i en les sessions d'alguns dels seus grups de treball com ara el GEN (Grup d'Estudis Neonatals) i el GIP (Grup d'Intensius Pediàtrics).



Fig. 8. Portada del llibre editat amb les ponències del SEMP presentades a la IV Jornada SEM 2002 sobre transport pediàtric i neonatal.

Amb aquesta convicció i compromís docents, els diferents equips SEMP han desenvolupat cursos específics de formació en TP. Cal recordar els cursos dels inicis organitzats des de l'Hospital Casa Maternitat, molt interactius. I ara els organitzats amb gran èxit des del SEMP-VH i els del SEMP-SJD, en les últimes edicions dels quals s'han incorporat recursos de simulació d'alta tecnologia molt interessants. Per la seva part, el curs SEMP-VH, també amb un elevat nivell de simulació clínica i reconegut pel Consell Català de Formació Continuada de les professions Sanitàries amb 5,4 crèdits, ha superat les pròpies fronteres: ha sigut exportat a la resta d'Espanya (Bilbao, Pamplona) i també a l'estranger (Portugal, Hondures i Uruguai), i ha estat reconegut com model de formació en TP²³. Per últim, cal destacar també la participació

del SEMP-SP en un dels pocs cursos existents a Espanya per formar tripulants HEMS (serveis d'emergències mèdiques amb helicòpter). Aquest curs es fa a La Cerdanya organitzat des de l'Hospital de Puigcerdà i aquest any celebra el seu desè aniversari.

En tots els cursos de TP organitzats per equips SEMP es treballa de manera molt especial la metòdica per etapes abans esmentades que caracteritza el seu model de treball.

Projecció externa

Apart de les activitats de formació citades, que òbviament també contribueixen a la projecció cap a l'exterior del SEMP, i indirectament de la pediatria catalana, els pediatres, infermeres i tècnics dels equips SEMP (tots tres grups) han desenvolupat múltiples activitats: participació en grups de treball, presència en congressos i reunions científiques amb ponències i comunicacions, i publicació d'articles i capítols de llibres²⁴⁻⁴⁰. Membres del SEMP estan presents en el grup de treball de transport de la SECIP (*Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos*) i esperem que aviat ho estaran en el grup de treball corresponent de la SENEo (*Sociedad Española de Neonatología*), la creació del qual ha estat recentment proposada per iniciativa de la Dra. Raquel Jordán Lucas (jove coordinadora de metges de l'equip SEMP-VH fins l'any 2015).

Tot això ha contribuït a incrementar el prestigi del SEMP dintre i fora de Catalunya, fins i tot fora d'Espanya (Portugal, Itàlia, Hondures, Uruguai, Guatemala i Rússia, entre d'altres països). En aquest sentit, cal destacar l'activitat impulsada des del SEMP-VH.

Lliçons apreses

Són moltes les lliçons que hem après a Catalunya gràcies a la implantació del SEMP i no només de caire assistencial.

Valors

El SEMP aporta valors inqüestionables:

- Amb la seva mobilitat per terra i per aire per tot el territori i els seus hospitals (els equips s'han mogut per tots els centres de Catalunya que atenen infants, públics i privats), la seva doble dimensió pediàtrica i neonatal, el caràcter de les seves actuacions acotades en el temps, la seva activitat de registre i seguiment, el SEMP ha esdevingut un *observatori privilegiat de tendències* en l'atenció pediàtrica, neonatal i perinatal a Catalunya.
- *Visibilitat per als hospitals* que tenen base SEMP per que són vistos per tota Catalunya a través de la imatge visual (uniformitat, distintius i logos) d'uns equips que presten serveis de qualitat contrastada i amb impacte formatiu potencial sobre els professionals dels hospitals emissors.
- *Prestigi*, per als professionals, les institucions i el propi SEM, a través de les nombroses accions de projecció exterior.
- *Potencial docent* per als futurs pediatres catalans que es formen a través del programa MIR.

Oportunitats de millora

Al llarg dels anys s'han detectat aspectes a corregir sobre els quals s'ha intervingut amb resultats positius, destacant:

- Millora en el procés global pel que fa a la interacció entre els agents del transport abans ressenyats.

- Disminució dels trasllats no procedents (a vegades “de complaença”)
- Disminució de les activacions prenatales injustificades
- Disminució dels trasllats de prematurs evitables amb un oportú transport intrauterí
- Ús raonable de l'helicòpter
- Suport des dels equips SEMP als hospitals emissors i al centre de coordinació
- Increment del transport de retorn a l'hospital d'origen.

Assignatures pendents

Tot i reconèixer que ha sigut molt el que s'ha aconseguit a Catalunya amb el SEMP des de la seva posada en marxa el 1995 i que s'han aprofitat les oportunitats de millora, existeixen encara aspectes optimitzables en les quals es pot i cal avançar per tal d'assolir l'excel·lència del sistema:

- Protocol·lització de l'ús dels medis aeris
- Vol nocturn que permeti l'operativitat 24h/24h del SEMP aeri
- Consolidació del transport maternofetal⁴¹
- Gestió de la informació i capacitat decisòria del centre de coordinació
- Gestió informatitzada del full assistencial que utilitzen els equips SEMP
- Gestió de la qualitat del procés: categorització del pacient pretransport, protocol·lització homògena, definició de estàndards e indicadors i comunicació posttransport amb els hospitals emissors
- Participació en l'atenció primària a l'emergència a nivell prehospitalari
- Estructuració de la formació MIR en transport

Futur

Reptes

Amb tot el que ja s'ha dit es plantegen reptes de cara al futur, potser immediat, sobre els quals s'haurà de decidir cap a on es volen dirigir els esforços, alguns dels quals afecten als i a les pediatres que participen en el TP. Cal destacar:

- Implicació en l'atenció primària a l'emergència prehospitalària de l'infant.
- Formalització de la formació en TP dintre del programa MIR de Pediatria.
- Reforç de la projecció exterior incrementant l'activitat investigadora i la seva difusió i establint contactes amb equips de TP de prestigi mundial, aprofitant les nostres possibilitats directes (Gran Bretanya, EEUU, Austràlia) i la presència del SEMP en fòrums internacionals.

Línies de treball

Entre les lliçons apreses i els plantejaments de futur són moltes les línies de treball que queden obertes o que s'han de reforçar, algunes de les quals es detallen a continuació:

- Gestió de la informació de pacient prèvia al trasllat
- Promoció per part dels equips SEMP d'un grau d'implicació encara major dels hospitals emissors en el procés global del TP
- Protocols conjunts entre equips SEMP

- Registre digital amb dispositius electrònics portàtils del full assistencial
- Formació en TP dels nostres residents de pediatria
- Desenvolupament de projectes, com per exemple l'aplicació al transport neonatal del mètode cangur i tot allò que comporta el concepte de cures centrades en el benestar i desenvolupament del nadó prematur.
- Publicacions en revistes amb factor d'impacte.
- Presència estable del SEMP en grups de treball internacionals.

Consideració final

El SEMP l'any 1995 va significar la resposta a les necessitats de Catalunya en relació al transport interhospitalari del nounat i l'infant crítics. Al llarg del seus 20 primers anys d'història i amb més de 20.000 trasllats realitzats hem creat un model que admet amb garanties la comparació amb els millors models de TP del món. És un model de referència per altres comunitats de l'estat espanyol: universal (tota Catalunya i totes les edats), específic (només dedicat a pacients neonatals i pediàtrics) i especialitzat (fet per pediatres i infermeres i tècnics pediàtrics). És segur, molt efectiu i raonablement eficient; equitatiu i equilibrador (territorialment i professionalment) i ha afegit valor als hospitals amb equip SEMP. És satisfactori per als beneficiaris (pacients i famílies i equips d'hospitals emissors i receptors) i enriquidor per als pediatres, als que ha permès una participació activa i protagonista. Ha resultat ésser una oportunitat i un repte per aquests professionals, posant a prova la seva competència i la seva capacitat de col·laboració i coordinació amb altres intervinents en el procés. Finalment, s'ha de dir que encara té un enorme potencial. I, molt important, aquest model l'hem sabut fer entre tots. No obstant tot això, encara podem i devem millorar. I, també entre tots, ho seguirem fent.

Agraïment

A totes les nombroses persones, els noms de les quals no han pogut ser ressenyats en aquest text per qüestió d'espai, que amb les seves aportacions han fet possible el desenvolupament del SEMP de Catalunya, des del seu naixement l'any 1995 fins al seu 20è aniversari l'any 2015. Molt especialment als professionals del SEM i, com no podria ser d'una altra manera, als pediatres, infermeres i tècnics dels diferents equips SEMP dels quatre hospitals implicats, que han aportat competència, il·lusió, entusiasme i paciència. Tot i que en aquest text dirigit especialment al món de la Pediatria es citen preferentment pediatres que han participat en la història del SEMP, aquesta no hagués estat possible sense les seves infermeres i tècnics. Per últim, un record molt especial per en José Diego Jiménez Martín (tècnic del SEMP terrestre) i per en José Luis Dacal Dabouza (pilot d'helicòpter), que ens van deixar prematurament.

Referències

1. Domínguez P. Transporte secundario. A: Ruza F, editor. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. 3ª edición. Madrid: Norma-Capitel; 2003 (Vol I). p.187-95.
2. Roy RND, Langford S, Chabernaud JL, Petresen S, Peitersen N, Kollée L, et al. Newborn transport around the world. Semin Neonatol. 1999;4:219-35.
3. Brandstrup KB, Domínguez P, Calvo C. Estabilización y transporte interhospitalario del neonato y niño crítico. Rev Esp Pediatr. 2010;66(1):18-29.
4. Domínguez-Sampedro P. Hacia el pleno desarrollo del transporte pediátrico en España. An Pediatr (Barc). 2014;81(4):203-4.
5. Domínguez Sampedro P. Transporte interhospitalario en Cataluña. A: Rey Galán C, Concha Torre A, Medina Villanueva A, Menéndez Cuervo S, editors. Avances en cuidados intensivos pediátricos. Oviedo: UNIOVI; 2004. p.211-8.
6. Soler Pérez LI. Transport del nounat. But Soc Cat Pediatr. 1983;43(4):293-6.
7. Ferrándiz i Santiveri S. Com traslladar un malalt crític? Ann Med (Barc). 1990;76(2):21-2.

8. Sistema d'Emergències Mèdiques. De SCEM a SEM. 25 anys d'història de l'emergència extrahospitalària a Catalunya. Barcelona: SEM; 2010.
9. Llagostera i Benedico J, Valls i Sirera MC, Esqué i Ruiz MT, Moretones i Suñol MG, Carbonell i Estrany X. Transport neonatal. Anàlisi de 450 ingressos. *But Soc Cat Pediatr.* 1987;47(4):249-63.
10. Asencio MJ, Carreras Salas R. Grup d'Estudis Neonatals. Trasllats neonatals. *But Soc Cat Pediatr.* 1989;49(4):319-23.
11. Pérez del Pulgar i Marx J, Mari Palacín J, Jiménez González R, Valls i Soler A, Natal Pujol A. Organización de la asistencia perinatólogica. *An Esp Pediatr.* 1980;13:449-62.
12. Domínguez P. El trasllat del nen críticament malalt. *But Soc Cat Pediatr.* 1992;52(4):171-2.
13. Esqué MT. El transport del nadó: un repte, una necessitat i una urgència. *But Soc Cat Pediatr.* 1994;54(6):287.
14. Carreras E. Transporte del niño críticamente enfermo. A: Ruza F, editor. *Cuidados intensivos pediátricos.* 2ª edición. Madrid: Norma; 1994. p.123-7.
15. Esqué MT. El trasllat del nadó. *But Soc Cat Pediatr.* 1994;54(6):310-4.
16. Esqué MT. Algunos aspectos del transporte neonatal. *Arch Pediatr.* 1995;46(3):119-23.
17. Esqué Ruiz MT, Salvia Roiges MD, Carbonell Estrany X. El nadó preterme: apunts per a un transport. *But Soc Cat Pediatr.* 1995;55(6):325-8.
18. Carreras E, Ginovart G, Caritg J, Esqué MT, Domínguez P. Transporte interhospitalario del niño crítico en Cataluña. *Med Intensiva.* 2006;30(7):309-13.
19. Domínguez P, Linde A, Cañadas S. Transport pediàtric. *Pediatr Catalana.* 2004;64(Supl):556-559.
20. Esqué MT. El trasllat de l'infant crític: una realitat. *Pediatr Catalana.* 2003;63(3):108.
21. Carreras-Gonzalez E, Brió-Sanagustin S, Equipo de transporte. Prevención de complicaciones en el transporte interhospitalario aéreo del paciente crítico pediátrico. *An Pediatr (Barc).* 2014;81(4):205-11.
22. Ciurana R, Esqué MT, Carreras E, Domínguez P, Caritg J, editors. *Estabilització i Transport del Nen Crític.* Barcelona: SEMSA; 2002.
23. Domínguez P. La formazione nel trasporto pediatrico: il modello di Barcellona. (ponència). 4º Congresso Nazionale AMIETIP. Bolzano (Italia), desembre 2015.
24. Romera Modamio G, Esqué Ruiz MT, Iriondo Sanz M, García García JJ, Cardo E, Pons Odena M, et al. Evaluación descriptiva de un sistema de transporte pediátrico crítico. Experiencia tras 19 meses. *Arch Pediatr.* 1997;48(3):121-6.
25. Iriondo M, Moreno J, Riverola A, Romera G, Salvia D, Esqué MT. Escala simplificada per a la valoració de la gravetat en el transport d'infants ventilats mecànicament. *Pediatr Catalana.* 1997;57(3):170-2.
26. Esqué MT. Transporte neonatal en Europa. Recomendaciones de aplicación en nuestro país. Libro de Actas (II) Junio 1998 XXVIII Congreso Nacional Ordinario de la Asociación Española de Pediatría, pag. 239-42.
27. Esqué MT. Transporte neonatal. A: Raspall F, Demestre X, editors. *Tópicos en Neonatología II.* Barcelona: EASO; 2000. p.35-56.
28. Esqué MT, Thió M. Neonatal Transport in developed countries. A: Carrera JM, Cabero L, Baraibar R, editors. *The perinatal medicine of the new millenium. Proceedings of the 5th World Congress of Perinatal Medicine.* Bologna: Monduzzi; 2001. p.1041-9.
29. Esqué Ruiz MT, Figueras Aloy J, García Alix A, Alomar Ribes A, Blanco Bravo D, Fernández Lorenzo JR. Recomendaciones para el transporte neonatal. *An Esp Pediatr.* 2001;55(2):146-53.
30. Cañadas S. Transport secundari de l'infant amb traumatisme cranioencefàlic. *Pediatr Catalana.* 2001;61(Supl):S9-S14.
31. Carreras E, Penedés S. Organización de de un equipo de transporte en helicóptero. Puesta al día en Urgencias Emergencies y Catástrofes. 2002;3:61-5.
32. Carreras E, Carreras G, Fraga G, Guinovart G, Moliner E, Torras A et al. Transporte en helicóptero del paciente crítico: revisión de 224 casos. *An Pediatr (Barc).* 2003; 59(6):529-34.
33. Esqué MT, Salvia MD, Thió M. El trasllat intraúter, una dada oblidada en la història neonatal. *Pediatr Catalana.* 2004;64(2):61-7.
34. Carreras E. Transporte del niño politraumatizado. A: Casado Flores J, Serrano A, editors. *Urgencias y tratamiento del niño grave.* 2ª ed. Madrid: Ergón; 2007. p. 796-802.
35. Iglesias Serrano I, Sánchez Hernández S, Pérez Batlló J, Domínguez Sampedro P. El SEM Pediátrico: La respuesta del Sistema d'Emergències Mèdiques de Catalunya a la necesidad de transporte interhospitalario de recién nacidos y niños críticos. *Rescate vial.* 2012;26(2):8-12.
36. Renter Valdovinos L, Gil Juanmiquel L, Rodrigo García R, Domínguez Sampedro P. Transporte del niño críticamente enfermo. A: López-Herce Cid J, Calvo Rey C, Rey Galán C, Rodríguez Núñez A, Baltodano Agüero A, editors. *Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos.* 4ª edición. Madrid: Publimed; 2013. p.695-708.
37. Moreno Hernandez J, Thió Lluch M, Salguero García E, Rite Gracia S, Fernández Lorenzo JR, Echaniz Urcelay I, et al. Recomendaciones sobre transporte neonatal. *An Pediatr (Barc).* 2013;79(2):117.e1-7.
38. Sánchez S, Vegara X, Cárdenas JA, Peiró J, Jiménez JD, Haro I. Traslado interhospitalario del paciente pediátrico y neonatal en Cataluña: unidades YP del Sistema de Emergencias Médicas de Cataluña. *Zona TES.* 2013;2(3):122-7.
39. Carreras-González E, Moliner-Calderón E, Ginovart-Galiana G. Fisiopatología del transporte en helicóptero. *An Pediatr (Barc).* 2014; 81(4):269-70.
40. Sánchez Hernández S, Amado Arráez M, Valín Tascón M, Vega Puyal L, Domínguez Sampedro P. Sistemas de retención infantil en transporte sanitario terrestre: importancia, indicaciones y uso. *Zona TES.* 2015;4(2):55-60.
41. Colet A, Rosa Fernández R. Protocol de prevenció i atenció a la prematuritat. Barcelona: Agència de Salut Pública, Generalitat de Catalunya; 2014.

14

La cirurgia pediàtrica a Catalunya en els últims vint anys

José Luis Peiró

És molt curiós, però just ara fa vint anys que sóc cirurgià pediàtric, ja que vaig acabar la meva formació de cinc anys com a resident el 1995. Durant aquests anys com a facultatiu especialista he gaudit del privilegi de viure els importants canvis i esdeveniments que han sorgit en la nostra especialitat pediàtrica, i contribuir-hi modestament.

Els avenços de la cirurgia pediàtrica han estat paral·lels als de la pediatria. El perfeccionament del diagnòstic per la imatge, els avenços en les unitats de vigilància intensiva neonatal i pediàtrica, el progrés de l'anestesiologia, així com en el camp de les infeccions, tots aquests factors han permès que el cirurgià pediàtric faci operacions quirúrgiques més sofisticades i complexes, i que siguin possibles intervencions abans del tot impensables. El coneixement cada vegada més precís del comportament biològic, la fisiopatologia i les bases genètiques de les diferents malalties i malformacions pediàtriques ha afavorit l'aparició de nous tractaments. D'aquesta manera ha millorat significativament el pronòstic dels infants amb problemes congènits, oncològics o infecciosos que requereixen cirurgia.

Des del punt de vista tecnològic, la societat, la informàtica i l'enginyeria han evolucionat d'una manera vertiginosa i exponencial, i això ha afavorit el desenvolupament de la cirurgia mínimament invasiva, en particular amb la fabricació de l'instrumental més petit adaptat als infants, que ha anat ampliant l'espèctre de les seves indicacions a nivell pediàtric, incloent-hi els nounats, i de manera més extrema els que encara no han nascut. En l'actualitat es practiquen un gran nombre de procediments per via endoscòpica i mínimament invasiva. La cirurgia fetal ha passat de ser ficció a ser una realitat, en la qual he participat activament. La medicina traslacional del camp experimental a l'humà està sent fonamental per al desenvolupament de moltes noves tècniques i sobretot en el camp de la intervenció prenatal. De la mateixa manera, la recent introducció de la cirurgia robòtica està suposant una altra revolució que estic segur que serà una pràctica habitual en el futur, una vegada s'abaraixin els robots i es desenvolupin instruments de menys grandària, tal com ha passat amb la laparoscòpia.

D'altra banda, l'organització sanitària i la distribució territorial dels centres comarcals i dels grans centres de nivell III es manté al nostre país prou similar a la dècada dels noranta. L'únic canvi és la implementació de la cirurgia pediàtrica bàsica (cirurgia major ambulatoria) en alguns hospitals comarcals que han creat vincles amb els centres amb serveis de cirurgia pediàtrica consolidats. D'aquesta manera s'han obert petites unitats a Lleida, Figueres, Mataró o Granollers, entre altres. El Dr. Lluís Morales ja va fer una anàlisi de la situació l'any 1983, al llavors encara *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria*, en què cridava l'atenció sobre la necessitat d'unitats quirúrgiques de baixa complexitat als hospitals comarcals vinculades als hospitals de referència.

Els serveis de cirurgia pediàtrica a grans hospitals de la sanitat pública o de la XHUP actualment es mantenen a Vall d'Hebron, Sant Joan de Deu-Clínic, Sant Pau i Hospital del Mar, a Barcelona. També a Parc Taulí de Sabadell, Consorci Hospitalari de Terrassa, Hospital Trias i Pujol de Badalona, Josep Trueta de Girona i Joan XXIII de Tarragona. A la sanitat privada hi ha diferents centres que ofereixen cirurgia pediàtrica a Barcelona, com ara Hospital de Nens, SCIAS-Hospital de Barcelona, Hospital General de Catalunya, Mútua de Terrassa, Sagrat Cor, Institut Dexeus, Hospital Quirón, Clínica Teknon i Clínica del Pilar, entre altres que segur que oblidat. No vull oblidar la desapareguda Clínica infantil Stauros, que tants anys va estar dedicada de manera monogràfica a la pediatria i la cirurgia pediàtrica.

Evidentment no entraré a donar el nom de tots els professionals components d'aquests equips, però tots han contribuït amb la seva qualitat a la millora i el progrés de la cirurgia infantil del nostre país.

De tota manera, m'agradaria agrair la professionalitat, l'expertesa i la mentorització que els grans noms i mestres de la cirurgia pediàtrica catalana, molt d'ells amb dimensió mundial, han traslladat a les generacions més joves de cirurgians durant aquests últims vint anys. Només esmentaré els que estan a punt de jubilar-se o ja ho han fet, i alguns que desgraciadament ja no estan amb nosaltres. Hem de fer honors a figures tan rellevants com els doctors José Boix-Ochoa, Isidre Claret, Lluís Morales, Martínez-Mora, Alfredo Marqués, Jordi Canals, Jaume Mulet, Rafael Gosálbez, Lluís Tresserra, Josep M. Casassa, Juan L. González-Rivero, Juli González-Ferre, Lluís Gubern, Baltasar Plans, Jaume Regàs, Josep M. Gil-Vernet, Carme Piró, Juan A. Martín, Josep M. Ribó, Joan Rodó, Montse Castañón, Pere Obiols, Juan A. García-Vaquero i Jesús Broto.

Alguns d'ells han estat els meus autèntics mentors, però els aprecio profundament a tots, i haig d'agradir-los la seva cordial i gentil ensenyança durant el treball quotidià a l'hospital o a les múltiples reunions científiques que hem compartit.

És a les reunions anuals de la Societat Catalana de Pediatria on tots nosaltres hem pogut discutir els temes i també establir relacions amb els nostres col·legues pediatres, radiòlegs i altres subespecialitats relacionades amb l'edat pediàtrica.

L'educació i la difusió dels avenços en cirurgia han estat durant aquests anys ben representades en tallers, reunions i congressos, tant de la Societat Espanyola de Cirurgia Pediàtrica (SECP) com de les reunions anuals de la Societat Catalana de Pediatria (SCP). En l'àmbit internacional, he de destacar que durant aquests anys el Servei de Cirurgia Pediàtrica de l'Hospital Vall d'Hebron ha tingut el privilegi i ha fet l'esforç d'organitzar un congrés espanyol (SECP) i un congrés europeu (EUPSA) l'any 2011, del qual he estat membre del comitè organitzador. També, de manera més personal, junt al Dr. Carles Giné i el suport de tot el departament de Vall d'Hebron, amb molt d'èxit vaig organitzar dos *workshops* internacionals monogràfics en patologies quirúrgiques rellevants, com la gastròsquisi (2010) i les malformacions congènites pulmonars (2011), a la Pedrera i al Palau de la Música, respectivament.

S'ha de destacar l'adveniment d'internet en aquest passat període. Els diferents *webs* dedicats a la pediatria i la cirurgia pediàtrica, els web-seminars, globalcast i altres cursos en línia que han proliferat aquests últims anys han contribuït enormement a l'expansió dels coneixements i de les habilitats en totes les disciplines de la medicina i especialment en la cirurgia. El ràpid accés a tota la literatura mèdica és una eina fonamental per reforçar les nostres actuacions mèdiques en els casos poc comuns.

Totes aquestes accions i altres, juntament amb les publicacions de tots els cirurgians pediàtrics catalans en aquests anys, han contribuït a la difusió dels nous coneixements i a posar el

nom de la cirurgia catalana al mapa internacional. Resulta molt interessant analitzar la recent història de la cirurgia infantil catalana a través dels seus textos, sobretot a la revista *Pediatria Catalana*.

Bé, doncs, si s'ha progressat i avançat en cirurgia pediàtrica en aquests dos últims decennis, seria bo remarcar el que més ha destacat entre totes les contribucions.

Així com a finals dels vuitanta la gran revolució va arribar de la mà dels transplants d'òrgans, principalment del fetge en l'edat pediàtrica, liderat pels pioners doctors Carles Margarit i Vicens i Martínez-Ibáñez, a la dècada següent el gran canvi va venir de la mà de la cirurgia endoscòpica desenvolupada en adults i transferida a l'edat pediàtrica. No cal dir que els transplants també han evolucionat, i s'hi han incorporat l'intestinal o multivisceral, el pulmonar i el cardíac.

L'aparició de la cirurgia mínimament invasiva (MIS) als noranta ha permès als cirurgians pediàtrics tractar malalts, ja siguin nounats, infants o adolescents, amb millors resultats respecte al dolor, el curs postoperatori, el resultat cosmètic i el retorn a l'activitat normal.

La idea de crear una organització internacional que reunís les persones interessades en la cirurgia endoscòpica pediàtrica va sorgir el 1994 durant un congrés internacional d'endoscòpia i laparoscòpia en infants. Llavors es va crear l'International Pediatric Endosurgery Group (IPEG) i la primera reunió sota la bandera de l'IPEG va ser organitzada per Keith Georgeson, a Orlando, Florida, el 1995. Avui en dia, aquest és el congrés en cirurgia mínimament invasiva més important a nivell mundial i en el qual molts cirurgians catalans presentem treballs de manera regular.

És interessant llegir l'article editorial que va escriure Jesús Broto al respecte el 1998 a *Pediatria Catalana*, parlant de «la nova cirurgia». Avui en dia, les tècniques laparoscòpiques, toracoscòpiques, retroperitoneoscòpiques, fetoscòpiques i endoscòpiques en general s'han convertit en una eina habitual en cirurgia pediàtrica. L'any 2007, Claudia Marhuenda feia una revisió detallada de les aplicacions en pediatria a la nostra revista.

Nous materials injectables, com polímers, segellants i hemostàtics s'han adaptat a l'aplicació endoscòpica. De la mateixa manera, noves eines com el làser diode o Nd:YAG s'utilitzen en conjunció.

Procediments que inicialment eren considerats com massa difícils d'intentar, o fins i tot contraindicats, en pacients pediàtrics, són ara el tractament estàndard. Noves tècniques emergents com la laparoscòpia per un únic port, la cirurgia assistida per endoscòpia, la cirurgia robòtica i tècniques encara per ser desenvolupades, com la visió 3D o la realitat virtual, han demostrat el seu potencial per millorar el tractament d'aquests pacients.

Actualment podem reparar per toracoscòpia una hèrnia diafragmàtica o una atrèsia esofàgica, fer una lobectomia pulmonar, netejar un empiema pleural o col·locar una barra metàl·lica per corregir un *pectus excavatum*. Jo vaig fer un dels primers casos de tècnica de Nuss a Catalunya per corregir aquesta excavació congènita del estèrnum, però uns dies després que ho fes Carles Bardají, el qual ha contribuït al desenvolupament de la tècnica operant un volum molt important de casos. Per laparoscòpia, podem assolir la majoria d'intervencions abdominals, des de la correcció d'una atrèsia duodenal, passant per una tècnica antireflux, una colectomia o una cirurgia d'obesitat mòrbida en l'edat pediàtrica.

El futur de la MIS en pediatria és molt prometedor; les possibilitats són infinites, sempre que el nostre focus primari se centri en el desenvolupament de tècniques que limitin la morbiditat i maximitzin els resultats positius per als petits pacients i les seves famílies.

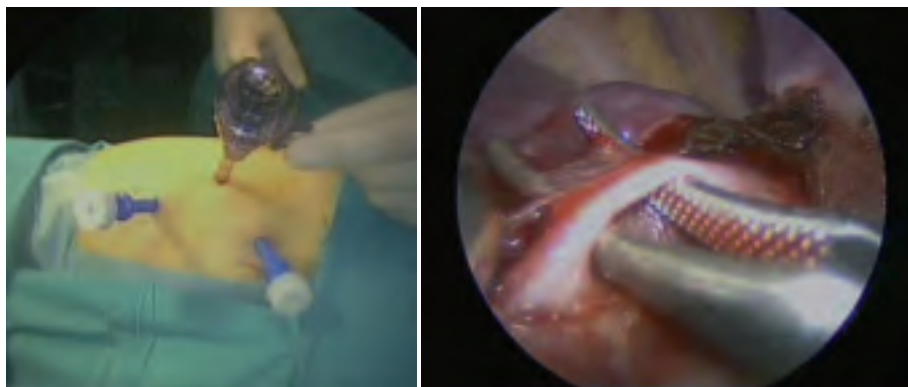


Fig. 1. Cirurgia toracoscòpica per lobectomia en un lactant.

La cirurgia robòtica és una innovació més recent, que s'està expandint i difonent en la cirurgia pediàtrica. Representa un nou instrument per incrementar les capacitats tècniques dels cirurgians, ja que disminueix les dificultats que a vegades es plantegen en la laparoscòpia convencional. El fet que uns braços robòtics (fins ara quatre) amb un sistema òptic tridimensional dins el pacient, controlat tot a distància per un cirurgià assegut davant una consola amb uns pedals i fins moviments dels dits i mans, ha significat una revolució. Aquesta tecnologia ofereix molts avantatges sobre la cirurgia laparoscòpica convencional perquè elimina la tremolor del cirurgià i l'ajudant, i disposa d'ergonomia, articulació de 360° als moviments dels instruments, visió 3D ampliada i dissecció més precisa. Però encara ha de millorar, sobretot per aplicar-la a infants petits, ja que es necessiten accessos i braços més petits, i més simplicitat per preparar tot el muntatge. A més, surt molt car, de manera que esperem que la competència entre enginyers i companyies constructores de robots s'incrementin per una evolució més ràpida i millors preus.

El cert és que cada vegada hi ha més centres amb disposició del robot Da Vinci i cada vegada s'utilitza més. Podem observar un increment progressiu en els casos operats i les publicacions de robòtica en pediatria. Voldria fer menció a la gran aportació que ha fet i continua fent en l'evolució de la robòtica pediàtrica un cirurgià català que treballa a Carolina del Sud des de fa molts anys. És el Dr. Juan Camps, originari de Barcelona, i al qual considero excel·lent amic i professional. Els que hem pogut gaudir del robot als nostres hospitals estem molt satisfets i d'aquesta manera la Dra. Marhuenda i el Dr. Martínez-Ibáñez van fer-ho constar en el seu editorial a *Pediatría Catalana* el 2011, «Cirurgia robòtica: la cirurgia del futur ja és aquí».



Fig. 2. Cirurgia robòtica per Nissen antireflux en un lactant. Robot Da Vinci.

Paral·lelament a aquests avenços tècnics, es van desenvolupar diferents programes multidisciplinaris per millorar l'atenció quirúrgica dels infants, com el de tractament de malformacions vasculares, la cirurgia de la via aèria o la cirurgia oncològica. S'ha de ressaltar la implementació de programes d'atenció al traumatisme pediàtric, amb millores en el transport medicalitzat i millor entrenament del personal sanitari que atén el politraumatisme greu. Els cursos periòdics i acreditats d'assistència avançada al trauma pediàtric (AITP) han estat i encara són fonamentals en el progrés d'aquesta disciplina.

La cirurgia neonatal també s'ha beneficiat de les noves tecnologies, i ofereix millors supervivències per la millor atenció neonatològica i per l'aplicació de tècniques MIS o innovadores per solucionar vells problemes. S'han aplicat tècniques d'elongació esofàgica en la atresia *long-gap*, modificacions del moment del part a la gastròsquisi, ús de penjolls musculars per reparar les hèrnia diafragmàtiques més greus i també tècniques d'allargament intestinal quan les reseccions que s'han necessitat aboquen a una síndrome de budell curt.

Un esdeveniment recent que es va beneficiar del treball multidisciplinari, des de l'etapa prenatal fins al moment de decidir el part, el període perinatològic i la posterior planificació de la cirurgia, va ser la separació de siamesos. Vam aconseguir amb èxit separar unes bessones amb xifomfalòpags amb fusió del fetge i la paret abdominal des del melic fins a l'estèrnum després d'orientar la família prenatalment i de posposar la cirurgia fins als 6 mesos.



Fig. 3. Cirurgia de separació de siamesos.

Una de les cirurgies que semblaven ciència-ficció i de la qual avui en dia podem palpar-ne la realitat és la cirurgia *in utero* o cirurgia fetal. De les primeres experiències del mestre i pare de la cirurgia fetal, el Dr. Michael Harrison, a principis dels noranta, col·locant drenatges o fent vesicostomies a les bufetes fetals obstruïdes amb vàlvules d'uretra posterior o operant l'hèrnia diafragmàtica fetal a meitat de la gestació per cirurgia fetal oberta, hem passat a complets programes multidisciplinaris que tracten múltiples malformacions congènites en casos seleccionats i en centres de referència.

Evidentment, aquest tema em toca la fibra, ja que, junt amb la cirurgia neonatal, ha estat aquest el tema de la meua dedicació i desenvolupament professional, al qual he dedicat i dedico el màxim esforç a nivell clínic, docent i de recerca.

Per a mi és ben curiós que una de les primeres revisions serioses i a fons del tema de la teràpia fetal, incloent-hi la cirurgia intrauterina, la publiquessin justament al *Butlletí* de la SCP el 1995, Salvador Salcedo i Xavier Trias i Vidal de Llobatera, que a més de pediatre ha estat conseller de Sanitat de la Generalitat i alcalde de Barcelona fins fa ben poc. Aquest article, titulat «Terapèutica fetal», va ser el reflex d'una conferència pronunciada al Vaticà el

novembre del 1994 amb motiu d'una reunió internacional, i s'hi aborda tot l'abast i la visió de futur en teràpia i cirurgia fetal. És satisfactori trobar aquesta publicació després d'haver tancat el cercle havent-me dedicat a crear programes i desenvolupar aquestes tècniques a casa nostra i ara als Estats Units.

Després de la meva formació a Filadèlfia, i amb la integració amb la medicina fetal de la mà dels doctors Eduard Gratacós i Elena Carreras, es va poder crear un equip multidisciplinari de cirurgia fetal, basat en una codirecció compensada per part de medicina fetal i cirurgia pediàtrica, on la neonatologia tenia un pes específic, entre altres especialitats integradores del programa. D'aquesta manera es van iniciar les fetoscòpies per coagular els vasos placentaris mitjançant làser a les gestacions gemel·lars monocorials (en la síndrome de la transfusió fetofetal), i posteriorment l'oclusió traqueal fetal per l'hèrnia diafragmàtica congènita, així com el procediment EXIT de cirurgia intrapart amb suport placentari. Més endavant es van col·locar drenatges fetals a bufetes obstruïdes i malformacions pulmonars quístiques o vesaments pleurals fetals. També es van alliberar brides amniòtiques amputants d'extremitats a fetus a meitat de gestació per via fetoscòpica. Es van assolir les primeres valvuloplasties aòrtiques o pulmonars a fetus amb estenosis valvulars crítiques. Finalment es va instaurar la possibilitat d'obrir i tancar l'úter matern (cirurgia fetal oberta) per operar fetus d'altres malformacions, com l'espina bífida.



Fig. 4. Cirurgia fetal mínimament invasiva i cirurgia fetal oberta d'espina bífida.

El 2004 vaig escriure un editorial a la revista *Pediatría Catalana* titulat «Catalunya, pionera en cirurgia fetal», en què ressaltava aquests primers assoliments en l'àmbit nacional i en molts casos europeu, i la possibilitat d'oferir aquesta teràpia a la nostra població.

Ja des del principi, amb el suport del Dr. Martínez-Ibáñez, vaig consolidar un laboratori de recerca bàsica i sobretot aplicada o traslacional amb models animals per reproduir les diferents malformacions congènites i testar noves estratègies de tractament prenatal. Hem fet molts avenços en el coneixement de la fisiopatologia i la teràpia prenatal de l'hèrnia diafragmàtica. A tot això, el Dr. Morales va escriure un article molt interessant a la nostra revista el 2009 sobre aquest camp.

Els cirurgians ortopèdics infantils, els doctors García-Fontecha, Soldado i Aguirre, es van incorporar amb molt entusiasme a aquests projectes, i van donar un impuls remarcable a la nostra recerca en la síndrome de la brida amniòtica i l'espina bífida, entre altres. Encara

continuo potenciant la recerca en aquest camp, tant a Barcelona com al meu laboratori de Cincinnati, per escrutar les possibilitats de la teràpia cel·lular amb cèl·lules mare obtingudes de placenta o líquid amniòtic i de l'enginyeria tissular, per intentar reparar els defectes congènits, «que vénen de fàbrica», en aquests petits pacients. També estem treballant de valent per instaurar abordatges fetoscòpics mínimament invasius per tractar patologies que encara necessiten la cirurgia fetal oberta amb el propòsit de reduir la morbiditat materna i la prematuritat inherent als procediments oberts.



Fig. 5. Cirurgia pediàtrica a través dels textos publicats a *Pediatria Catalana*.

Vull destacar la gran importància que representa potenciar la innovació i la recerca en cirurgia pediàtrica.

El progrés en la cirurgia pediàtrica ha confiat principalment en la difusió d'innovacions reportant sèries de casos en la literatura. Els estàndards aplicats a la recerca clínica que predomina en altres especialitats mèdiques no ha estat comú dins la cirurgia, malgrat els estudis comparatius que també contribueixen a l'evidència. La confusió resultant de no saber com procedir aixeca qüestions ètiques serioses per als metges i les famílies que fan front a decisions importants sobre la cirurgia, la teràpia mèdica o la pal·liativa. Els cirurgians pediàtrics tenen una obligació moral d'emprendre una recerca formal per comparar intervencions quirúrgiques suposadament efectives amb altres alternatives.

La innovació és la força més important per al progrés en cirurgia pediàtrica. La innovació és el procés a través del qual les descobertes científiques noves són desenvolupades i promocionades del laboratori a la clínica i al pacient. La majoria del progrés dins la cirurgia ha

evolució secundàriament a les innovacions que desenvolupen els cirurgians que afronten malalties complexes o de difícil solució. Fins fa ben poc, la innovació quirúrgica ha estat practicada amb poques normes o regulacions. La innovació ha de buscar fer procediments quirúrgics més eficaços i menys mòrbids. Així, les institucions haurien de desenvolupar comitès d'innovació quirúrgica per avaluar i donar supervisió a l'aplicació de dispositius i tècniques noves. S'ha de tenir una avaluació científica sota els auspicis d'un comitè ètic quan és possible.

A través de la història, els cirurgians han estat innovadors prolífics, cosa que no sorprèn, ja que la majoria de cirurgians innoven o improvisen diàriament, adaptant la seva intervenció a la particularitat intrínseca de cada operació, cada pacient i cada malaltia. Durant les últimes dues dècades, la innovació quirúrgica ha millorat significativament els resultats dels pacients, i ha fet minvar els índexs de complicació i d'estada a l'hospital.

La cirurgia mínimament invasiva, com ja he comentat abans, ha requerit el desenvolupament no tan sols de tècniques noves, sinó també d'instruments nous. El procés ha resultat en una simbiosi entre la indústria i els cirurgians que han lluitat per trobar la barreja correcta de necessitat, viabilitat tècnica i sostenibilitat econòmica. Un exemple és la demanda que els cirurgians neonatals han exercit facilitant l'aparició de la minilaparoscòpia en infants i adults.

Les tecnologies noves es van aplicant a processos quirúrgics, com els programes 3D i de realitat virtual per entrenar, planificar i optimitzar procediments quirúrgics.

Hi ha una àrea clau que té un potencial enorme per canviar la pràctica quirúrgica que és encara en la seva infància: la medicina regenerativa i la bioenginyeria de teixits. La innovació quirúrgica amb el camp emergent de la medicina regenerativa està generant un impacte important en la cirurgia quotidiana. Les teràpies cel·lulars basades en cèl·lules mare i progenitores en general iniciades els últims anys estan revolucionant el tractament quirúrgic de moltes malalties congènites, adquirides o degeneratives.

Finalment, m'agradaria remarcar la importància de la recerca en el nostre quefer diari. L'objectiu en cirurgia pediàtrica s'hauria de centrar a investigar els mecanismes fisiopatològics bàsics de les malalties i malformacions quirúrgiques pediàtriques per descobrir solucions per als nostres problemes no resolts en el tractament d'aquestes anomalies. Crec que és molt important fer, a més de ciència bàsica, recerca traslacional, que ens permeti, en un curt termini de temps, passar del laboratori a la clínica humana. Per a una bona recerca d'aquest tipus necessitarem uns requisits bàsics que, excepte en el cas del finançament, no suposen despesa econòmica, només esforç, treball i predisposició.

Ens esperen importants avenços i innovacions en la cirurgia pediàtrica, que m'agradaria presenciar i dels quals voldria participar en els pròxims vint anys, així com els he gaudit en els vint passats.

15

Evolució de les cures infermeres en l'edat pediàtrica

L'opinió de les infermeres

Entrevista de Xavier Demestre a Montse Vila, M. José Muñoz i Anna Pol

Sol·licito l'opinió de tres expertes infermeres sobre alguns aspectes de l'evolució que han experimentat les cures i l'atenció d'infermeria als infants i adolescents. Són la Montse Vila Solé, supervisora del Servei de Pediatria de l'Hospital de Sant Pau de Barcelona; M. José Muñoz Blanco, supervisora de la Unitat de Cures Intensives de l'Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron de Barcelona, i Anna Pol Pons, infermera d'atenció primària al CAP de Tordera.

En els últims anys, el paper de la infermera ha canviat molt en totes les seves àrees d'actuació. Del paper de cuidadora, però supeditada a les ordres del metge, s'ha passat a una independització del seu rol, en les cures al nen sa i al nen malalt, en l'atenció a primària i en l'hospitalària. D'on i quan sorgeix aquest canvi? Quins són els camins que ha hagut de seguir la infermeria per arribar-hi?

Segons **Montse Vila**, aquest canvi sorgeix de l'evolució de la professió amb la incorporació dels estudis universitaris a partir del 1977. El rol i les competències professionals de la infermeria han evolucionat cap a una posició autònoma, responsable i amb un camp de coneixement propi

Per a **M. José Muñoz** són molts els factors que han contribuït a la independització del rol infermer. L'accés a una titulació universitària, l'increment de formació específica dirigida al personal infermer, les associacions infermeres i la lluita del col·lectiu infermer per demostrar les seves habilitats, coneixements i competències han anat creant el camí que ha permès arribar a la independització del rol infermer. Ha estat un procés llarg, lent i progressiu que ha conduït, finalment, a fer que la infermeria sigui considerada i reconeguda oficialment com una professió independent.

Entre els professionals de la salut, les infermeres ja no han de lluitar constantment per defensar les seves àrees competencials, reconegudes i respectades. Però socialment encara hi ha un gran desconeixement sobre el rol real de la infermera. La població en general encara veu les infermeres com professionals supeditats a les ordres dels facultatius. Es desconeix que les infermeres de pediatria en l'assistència a primària, a banda de les tasques delegades pels metges, tenen consulta i agenda pròpia i un rol independent que els permet prendre decisions relacionades amb les cures de salut dels seus pacients. També desconeixen que en l'atenció hospitalària les infermeres tenen competències pròpies reconegudes, relacionades amb la gestió de les cures i els tractaments no farmacològics. Si preguntem a un usuari qualsevol del sistema de salut «què fa una infermera», si sap què és un «diagnòstic infermer» o què és el «procés d'atenció d'infermeria» amb tota probabilitat ens dirà que no ho sap.

«És una tasca de futur millorar la nostra visibilitat entre la població a la qual van dirigits tots els nostres esforços, de manera que entenguin millor les nostres competències. En definitiva, que les persones que cuidem entenguin l'essència de la nostra professió i sàpiguen què fem, com ho fem i perquè ho fem.»

Anna Pol creu que és important entendre la professió d'infermeria com una professió autònoma, amb molts camps per desenvolupar. Forma part d'un equip multidisciplinari, en una relació d'iguals amb metges, psicòlegs, mestres, treballadors socials, etc. que atenen la infància. Dins l'equip tothom aporta la seva visió i competència, i això és molt enriquidor.

A Espanya, fins l'any 1977 la formació rebuda no era universitària, segons un model eminentment tècnic i de rol de suport al metge (formació d'ATS o ajudant tècnic sanitari). A partir d'aquest any es va poder accedir a la formació de diplomats universitaris i des del 2008 ja s'arriba a la titulació de grau, que permet l'accés al títol de màster i al doctorat.

La formació, en general, era patrimoni dels metges. Això ha canviat, és cert?

«I tant!», respon **Anna Pol**, i continua dient que la formació és bàsica per al desenvolupament d'una professió. El pas de la formació d'infermeria a la universitat va representar un salt qualitatiu molt important i en l'actualitat, amb l'accés al grau i als doctorats, la infermeria es pot desenvolupar plenament, en els camps que li són propis, en autonomia i competència.

Segons **Montse Vila**, la història sorgeix del terme *cuidar*, que és l'activitat essencial i fonamental de la infermera. Els canvis de paradigma en relació amb la salut i la malaltia configuren canvis en la societat i en la professió. Per exemple, el paper de Nightingale a la guerra de Crimea, el 1854, i la fundació, el 1860, d'una escola per a infermeres. Gràcies a l'articulació teòrica de les cures de Gilligan es va establir una identitat separada de la medicina. Una educació superior de la infermera ha permès harmonitzar la seva orientació humanística i la seva fonamentació científica.

Per a **M. José Muñoz**, qualsevol disciplina o professió necessita millorar constantment el seu cos de coneixements. Perquè això sigui possible és absolutament necessari tenir la millor formació, al més alt nivell. El concepte de professió és habitualment associat a un col·lectiu social i a un títol que és obtingut a través d'estudis superiors. El punt d'inflexió en el lent procés de professionalitzar la infermeria del nostre país va ser, sens dubte, l'accés a la universitat. Un decret del gener del 1980 va permetre als ATS (ajudants tècnics sanitaris) convalidar els seus estudis per la titulació de diplomats en infermeria. Al llarg dels anys vuitanta algunes lleis van afavorir l'impuls de la infermeria. En el marc educatiu, la Llei de reforma universitària del 1983 va permetre als diplomats en infermeria accedir als cossos docents universitaris com a professors titulars d'escoles universitàries amb plena capacitat docent, tant teòrica com pràctica, així com la possibilitat d'ocupar el càrrec de direcció d'escola i de departament. L'establiment d'una carrera de grau mitjà ha limitat durant alguns anys les possibilitats de creixement acadèmic, ha frenat la capacitat investigadora i ha posat fronteres a l'actuació professional. Des de l'any 2008, la infermeria espanyola s'enfronta a nous reptes de la mà de la titulació de grau, les noves especialitats i la possibilitat d'accedir al doctorat. «Se'ns planteja un futur il·lusionant que ens obliga a vetllar pel desenvolupament professional i que ens permet investigar, publicar i crear evidència científica en l'àrea de les nostres competències. Els estudis de grau asseguruen, d'ara en endavant, el desenvolupament ple de la investigació en infermeria. Ara tenim totes les eines al nostre abast perquè la població ens percebi com a imprescindibles per a la seva cura, capaços d'aportar aquesta especificitat que ens fa únics com a professió.»

Es parla de la feminització de la medicina, de la pediatria. Es pot parlar d'una certa masculinització de la infermeria?

Anna Pol creu que tot i que hi hagi molt més nois que estudien infermeria que fa uns anys, la professió encara és eminentment femenina. Però creu que potser el que ha canviat és que ja no es veu una professió exclusiva de dones, al igual que la medicina ja no és exclusiva dels homes. Així doncs, hi ha una normalització quant al gènere. Però el que sí que es pot observar és que en general l'atenció a la salut és prioritàriament femenina.

Per a **M. José Muñoz** parlar de feminització o masculinització és una forma fàcil de caure en l'error social d'etiquetar i estereotipar persones i professions. No obstant això, creu que és cert que fa alguns anys es pensava en la professió infermera com una «feina de dones». Any rere any, les escoles d'infermeria veuen com augmenta el nombre de joves que trien la infermeria com a professió i la pediatria, i la neonatologia com a àrea de competències. L'interès i la vocació de servir, ajudar, donar suport i tenir cura són trets que no estan en absolut determinats pel gènere masculí o femení. És inqüestionable que una presència més alta d'homes en determinades professions va lligada als canvis socials, que han ajudat a fer que el gènere deixi de ser-hi un tabú. Per tant, aquesta presència masculina més gran en la professió infermera no és sinó un reflex fidel de la nostra societat, on el gènere no determina a què ens podem dedicar professionalment.

Segons **Montse Vila**, sí que es pot parlar de masculinització, si s'entén com la millora de les projeccions laborals: ampliació del camp de treball, millora de sous i el caràcter científic de la professió. En tot cas, comporta un canvi en el concepte social metge-infermera, que està en plena transformació.

Preguntem a Montse Vila, supervisora d'hospitalització pediàtrica, com han repercutit tots aquests canvis en l'atenció a l'hospitalització dels infants i adolescents, fora de les UCI neonatal i pediàtrica. Quines són les línies d'actuació preferencial de l'equip d'infermeria en aquesta àrea tan complexa, amb diversos tipus de patologies, gravetats i pronòstics que la diferencien dels rols en altres àrees?

Totes aquestes noves realitats són enriquidores i molt necessàries per a l'atenció global de l'infant. L'atenció des del punt de vista biològic està desapareixent ràpidament i, tal com dèiem abans, el nou concepte de salut té en compte les necessitats de l'infant des d'un punt de vista físic, psíquic i social, i com a conseqüència és necessària l'atenció multidisciplinària, ben organitzada i amb un alt nivell d'intercomunicació.

Insistim, Montse, l'increment i la sofisticació de la tecnologia aplicada a les cures, l'especialització de diverses especialitats pediàtriques, les relacions amb altres especialitats no pediàtriques però implicades en el tractament dels infants, com afecten el dia a dia i l'organització de l'atenció global dels infants?

El dia a dia de les infermeres assumeix aquesta complexitat i busca constantment eines per treballar en aquesta direcció.

I tot això, M. José Muñoz, com es té en compte en una UCI pediàtrica?

La medicina i la infermeria pediàtrica i neonatal són una especialitat relativament nova. Tot just han passat tres dècades des de l'inici i el desenvolupament de tècniques específiques d'assistència i suport de funcions vitals, de la seva tipificació en àrees assistencials diferenciades i de la seva estructuració com a disciplina. Les unitats de crítics són unitats assistencials complexes, altament tecnificades, dinàmiques i en desenvolupament constant.

Requereixen professionals d'infermeria dotats d'un perfil professional específic que els ajudi a treballar de manera segura sota pressió assistencial, abordar eficaçment situacions d'emergència vital, anticipar-se a possibles complicacions i interactuar amb molts altres professionals de la salut.

L'actual tecnificació i complexitat assistencial de les cures intensives obliga els infermers a ampliar l'horitzó dels seus coneixements bàsics. Han de fer un esforç continuat per ser competents en tècniques i habilitats específiques de les àrees d'intensius i adaptar-se a nous sistemes de monitoratge i control. Tot això condiona en els professionals d'infermeria de cures crítiques pediàtriques i neonatals la necessitat de tenir coneixements de fisiopatologia pediàtrica en profunditat, entrenar-se en habilitats tecnològiques, en la capacitat d'observació i en la presa de decisions precipitades.

Igual que en altres àrees assistencials, els infermers tenen tasques delegades, tasques de col·laboració i tasques independents o autònomes. En la mesura que el nivell de coneixements millora és inqüestionable que és possible ampliar l'àrea d'autonomia i les tasques independents. No hem d'oblidar, però, que l'èxit en l'assistència d'un malalt crític necessita el treball en equip de tot l'equip multidisciplinari. Fins i tot es podria parlar de l'existència del binomi metge-infermera com a unitat bàsica assistencial en crítics.

1 no passa que l'increment i la sofisticació de la tecnologia aplicada a les cures intensives, especialment el monitoratge, han fet que es mirin més els aparells que el malalt?

Els últims anys es parla cada vegada més de la humanització de les cures intensives. La complexitat cada cop més gran de les tècniques i estratègies terapèutiques que es fan a intensius ha anat acompanyada de l'aparició d'una sèrie de «maquinària» sense la qual el control i algunes cures del pacient no serien possibles. Els que treballem a cures intensives som conscients que la imatge de les nostres unitats està una mica distorsionada i que no són pocs els que tenen aquesta idea que mirem més els aparells que els malalts.

Cal insistir-hi, i transmetre la idea que no són les màquines les que tenen cura dels pacients. Els pacients els cuida un personal ben entrenat i competent que, a més de proporcionar les cures bàsiques que es poden donar en àrees assistencials de menys complexitat tecnològica, tenen coneixements, habilitats i competències adquirides per mitjà de formació específica i de l'experiència professional per dominar un seguit d'avanços tecnològics que ajuden o substitueixen temporalment determinades funcions orgàniques.

Anna Pol, com han repercutit tots aquests canvis en l'atenció a primària?

L'any 1984, coincidint amb els primers anys d'infermeres ja universitàries, s'inicia la reforma de l'atenció primària al nostre país, com a conseqüència dels acords de la conferència d'Alma Ata (1978), que fomentaven la promoció de la salut, la prevenció i la cooperació intersectorial. Aquest és el terreny fèrtil que troba la infermeria per desenvolupar-se en l'atenció primària i aportar el seu treball en l'equip multidisciplinari, centrat no tan sols en les tècniques i la curació, sinó en la prevenció i promoció de la salut, i no tan sols en l'atenció individual, sinó també en l'atenció a les famílies i a la comunitat.

1 quines són les línies d'actuació preferencial de l'equip d'infermeria en aquesta àrea tan específica que la diferencien dels rols anteriors?

Com he comentat abans, en l'atenció primària és fonamental la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, sense oblidar l'assistència, sempre des d'un enfocament educatiu, per apoderar els ciutadans en la seva autocura.

La infermeria duu a terme diferents activitats en aquesta línia, mitjançant programes de salut, i tant en l'atenció individual com en l'educació grupal o en coordinació amb la comunitat.

Quina és la formació que ha de rebre una infermera per poder accedir a una activitat professional adaptada a les noves directrius infermeres? És suficient la formació troncal de l'assignatura? Es transmeten aquestes nocions innovadores? Hi ha formació específica en pediatria? És suficient?

Anna Pol: La formació bàsica que es rep als estudis de grau és com la plataforma de llançament que ja permet a la nova infermera incorporar-se al món laboral. Però, com en totes les professions, la formació és continuada i s'ha d'adaptar a les necessitats del lloc de treball.

Aquesta necessitat de tenir personal format més específicament i profundament, fins ara ha estat atesa pels molts estudis de postgrau i màsters que ofereixen les diferents universitats. Entre ells els de pediatria.

Actualment, el desplegament de les especialitats d'infermeria permetrà tenir personal altament qualificat i amb una especialitat reconeguda. En el camp que estem comentant, ja s'estan formant les primeres infermeres especialistes en pediatria.

M. José Muñoz: Tot i que els estudis actuals de grau han ajudat a millorar el nivell de coneixements bàsics dels recents graduats en infermeria, les competències pròpies d'especialitats com la pediatria és impossible que siguin adquirides únicament amb la formació troncal de l'assignatura. Els estudis bàsics de grau faciliten accedir al món laboral, on cal compaginar la pràctica assistencial amb la continuïtat formativa. I, com en qualsevol altra pràctica professional, el que millora les competències i ens fa experts a l'hora de donar cures d'excel·lència és la formació continuada i la continuïtat laboral.

Respecte a com fer la formació continuada, hauríem de parlar d'una doble vessant: la individual i la institucional. D'una banda, és imprescindible l'esforç personal dels professionals per millorar i aprendre de manera individual, fent estudis de postgrau i màster i, sobretot, esforçant-se per adquirir l'hàbit de llegir i consumir evidència científica. D'altra banda, les institucions han de fer també l'esforç per proporcionar i facilitar la formació continuada en nous avenços, en TIC (tecnologies de la informació i la comunicació), en metodologia d'investigació, en habilitats comunicatives i gestió de les emocions, que són coneixements i habilitats imprescindibles per desenvolupar-se professionalment en les àrees de crítics.

Montse Vila: La formació troncal de l'assignatura no és suficient. La formació troncal ha de ser un punt de partida. En general crec que sí, que es transmeten aquestes nocions innovadores, però potser en un primer moment l'alumne d'infermeria no les reconeix com a pilars bàsics de la seva professió. Potser està mentalment més enfocada a les tècniques per reconèixer necessitats físiques, distingir patologies... Però de mica en mica, mentre es va formant, en va reconeixent la importància. La formació específica és bàsica, i seria desitjable que totes les infermeres que treballen a pediatria tinguin formació específica.

La formació actual, malgrat l'aparició de les infermeres internes residents (IIR), crec que encara està massa fragmentada, depèn massa dels centres que la imparteixen. Necessitem un sistema més aglutinador d'aquests coneixements. D'altra banda, la formació continuada, tant personal com la que poden organitzar els centres de salut, és molt important per anar actualitzant i adquirint nous coneixements.

Com han rebut aquests canvis les infermeres més antigues, amb una formació diferent a l'actual? S'hi han adaptat fàcilment?

Anna Pol creu que això depèn més de la persona que de l'antiguitat, i del seu grau d'implicació i compromís amb la professió i la feina que duu a terme. Treballar per la millora contínua de la qualitat de les cures que proveeix ha de ser objectiu de tota infermera i de tot professional.

L'apreciació personal de **Montse Vila** és bona, ja que pensa que totes es van adaptant als canvis, les infermeres antigues que han estat sempre bones professionals no es volen quedar enrere. Més que un tema d'antiguitat creu que és un tema de professionalitat.

Segons **M. José Muñoz**, per a una immensa majoria dels professionals més antics, l'arribada de promocions de graduats en infermeria s'està vivint amb enveja i expectació. Enveja per una titulació superior que obre portes que estan tancades a qui té una diplomatura en infermeria i expectació davant què passarà en un futur proper i com encaixaran en els organigrames de les institucions sanitàries els graus i els IIR. «Tot i que la convivència no està exempta de friccions, sabem que les noves generacions d'infermeres tenen capacitat per portar molt més lluny la professió i aportar al col·lectiu noves perspectives professionals, docents i investigadores. Els últims anys estem vivint, amb l'arribada de generacions d'infermeria amb diferents titulacions (grau, EIR, màsters, doctorats), una espècie de relació simbiòtica entre els més joves i els més antics. Els més joves aporten il·lusió i afany investigador a uns equips carregats d'experiència professional per la pràctica diària, però que tenen pocs recursos per afrontar el repte d'investigar. D'aquest treball en equip, on sumen l'experiència, els esforços de tots per aprendre i l'empenta d'uns i altres per millorar, se'n poden beneficiar els usuaris, ja que pot millorar de manera directa l'assistència dels malalts, i tot el col·lectiu de professionals sanitaris.»

En una tasca tan compromesa, tan intensa, l'organització laboral permet una bona conciliació amb les tasques familiars?

Anna Pol: Crec que aquest és el camp de batalla de moltes professionals, i no sols de les infermeres. Els horaris en si ja són complicats, però alhora, per a un professional implicat i que vol estar al dia, la feina no acaba amb l'horari laboral: cal estudiar, preparar sessions, fer recerca... I evidentment combinar tot això amb l'atenció a la família implica la tasca de buscar l'equilibri constantment.

Però, repeteixo, no crec que sigui específic de les infermeres, qualsevol professional que viu el compromís amb el que fa s'hi troba, tant siguin homes com dones, infermers o infermeres, metges o metgesses...

M. José Muñoz: En totes les activitats, disciplines i professions proveïdores de serveis, la conciliació entre vida laboral i familiar és complexa. En el sector sanitari és evident que encara és més difícil pels horaris laborals, que han de donar resposta a una demanda assistencial de 24 hores.

En el moment actual, la conciliació entre la vida personal (parella, família, amics, estudis...) i la vida laboral és encara més difícil per la precarietat laboral, que sovint fa que molts professionals no tinguin estabilitat en temes d'horari, durada de contractes i assignació continuada a les àrees assistencials. Les direccions dels nostres centres proveïdors de salut han de fer alguna cosa per millorar tots aquests aspectes que dificulten la conciliació i que sovint enrareixen el clima laboral.

Montse Vila: A infermeria, l'organització laboral sempre li ha demanat que fossin les tasques familiars les que fessin l'esforç de conciliar-se. Això vol dir que una feina amb segons quins torns (treballar tots els caps de setmana, treballar en torn de nit) comporta molt d'esforç i molt bona organització per conciliar-ho tot.

La infermera s'implica també en la docència, en la investigació. És compatible fer tantes coses sense que alguna part se'n ressentí?

Anna Pol: Hi ha infermeres que només es dediquen a tasques assistencials, o bé docents o bé d'investigació, cada professional prioritza més el camp a què es vol dedicar. Però alhora és veritat que la docència i la investigació han d'estar molt a prop de l'assistència, perquè és des d'ella i en ella on tenen sentit i es nodreixen.

La docència estimula el reciclatge, estar al dia, compromet a seguir estudiant sempre. La investigació ajuda a desenvolupar la professió i a aprendre per millorar en les cures.

A l'atenció primària, igual que en altres àmbits professionals, són importants la formació continuada i la recerca. Per això es fan sessions clíniques, hi ha grups de treball que desenvolupen projectes de recerca, es fa docència a alumnes de pregrau i postgrau, tant de medicina com d'infermeria... I, com en tots els àmbits, això significa un escreix d'implicació dels professionals.

M. José Muñoz: El desenvolupament professional del col·lectiu infermer i la complexitat de les cures que dispensen fa que cada dia sigui més necessari un sòlid suport científic d'un cos de coneixements propis. Disciplines com la medicina gaudeixen d'una salut investigadora excel·lent, mentre que la infermeria, la «ciència del cuidatge», busca encara superar múltiples barreres per consolidar trajectòries i línies de recerca pròpies que aportin més i millors evidències a les diverses pràctiques i intervencions infermeres.

Sovint ens preguntem si totes les infermeres assistencials han de fer docència i investigació. A petita escala tots els professionals d'infermeria fan docència en la seva pràctica diària quan tutoritzen les pràctiques dels alumnes de les escoles de grau, postgrau i màster, i fan investigació cada vegada que es qüestionen si hi ha una manera millor de portar a terme la cura d'un malalt.

La compatibilització de docència, investigació i assistència és, en el sistema sanitari actual, poc viable. Per a la majoria d'infermers, la docència i la investigació són àrees que s'exploren per interès personal, fora de l'horari laboral i sense cap tipus d'ajuda o incentiu per part de les institucions. Aquestes s'haurien de plantejar facilitar la formació a tots els professionals compromesos que vulguin fer un pas en l'adquisició de noves competències en l'àrea de la docència i de la recerca. Facilitar horaris –alliberats de la jornada laboral– i facilitar el finançament per adquirir aquestes competències podrien ser els pilars bàsics per aconseguir-ho.

Montse Vila: Les infermeres de pediatria estan molt acostumades a fer docència en el dia a dia del seu entorn laboral, alumnes de pregrau, màster, EIR... però si la pressió assistencial és molt alta, la qualitat d'aquesta docència se'n pot ressentir.

Si les institucions no col·laboren d'alguna manera en la investigació d'infermeria és gairebé impossible fer aquesta funció. És evident que només amb el seu temps extralaboral no es pot dur a terme plenament.

Com veuen els infants, i especialment les famílies, les noves directrius de cures infermeres? Totes les famílies veuen amb bons ulls la seva implicació en les cures del nen malalt?

Comencem per l'opinió de **M. José Muñoz**, de cures intensives:

Les cures centrades en la família (CCF) han estat un gran canvi, tant per als professionals com per a la família. L'intent d'incorporar els pares en les cures de l'infant hospitalitzat representa un gran repte per al personal assistencial, ens enfronta a situacions noves i a necessitats fins ara desconegudes, i ens planteja noves relacions d'interacció en el trinomi pacient - equip assistencial - família.

En l'àmbit de les cures intensives pediàtriques, les polítiques de portes obertes sense restriccions horàries ja són una realitat. Establir aquestes polítiques en una unitat de cures intensives pediàtriques és molt més que retirar normatives d'horaris a la porta d'entrada de les UCI, proporcionar una cadira relativament còmoda al costat d'un pacient i deixar que família i cuidadors ens vegin exercir les nostres tasques. Implica que els professionals deixin de veure només el pacient hospitalitzat i fer l'esforç de veure i tenir cura de l'infant i la seva família. Implica abandonar un model assistencial centrat en el pacient per administrar cures a tota la unitat familiar. Aquest canvi ha estat molt ben rebut per les famílies, ja que permet mantenir la unitat familiar durant tot l'ingrés hospitalari. L'esforç més costós que estan duent a terme les unitats de crítics que aposten per aplicar les CCF i els seus professionals és adaptar-se a l'obligat canvi de paradigma de com organitzar, reglar i jerarquitzar qui proporciona les cures i afavorir que els pares siguin participants de les preses de decisions relacionades amb les cures i l'estat de salut dels seus fills. Els equips assistencials s'enfronten a una necessitat creixent, per part de la família, de participar activament en les cures directes dels infants. Apoderar els pares comença a ser considerat un estàndard de qualitat de les cures que es dispensen a les UCI. Hi ha evidència científica que corrobora que els pares que mantenen el rol cuidador i se senten participants de les decisions relacionades amb les estratègies terapèutiques i les cures que es presten als seus fills tenen més confiança en el personal i això redunda en el benestar del pacient i de l'entorn familiar.

Per a **Montse Vila**, d'hospitalització, les famílies i els infants veuen positivament les noves maneres de cuidar, ja que aprecien que científicament i humanament són cada cop més riques. A més, s'ha de tenir en compte que els pares són generalment joves i poden acceptar els canvis professionals i socials més ràpidament perquè és la seva realitat diària.

I a primària, **Anna Pol**? Les infermeres són professionals molt propers i accessibles als infants i les seves famílies, ben acollides i valorades per la comunitat. Dins l'atenció primària tenen una tasca molt important d'acompanyament en la criança i de suport a les famílies per ajudar-les a ser famílies competents.

En l'atenció a l'infant a primària, el rol de la infermeria ha agafat unes responsabilitats molt superiors a les que tenia abans. Hi està d'acord?

Sí. Justament per tot el que hem dit a l'inici, més formació dona millor competència i autonomia, i per tant implica assumir més responsabilitats.

Seguint en l'àmbit de primària, plantegem a Anna Pol que igual que altres professionals, les infermeres fan seus alguns criteris que poden ser divergents amb els criteris d'altres membres de l'equip (metges, altres infermeres...). En cas de diver-

gència, per exemple en vacunacions, alimentació, desenvolupament... qui té prioritat en les decisions que cal prendre?

La diferència de criteris pot passar entre un metge i una infermera o entre dos metges, o diferents membres de l'equip. Per això són importants les reunions de treball en què es consensuen protocols i sempre caldrà buscar el consens.

No ha de «guanyar» ningú com a tal, sinó que primer de tot caldrà una actitud respectuosa i dialogant, escoltant les raons de les diferents opcions. Un cop exposats els diferents criteris, serà important buscar l'evidència científica que els avala. I això pot donar suport a un o altre professional, independentment de qui sigui.

Quina és la postura d'infermeria davant la negativa dels pares, per exemple, a vacunar el seu fill?

Partint de la premissa que l'objectiu de la infermera serà que tots els infants es vacunin, quan es troba amb pares que no volen vacunar serà molt important no culpabilitzar-los i mostrar-los respecte per la seva decisió. Primer cal escoltar i acollir aquests pares, buscar quines raons els porten a no vacunar, quines pors i dubtes tenen... i després donar-los eines per si volen modificar les seves idees originals. Els pares que no volen vacunar solen ser pares justament molt preocupats per la cura dels seus fills i que han buscat molta informació. Caldrà, doncs, donar-los informació sòlida que fonamenti la vacunació i deixar-los temps perquè es replanegin la seva opció. Un cop escoltats i informats els pares, si mantenen l'opció de no vacunar, se'ls convida a signar una renúncia de vacunació com a responsables dels seus fills.

I no hem d'oblidar que a l'atenció primària tenim un aspecte a favor, que és la continuïtat de cures. Si, malgrat els diferents criteris que podem tenir amb els pares, hem fonamentat la relació en el respecte, caldrà aprofitar les moltes vegades que vindran a la consulta per seguir parlant del tema.

Hi ha programes de foment de l'alletament matern? Es demonitza la mare que, per diverses raons, no vol alletar el seu infant?

Com és sabut per tots, l'alletament matern és l'alimentació òptima per a l'infant, de manera exclusiva els primers sis mesos de vida, i complementada almenys fins als 2 anys (OMS, AEP...). Malgrat això, a vegades no és fàcil i cal acompanyament i molt suport a les mares que alleten. L'atenció primària de salut és un àmbit privilegiat per acompanyar en aquest seguiment i fomentar una cultura de lactància en la comunitat.

Personalment trobo a faltar un impuls als programes de promoció de l'alletament matern a nivell institucional (Departament de Salut, ICS, societats científiques...). Potser no li acabem de donar la importància que es mereix com a conducta de salut, i per tant modificable, amb molts beneficis de salut per a la mare i el fill. Crec que sobretot falta molta formació pràctica en el maneig de l'alletament de tots els professionals sanitaris que treballen amb mares i nadons.

Al centre on jo treballa estem molt implicats en aquest tema i seguim les directrius de la UNICEF per acreditar-nos com a centre IHAN (Iniciativa per la Humanització de l'Atenció al Naixement i la Lactància), abans anomenats «centres amics dels nens». És un programa internacional que reconeix l'excel·lència en la cura del nadó i la seva mare, en l'alletament i la criança respectuosa. I això també inclou d'una manera molt especial l'atenció a les mares que no alleten.

Una atenció professional mai no ha de demonitzar les mares que no alleten, sinó que el respecte i l'acollida sempre han d'anar primer. I la nostra tasca serà acompanyar perquè el nadó gaudeixi de les millors cures, i si la mare no alleta, que l'única diferència amb la que alleta sigui «la llet».

És important treballar la promoció de l'alletament sobretot des de l'etapa de l'embaràs, perquè és quan amb la mare que potser dubta de si alletar, o té pensat que no, es pot parlar i treballar perquè decideixi ben informada. Sovint hi ha molts mites entorn l'alletament i pors infundades, així com pocs coneixements dels riscos de no alletar.

Sovint els professionals hem tingut com por de no fer sentir malament la mare que no vol alletar, i s'ha dit «és igual, no passa res», però crec que sí que passa, i que fonamentats en el respecte no hem de tenir por d'explicar els beneficis de l'alletament i que aquest és el millor regal que una mare pot donar al seu fill. Igual que a les persones fumadores tenim claríssim que els hem d'aconsellar deixar de fumar, sense tenir por de fer-les sentir malament. Cal respectar profundament les decisions de les persones, però això no ens eximeix el deure d'aconsellar i treballar perquè triïn l'opció més saludable.

La formació rebuda permet assumir tots aquests aspectes relatats fins ara?

La formació mai no és suficient, sempre ha de ser continuada, i hem d'estar oberts a aprendre cada dia.

Hi ha algun protocol que faciliti la detecció de problemes que, obligadament, s'han de consultar amb el pediatre?

Dins l'atenció primària, un programa de salut fonamental que treballem dins la pediatria és el Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut dins l'edat pediàtrica (l'anomenat Programa del nen sa). En aquest programa queden molt ben definides les tasques que ha de desenvolupar el pediatre i les que ha de dur a terme la infermera, així com els signes d'alarma o criteris de derivació que quan la infermera els detecta ha de consultar el pediatre.

Així mateix, dins l'atenció primària les infermeres assumim el triatge de les urgències o visites espontànies. En aquest cas també tenim el Protocol de gestió de la demanda aguda, en què els motius de consulta més freqüents (febres, diarrea, tos, mocs, ferides...) estan molt ben protocol·litzats i presenten molt bons algorismes d'actuació i criteris de derivació al pediatre.

I, en les consultes de primària, hi ha sempre la possibilitat de tenir el suport d'un pediatre?

Això ja dependrà de l'organització i la disponibilitat de personal de cada centre, ja que a vegades hi pot haver centres en què l'horari del pediatre no abasti tot el temps.

En el meu cas, treballo en un centre on hi ha dos pediatres i dues infermeres de pediatria i, per tant, habitualment sempre tens el suport del pediatre. I si en algun moment no hi ha pediatre, si el requeriment no és urgent, es pot citar per a un altre dia, i si és urgent es compta amb el suport dels metges de família.

Recentment es parla de la potestat de receptar determinats medicaments. Hi està d'acord, amb aquest privilegi, entès com a possibilitat competencial d'exercir

una determinada acció? Està legalment coberta aquesta activitat? No tenen por de caure en conflictes reals o ficticis, de ser el cap de turc fàcil en determinades denúncies?

Anna Pol: Crec que es tracta de regular una activitat perquè cada professional respongui professionalment de les seves actuacions. D'aquesta manera, un cop estigui regulada la prescripció infermera, aquest professional és responsable del que prescriu i això vol dir dels productes que té competència per prescriure. És important deixar-ho clar: les infermeres, per exemple, mai no receptarem un antibiòtic, però si en la cura d'una cremada, per exemple, s'ha de prescriure un apòsit o una crema, ho podrem fer. Les denúncies no ens han de fer por si actuem amb coneixement i responsabilitat.

M. José Muñoz: Valoro com a positiu el fet que la infermera, si està autoritzada, pugui prescriure determinats medicaments. La demanda no és nova; els infermers fa anys que reclamen un suport legal per al que és habitual en la seva pràctica clínica: la prescripció d'alguns medicaments, tractaments no farmacològics i productes sanitaris. La por a l'intrusisme i a conflictes –reals o ficticis– amb l'estament facultatiu i la possibilitat de denúncies per mala praxi és una constant en relació amb molts aspectes de la nostra pràctica assistencial, no tan sols respecte a la prescripció infermera.

És prioritari normativitzar estrictament que els infermers puguin indicar, usar i dispensar de manera autònoma medicaments no subjectes a prescripció mèdica i productes sanitaris, mitjançant la corresponent ordre de dispensació, així com també dispensar medicaments subjectes a prescripció mèdica, sobre la base de l'aplicació de guies de pràctica clínica i assistencial i protocols d'actuació d'elaboració conjunta entre les organitzacions col·legials mèdiques i infermeres i validades per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUA). La capacitat legal perquè els infermers puguin receptar fàrmacs està prevista des de l'aprovació fa sis anys de la Llei 28/2009. El que cal acabar de definir és com es posa en pràctica que si un pacient té febre o dolor, l'infermer li pugui donar un analgèsic, aplicar-li un pla de cures amb tractament o si té una úlcera per pressió pugui decidir com s'ha de fer la cura sense que això no representi una acció il·legal o un conflicte amb els metges.

Montse Vila: Crec que és una eina més del cuidar, per tant hi estic d'acord, però les formes han d'estar molt clares per evitar conflictes i denúncies, ja que crec que si no es tracta amb molta cura, efectivament pot ser font de conflictes.

I, ara, seguim amb l'Anna Pol. Hi ha constància de violència per part d'alguns pares als consultoris de primària? Estan degudament protegits?

A l'atenció primària no és habitual que hi hagi situacions de violència i es tracta en tot cas de fets puntuals. Malgrat això, si ens trobem amb algun conflicte, hi ha mesures internes del centre protocol·litzades per poder-lo abordar.

Creu que la infermera de primària hauria de formar part d'un comitè d'ètica assistencial o participar en les decisions sobre actituds que comprometen el benestar o la salut del nen?

Sí. De fet, els comitès d'ètica ja compten amb la participació de les infermeres. I, dins els equips d'atenció primària, la infermera, com tots els altres professionals, participa activament en les sessions clíniques que tracten l'abordatge de temes relacionats amb l'ètica, amb la presentació de protocols o documents, o amb la discussió de casos.

Què opina de la participació de les infermeres de primària en programes de formació a la comunitat, per mitjà del foment dels hàbits saludables a les escoles, associacions de pares...? Es fa?

La infermera és un agent de salut proper, amb molt bona formació en eines de comunicació i d'educació per la salut, i per tant fonamental en el treball comunitari.

Hi ha equips d'atenció primària que tenen més desenvolupada l'atenció comunitària, però en més o menys intensitat a tota la primària se'n fa. Per exemple, es va a vacunar a les escoles i sovint hi ha infermeres que aprofiten aquesta activitat per fer alguna xerrada sobre les vacunes als infants o també als pares.

Altres activitats que es fan en aquest sentit són intervencions en els mitjans locals de comunicació (ràdio, TV, premsa), educació grupal dirigida a infants amb alguna patologia, com ara l'asma o l'obesitat, tallers de lactància materna o de massatge infantil, i tota mena de xerrades i tallers a demanda o en coordinació amb entitats locals (centres oberts, escoles, llars d'infants, espais...).

Passem ara a qüestions sobre temes relacionats amb l'hospitalització. Les cures d'infermeria tenen un altíssim component d'integració entre la tècnica i les emocions. Com es pot suportar aquesta implicació? Caldria disposar, especialment en unitats d'hospitalització, de suport psicològic periòdic per afrontar, a nivell personal, les tensions causades per situacions emocionals límit?

M. José Muñoz: Els últims anys es parla de la importància que el personal d'infermeria s'entreni en el desenvolupament de la intel·ligència emocional i en la gestió de les emocions. Tenir cura requereix coneixements, actituds i habilitats, entre elles les de tipus emocional. El treball infermer i la cura de persones en situació de pèrdua de salut és complex, i demana l'ús de la lògica, de la intuïció i de l'emoció. La intel·ligència emocional permet una sana interacció social i una bona comunicació. Es refereix a l'ús del pensament de manera organitzada, formant equips de treball d'alt rendiment amb una comunicació oberta, per a la presa de decisions, el lideratge i la creativitat. La gestió de les emocions fa al·lusió a la capacitat per modular l'energia emocional. La infermera emocionalment educada, tendeix a motivar-se, il·lustrar-se i interessar-se pels altres. El resultat final d'un bon control de les emocions és menys cansament, menys símptomes de malaltia, salut emocional, millor maneig de les necessitats del pacient i més satisfacció laboral.

Aquestes dues habilitats no són intrínseques a totes les persones, que afronten de manera desigual la pressió assistencial. De la mateixa manera que no es qüestiona la necessitat de la formació continuada de les habilitats, competències i coneixements relacionats amb la pràctica clínica diària, no caldria defensar la necessitat d'establir cursos, tallers i jornades d'entrenament que ajudin els professionals sanitaris a afrontar de manera saludable situacions emocionals límits.

L'empatia, l'escolta activa, l'assertivitat, la capacitat de gestió emocional i les habilitats comunicatives quan es transmeten males notícies són habilitats emocionals bàsiques i constituents de la competència emocional infermera. La manca d'habilitats emocionals s'assenyala com a possible causa del poc desenvolupament de l'atenció i la cura de les emocions i també com un dels principals estressors emocionals que causen la síndrome de desgast professional (burn out) de molts professionals.

En unitats de càrrega assistencial elevada, on els infermers conviuen a diari amb situacions d'urgència i emergència, caldria plantejar-se un suport psicològic periòdic que permeti afrontar-les i que ajudi els que cuiden a sentir-se cuidats.

Montse Vila: Estic plenament a favor que les unitats d'hospitalització tinguin un suport psicològic, nosaltres el tenim fa molts anys a neonatologia i seguim treballant per aconseguir-lo a l'UCI pediàtrica i a hematologia. Un suport psicològic grupal pot ser una molt bona eina, entre altres coses per donar cohesió al grup. I cal un suport psicològic personal si els professionals així ho desitgen.

I, per acabar, igual que ho he plantejat per a l'atenció primària, creu que la infermera hauria de formar part del comitè d'ètica o participar en les decisions sobre actituds que comprometen la vida o el benestar de l'infant amb malaltia crítica?

M. José Muñoz: Sí, sense cap mena de dubte. La infermeria és una ciència fonamentalment humana. Les últimes dècades s'han caracteritzat per grans canvis tecnològics i socials que obliguen la infermera a tenir un profund coneixement de la ciència ètica per dur-la a la pràctica en el seu treball diari. El pacient vol ser cada vegada més participatiu en el seu propi procés de salut-malaltia i en les decisions que l'afecten. La relació entre la infermera i el pacient és cada vegada més àmplia i s'hi involucren factors aliens a tots dos, com ara els avenços tècnics. Es podria dir que es troba constantment davant dilemes ètics difícils de solucionar de manera individual.

És imperant la presència de l'estament infermer als comitès d'ètica assistencial per garantir un diàleg i una visió interdisciplinària dels conflictes, condició sine qua non per a un veritable diàleg bioètic en el context d'una societat plural amb diferents cosmovisions i opcions ètiques.

Crec que també hauria de ser un agent actiu de ple dret, tant en la redacció dels protocols de limitació de l'esforç terapèutic com en la presa de deliberació participativa de l'equip assistencial multidisciplinari quan aquest protocol s'ha d'aplicar.

Montse Vila: Crec fonamental que la infermera participi en les decisions ètiques, com a membre de l'equip assistencial. Ha de formar part de les nostres responsabilitats.

Moltes gràcies a totes tres per la seva sincera i entusiasta col·laboració en temes que afecten directament la bona cura dels infants i adolescents.

Infermeria pediàtrica: visió del pediatre d'atenció primària

Vicente Morales

Tots hem sentit, durant la nostra pràctica assistencial, tant a l'hospital com a l'assistència primària, el valor que representa treballar juntament amb una infermera o infermer de pediatria. No em refereixo a passar una consulta amb una infermera al costat, sinó a compartir incerteses, complementar diferents punts de vista, interpretar de manera correcta comentaris, actituds i aspectes relacionats amb la família, l'escola o els amics de l'adolescent que, inicialment, per les presses habituals, el cansament o el desconeixement, no havíem valorat encertadament. En resum, col·laborar per efectuar una pràctica reflexiva i en equip.

Intentaré, des del meu punt de vista, fer una descripció dels problemes que han dificultat les activitats «conjunes» de pediatre i infermera, sent conscient que és una reflexió personal. Entre les dificultats, destacaria l'heterogeneïtat en la formació d'infermeria, la manca d'actualització en l'organització del treball en les consultes, de l'individualisme del pediatre en el treball en equip, la falta d'una definició clara de les activitats de la infermeria en pediatria i la manca de reconeixement per part de les organitzacions del treball d'infermeria, que abusen de la infermera comodi.

Entre els professionals d'infermeria han coexistit els antics ajudants tècnics sanitaris (ATS) de quart de batxillerat i revàlida amb doctors en infermeria. Acadèmicament, s'ha passat del títol d'ATS –que el 1953 va unificar practicants, llevadores i infermeres i que esdevenien «ajudants del metge»– al de diplomat universitari en infermeria de l'any 1977, amb quatre anys de durada, que permet exercir la professió amb plena autonomia tècnica i científica, i aconseguir els títols de màster i doctor a partir de 2008. Durant massa anys, la convivència entre aquest tipus de professionals i el predomini del primer model per motius d'edat ha propiciat un estancament i un retard per combinar experiència i formació que el recanvi generacional s'està encarregant d'actualitzar. Les infermeres també han de complementar el seu treball assistencial amb docència, formació i recerca. La metodologia de la medicina o la infermeria basada en l'evidència no és exclusiva de cap col·lectiu.

També la pediatria està implicada en múltiples canvis adaptatius. La nova morbiditat necessita ampliar àrees de coneixement relacionades amb les dificultats d'aprenentatge, les alteracions en el desenvolupament, els problemes de conducta, les addiccions i la violència, el maneig integral dels infants amb malalties cròniques i patologies agudes que necessiten una evolució en el model d'organització per donar respostes a aquestes necessitats assistencials. L'abordatge dels problemes ha de ser fruit d'un treball en equip i multidisciplinari. Les famílies sol·liciten ingressar a l'hospital el menys temps possible; per tant, el pediatre i la infermera de pediatria en l'atenció primària han d'assumir més responsabilitats, amb la necessitat imperant de mantenir-se actualitzats, i adaptar-se a les noves tecnologies amb un treball en equip liderant un abordatge multidisciplinari i multiprofessional, que integri factors físics, psicològics, socials i culturals. D'altra banda, els pediatres i les infermeres de l'hospital han d'obrir nous canals de comunicació amb els seus companys de diferents nivells, perquè aquesta sigui més àgil i eficaç; en són exemples el projecte Prealt, l'informe d'infermeria, les cures pal·liatives compartides entre l'hospital i l'assistència primària, la història clínica compartida, etc. El treball individualista del pediatre aïllat en una consulta correspon a un temps ja passat, és un model caduc i no acceptat per les noves generacions, tant de professionals com de famílies. El primer professional amb qui formem equip, especialment en l'assistència primària, és la infermera pediàtrica, i els pediatres, en general, hauríem d'assumir la responsabilitat per la falta de suport decidit i l'actitud en relació amb el treball en equip amb infermeria.

La falta d'una definició clara de les activitats i responsabilitats de la infermeria en pediatria ha afavorit el desenvolupament de posicions gremials, que han perjudicat les línies d'acord i han potenciat actituds retrògrades i poc conciliadores, amb desacords absurds. Una divisió del treball que atengui la capacitat resolutiva i que s'oblidi de gremialismes és la que assolirà augmentar l'eficàcia i l'efectivitat de les activitats aportades pels diferents grups professionals. Un exemple clar és l'atenció de la demanda aguda o la possibilitat de prescripció per part d'infermeria. La Sala Contenciosa Administrativa del Tribunal Suprem va publicar el 18 de desembre del 2012 una sentència desestimària del recurs de cassació presentat pel Consell General de Col·legis de Metges, en què es ratifica una sentència prèvia que reconeix la capacitat de la infermera familiar i comunitària a prescriure medicaments. Les revisions Cochrane ens mostren tant les virtuts d'una bona col·laboració professional com del potencial per compartir metges i infermeres algunes funcions, per mantenir episodis clínics i millorar la satisfacció del pacient. Des de la política sanitària i les societats científiques toca eliminar les barreres reguladores que entorpeixen els canvis.

És pràctica habitual, tant a l'hospital com en l'atenció primària, utilitzar en diferents serveis les infermeres comodins per donar atenció en pediatria, de manera que es trenca la continuïtat assistencial i es dificulta el vincle que sens dubte aconseguen els professionals preocupats pels seus pacients.

Igual que els pediatres hem hagut de defensar que els infants han de ser atesos per pediatres i que durant molts anys altres col·lectius professionals ens han qüestionat, actualment els professionals d'infermeria estan reivindicant el ple reconeixement de l'especialitat en infermeria pediàtrica. Des de l'any 2011 hi ha un programa i la possibilitat d'efectuar la residència per a l'especialitat d'infermeria pediàtrica, i progressivament ens anirem trobant amb un tipus de professional molt diferent, amb gran formació universitària i amb capacitat per treballar en un equip multidisciplinari, assumir tant la patologia aguda com la discapacitant i la patologia crònica, i desenvolupar treballs de recerca i docència, la promoció de la salut i les activitats comunitàries. Entre aquestes darreres activitats assistencials destaquen els tallers de salut i escola en adolescents, els grups per a la promoció de la lactància materna, i els tallers per a pares o professors en relació amb diversos temes de salut com nutrició, activitat física o reanimació cardiorespiratòria bàsica. En la meua experiència, la majoria d'activitats que s'han organitzat en la comunitat han tingut una gran acceptació per part d'infants, pares i professionals, però per diferents raons, ja sigui per la pressió assistencial del dia a dia o pel poc reconeixement dels responsables sanitaris, són activitats poc habituals. Possiblement per aquest tipus de valoració hem delegat en les infermeres, que com que no tenen formació o habilitats pròpies de les infermeres de pediatria també han anat postergant o deixant en un segon pla les activitats comunitàries que de manera progressiva hauríem de recuperar conjuntament.

Si volem treballar en equip, amb una organització moderna i eficient, integrant activitats multiprofessionals, responsabilitzant-nos d'activitats en la comunitat, necessitem que les infermeres tinguin una sòlida formació en pediatria; per tant, hem de fer una aposta decidida per afavorir la formació reglada per a l'especialitat d'infermeria pediàtrica.

La incorporació de la família a les unitats neonatals

Nuria Herranz

L'atenció del nounat prematur o malalt a les unitats neonatals ha viscut una profunda transformació el darrer quart de segle. Recordo els meus començaments com a infermera neonatal a la unitat de vigilància intensiva d'un hospital terciari del nostre país, pels volts dels anys noranta. Tot era molt diferent, llavors, l'espai físic, l'ambient de la unitat, els aparells i la tecnologia, els tractaments i les cures... Però més enllà de tots aquests elements, n'hi havia dos de qualitativament diferents i rellevants perquè il·lustraven com era la naturalesa de la relació de cura que establíem els professionals amb els nounats i les seves famílies. D'una banda, les cures que fèiem quotidianament les infermeres a les unitats neonatals, si bé perseguïen satisfer les necessitats dels nounats ingressats, en general es caracteritzaven per estar més adaptades a les demandes externes de funcionament de les unitats i dels seus professionals, que no pas ajustades de manera individualitzada als ritmes interns i particulars de cada nounat. Com a conseqüència d'això, els nounats rebien de manera constant i contínua una infinitat de procediments i intervencions que alteraven la seva estabilitat fisiològica, interrompien el seu descans i els causaven incomoditat i dolor.

D'altra banda, l'accés dels pares a les unitats neonatals per romandre amb els seus fills es reduïa a unes poques hores al dia, en les quals amb prou feines disposaven d'oportunitats per participar en les cures dels seus fills. Això els convertia en visitants i espectadors estranys de la seva realitat i dificultava que poguessin establir un vincle segur. Desafortunadament, i per insòlit que pugui semblar-nos avui, aquesta situació es vivia amb absoluta normalitat entre els professionals, perquè senzillament formava part de la nostra cultura hospitalària.

Aquesta manera de cuidar del nostre passat no tan llunyà, a més de deshumanitzada, xocava frontalment amb la idea de cura que defensem les infermeres i que identifica la nostra disciplina. Des de la nostra visió professional, la cura és un procés interactiu construït amb i des del pacient (interpersonal), té una naturalesa complexa (biopsicosocial) i necessita un abordatge dinàmic, individualitzat i integral.

Des de mitjan anys noranta, les unitats neonatals espanyoles inicien lentament canvis assistencials profunds influïts per l'enfocament innovador de la teoria sinactiva i pel programa NIDCAP de la Dra. Als, als Estats Units. L'intent d'estructurar la cura agrupant les intervencions seguint horaris consensuats fixos per assegurar períodes d'estimulació reduïda i de descans, o l'obertura progressiva de les unitats als pares, van ser els primers passos d'un procés sense marxa enrere. Un canvi de paradigma que avui coneixem com «cura orientada al desenvolupament i centrat en la família». Un marc de referència que proposa l'atenció del nounat i els seus pares com un binomi inseparable. Un nounat valorat com un ésser humà de ple dret, que reacciona i interacciona amb el seu medi i es comporta d'una manera lògica a la seva edat gestacional, estat de salut i moment social; que identifica els seus pares com els seus «cuidadors naturals» constants i efectius, protagonistes en la seva criança i recuperació (relació afectiva i emocional).

Per a les infermeres i des de la perspectiva de la cura, aquesta nova filosofia va transformar radicalment el nostre rol professional i ens va donar l'oportunitat de cuidar com a infermeres. Ens va mostrar un pacient neonatal subjecte i no objecte, competent i capaç d'establir una relació dinàmica amb el medi i amb nosaltres, els seus cuidadors professionals. Va posar de manifest que podíem interaccionar i construir una relació (terapèutica) amb aquest nounat, i que per fer-ho, necessitàvem comunicar-nos. Aquest desafiament es va convertir en

un repte, aprendre a interpretar un llenguatge no verbal del nounat expressat en forma de signes (sistema nerviós) i senyals (conducta). Aquesta és la base per identificar les cures que el nostre pacient necessita i el moment òptim per dur-los a terme. Cures per regular i modificar un entorn ambiental afavoridor per al seu desenvolupament, per evitar el seu dolor i optimitzar el seu confort, per posar la tecnologia al servei de la seva recuperació i per planificar i sincronitzar les nostres intervencions i la d'altres professionals. I tot això sense oblidar la seva dimensió psicosocial i una altra part del nostre binomi de cura, la seva família.

Reconèixer els pares com a part inseparable del seu fill ha obligat a obrir les unitats sense restriccions horàries. I ha representat per a les infermeres el desafiament assistencial més difícil, el d'apoderar els pares com a cuidadors dels seus fills. En aquests anys hem après a reconèixer el seu protagonisme, compartir amb ells la informació d'una manera oberta, potenciar la seva integració en la unitat i ensenyar-los a cuidar el seu nadó respectant les seves necessitats individuals. També hem après a aprendre d'ells, una cosa fonamental. Això ens ha obligat a ajustar el nostre paper en la pràctica clínica, i incorporar noves facetes i competències. En aquest nou guió, les infermeres, a més de ser expertes en cures especialitzades i tècniques, ens hem convertit en mestres, conselleres, guies, confidents i facilitadores per a la família. Enfortir les nostres habilitats en comunicació i en gestió de les emocions ens ha permès acompanyar les famílies amb competència cultural perquè puguin identificar-se i vincular-se progressivament amb els seus fills; puguin afrontar les situacions difícils i estiguin preparades per cuidar els seus fills en la salut o en l'adversitat quan marxin de la unitat neonatal.

Després de més de vint anys cuidant en diferents unitats neonatals del nostre país i més de cinc a Barcelona, crec que el nostre model actual, el que proposa una cura individualitzada del nounat prematur o malalt adaptat al seu estat del desenvolupament i guiat per la seva conducta, les seves necessitats i les de la seva família, està ple de sentit biològic, ofereix un punt de vista més humà i ètic de la cura i s'ajusta als principis de la cura de la disciplina infermera. Sens dubte, les infermeres hem hagut de fer un esforç important de reflexió i de formació. Però gràcies a això, avui som professionals i persones més completes i coherents –amb un equilibri entre la dimensió tècnica i humanista de la cura.

Tenim la responsabilitat de poder traslladar a la pràctica tota la potencialitat teòrica de la cura infermera i el repte de fer-ho amb lideratge i excel·lència.

La visió del pediatre de les UCIs pediàtrica i neonatal

Iolanda Jordan, Anna Riverola

La infermeria ha representat un punt clau en l'atenció del malalt pediàtric i neonatal, des de fa segles.

Un dels models d'infermeria més antics va ser el de l'era romana, en què les dones, fonamentalment, cuidaven de la població i sobretot dels infants. Ho feien a partir dels coneixements que adquirien del seu propi cos, dels coneixements transmesos de mares a filles i de l'empirisme assolit per l'observació. Des d'aquesta infermeria «intuitiva» es va arribar al segle XIX, moment en què va tenir lloc una fita molt important, la professionalització de la infermeria amb les aportacions d'una gran dona, anglesa, anomenada Florence Nightingale. Amb ella va aparèixer la necessitat d'una educació específica en aquesta professió, de les mesures d'antisèpsia per millorar la mortalitat –incloent-hi la infantil– i de la investigació en el camp de la infermeria, que es van anar consolidant durant el segle XX, i fins arribar al segle XXI, quan aquest col·lectiu ha pres el seu màxim exponencial.

Com a fites destacables de l'evolució de la professió a Catalunya, cal ressenyar que una de les primeres escoles d'infermeria va ser la del Monte de Piedad de Barcelona, que va fundar l'escola de Santa Madrona, ja el 1917. El fet que la infermeria passés a ser una carrera universitària el 1977 va donar força a la docència i a la investigació en aquest camp i va fer que posteriorment sorgís la necessitat de subespecialitzar-se, com és el cas de la infermeria pediàtrica. Tres anys després va sorgir la necessitat de concretar encara més el paper d'aquesta, ara en el camp de la infermeria pediàtrica de cures intensives pediàtrica i neonatal. En aquest sentit es va fundar l'Associació Nacional d'Infermeria de Cures Intensives Pediàtriques i Neonatals, que ha esdevingut una societat científica de referència també en l'àmbit europeu. Més endavant, en l'àmbit nacional, l'any 2011 neix el Grup de treball d'infermeria dins la Sociedad de Cuidados Intensivos Pediátricos, amb l'objectiu de fomentar l'intercanvi de coneixement entre les dues disciplines, metges i infermeres, i per tal de potenciar els equips multidisciplinaris dins les unitats de pediàtrics crítics.

Per copsar el gran salt que hem presenciats els darrers deu anys en aquesta tasca de la infermeria d'intensius pediàtrics i neonatals hem de fer referència als quatre camps principals d'actuació: l'assistencial, el docent, la investigació i la gestió. Alguns dels conceptes que explicarem ja estaven iniciats o incorporats al final del segle XX, però ha estat darrerament que s'han consolidat i s'estan executant amb objectius concrets.

En el terreny assistencial, han passat de ser cuidadores de la higiene i observadores de l'infant i el nadó a prendre decisions sobre el diagnòstic i el tractament del malalt, de manera conjunta amb el personal mèdic. La seva capacitat ha passat a englobar les necessitats de l'infant crític, des del nadó fins a l'adolescent, i també les dels familiars, seguint els estàndards de qualitat i seguretat clínica que s'han anat incorporant a les unitats els darrers 5-10 anys. Han estat capaces d'adaptar-se a la complexitat tecnològica actual en diferents àmbits. En el del monitoratge s'han incorporat nous dispositius a la rutina assistencial, com els que fan referència al monitoratge del sistema cardiovascular, fonamentalment per mesurar la despesa cardíaca, o l'oxigenació tissular, que necessiten un control regular per part d'infermeria, així com per determinar el nivell òptim de sedació del petit. Així mateix, s'han introduït escales per valorar el control de l'analgèsia, la síndrome d'abstinència, el risc d'úlceres per pressió, etc. En l'esglaió diagnòstic col·laboren en la preparació i realització de procediments com la fibrobroncoscòpia, la presa de mostres respiratòries, la cura de ferides i nafes, i l'atenció específica dels grans prematurs. En el camp de la terapèutica estan preparades per utilitzar

tècniques de depuració extrarenal o suport mitjançant oxigenació per membrana extracorpòria, i per mantenir-se en actualització constant. En aquest sentit, tenen capacitat per a la presa de decisions en moments d'urgència vital, com en la reanimació amb mascareta i bossa autoinflable, o la reanimació cardiorespiratòria. Un camp molt important ha estat la seva implicació en el maneig respiratori dels pacients mitjançant la ventilació no invasiva, on l'èxit rau principalment a gaudir d'una infermeria ben entrenada i motivada per atendre i tractar aquests pacients, que també necessiten l'excel·lència d'un suport d'higiene respiratòria i maneig en la tos assistida, així com una optimització de les interfases en els nadons més petits. Un altre punt de pes és el paper que han desenvolupat en altres tècniques, com la inserció de vies centrals d'accés perifèric, que representen menys sedació del pacient i menys risc de complicacions associades. També estan implicades en el fet del trasllat intra o interhospitalari de malalts crítics, que impliquen una protocol·lització molt acurada del procediment, i una execució curosa per tal de prevenir possibles accidents o complicacions durant els trasllats. Directament vinculat amb l'assistència, també han incorporat eines de mesura de les càrregues d'infermeria mitjançant escales de valoració, per tal de ponderar de manera objectiva la complexitat dels malalts i les necessitats que aquests comporten.

En la docència hi ha hagut una relació bidireccional entre la infermera i l'hospital com a centre docent, especialment en el camp dels intensius. A l'article 21 de la Llei 44/2003, sobre l'ordenació de les professions sanitàries, i en concret per l'Ordre SAS/1730/2010, s'aprovava i publicava el programa formatiu de l'especialitat d'infermeria pediàtrica. En la seva formació es preveu la rotació per les unitats de cures intensives pediàtriques i neonatals, durant un període d'uns tres mesos. Aquest fet tan recent afavorirà que les noves generacions d'infermers i infermeres tinguin una preparació específica en aquestes àrees, de manera que quan s'hi incorporin, en cas que vulguin dedicar-s'hi, el procés sigui més senzill i profitós tant per als professionals com per als pacients i familiars.

D'altra banda, hi ha l'aspecte de participació en docència de tots els professionals d'infermeria. En els darrers deu anys s'han incrementat moltíssim els cursos, les jornades, els simposis, els tallers... que organitza el col·lectiu, de manera que s'ha afavorit la difusió del coneixement. De la mateixa manera, la participació coordinada en la formació organitzada pels metges és molt important, i també necessària per a l'abordatge multidisciplinari del malalt.

En el terreny de la investigació, la volada de la infermeria ha estat fascinant. En l'àmbit més vinculat amb les unitats de cures intensives pediàtriques i neonatals és imprescindible el seu paper en els conceptes de patologia zero (bacterièmia i pneumònia zero, multiresistència zero...). Estan integrades en els grups de treball multidisciplinaris, i són les encarregades de recollir les llistes de control i garantir-ne el compliment, de detectar actuacions incorrectes, de proposar noves mesures de millora... Dins els equips hi sol haver diferents àrees d'interès en què vincular la seva investigació (malalties respiratòries, cardiològiques, infeccioses, seguretat del pacient, gran prematur...). Tenen una activitat paral·lela al grup mèdic amb publicació de protocols, articles, tesis... i també activitat creuada amb els metges, de manera que es potencia la recerca i la seva translació a l'assistència.

Tots els camps esmentats anteriorment cobren més pes l'any 2013, quan surt la primera promoció d'infermeres especialistes en pediatria. Aquesta especialitat requereix d'una oposició i una preparació posterior durant dos anys en tots els camps de la infermeria pediàtrica a nivell assistencial: hospitalització, comunitària, intensius, neonatals; a nivell d'investigació, amb la realització d'una tesina que pot donar pas a l'accés al doctorat en infermeria, i a nivell de gestió.

Tota aquesta atenció s'ha anat concretant en una atenció centrada en l'infant i la família, de manera que totes les tasques s'han de dur a terme de manera harmònica amb aquesta

premissa. El personal infermer s'està incorporant ràpidament a aquesta rutina assistencial i buscant estratègies de forma contínua perquè no hi hagi interferències en el treball del dia a dia. Una de les ajudes ha estat la figura de la coordinadora assistencial d'intensius, que té un paper de coordinació de l'assistència del dia a dia i lliga l'activitat d'infermeria amb la de la supervisora.

En l'àmbit neonatal, el personal infermer ha estat clau i promotor de les cures centrades en el desenvolupament. Aquestes cures incorporen els pares del nadó a participar com a elements clau durant l'ingrés i en les cures del nadó. El mètode mare cangur, l'alletament matern, la participació activa en les cures del nadó (valoració i tractament no mèdic del dolor, canvis posturals...) formen part d'aquesta filosofia. Els pares i els professionals formen un equip comú que tracta el nadó. En aquest sentit han estat sobretot els professionals infermers els que han fet possible que aquesta filosofia de tractament hagi estat una realitat al nostre país.

Un altre àmbit molt important en la participació del col·lectiu infermer dels hospitals pediàtrics ha estat el de les cures pal·liatives, tant a nivell general com a nivell dels equips de cures intensives pediàtriques i neonatals. En aquest sentit, els equips multidisciplinaris de cures pal·liatives –que inclouen professionals metges, psicòlegs i d'infermeria– han estat un avenç fonamental. L'equip infermer és el que acompanya de prop les famílies, i aporta cures mèdiques i de suport emocional que resulten fonamentals en aquest procés de dol.

Fins aquí, podem concloure que els reptes d'aquestes professionals per al segle XXI s'estan assolint en la majoria d'unitats, i que hi ha uns objectius de treball i unes finalitats ben definides. Per tant, tenim una repercussió molt positiva en l'atenció dels infants. Si haguéssim d'esmentar algun inconvenient de la seva activitat, podria ser un possible «intrusisme» en el camp del professional mèdic. Aquest fet, però, quedaria desdibuixat si tenim en compte que la tendència és assolir el màxim treball en equip, i justament el treball i l'esforç que demana el malalt d'intensius és tant, que diríem que si el resultat ha de ser no bo, sinó el millor, hi ha treball per a tots i no ens l'acabarem pas ni infermeres ni metges.

16

Aspectes socials i culturals

La feminització de la pediatria

M. Carmen Monzón, Elisa de Frutos



M. Carmen Monzón.



Elisa de Frutos.

Introducció

Si passem per qualsevol consulta de pediatria, tant a l'hospital com a l'atenció primària (AP), veurem que hi ha moltes pediatres treballant, i de vegades són majoria. En aquest capítol, amb la col·laboració dels pediatres de la Societat Catalana de Pediatria (SCP), fem una reflexió sobre la feminització de la professió.

Al llarg del temps, la feina ha estat l'eix de la vida dels homes, i la dedicació a la família el de les dones (segons l'informe *Tiempo de trabajo: balance de acciones en la Unión Europea*).

L'estructura social ha canviat des de la incorporació de la dona a l'àmbit laboral, que va tenir lloc ja fa molts anys. S'han ampliat els rols dels homes, però sobretot els de les dones, sense que hi hagi hagut canvis en l'organització social, familiar o laboral. La vida encara segueix en clau masculina i és lentament que tots dos sexes van equiparant les seves funcions.

El temps, com el treball, ha esdevingut una mercaderia. No tenim en les nostres mans la capacitat de decidir com volem utilitzar el nostre temps. I la funció de tenir cura dels fills o familiars no sembla una prioritat social, política i empresarial. El funcionament del nostre sistema organitzatiu, horaris, serveis públics, comercials... està desequilibrat respecte de les transformacions socials i l'ús de les noves tecnologies.

La medicina, i en el nostre cas la pediatria, ha seguit la mateixa tendència, amb una incorporació massiva de la dona en aquestes disciplines. És un fenomen mundial, però a Espanya encara és més acusat. Segons dades del curs 2013-2014 de l'IDESCAT, el 53% de tots els estudiants universitaris són dones, però si anem a buscar les dades dels estudis de Ciències de la Salut, el percentatge augmenta fins al 82%.

Al Col·legi de Metges de Barcelona, el 50,4% són dones i més joves que els seus col·legues masculins. Quan es va fundar l'SCP no hi havia cap dona i, en l'actualitat, el 63% dels socis ho són.

La feminització en el món laboral i social és un fenomen sotmès a estudis des de fa anys per entitats ministerials, sindicals, revistes científiques, col·legis de metges, etc. Una metaanàlisi de vint-i-sis estudis posa de manifest aspectes favorables, per exemple, en l'àmbit assistencial. Els homes fan més visites, però les dones comuniquen millor, fan consultes més llargues, estan més atentes als aspectes emocionals i socioculturals dels seus pacients. Aquests elements de l'entrevista afavoreixen que els pacients puguin explicar-se millor i s'obtenen més dades per prendre decisions. També són elements valorables en l'AP i en les companyies d'assegurances, ja que tenen un índex de demandes més baix.

Les valoracions menys favorables parlen d'una funcionarització (o salarització) de la professió, en què les dones busquen entorns de feina més favorables a la conciliació familiar en el moment que tenen fills o familiars d'edat avançada i malalts. Solen prioritzar la família per sobre de la carrera professional. Es decanten més per l'AP i per les especialitats no quirúrgiques.

Com a conseqüència, moltes metgesses no volen perllongar la seva jornada laboral; aquesta tendència és extensible a tots els professionals joves, independentment del sexe, ja que la prolongació de l'activitat professional empitjora la qualitat de vida.

Segons l'informe d'oferta i necessitat de metges especialistes a Espanya en el període 2010-2025, l'any 2025 el 56% dels professionals de la medicina seran dones, i les especialitats més envellides el 2015 són la medicina familiar i comunitària (MFIC) i la pediatria (el 50,4% dels pediatres tenen més de 50 anys).

Poques especialitats es lliuren d'aquest procés, amb una reducció del percentatge de dones en algunes especialitats mèdiques (radiodiagnòstic, farmacologia clínica, rehabilitació, medicina nuclear, neurofisiologia clínica). La major part de les especialitats quirúrgiques seran masculines a excepció de la cirurgia pediàtrica i la cirurgia general, en què les dones augmentaran sensiblement. Algunes especialitats seran feminitzades al 100%, com la immunologia i la bioquímica clínica.

La pediatria és una de les especialitats, juntament amb la cirurgia ortopèdica, l'obstetrícia i la ginecologia, l'oftalmologia i la cirurgia plàstica, que mostren tendència de futur de probable dèficit.

Els metges treballen més a l'hospital o a la pediatria privada, treballen més hores professionals i són més exigents envers la seva carrera professional i econòmica. El 50% dels homes tenen més d'una feina i el percentatge augmenta amb l'edat, enfront del 20% de les dones, un percentatge que en elles es manté estable amb l'edat.

Les pediatres perden, més sovint, capacitat econòmica, independència i l'accés a la carrera professional. S'observa, així mateix, una absència de dones als llocs de comandament. És el mateix sostre de vidre (barreres invisibles que pateixen les dones per arribar a càrrecs directius, independentment dels seus mèrits) que hi ha en algunes organitzacions.

Segons l'estudi *La salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los pediatras en España*, publicat el 2014 per la Fundació Galatea:

- La durada dels estudis implica un retard en el moment de tenir fills en el cas de les dones.
- Les dones suporten una càrrega més gran, sobretot en les edats de 40 a 49 anys, moment en què el 84% conviuen amb fills petits, enfront del 73% dels homes.
- Hi ha una desigualtat en funció del sexe en el repartiment de les tasques domèstiques: el 34% d'homes les comparteixen, enfront del 75% de les dones.

Aquesta situació pot derivar en un problema de salut física i psíquica, amb les implicacions familiars i personals del desenvolupament professional. El problema afecta tots dos sexes, ja que s'està produint un repartiment i una equiparació de rols. En les parelles més joves el model és més igualitari, i va variant segons l'edat.

En la situació actual, els baixos sous impliquen una necessitat d'augmentar les hores de feina, amb una insatisfacció dels pediatres amb la seva vida familiar i social, i una falta de temps per fer el que cadascú vol, situació que provoca una sensació de viure per treballar i no de treballar per viure.

Els pediatres tenen poques hores de son, una quarta part dormen 6 hores o menys. Això pot repercutir en la salut i en la qualitat de vida.

Els professionals que tenen càrrecs de comandament tenen més control sobre la seva feina, més suport del seus superiors i menys exigències psicològiques, situació que es dona menys en les dones pediatres.

Segons l'estudi de la Xarxa NUST (nous usos socials del temps), al nostre país es treballa més hores que en altres països europeus, però amb unes taxes de productivitat més baixes. L'empresa, en general, premia més la presència física. L'horari actual dificulta el desenvolupament professional de tots dos sexes, però sobretot de les dones, i té repercussions en altres àmbits relacionats amb la família, la salut, els resultats escolars i la natalitat.

L'estudi sobre hàbits de vida i salut i condicions laborals en el metges de Catalunya fet l'any 2007 mostra que la prevalença de trastorns crònics entre metges i metgesses és similar a la de la població de la mateixa classe social. Si considerem el benestar psicològic de metges i metgesses, trobem que el patiment psicològic, sobretot el de les metgesses, és més alt que el de la població general.

Un altre resultat que cal ressaltar tant pels homes com les dones professionals de la medicina més joves de 45 anys és que puntuen més alt en l'escala del cansament, i per a totes les edats; en una escala de 3 punts les dones arriben gairebé al 2, i els homes sobrepassen l'1,5. L'alt nombre d'hores de feina, els horaris irregulars i la insatisfacció amb el temps lliure poden ser algunes de les explicacions de l'alt grau de cansament del col·lectiu professional. Els metges i les metgesses també puntuen alt en l'escala de dolor.

Estudi fet a la Societat Catalana de Pediatria

Es va voler fer una aproximació al que pensen els pediatres catalans envers la feminització de la professió. Amb aquesta finalitat es va elaborar una enquesta que es va distribuir a tots els pediatres de la Societat Catalana. L'enquesta autoadministrada es va enviar via correu electrònic, entre maig i juny del 2015, amb la confidencialitat del procés garantida per l'anonimat de les respostes. Una vegada rebudes, se'n validava la representativitat a partir de les variables sexe, gènere i àmbit de feina.

Es va elaborar un qüestionari de vint-i-quatre preguntes d'una o més respostes mitjançant el programa *Google Drive*, al qual arribaven directament, i es passaven a un fitxer d'Excel per fer-ne la valoració general. Es van classificar les respostes obertes i les respostes indicades com «altres», es van depurar mitjançant anàlisi manual d'inconsistències, i es van exportar al programa SPSS, per fer l'anàlisi de les diferents variables.

Resultats

Dels 1.478 socis de l'SCP que van rebre l'enquesta, van contestar 161 pediatres; això representa l'11% del total. El 70% eren dones i el 30%, homes. El 91% dels pediatres van escollir aquesta especialitat perquè estan interessats en la infància. Comparant les dades, la mostra és representativa de la nostra població de pediatres, en què la major part (56,6%) treballa al sector públic i el 27,4% compagina activitat pública i privada. El major nombre de dones que han respost envers el d'homes pot dificultar la valoració d'algun dels resultats. L'edat dels enquestats és entre 25 i 67 anys, i la major part tenen entre 46 i 65 anys.

Les respostes s'han agrupat en grups per edats: de 25 a 35 anys, de 36 a 45 anys, de 46 a 55 anys, de 56 a 65 anys i més de 65 anys (Fig. 1).

La distribució segons edat i sexe es pot veure a la figura 2.

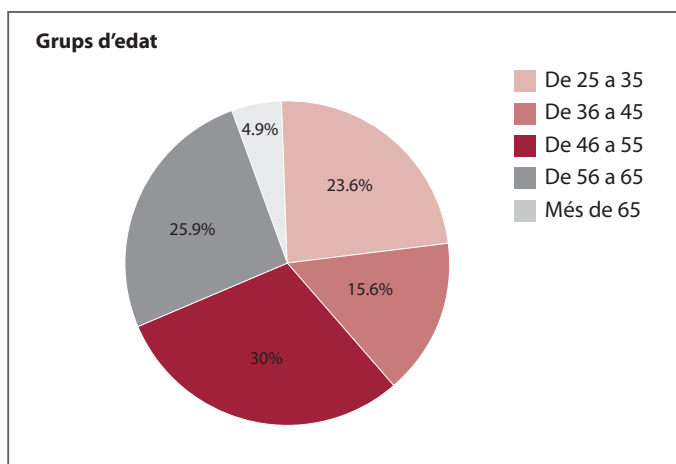


Figura 1. Distribució de les respostes per grups d'edat.

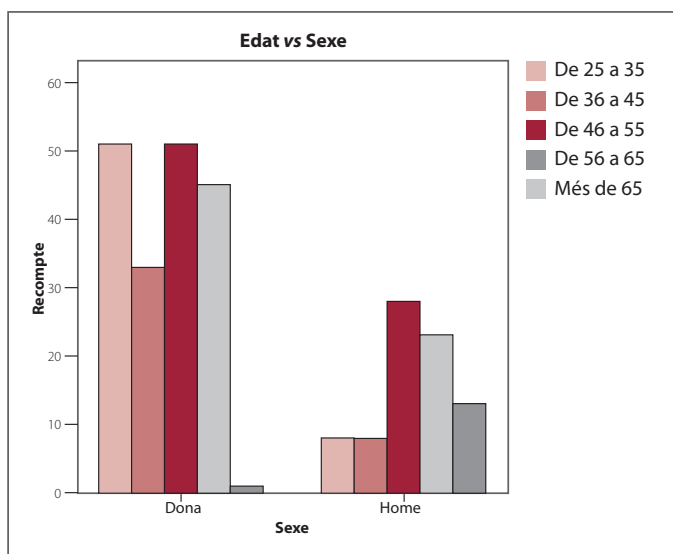


Figura 2. Distribució segons edat i sexe.

Sector d'activitat professional

La figura 3 mostra la distribució global del lloc d'activitat professional i el figura 4, la distribució segons l'edat i el sector professional. Per sexe, el 82% de les dones treballa al sector públic i el 55% dels homes a la pediatria privada (figura 5), diferències que mostren una alta significació estadística (taula 1).

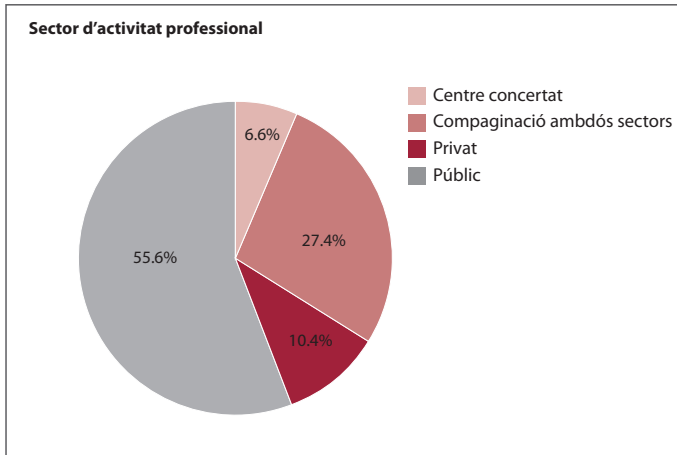


Figura 3. Distribució global del lloc d'activitat professional.

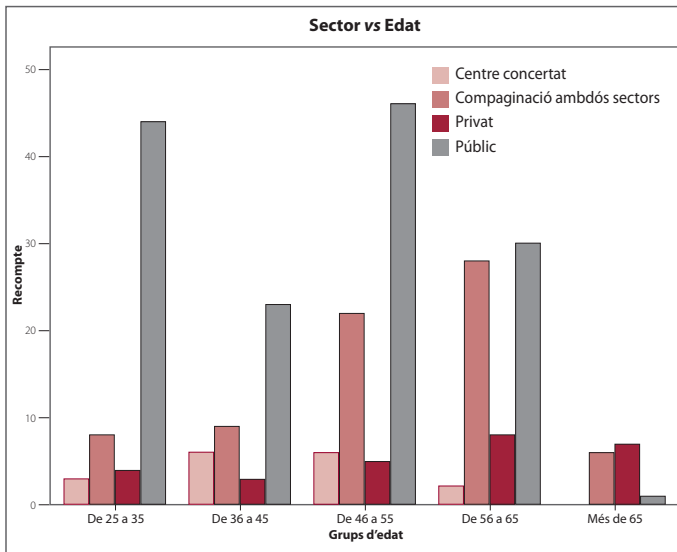


Figura 4. Distribució segons edat i sector professional.

Taula 1. Valoració estadística de la distribució per sexe i sector professional

Prova del khi quadrat	Valor	gl	Sig. asimptomàtica (bilateral)
Khi quadrat de Pearson	35,262	3	,000
Raó de versemblança	35,099	3	,000
N de casos vàlids	261		

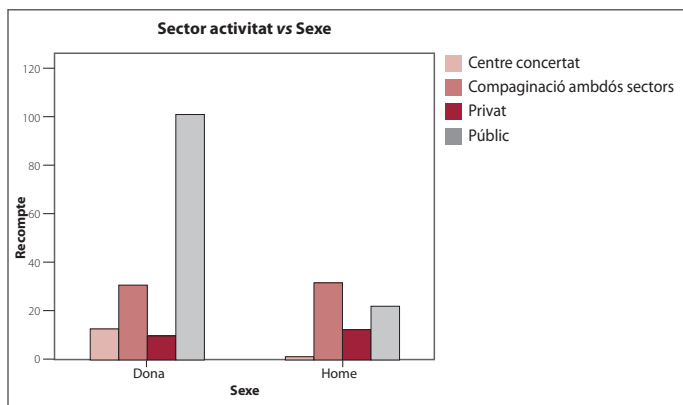


Figura 5. Distribució per sexe i sector professional.

Àmbit d'activitat professional

La distribució per grup d'edat i àmbit de treball es mostra a la taula 2, amb proporció creixent al sector de primària a mesura que s'incrementa l'edat, i a l'inrevés en l'atenció hospitalària.

Taula 2. Distribució per grup d'edat i àmbit de treball

Àmbit/Edat	25 a 35	36 a 45	46 a 55	56 a 65	>65
Atenció primària	32%	34%	55%	68%	64%
Hospital	68%	63%	44%	29%	21%

Respecte al sexe, com es mostra a la figura 6, tant en l'àmbit hospitalari com en l'atenció primària, el percentatge de les dones que hi treballen és del 70%, mentre que el dels homes és del 30% en tots dos àmbits. De tota manera, aquesta àmplia diferència no mostra una significació estadística (taula 3), possiblement per l'absència d'homogeneïtzació de la mostra en relació amb el sexe.

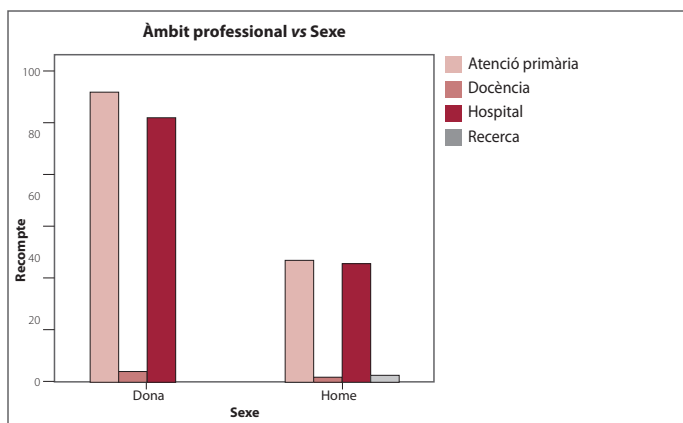


Figura 6. Distribució per sexe i àmbit professional.

Taula 3. Valoració estadística de la distribució per sexe i àmbit professional

Prova del khi quadrat	Valor	gl	Sig. asimptomàtica (bilateral)
Khi quadrat de Pearson	4,664a	3	,198
Raó de versemblança	4,872	3	,181
N de casos vàlids	261		

Formació en els darrers dotze mesos

La figura 7 mostra la distribució de les hores de formació fetes al llarg del darrer any segons grups d'edat. La prova khi quadrat confirma que hi ha una diferència estadísticament significativa en l'asimetria observada (taula 4); el grup de 46 a 65 anys és el que més hores hi dediquen. I a la figura 8 s'observa la distribució d'hores de formació segons el sexe. Malgrat l'aparent més dedicació en formació de les dones, l'estudi estadístic no ho confirma.

La dedicació en hores en relació amb el sexe i l'àmbit de treball està descrita a la taula 5, i per sexe i grups d'edat, a la taula 6. Els grups per sexe no són homogenis, i encara que sembli que les dones estudien més que els homes, veiem que per percentatges, el 34% dels homes i el 29% de les dones dediquen entre 51 i 100 hores de formació, i el 22% dels homes i el 17% de les dones més de 100. En relació amb l'àmbit, a l'hospitalari el 28% fan més de 100 hores anuals i a l'AP només l'11%.

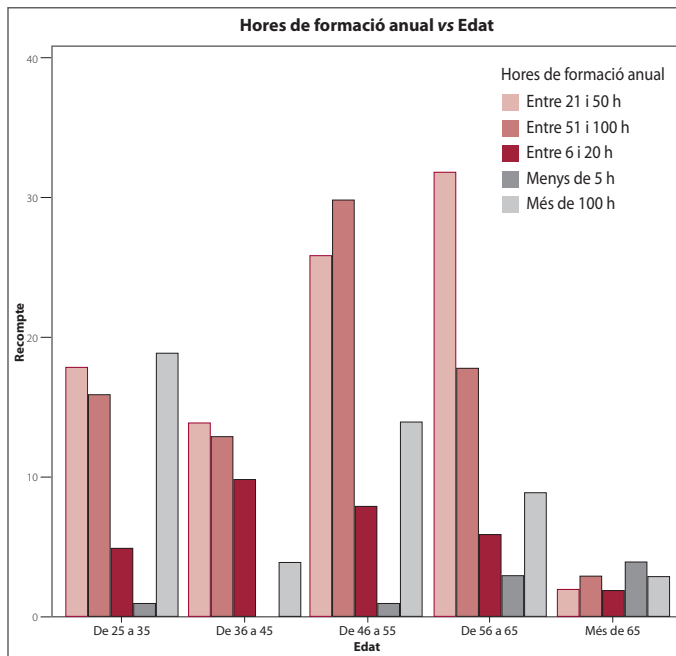


Figura 7. Distribució de les hores de formació fetes al llarg del darrer any, segons grups d'edat.

Taula 4. Valoració estadística de les hores de formació al llarg de l'any segons grups d'edat

Prova del khi quadrat	Valor	gl	Sig. asimptomàtica (bilateral)
Khi quadrat de Pearson	51,642 ^a	16	,000
Raó de versemblança	36,372	16	,003
N de casos vàlids	261		

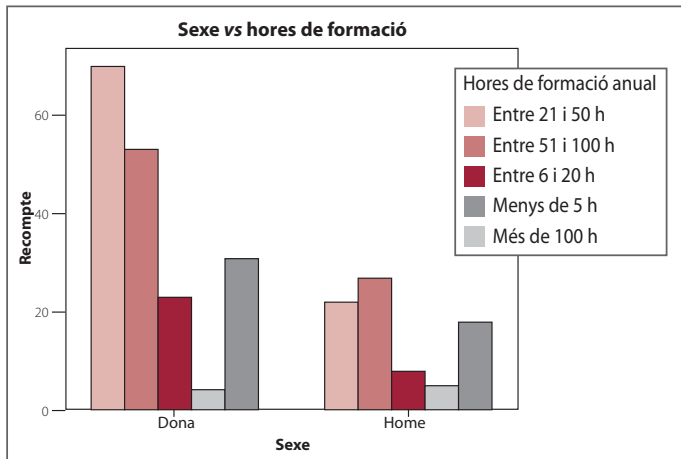


Figura 8. Distribució d'hores de formació, segons sexe.

Taula 5. Dedicació en hores en relació amb el sexe i l'àmbit de treball

Interval hores de formació				Menys de 5 h	Entre 5 i 20 h	Entre 21 i 50 h	Entre 51 i 100 h	Més de 100 h
Sexe	Dona	Àmbit d'activitat professional	Atenció primària	3	11	44	29	6
			Hospital	1	10	25	24	25
Home	Àmbit d'activitat professional	Atenció primària	3	3	9	15	9	
		Hospital	1	4	13	11	9	
		Recerca	1	1	0	0	0	

Taula 6. Dedicació en hores en relació amb el sexe i els grups d'edat

				Menys de 5 h	Entre 5 i 20 h	Entre 21 i 50 h	Entre 51 i 100 h	Més de 100 h
Sexe Dona	Edat	De 25 a 35		1	5	16	14	15
		De 36 a 45		0	8	11	11	3
		De 46 a 55		1	5	20	15	10
		De 56 a 65		2	5	22	13	3
		Més de 65		0	0	1	0	0
Sexe Home	Edat	De 25 a 35		0	0	2	2	4
		De 36 a 45		0	2	3	2	1
		De 46 a 55		0	3	6	15	4
		De 56 a 65		1	1	10	5	6
		Més de 65		4	2	1	3	3

Dificultats per a la conciliació personal/familiar

Tots els grups d'edat tenen dificultats per a la conciliació familiar. Més del 50% tenen «alguna dificultat», a excepció del grup més jove, que només ho manifesten en un 24%.

El que més dificultats presenta és el grup de 36-45 anys, amb un 37% de «bastantes a moltes dificultats», seguit del grup de 46-55 anys en un 30%.

Segons el sexe, el 57% de les dones tenen «alguna dificultat», el 26% «bastantes dificultats i moltes» i un 17% diuen no tenir-ne cap. Dels homes, el 41% tenen «alguna dificultat», el 24% «bastantes i moltes», i el 35,5% no tenen «cap dificultat».

Cal destacar que el grup de pediatres de més de 56 anys pensa que cap àmbit té en compte la conciliació familiar.

Respecte a la conciliació segons l'àmbit de treball, es troben els mateixos percentatges de dificultats de conciliació en tots els àmbits, i només mostra diferència a la resposta del criteri «alguna dificultat». Les respostes són similars en AP (49%) i hospital (54%).

Causes de les dificultats per a la conciliació familiar

A la figura 9 queden reflectides les causes declarades com a relacionades amb les dificultats en la conciliació familiar.

Les respostes a la pregunta oberta de quines són les causes de les dificultats a la conciliació coincideixen amb les referides a la mateixa pregunta que es va fer tancada amb cinc respostes possibles.

Acolliment a mesures de conciliació

S'han acollit a mesures de conciliació el 24% dels enquestats, el 27% de les dones i el 15% dels homes. Les mesures adoptades són: reducció de la jornada laboral (83,6%), baixa maternal (13,1%), baixa paternal (6,5%), lactància (14,7%), permís sense sou (9,8%), excedència (6,5%) i flexibilitat horària (3,3%).

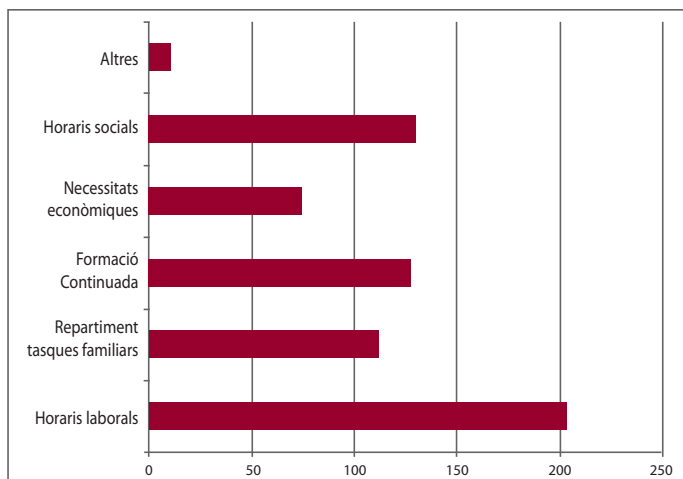


Figura 9. Causes de dificultats de conciliació.

Càrrecs de responsabilitat ocupats per dones

La major part dels enquestats desconeix el percentatge de dones que ocupen càrrecs de responsabilitat.

Motius de la feminització en la pediatria

El 87% responen que per la massiva incorporació de les dones a la formació universitària, i una tercera part diu que perquè l'àmbit de treball de la pediatria està relacionat amb les tasques que històricament han assumit les dones.

Es considera la feminització de la professió un problema?

Globalment, sí, l'11% ho considera un problema, i no el 86%. Per sexe, el 10% de les dones sí, i el 88% no, i pels homes, el 16% sí, mentre que el 80% no.

Diferències entre pediatre home i dona, si és que existeixen

Tots els enquestats consideren que no hi ha diferències entre la formació com a pediatre entre home o dona. I el 60% no troben cap diferència en l'exercici professional entre un pediatre i una pediatra.

El 30% afirma que l'home pot dedicar més temps a la formació. I el 20% que la pediatra, pel fet de ser dona, pot comprendre millor les famílies.

Que ha representat la incorporació de la dona a la professió?

El 63% considera que la professió s'ha enriquit, i el 17% que s'ha millorat l'atenció a la població pediàtrica. D'altra banda, el 17% opina que les condicions han empitjorat, mentre que per al 23% dels enquestats, no ha representat cap canvi.

Impacte de la dona en la professió (0: molt negatiu, 10: molt positiu)

Globalment, el 19% ho veuen indiferent (5 punts), el 7% negatiu (1 a 4 punts) i el 74% positiu (6 a 10 punts).

Per sexe, responen indiferent el 13% de les dones i el 31% dels homes.
El valor 10 el van contestar el 20% de les dones i el 14% dels homes.

**En quina mesura ha condicionat la teva carrera professional el fet de ser home o dona?
(de gens d'acord: 0, a totalment d'acord: 10.)**

Gens 24%, indiferent 22%, entre 6 i 10 punts 33%.
Per sexe, dones: gens 17%, entre 1 i 4 punts 25%, indiferent 20%; entre 6 i 10 punts 38%;
homes: gens 37,5%, entre 1 i 4 punts 16,5%, indiferent 27%, entre 6 i 10 punts 19%.

Et semblaria bé que una dona ocupés la presidència de l'SCP?

Sí 83%, no 0,4%, indiferent 17%.
Per gènere, dones: 87% sí, 0% no, indiferent 13%; homes, sí 74%, no 1,3%, indiferent 25%.
S'obtenen les mateixes respostes tant en l'àmbit d'atenció primària com en l'hospitalari i per grups de edat.

És pertinent que l'SCP reflexioni al voltant de la feminització de la professió?

Sí 75%, no 11%, NS/NC 14%.
Per sexe, dones: sí 79%, no 5,5%, NS/NC 15%; homes: sí 66%, no 22,5%, NS/NC 11%.

Comentaris

Aquests han estat els resultats més rellevants de l'enquesta i són similars als descrits en la literatura i les publicacions sobre el tema.

Hi ha diferències entre els nostres resultats respecte de l'estudi *La salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los pediatras en España* publicat l'any 2014. A Espanya, el 83% treballa al sector públic, el 13% al sector privat i el 4% al concertat. Al nostre estudi, el 55,6% treballen al sector públic, el 10,4% al sector privat, el 27,4% compaginen els dos sectors, i el 6,6% ho fa en centres concertats. Això és degut a la històrica cultura de la presència del sector mutualista i privat a Catalunya.

A Catalunya, a l'àmbit hospitalari el 70% són dones i el 30% homes, una proporció que es manté igual a la primària. A Espanya, a l'AP treballen el 80% de les dones i el 50% dels homes. La resta de resultats és similar en tots dos estudis.

Les pediatres tenen més dificultats de conciliació que els homes i hi ha un repartiment desigual de les responsabilitats familiars.

Crida l'atenció el baix percentatge (10,8%) que respon que s'han acollit a mesures de conciliació. Una raó podria ser que la baixa maternal no s'hagi considerat com a mesura de conciliació.

La causa principal de la dificultat de conciliació és, per a la major part dels pediatres enquestats, els horaris laborals que no s'ajusten als horaris escolars i socials en general, però també a una desigualtat en el repartiment de les feines que dificulten l'accés a la formació que es fa fora dels horaris laborals. I un altre factor és la necessitat de treballar més hores per la precarietat salarial, treballar més d'una jornada laboral, més guàrdies, més caps de setmana, etc.

És evident el major nombre de dones que arriben als estudis universitaris, i més als estudis de Medicina. Un dels motius de l'augment de les dones en l'especialitat pot ser que les dones tenen millor nota en l'examen MIR, i ocupen més places de pediatria. Però, d'altra banda, no hi són als càrrecs directius, com passa en les empreses.

Una altra dada rellevant és que la majoria desconeix el percentatge de dones pediatres que es dediquen a càrrecs de gestió, segurament perquè és una xifra poc rellevant en la nostra

professió, sobretot a l'AP, on no hi ha possibilitats de promoció, i a l'hospital no és fàcil per les seves prioritzacions vitals.

Els pediatres homes poden dedicar més temps a la formació i el desenvolupament de la carrera professional, mentre que les dones troben més dificultats per aconseguir-la. De totes maneres, estadísticament en el nostre estudi no s'evidencien diferències, probablement per l'absència d'homogeneïtat en la mostra. Els homes no troben que els condicions el fet de ser home per aconseguir-la.

Les dones aporten als equips altres punts de vista que poden millorar l'atenció a la família, dada que és percebuda com a molt positiva, però segueixen sent les dones les que valoren més aquesta afirmació, i els homes diuen que és indiferent el sexe del pediatre.

La major part dels socis de la Societat Catalana de Pediatria són favorables que una dona presideixi la Societat, i estan interessats que la Societat reflexioni envers aquest aspecte.

Un dels factors importants a l'hora d'exercir com a pediatre, i que es valora més, és la competència professional, i no té relació amb el sexe. Hi ha poques dones amb càrrecs de responsabilitat. Es valora positivament que la interacció de tots dos sexes beneficia la professió.

S'han iniciat canvis a nivell social, i en algunes empreses, fins i tot a escala municipal, en l'ús racional del temps, i es proposa la implantació de l'horari europeu (de 9 a 17 hores), la flexibilitat horària i potenciar l'ús de noves tecnologies. Treballar per un pacte social de canvi d'horari entre els poders públics i polítics, empreses, sindicats i mitjans de comunicació, faria possible el dret a una conciliació familiar i personal dels homes i dones que beneficiaria, per descomptat, la nostra especialitat i permetria poder tenir cura dels fills o familiars.

Els més beneficiats serien els infants, perquè gaudirien de temps familiar, i milloraria la seva educació i resultats escolars.

Això significa un canvi de mentalitat per part de tots, i treballar per una societat més justa i igualitària.

Referències

- Torns T, Miguélez F, Borrás V, Moreno S. Tiempo de Trabajo: Balance de acciones en la Unión Europea. Nuevas organizaciones del tiempo del trabajo. Barcelona. Accessible a la xarxa [data de consulta: 31-10-2015]. Disponible a: <http://w110.bcn.cat/UsosDelTemps/Continguts/Documents/Publicacions/Estudis/5%20Balance%20de%20actuaciones%20en%20la%20Uni%3%b3n%20Europa.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010-2015). Diciembre 2011. Accessible a la xarxa [data de consulta: 31-10-2015]. Disponible a: <http://www.mssi.gov.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas%282010-2025%29.pdf>.
- Fundación Galatea. La salud, los estilos de vida y las condiciones de trabajo de los pediatras en España. Barcelona, gener 2014.
- Ajuntament de Barcelona. Xarxa d'Empreses Nous Usos Socials del Temps. Accessible a la xarxa [data de consulta: 31-10-2015]. Disponible a: <http://w110.bcn.cat/portal/site/UsosDelTemps>.
- Fundación Galatea. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos en Cataluña. Barcelona, novembre 2007.
- Instituto de la Mujer. GPI Consultores. De la conciliación a la corresponsabilidad: Buenas prácticas y recomendaciones. 2008. Accessible a la xarxa [data de consulta: 31-10-2015]. Disponible a: <http://www.inmujer.gob.es/observatorios/observIgualdad/estudiosInformes/docs/010-conciliacion.pdf>.
- Odee. Observatori dona empresa i economia. Cambra de Comerç de Barcelona. Mesures de Conciliació i Reforma horària: Opinió de les empreses Catalanes. Desembre 2014. Accessible a la xarxa [data de consulta: 31-10-2015]. Disponible a: https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=odee+mesures+de+conciliacio++reforma+horaria:+opinion+de+empresas+catalanas.
- Arrizabalaga P, Bruquera M. Feminización y ejercicio de la medicina. MedClin(Barc). 2009;133(5):184-6.
- OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2011.
- Bloor K, Freemantle N, Maynard A. Gender and variation in activity rates of hospital Consultants. JR Soc Med. 2008;jan;101(1):27-33.
- Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. Derechos de Conciliación de la vida familiar y laboral. Accessible a la xarxa [data de consulta: 31-10-2015]. Disponible a: <http://www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/empleo/conciliacion/home.htm>.
- Informe de la Comissió d'estudi de la Reforma horària. Informe i conclusions de la Comissió. Butlletí oficial del Parlament de Catalunya 630 (14 juliol 2015). Accessible a la xarxa [data de consulta: 31-10-2015]. Disponible a: <http://www.parlament.cat/document/actualitat/149468.pdf>.
- Firth-Cozens J. Effects of gender on performance in medicine. BMJ. 2008;Apr5;336(7647):731-2.
- McKinsty B, Drace J. Are there too many female Medical graduates?. BMJ. 2008;336:748-9.
- IDESCAT. Anuari Estadístic de Catalunya. 2013-2014.

Pediatres i cirurgians pediàtrics a l'estranger

José Luis Peiró, cirurgia pediàtrica a Cincinnati

No es fàcil viure i treballar fora del teu entorn, fora de Catalunya. Per a un metge o un investigador, el marc de treball ideal seria dins el sistema propi de salut i de la xarxa de recerca establerta al teu país, però no sempre és possible. Quina recompensa millor que contribuir a la teva pròpia societat aportant nous coneixements, innovació i sobretot expertesa en teràpies avançades dins de programes punters en els quals puguem estar involucrats. És una mena de retorn que els metges i els investigadors poden oferir a la societat que ha sufragat el cost de l'educació i la formació dels professionals.

La riquesa més gran d'alguns països o, si més no, el finançament més gran dedicat a la medicina, i en general a la recerca, que amb bona visió s'ofereix a altres llocs del planeta, són un reclam per capturar talents en el camp de la investigació biomèdica.

Quan se t'ofereix una posició de prestigi i reconeixement en una institució de renom internacional, juntament amb un pressupost compensat per desenvolupar la teva recerca, és molt difícil dir no. La progressió i el creixement d'una carrera professional no s'hauria de limitar per les carències locals. S'hauria de buscar alguna fórmula per retenir professionals, o almenys fer-los retornar per contribuir al creixement científic del país.

Quan ets fora t'adones que moltes coses que fem rutinàriament a casa nostra estan molt ben fetes, fins i tot de vegades més ben fetes o plantejades. Però, d'altra banda, hi ha molts altres detalls en què ens superen àmpliament. L'organització i la dotació de recursos de tota mena, humans, estructurals i econòmics, per aconseguir portar a terme exitosament un projecte o implementar un programa són infinitament superiors. No sé si és perquè tant la recerca com la medicina estan més «professionalitzades» o perquè s'hi juguen els diners, però tot està molt més protocol·litzat, regulat i supervisat. A més, es promociona el treball en equip. És una norma treballar en programes multidisciplinaris i interdisciplinaris on s'ajunten persones de diferents especialitats per abordar un determinat problema de salut des de molts punts de vista. Això, al final, es reflecteix en la qualitat de l'assistència i la millor atenció al pacient.

Les regulacions, les avaluacions, els cursos de formació i els sistemes de seguretat per al pacient són molt exigents. De vegades hi ha un excés de burocràcia per complir tots aquests requisits, que «roba» molt de temps als professionals. D'altra banda, el personal administratiu és abundant i ofereix un suport inestimable a l'investigador metge o infermer, per estalviar temps en tasques burocràtiques. Parlant d'infermeria, aquesta és una secció de la sanitat molt valorada, on pots trobar nurse practitioners que tenen capacitats de maneig clínic del pacient i estan habilitades per prendre decisions consensuades amb el quadre mèdic.

Tot això ho he viscut des del focus de la pediatria en un hospital purament pediàtric d'alt nivell (catalogat com el tercer en el rànquing americà), el Cincinnati Children's Hospital, però el meu contacte amb altres hospitals de menys envergadura i de l'àmbit de l'adult també m'ha deixat la mateixa impressió.

Pel que fa a la recerca, es promociona molt la col·laboració entre grups dins la mateixa institució i també entre distintes universitats, i això és un factor molt favorable per progressar en ciència. La carrera acadèmica dels professionals de la sanitat està molt valorada i rep molt suport.

Hi ha diners per a la recerca, sí, és cert, però tot i així, les agències federals, com el NIH, avaluen i distribueixen el finançament entre els investigadors i els grups de recerca en un sistema d'alta competitivitat. Aquest és un factor que promou la recerca d'alta qualitat. Es fa recerca bona, molta i ben finançada.

Comparant amb el nostre entorn, potser els falta «calidesa» en les relacions metge-pacient, ja que tot i que són correctes i respectuosos, estableixen una relació una mica «freda», amb poca implicació –no sabria dir si això és un defecte o una virtut. Això fa que els sistemes de treball i l'atenció al pacient siguin força estandarditzats i molt diferents. Per a un metge europeu, l'adaptació a aquesta sistemàtica de treball no és fàcil. Crec que m'ha costat més d'un any trobar-me familiaritzat i confortable amb aquest mode de treball. Això, sumat a la dificultat de l'idioma. Per molt que pensem que parlem un bon anglès, per molt que ens haguem mogut pel món en congressos internacionals, a l'hora de treballar fora, el dia a dia amb els col·legues i amb els pacients és realment dur. Al final del dia acabes amb mal de cap per l'esforç de concentració que suposa entendre i explicar-te. Afortunadament arriba un dia que fas un clic i tot resulta més senzill, però tot i així, de vegades et trobes amb dificultats amb segon quins accents tancats.

Haig de dir que el suport dels meus companys de feina i de tota la gent en general ha estat sublim per facilitar la meva adaptació i la de la meva família. No sé si la cortesia i l'amabilitat és una qualitat exclusiva del americans del Mid-West, però la realitat és que han estat impecables en facilitar la nostra integració.

He mencionat la família, és clar, i és que és un puntal fonamental de tot el procés. La decisió de marxar fora es fa de manera consensuada en la família quan es valoren els pros i els contres. Reconec que és una decisió valenta. No és fàcil sortir de la zona de confort quan un es troba assentat a la seva feina i ciutat.

Això té un punt d'aventura i un molt d'esforç i sacrifici personal per a tots els components de la família. Reconec que sense l'amplitud de mires dels meus fills i la fermesa i el suport de la meva dona tot aquest procés de canvi hauria estat impossible.

En definitiva, tot ha estat un esforç d'avançar, de fer un pas endavant, de progressar professionalment per donar la màxima amplitud i dimensió a la meva carrera assistencial, acadèmica, educativa i d'investigació. Considero que quan un professional de la salut o del camp de la biomedicina arriba a la seva maduresa professional després d'un enorme esforç formatiu, no tan sols ha de donar el millor de si mateix per atendre els pacients, sinó que té l'obligació moral de transmetre els seus coneixements i habilitats als que vénen darrere, i contribuir amb innovació i recerca per trobar noves solucions als problemes dels pacients des de l'experiència i l'expertesa en un camp determinat.

Julio Pérez-Fontan, intensivista a Texas

El Dr. Xavier Demestre m'ha demanat que escrigui unes línies sobre la meua experiència personal com un dels pediatres formats a Catalunya que han continuat la seva carrera a l'estranger. En el meu cas, els anys que vaig passar a Catalunya, concretament a l'Hospital Infantil Vall d'Hebron –que llavors tenia un nom menys bíblic–, van ser realment el primer pas d'una recerca professional que va començar mentre estudiava medicina a Santiago de Compostel·la. Inlluït en gran part per la meua mare, que veia aquestes coses amb clarividència, jo m'havia convençut que la preparació del metge universitari havia d'incloure un pelegrinatge a una de les fonts reconegudes del coneixement mèdic. Les més properes eren Madrid i Barcelona, però la més cobejada, i la que jo em vaig fixar com a meta, era els Estats Units, que aleshores era –com ho és ara– el santuari indiscutible de la investigació biomèdica.

El 1978, Barcelona va resultar ser un lloc ideal per començar la meua carrera com a pediatre. El Dr. A. Ballabriga havia establert un programa modern, que intentava escapar del trist convencionalisme que imperava en la pediatria espanyola d'aquell moment. Encara que Ballabriga no tenia la generositat necessària per ser un bon mestre, sí que tenia bon gust, i es va saber envoltar de persones capaces i entusiastes. Sé que no és bona idea fer esments específics, perquè un sempre s'oblida d'algú que mereix ser-hi inclòs. No obstant això, per donar crèdit a qui se'l mereix, vull assenyalar unes quantes persones que em van ensenyar moltes coses i que, amb el seu exemple o els seus consells, em van impulsar directament o indirectament a seguir pel camí de la pediatria acadèmica. Per exemple, Ferran Moraga, l'actual president de la Societat Catalana de Pediatria, va ser per a mi un model d'integritat intel·lectual i, encara que segurament moltes vegades em vaig portar de manera insofrible, em va prestar l'atenció personal que és essencial per al desenvolupament integral d'un metge jove. Gregorio Peguero, Salvi Salcedo i Anna Fina em van estimular a veure els problemes del noutat d'una manera més dinàmica que la que ensenyaven els textos d'aleshores. Joan Sauleda, Juan Antonio Belmonte, Carles Esparducer, Jordi Roqueta i, especialment, Joan Iglésias, em van atreure a l'especialitat de vigilància intensiva amb el seu desig d'entendre millor les interaccions fisiològiques que veien dia rere dia en els seus malalts, i em van regalar, juntament amb els meus companys de residència, les interessantíssimes i sempre còmiques tertúlies de semiòtica cultural catalana que mantenien a la unitat de vigilància intensiva –qui dels que van passar com a residents pel Vall d'Hebron en aquella època no recorda «la síndrome del lleó»?–. Jordi Prats va ser per a mi un mestre, esplèndid i inspirat, com ho va ser també Xavier Lucaya, un radiòleg clínic excepcional que, juntament amb el neonatòleg Fernando Fontán –amb qui no tinc relació de parentiu–, em van ajudar enormement amb la logística del pla transatlàntic.

A Barcelona vaig tenir també la fortuna d'aprendre d'un grup extraordinari d'infermeres. Mercè Tena, Antònia Mora, Conchita Boillos, el magnífic grup de la unitat neonatal –són massa per esmentar-les, tot i que les recordo a cadascuna– i moltes altres tenen el meu deute de gratitud per a tota la vida. Curiosament, una de les infermeres de la sala de prematurs, Teresa Ojeda em va proporcionar la recomanació decisiva per ser acceptat al programa de San Francisco. George Gregory, que n'era el director, no coneixia ningú a Barcelona, però sí a les Canàries, on Teresa havia treballat abans. Així que Teresa es va convertir en la meua valedora. Li vaig donar les gràcies aleshores, i les hi dono aquí de nou.

I, finalment, aquells, els primers anys del MIR centralitzat, van portar a Barcelona diverses generacions de residents amb un talent enorme. Mai en els anys que han passat he après tant d'uns altres al meu nivell. Les lliçons que vaig rebre de Luis Velázquez –malauradament

mort quan tenia tant per oferir–, Ricardo Closa, Vicenç Ollés, Rosa Clivillé, Luis Rajmil, Marta Mas, Conchita Mier, Concha Calza, Josep Maria Mauri, Carlos Rodrigo i els altres companys de la meua promoció sempre m'acompanyaran. Tots ells han seguit carreres distingides com a pediatres –i alguns com Closa i Rodrigo com a professors universitaris–, però van haver de sobreposar-se primer a un desmoralitzant buit d'oportunitats que va privar –i potser continua privant– la pediatria i la universitat catalana d'un enorme capital creatiu.

La situació als Estats Units era exactament la contrària. Aquest país té una set inesgotable de talent i, encara que un en tingui molt poc, l'esforç sempre té recompensa. Seguint amb la bona sort que m'havia portat a Barcelona, vaig aterrar aquesta vegada a la Universitat de Califòrnia, a San Francisco (UCSF). Allà, el Departament de Pediatria i l'Institut d'Investigacions Cardiovasculars (CVRI) havien generat en els anys precedents una bona part dels descobriments fisiològics que van servir de base a la medicina intensiva moderna. Encara que el focus d'atenció es començava a desplaçar cap a la biologia molecular, l'ambient pediàtric estava dominat per l'exploració de biologia normal i patològica del nounat. John Clements, que havia guanyat el premi Lasker pels seus descobriments de les funcions del surfactant pulmonar, estava desenvolupant el primer surfactant sintètic. Abe Rudolph i el seu grup s'esforçaven a aclarir els canvis que fan possible la transició de la circulació fetal a la neonatal. Norman Staub, Jay Nadel, Dick Bland i molts altres estudiaven els mecanismes que controlen el balanç líquid del pulmó i el funcionament de les vies aèries.

Amb el suport de George Gregory, que el 1971 havia introduït la pressió contínua (CPAP) per al tractament de la membrana hialina, jo em vaig interessar per un problema específic de l'aparell respiratori: com és possible que les diferents estructures que formen la substància del pulmó (bronquis, artèries, venes i parets alveolars), tot i ser tan diverses en la seva constitució íntima, es comportin d'una manera tan homogènia des d'un punt de vista mecànic? La meua idea era que el desenvolupament independent dels components tubulars i membranosos del pulmó durant el desenvolupament altera l'equilibri mecànic entre aquestes estructures i dona lloc a estressos i distorsions que acaben danyant els teixits més vulnerables, sobretot quan hi ha patologia alveolar. Aquest va ser el punt de partida d'un treball de recerca que va durar gairebé trenta anys en quatre d'entre les millors institucions americanes: UCSF, Yale, Washington University (St. Louis) i University of Texas Southwestern (Dallas). Al llarg d'aquest trajecte vaig anar ascendint en l'escalafó acadèmic, vaig ostentar tres càtedres honorífiques i la cobejada condició de *tenure* –una mena de blindatge acadèmic semblant a la plaça en propietat–, i vaig servir successivament com a director de divisió de medicina intensiva, degà associat, i des del 2010, cap (o *chairman*) de departament de pediatria amb un professorat de 300 i metge en cap d'un hospital pediàtric amb més de 500 llits.

La paraula *mentor* –que s'escriu igual en català, en castellà i en anglès– s'aplica als individus que exerceixen una influència decisiva en les decisions o el curs de la carrera d'una persona. No sé si passa el mateix a l'altre costat de l'Atlàntic, però en els ambients acadèmics americans *mentor* és un terme del qual s'ha abusat i, per tant, és buit de contingut. El concepte, no obstant això, és tan antic com el món, i es correspon bé amb la idea de «les bones companyies». Si algú em preguntés què és el que més he valorat en la meua carrera americana, la resposta seria l'oportunitat de relacionar-me amb professionals que respecto i em respecten, i dels quals aprenc alguna cosa cada dia. No estic parlant d'amistat o mecenatge, sinó d'interaccions que enriqueixen professionalment i personalment, i que es basen en valors comuns com la curiositat, la creativitat o l'altruisme. Dels molts que han acomplert aquesta funció, hi ha dues figures singulars de la pediatria americana que vull destacar: el meu gran amic i col·laborador George Lister, fins fa poc cap de pediatria a Yale, i el malaguanyat Harvey Colten, que va ser cap de pediatria a Washington University i més endavant degà a Northwestern University, a Chicago.

La veritat és que a la meua família, sobretot als meus pares, els hauria agradat més que la meua carrera hagués transcorregut a Espanya. Passada l'ansietat inicial de l'adaptació, jo no em vaig arribar a plantejar seriosament la tornada en cap moment. Encara que la idea de retornar d'alguna manera una mica del molt que vaig rebre –especialment a Catalunya– sempre ha estat atractiva, la veritat és que mai no vaig saber trobar una bona oportunitat per fer-ho. Les diferències de qualitat entre la medicina espanyola i la nord-americana s'han escurçat molt en els últims vint anys, però els sistemes mèdics i educatius dels dos països continuen sent molt diferents. La medicina, i sobretot la medicina acadèmica nord-americana, està orientada fonamentalment a promoure la innovació i la creativitat tant en la pràctica clínica com en l'educació i la investigació. Això exigeix una flexibilitat enorme tant en l'assignació d'ocupació com en la delegació d'autoritat, que el sistema espanyol, que és molt més burocràtic i orientat primàriament a l'assistència, no podria absorbir. Per aquesta raó, és molt difícil per als que hem crescut i prosperat en països com els Estats Units no solament reintegrar-nos, sinó fins i tot formar relacions efectives de col·laboració amb els nostres col·legues espanyols. Desgraciadament, el resultat s'interpreta sovint com a indiferència o fins i tot com a pedanteria. La realitat, almenys en el meu cas, és que res no m'hauria fet més feliç que haver pogut ser profeta en la meua terra. Potser la generació següent...

Carlos Rodriguez-Galindo, oncòleg a Boston i Memphis

Miro enrere i em sembla que era ahir que un plujós dia de setembre de l'any 1994, acompanyat de la meua mare i la meua germana gran i amb un nus al coll i al cor, vaig sortir de Reus per agafar un avió que m'havia de portar a Nova York, i d'allí a Memphis, on m'havien acceptat per estar un any fent oncologia i hematologia pediàtriques. Havia acabat la meua residència de pediatria a l'Hospital Vall d'Hebron un parell d'anys abans i tot el que volia ser era un oncòleg pediatre. Eren uns anys de crisi a Catalunya, els metges que acabàvem de sortir de la residència no teníem gaires oportunitats, i ni parlar-ne de tenir opcions de plans de formació en especialitats pediàtriques. Em vaig trobar en un punt de decisió en què o bé acceptava la situació i començava a pensar en alternatives a les meves il·lusions, o assumia el repte i sortia del país per buscar oportunitats. Ara, amb vint anys de perspectiva, ho veig amb un somriure, però no va ser gens fàcil. Jo estava fent guàrdies on podia i on em volien mentre em preparava per als exàmens per entrar als programes de formació dels Estats Units; em passava els dies enviant sol·licituds, i setmanes esperant les respostes dels centres americans. Eren els anys abans d'Internet, i el temps es mesurava d'una altra manera...

La meua il·lusió era poder estar un temps al St. Jude Children's Research Hospital, a Memphis, Tennessee; jo veia el St. Jude com la Meca, el lloc on tot va començar en el món de l'oncologia pediàtrica en els anys seixanta i setanta. Em van acceptar per passar-hi un any amb la condició que jo em busqués la manera de finançar-me l'estada, i amb l'ajut del professor Joan Josep Ortega vaig aconseguir una petita beca del FIS. Em vaig vendre el meu cotxet, i amb tots els meus estalvis em vaig presentar a Memphis. Francament, vaig viure bastant precàriament, ja que els diners no em donaven per gaire, i recordo que durant un any sencera vaig dormir en un matalàs al terra del meu apartament, on tenia una taula i dues cadires... Però va ser l'any més feliç de la meua vida, aquell primer any a Memphis. No acabaré mai d'agrair a la gent de St. Jude la seva acollida; jo venia d'uns anys bastant durs, sense feina, sense orientació, i amb una baixa autoestima, i a St. Jude vaig trobar una casa i una família. A St. Jude vaig descobrir totes les dimensions de la que ara és la meua professió, la meua passió; la medicina més autèntica i la recerca més avançada al servei de l'infant amb càncer. St. Jude és un lloc meravellós i una experiència única, on la visió d'un món on cap infant mori a l'alba de la vida inspira el dia a dia, des de fa cinc dècades, de tots els qui hi treballen. Allí vaig créixer com a professional i com a persona, i sempre, vagi on vagi, seré un metge de St. Jude, entenent-ho com ser membre d'una família o d'una escola. El que havia de ser un any de formació es va convertir en quatre, i després en onze anys més de metge i investigador de l'hospital. Vaig créixer, vaig aprendre, vaig veure canvis, i jo vaig canviar, imbuït per la nova filosofia que vaig assimilar. Vaig ser molt feliç, molt. Em vaig integrar a la vida de la ciutat i de la regió, amb la seva música i la seva literatura, que em van entusiasmar. I és clar, em vaig fer seguidor dels Memphis Grizzlies. Recordo que va ser un gran esdeveniment quan Memphis va adquirir la franquícia dels Grizzlies, que aleshores jugaven a Vancouver. Amb companys de l'hospital anàvem una vegada al mes a sopar i a veure el partit; els Grizzlies jugaven al costat del St. Jude. Ens vam fer amics amb la família Gasol i fins i tot anava a veure jugar el Marc a la seva escola –ell era un nen.

Després de quinze anys al St. Jude, el 2009 vaig acceptar el repte d'una nova feina a Boston. No va ser una decisió fàcil, sortir del que era casa meua per obrir una nova etapa; ho veia una mica complicat, amb uns riscos que no acabava de veure clars, francament. Però en el procés de decisió vaig entendre que és important sortir del cercle on ens sentim còmodes, per tornar-nos a provar i atacar uns altres reptes. A casa potser això no s'entén, però als Estats Units és un principi ben arrelat en les institucions acadèmiques: el canvi és bo i és necessari;

els individus creixen en el procés, i les institucions s'enriqueixen amb saba nova. Ara miro enrere, i si bé els primers dos anys van ser complicats i no acabava de veure clar el meu futur, l'experiència ha estat molt i molt enriquidora. He gaudit d'estar al millor hospital d'infants del món, i en un dels millors centres de recerca contra el càncer que hi ha. I la sort de poder formar part i ser professor de la millor escola de medicina del món a Harvard. I ara, quan pensava que ja m'havia instal·lat bé a Boston, torno a casa, al St. Jude, amb el somni que algun dia podrem curar de càncer tots els infants del món; aquest somni és ara la meua feina. Un altre repte que em fa sentir viu i il·lusionat, i pel qual espero estar preparat.

Mentre acabo aquesta petita memòria em vénen al cap dues reflexions que neixen de la perspectiva dels anys i les experiències viscudes. Primera, els individus i les institucions necessiten canviar, expressar-se, viure les seves vides amb la il·lusió que sempre es pot millorar. Jo he canviat, m'he posat reptes i he pres riscos, he crescut, m'he equivocat i també he encertat, i això m'ha ajudat a madurar com a persona i com a professional, a veure les meves debilitats i treballar per millorar. I he vist les institucions en què he viscut també evolucionar, canviar, assolir nous reptes i buscar el creixement. Això crec que defineix bastant bé la filosofia americana: la novetat, el canvi, la superació, sempre des del respecte a l'individu, sigui qui sigui i vingui d'on vingui. I segona, no he pogut ni volgut oblidar mai d'on vinc. Vull pensar que sóc el mateix nen de Reus, fill dels meus pares, germà dels meus germans, i amic dels meus amics, que arribava a casa des de La Salle amb les notes, esperant l'aprovació dels pares i que ells se sentissin orgullosos de mi. Sóc el nen que somniava ser metge, com el meu pare, i he volgut donar-li a aquell nen que vaig ser la possibilitat de fer realitat els seus somnis, i de seguir somniant.

Joan Sánchez-de-Toledo, cardiòleg a Pittsburgh

Consideracions generals

La manca de formació reglada en subespecialitats pediàtriques al nostre país planteja el dubte a alguns especialistes de sortir a l'estranger a finalitzar el procés formatiu. Qualsevol especialista en formació que es plantegi completar la formació a l'estranger haurà de fer front a cinc moments clau:

1. La decisió

Marxar a l'estranger a completar o ampliar la formació no és fàcil. En la majoria de casos es tracta d'una opció personal que no respon a unes necessitats concretes de la institució. Es tracta, doncs, d'una decisió que comporta trencar vincles amb la institució i que, per tant, dificulta el procés de tornada.

Amb una institució sensibilitzada sobre els avantatges d'afavorir l'intercanvi de coneixements amb altres centres i amb un mentor que impulsi o doni suport a la decisió, el retorn pot ser fàcil. Sense aquesta figura que promogui i faciliti el procés, aquesta decisió pot resultar molt complicada, ja que l'alumne es trobarà amb el dubte de què fer un cop acabada la formació. El mentor és la persona que dirigeix l'aprenentatge i guia l'alumne en un moment crític de la seva formació per tal d'aconseguir el màxim rendiment i creixement, tant professional com personal de l'alumne. Les connexions del mentor amb altres centres i el coneixement dels punts forts i dels punts febles del centre on treballa el converteixen en la figura clau. El mentor dóna coneixement a canvi de la satisfacció de veure créixer, evolucionar i, finalment, acceptar l'èxit del seu alumne.

El nostre sistema, lluny d'afavorir l'intercanvi, fomenta l'endogàmia i afavoreix la continuïtat dels que s'han format en la institució i que han manifestat de manera explícita la voluntat de seguir al mateix lloc. De fet, factors com els anys de permanència dins la institució tenen un gran pes específic en els barems de convocatòries públiques de places. D'aquesta manera, tothom que ha estat anys fora de la institució queda en una situació de feblesa davant qualsevol concurs públic.

Així doncs, sense el suport institucional que assegurï el retorn i sense la figura d'un mentor que dirigeixi el procés, marxar a l'estranger significa apostar per la formació, però, en molts casos, complicar-se el retorn.

2. Els tràmits

La barrera idiomàtica i els obstacles administratius compliquen el procés en molts casos. Cada país té uns requisits diferents. Pel que fa a la Unió Europea o a països com Austràlia o Nova Zelanda, el procés de convalidació de títols i d'admissió és més simple. En altres països, com els Estats Units, la burocràcia és més complicada i exigent, i dificulta encara més el procés. La decisió s'ha de prendre amb prou temps per poder fer els exàmens i els tràmits necessaris per convalidar els títols i obtenir les llicències requerides. En molts casos cal viatjar al país de destinació per preparar una part d'aquests passos i per poder accedir al sistema d'entrevistes que formen part obligatòria del procés de selecció de candidats basat en coneixements previs, currículum, cartes de recomanació i entrevista personal. Un sistema de selecció de personal que, malgrat que sembla lògic, no s'aplica en la majoria del nostre entorn.

3. La formació

L'etapa de formació generalment respon a les expectatives del metge. El bon nivell clínic i la capacitat de treball dels metges formats al nostre país que fan l'esforç d'emprendre aquest viatge fa que s'integrin sense gaires dificultats. El fet de tenir temps protegit per dedicar a l'activitat científicoacadèmica permet que aquesta s'integri com a element indispensable dins la formació.

4. El retorn

Un cop finalitzat el període de formació s'ha de preparar la tornada. En països com els Estats Units les limitacions de visat fan que l'opció de tornar sigui la més fàcil. En altres països, l'opció d'incorporar-se al sistema de salut pot resultar més fàcil. Si la decisió de sortir a l'estranger no ha estat consensuada amb la institució o no ha tingut el suport d'un mentor de pes específic en la institució, la reincorporació al lloc de treball previ pot resultar complicada.

5. L'adaptació a casa

L'adaptació del metge al nou lloc de treball depèn de diversos factors: de la bona definició dels rols, de l'acceptació de la resta companys, però també de la capacitat del metge d'entendre les particularitats del centre on comença a treballar i de saber incorporar els coneixements adquirits sense distorsionar el sistema.

La vivència personal

En el camp de les cardiopaties congènites trobem un exemple clar de la manca de subespecialització pediàtrica al nostre país. Aquesta manca de subespecialització fa que la formació en aquest camp es dispersi entre diverses disciplines pediàtriques, com la cardiologia, la neonatologia i l'UCI pediàtrica.

Durant la residència em vaig interessar especialment pel pacient amb malaltia cardíaca i, en concret, la part més aguda de la malaltia. Durant la residència vaig viatjar als Estats Units per conèixer el funcionament de diverses unitats d'intensius cardíacs. Una de les persones que em va facilitar aquest procés va ser el Dr. Julio Perez-Fontan, un dels primers pediatres espanyols que va fer la subespecialitat d'intensius pediàtrics als Estats Units i que va desenvolupar la seva exitosa carrera científica i professional en aquell país.

Un cop vaig tenir clar que el que jo volia era completar la formació en les cures intensives cardíques vaig començar a preparar els exàmens que em donessin accés a un *fellowship* (programa de subespecialització després de la residència) als Estats Units. Després de fer diverses estades en unitats cardíques i després de diverses entrevistes, l'hospital de Pittsburgh em va proposar començar un d'aquests programes. En aquell moment encara no disposava de tots els exàmens i havia d'esperar un any més per tal d'incorporar-m'hi. Sortosament, el programa d'intensius pediàtrics de l'Hospital de Buffalo, dirigit pel Dr. Bradley Fuhrman, un dels intensivistes pediàtrics de més prestigi, em va oferir una plaça. En aquell moment, jo treballava a la unitat de transport pediàtric del SEM i a la unitat de neonatologia, i vaig decidir acceptar la plaça i marxar cap als Estats Units. Després d'un primer any vaig començar com a *fellow* d'intensius a Buffalo i, al cap d'un any em vaig traslladar a Pittsburgh, on vaig completar el *fellowship* d'intensius pediàtrics. Posteriorment vaig fer una segona subespecialització, un *fellowship* en intensius cardíacs, que em va permetre completar el procés de formació que m'havia plantejat des d'un bon començament.

Després d'aquests anys de formació, em van donar l'oportunitat de tornar a Catalunya, però la manca de suport al projecte que va motivar la meva tornada va fer que quatre anys més tard decidís tornar als Estats Units. Actualment sóc director clínic de la Unitat de Cures Intensives Cardíacques del Children's Hospital of Pittsburgh.

Durant aquests anys he pogut conèixer a altres persones, de perfils personals i professionals ben diversos, que per un motiu o un altre van decidir marxar de Catalunya. No crec que sigui una exageració dir que, una il·lusió compartida entre tots nosaltres, "és poder tornar tard o d'hora, al nostre país d'origen a desenvolupar la nostra professió".

La Fundació Catalana Síndrome de Down, Centre Mèdic Down i altres associacions

Josep M. Corretger



Josep M. Corretger, Ferran A. Moraga-Llop, Iolanda Jordan.

Les dècades de 1970-1980 van ser crucials per a la visibilitat dels infants afectats de trastorns associats a una discapacitat intel·lectual, fins llavors majoritàriament confinats als seus domicilis o institucionalitzats, privats de qualsevol possibilitat de desenvolupament i d'incorporació activa a la societat. L'impuls definitiu per revertir la situació va ser degut al diputat català al Congrés dels Diputats Ramon Trias Fargas, que va promoure a l'estat espanyol la Ley de Integración Social del Minusválido (LISMI), aprovada l'any 1982. Amb aquesta disposició, les persones amb discapacitat passaven de ser objectes, a ser subjectes, amb plens drets i deures, com la resta de ciutadans.

En aquells moments ja hi havia a Catalunya algunes associacions dedicades a infants amb discapacitat intel·lectual, tant en l'aspecte general (Aspanias, 1962) com més especialitzades (paràlisi cerebral infantil, autisme), però hi havia molt poca informació sobre la síndrome de Down (SD), la causa més freqüent d'aquest tipus de discapacitat, ja que representa aproximadament el 25% de tots els casos. Això converteix les persones que la presenten en un col·lectiu poblacional nombrós.

La iniciativa de dotar els infants amb SD de les atencions mèdiques i psicosocials que necessitaven i mereixien la va particularitzar Montserrat Trueta, filla de l'eminent professor Josep Trueta i esposa de Ramon Trias Fargas, amb qui tenia un fill amb la síndrome. De les seves connexions amb centres internacionals especialitzats va sorgir el projecte de tenir-ne una rèplica a Catalunya. Especialment fructífer va ser el descobriment, l'any 1974, del *Child Development and Mental Retardation Centre*, Experimental Unit, de la Universitat de Washington (Seattle, EUA), dedicat al desenvolupament de nadons i infants amb SD. Amb l'assessorament i la participació directa de les directores d'aquest centre es va constituir, el 30 de març de 1984, la Fundació Catalana Síndrome de Down (FCSD) i es va crear de manera immediata el Servei d'Estimulació Precoç, que poc després es va anomenar Servei d'Atenció Primerenca (SAP). Un grup de professionals especialitzats van començar a avaluar i atendre, de manera coordinada, les necessitats plantejades pel desenvolupament dels infants amb discapacitats neuropsicològiques des del naixement fins als 6 anys.

L'assumpció que l'acompliment de les expectatives generades no seria possible sense gaudir d'un bon estat de salut, amenaçat concretament en l'SD per freqüents defectes estructurals i predisposició a malalties de potencial gravetat, va determinar l'elaboració, l'any següent i per primera vegada a l'estat espanyol, d'un programa de salut específic per a les persones amb la síndrome, sense límits d'edat. El fet que comparteixin trastorns i disfuncions susceptibles de ser corregits o pal·liats per intervencions adients sistematitzades donava suport a la seva implementació. El nou programa es va inspirar en el *Down Syndrome Checklist*, implantat per M. Coleman i P. T. Rogers als Estats Units. El van exercir especialistes en les problemàtiques més pròpies d'aquestes persones.

El següent i innovador projecte va ser establir un àmbit que aglutinés un equip mèdic multidisciplinari que permetés accomplir millor el programa de salut, enriquir-lo de manera consensuada amb els progressius avenços diagnòstics i terapèutics aplicables i afavorir la recerca clínica. Així va néixer, dos anys després, el 24 de juliol de 1987, el Centre Mèdic Down (CMD), una aposta pionera i pràcticament única, diferenciadora de la resta d'associacions i fundacions dedicades a l'atenció de la síndrome. Es va oficialitzar amb la signatura d'un conveni amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya i

l'ONCE (Organización Nacional de Ciegos de España). Actualment integra vint especialitats, que abasten des de la pediatria fins a la geriatria. D'altra banda, està coordinat amb el sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT) de Catalunya. I forma part, des de l'any 1993, del *Down Syndrome Medical Interest Group* (DMSG) dels Estats Units, manté un relació estreta amb la *National Down Syndrome Society* (NDSA) de Nova York, i és membre cofundador de l'*European Down Syndrome Association* (EDSA).

El desenvolupament dels objectius fundacionals del centre, assistencials, docents i de recerca, l'han convertit en una entitat de referència per a moltes institucions nacionals i internacionals dedicades a l'SD. Efectua anualment més de 2.400 visites a usuaris procedents de Catalunya, la resta de comunitats autònomes de l'estat espanyol i diversos països llatinoamericans. Entre les activitats docents i divulgatives destaquen la publicació de llibres sobre els aspectes mèdics de la síndrome per a metges i pares, que compten amb edicions catalanes, equatorianes i brasileres; així com la publicació de la *Revista Mèdica Internacional sobre la Síndrome de Down*, única al món dedicada de manera exclusiva al tema i de la qual s'han editat divuit volums amb edicions en castellà, català i anglès. I, en l'aspecte de recerca biomèdica, entre nombrosos treballs facilitats per l'àmplia base de dades del centre, destaca la publicació de les taules de creixement dels nens i nenes amb SD, adoptades per totes les comunitats espanyoles i alguns països de Llatinoamèrica.

A Catalunya hi ha moltes associacions privades creades per pares i familiars d'infants amb discapacitat intel·lectual. Sens dubte, la tasca de l'FCSD ha servit d'inspiració o model per a moltes, en particular les dedicades a l'atenció d'infants i adults amb SD. La seva prevalença i les seves característiques fan que siguin les més nombroses, gairebé una desena d'entitats distribuïdes per les diferents províncies, la majoria federades a l'entitat estatal Down España.

Altres associacions

Altres associacions i fundacions de gestió semblant, també privades i sense ànim de lucre, estan dedicades a l'atenció integral d'altres trastorns pediàtrics associats a una discapacitat intel·lectual. El seu millor coneixement i els avenços en el tractament les ha promogut i diversificat. La majoria estan actualment integrades a Dincat (Discapacitat intel·lectual a Catalunya), que al seu torn és membre de la Confederació Espanyola d'Organitzacions a favor de les persones amb discapacitat intel·lectual (FEAPS).

Els trastorns de l'espectre autista (TEA) van propiciar entitats per a la seva atenció ja a mitjans del anys setanta, com l'Associació (i posterior Fundació) Finestrelles, a Barcelona, i el projecte Autisme la Garriga, que engloba diverses entitats de suport a les múltiples necessitats d'aquests pacients; l'any 1997 es va constituir la Federació d'Autisme de Catalunya, que compta amb centres a totes les províncies catalanes.

La preocupació per les repercussions d'aprenentatge que comporta la síndrome d'hiperactivitat amb falta d'atenció (TDAH) ha fonamentat la formació d'associacions de pares d'infants afectats per tota la geografia catalana durant els darrers anys. L'Associació Plataforma TDAH Catalunya agrupa diverses entitats de la demarcació de Barcelona. A part, també hi ha TDAH Catalunya (2005), Associació Aprenem (Terrassa, 2006), AFAFDA (Tàrraga, Lleida 2011) i AFNA TDA-H Viladecans.

Altres associacions aborden les problemàtiques inherents a patologies menys freqüents, previstes a la Federació Catalana de Malalties Minoritàries (FECAMM). Així, diversos grups de pares han ubicat les seves pròpies associacions a Barcelona, com ara les associacions catalanes Síndrome X fràgil (1995), Síndrome de Rett (1997), Síndrome de Williams (2009), Malaltia de Huntington (2007), Síndrome de Cornèlia de Lange (1998/ 2006) i de mucopolisacàridosi (2003/2005).

Reptes de la pediatria social referits a l'atenció dels infants

Antoni Martínez-Roig

L'aparició a França del tractat *Pediatria social*, dels professors Mande, Manciaux i Masse, a la dècada dels setanta del segle passat, en plena època de canvis en alguns països d'Europa i en la civilització occidental, va significar també un revulsiu per als pediatres de casa nostra.

El pediatre sempre ha tingut clar que l'infant és ell i el seu entorn, i que la seva atenció, per tal d'aconseguir un desenvolupament òptim, ha de tenir la perfecta col·laboració amb la família, l'entorn escolar i el lleure. La prevenció és una de les fites clares i clàssiques del pediatre, però també li preocupen els aspectes socials de les malalties. La genètica, les malformacions, els errors i les insuficiències alimentàries, els accidents, la higiene dental, les malalties cròniques o perllongades, els trastorns sensorials, les encefalopaties, la salut mental, les adopcions, els abandonaments, els maltractaments o els problemes associats als infants nouvinguts al país fills de pares immigrants podrien ser exemples del vessant social de l'actuació pediàtrica, sense oblidar la preocupació per l'esport i els aspectes psicosocials de l'adolescència.

En aquesta línia, l'octubre del 1973, la Societat Catalana de Pediatria va organitzar el primer curs de Pediatria social, en diferents seus relacionades amb els temes desenvolupats. El programa científic tenia cinc aspectes: a) el complex pediàtric preventivocuratiu en una població industrial amb un centre de medicina preventiva escolar; b) els aspectes socials de la neonatologia; c) l'assistència a l'infant amb minusvàlua; d) l'organització de la medicina preventiva; e) l'organització dels centres d'assistència pediàtrics; i f) els centres docents per a pediatres¹.

Un tema i un grup pioner dins el nucli de la Societat Catalana de Pediatria va ser el dedicat a l'educació física i l'esport. L'any 1970, el Dr. Gustau Nadal publicava *Juegos, pre-deporte y deporte en el escolar, control médico-deportivo*. Posteriorment es va crear el grup per a l'Estudi de l'Educació Física i l'Esport, amb persones com els doctors Josep M. Casasa i Carbó o J. V. Hernández, entre altres², que, amb diferents persones, ha continuat fins a l'actualitat i del qual destacaríem la publicació del llibre *Manual d'exàmens d'aptitud esportiva*, de l'any 1987, juntament amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social, la Direcció General de l'Esport i la Societat Catalana de Medicina de l'Esport.

Un altre dels grups pioners va ser el dels accidents infantils i la seva prevenció, sota la iniciativa del Dr. Joan Picañol i Peirató, del qual posteriorment va derivar el Consell Assessor sobre Accidents en la Infància del Departament de Sanitat. Es feia una tasca interdisciplinària amb professionals de l'enginyeria, bombers, ensenyament i psicologia, en què també destacaven els pediatres R. Bacardí, F. Botet, J. F. Mulet, P. Martínez o J. Carol. Del seu treball va sortir la *Guia per a la prevenció dels accidents infantils* de la col·lecció Quaderns de Salut Pública, l'any 1992. Va ser un grup actiu, preocupat perquè els diferents professionals que intervenen amb els infants estiguessin formats en la prevenció i, alhora, poguessin sensibilitzar les famílies d'aquests infants. En aquells moments, els mitjans de comunicació no estaven preocupats o sensibilitzats en aquests temes preventius i la difusió mediàtica no va ser la que es mereixia la tasca que havien fet. Es va crear el que en deien un calendari de prevenció d'accidents infantils, equiparant-lo al calendari de vacunacions, en el sentit d'anticipar a les famílies quins



Antoni Martínez-Roig.

eren els riscos de l'edat i quines eren les mesures preventives i formatives que calia prendre. Diferents membres del grup també van formar part de la comissió per a la redacció del projecte del Programa d'educació per a la salut a l'escola (preescolar i EGB), el 1981, amb la publicació del manual el desembre del 1984³. Posteriorment, aquesta tasca preventiva va ser incorporada als diferents protocols d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica i d'adolescents que s'apliquen des de l'assistència primària catalana. Podríem dir que la seva tasca pionera dels anys setanta i vuitanta del segle passat va tenir una continuïtat regular a l'atenció dels infants, com ja el grup desitjava en aquells moments.

Un altre dels temes que durant aquelles dècades preocupava i sorprenia els pediatres eren els maltractaments infantils. Les publicacions anglosaxones, franceses i nord-americanes en parlaven i sorprenien amb les xifres i les manifestacions clíniques que aquest tipus de situacions arribaven a presentar en els infants. En els serveis d'urgències dels diferents hospitals de Barcelona es diagnosticaven casos de maltractament, fonamentalment físic.

El metge estava acostumat a pensar en el guariment dels malalts després d'establir un diagnòstic correcte. Amb aquest tipus de patologia va veure que el diagnòstic sí que arribava, però que el tractament era molt complicat. Havia de ser una actuació multidisciplinària. Els pediatres veien que en aquesta situació, en què el problema estava en l'entorn on convivia l'infant, cada vegada era més important treballar amb altres professionals allunyats del món de la sanitat. Era una manera de treballar diferent i a la qual el pediatre no hi estava acostumat. Cal dir també que les altres disciplines que hi havien d'intervenir tampoc no estaven gaire acostumades a treballar-hi, i la seva formació sobre com detectar, actuar i prevenir els maltractaments era pobra. En el món de la pediatria, la formació sobre aquest tema tampoc no es pot dir que fos gaire intensa. Mancava aptitud, o coneixements i actitud. Per què parlem d'actitud? Doncs perquè no era fàcil actuar per protegir l'infant i adequar un programa de futur. Sempre ha existit, i més en aquells moments, la tendència general a considerar el maltractament infantil com un problema judicial o delictiu i, en conseqüència, limitar la nostra actuació a una simple tasca burocràtica, de comunicació a les instàncies judicials, davant la sospita més o menys fonamentada d'un cas de maltractament.

En aquells moments no existien les fiscalies de menors i els jutjats de guàrdia no eren gaire afavoridors de rebre denúncies d'aquests tipus, ni tampoc hi havia especialistes en infants dins els cossos de les forces de seguretat. Quan es presentava un informe de possible maltractament al jutjat o a les comissaries de la policia, començava un autèntic calvari per a la persona que el presentava, sense veure que la protecció de l'infant i la rehabilitació de l'entorn fos idònia. Això frenava la declaració de casos.

L'any 1981, els doctors J. Dargallo, A. Martínez Roig i F. Domingo Salvany van publicar el primer llibre en llengua catalana sobre el tema, *La síndrome del nen apallissat*, dins la col·lecció Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears⁴. Durant la dècada anterior s'havia anat veient la necessitat de recollir les experiències que s'havien viscut en dues dependències sanitàries municipals relacionades amb el maltractament (l'Hospital del Mar i l'Hospital del Nen Déu) i d'ajudar a la sensibilització dels companys pediatres. En aquell moment, la població que s'atenia més sovint en aquests dos hospitals tenia una característica comuna d'entorn social amb dèficit socioeconòmic o inestabilitat emocional, i per tant no era difícil que hi arribessin infants amb la influència negativa de l'entorn on vivien.

Però la tasca de sensibilització no es va quedar aquí. El curs 1981-1982 aquests tres doctors van coincidir amb el radiòleg pediàtric de l'Hospital Clínic X. Querol en les primeres Jornades catalanes de la infància, organitzades per la Comissió de la Infància de Justícia i Pau, i en el Congrés Internacional sobre maltractaments i la seva prevenció celebrat a París. En aquest darrer congrés també van coincidir amb dues treballadores socials, Conxita Requena i Carme Ribas, i juntament amb elles, una jurista, Esther Giménez Salinas, un pedagog advocat, Jordi Cots, una infermera pediàtrica, Esther Menoyo, un psiquiatre infantil, J. M. Ibáñez Cacho, i un

altre pediatre, F. Moraga. Plegats van constituir un grup de treball sobre la infància maltractada i abandonada dins la Societat Catalana de Pediatria⁵. Aquest grup va ser consultat pel Parlament de Catalunya durant el procés d'elaboració de les recomanacions que la Cambra va iniciar amb la idea d'establir un marc normatiu per a la protecció de la infància i el reconeixement de les seves necessitats específiques. Posteriorment, d'aquest grup va sorgir l'any 1988 l'Associació Catalana per la Infància Maltractada (ACIM).

La posició pediàtrica mai no va ser entesa de manera clara pels responsables polítics del nostre entorn, i fins i tot quan a l'any 1991 vam parlar de la problemàtica de l'abús sexual i de com s'havia d'afrontar en el futur, quan en aquells moments es diagnosticaven pocs casos a casa nostra, la resposta va ser de sorpresa i de certa desatenció dels nostres comentaris. Les diferents institucions implicades mai no han arribat a entendre que els maltractaments són un problema de salut⁶. Durant molts anys la tendència general ha estat considerar el maltractament infantil com un problema judicial o delictiu.

Posteriorment, i gràcies a la iniciativa de pediatres com els doctors J. Pou i Ll. Comes, l'any 1992 es va engegar la primera unitat funcional d'atenció per abusos sexuals a l'Hospital de Sant Joan de Déu, amb una tasca magnífica, que encara continua en l'actualitat amb la Dra. M. Simó, com a centre de referència català juntament amb la unitat creada l'any 2006 a l'Hospital Germans Trias i Pujol pels doctors A. Natal i R. M. Isnard. També s'han de recordar el Dr. F. Domingo Salvany i la Dra T. Valmanya, amb la seva actuació a Balaguer i Lleida, juntament amb el grup de treballadors socials i bibliotecàries; el Dr. R. Allué a Tarragona; el Dr. O. Vall, amb les seves visions d'antropologia social i els seus escrits a la premsa; el Dr. J. Callabed, amb el Fòrum pediàtric... I probablement m'oblido de molts pediatres anònims que des del seu lloc a l'assistència primària o als hospitals s'han dedicat a diagnosticar i protegir aquests infants, a la vegada que sensibilitzar l'entorn per tal de millorar la situació amb la prevenció primària i detectant situacions de risc. Avui en dia es pot dir que tota la pediatria està pendent d'aquest tema i que continua lluitant per tal que tots els grups de treball institucionals que en formen part, des dels departaments de Salut o de Benestar Social fins al Síndic de Greuges, l'entenguin com un problema de salut⁶.

Durant la dècada dels vuitanta van incidir en els serveis de pediatria dues situacions a les quals estàvem poc habituats i que van tenir una forta repercussió social. Els fills de mares addictes a drogues per via parenteral i la infecció pel virus VIH. Si bé la segona situació no sempre anava associada a una situació social deficitària o marginació social, el fet que fos una infecció de transmissió vertical afectava molts infants, perquè moltes de les mares també pertanyien al col·lectiu de dependents a drogues per via parenteral.

En primer lloc cal comentar el valor que va tenir l'aplicació de l'escala de Finnegan, amb les modificacions posteriors, per tal d'avaluar la situació clínica que presentaven aquells nadons. Els neonatòlegs dels hospitals públics que atenien mares drogoaddictes es van haver d'acostumar ràpidament a aquesta patologia clínica i social. L'estil de vida que presentaven aquelles famílies comportava també malalties de transmissió sexual, abandonament postnatal, possibles maltractaments pre i postnats, inadaptació social o desestructuració familiar. Es va haver d'aprendre a treballar en equip multidisciplinari, una cosa que ningú no ens havia ensenyat. Posteriorment van aparèixer els tractaments amb metadona, que van alleugerir una mica els problemes físics, però la problemàtica social es va mantenir encara durant uns quants anys, ja que aquestes persones continuen mantenint una desestructuració personal i familiar.

Les malalties de transmissió vertical van ser l'associació a aquestes situacions. Com que en aquells anys hi havia molts usuaris de drogues per via parenteral, la transmissió del VIH per aquesta via va ser molt important. Posteriorment va augmentar la via sexual. La infecció pel VIH va comportar greus i negatives conseqüències per a la salut, la conducta personal i social, l'entorn sociocultural i el desenvolupament econòmic. Moltes d'aquelles dones desconeixien que eren portadores del virus quan es quedaven embarassades⁷.

La infecció perinatal pel VIH es podia considerar una «malaltia familiar multigeneracional», amb un enorme impacte tant sobre els fills infectats com sobre els no infectats. La infecció de la mare, moltes vegades també del pare, i els freqüents problemes socials de la família (drogoaddicció, separació, desestructuració) ocasionaven greus dificultats per al desenvolupament correcte dels infants, molts dels quals es van quedar orfes.

Els pediatres, infectòlegs i immunòlegs van haver d'afrontar el repte d'un nou tipus d'infecció del qual, en aquell moment, se'n desconeixien moltes de les característiques; s'actuava una mica emmirallant-se en l'experiència dels adults, tot i les diferències que hi havia, com ara l'alta incidència d'infeccions bacterianes greus i la poca incidència de les manifestacions tumorals, i tots dos col·lectius s'associaven a infeccions per microorganismes oportunistes. Tot això lligat amb el rebuig social que aleshores comportava aquesta malaltia. Els infants amb edat escolar eren mirats amb lupa pels familiars de la resta de components de la comunitat escolar. Els pediatres havien de fer esforços per aportar arguments positius per tal que no s'actués marginalitzant més aquells infants que tenien una malaltia greu i que probablement en el seu entorn familiar tenien algun progenitor afectat, fet que representava un trasbals en la dinàmica familiar i laboral. Els avis, de vegades amb una situació sociocultural no gaire adient, s'havien de fer càrrec de la cria d'aquests infants, la gran majoria de les vegades amb un gran esforç, però també cal dir que amb èxit. Novament va ser important el treball multidisciplinari amb treballadors socials, psicòlegs i juristes per tal d'aconseguir el millor camí evolutiu. Amb el temps es va anar coneixent més la malaltia, es va disposar de millors fàrmacs, la conscienciació de la població vers el veritable significat de la malaltia i les campanyes de prevenció van aconseguir modificar la percepció social d'aquest col·lectiu d'infants i el seu entorn. S'ha d'esmentar que els responsables dels diferents hospitals van veure la importància i la necessitat de compartir les experiències que en aquells moments vivien, per tal de fer formació continuada amb l'autoaprenentatge diari i oferir la millor resposta als seus pacients. M'agradarà assenyalar els pioners en aquesta atenció, les doctores T. Español i C. Fortuny i els doctors J. M. Bertran, A. Mur, C. Rodrigo i J. L. Sécúli.

L'any 1984 es publicava al DOGC la normativa sobre llars d'infants. També el grup de pediatres de la nostra Societat interessats en les guarderies van tenir un interès especial a fer-hi aportacions: els doctors J. Bras, P. Calafell, R. Bacardí, R. Llitjós, R. Miralpeix, M. Porta, J. Ripoll i C. Wennberg⁸.

Ens deien que cada família escull, segons el seu criteri, el millor model d'atenció per als seus fills petits, dins les possibilitats que la societat ofereix. Les guarderies mai no seran l'única solució possible, ni la panacea. Davant el problema que suscitava l'elevat cost de les llars d'infants comentaven que «una guarderia correcta irradia formació i sensibilització sanitària i educativa als nens, a les famílies i a la comunitat on s'insereix, en aspectes tan transcendents com són l'alimentació, la higiene, les vacunes, la creació d'hàbits sans, l'educació esfinteriana, la prevenció d'accidents, l'estimulació cognitiva i afectiva adequades, la salut mental sexual, el repòs, etc. Tot això justifica sanitàriament i socialment –i penso que també econòmicament– l'elevat cost que suposa». Tot i que els temps han canviat molt, així com l'oferta de llars d'infants públiques i privades en el nostre entorn, els postulats i els comentaris sobre l'elevat cost econòmic d'una guarderia continuen vigents, així com la manca de guarderies públiques en determinades zones urbanes o rurals, on socialment serien necessàries. Els pediatres, com a responsables de la salut física i psíquica dels infants, hem de ser conscients de la realitat de les necessitats socials, i per tant defensors i col·laboradors d'una assistència de qualitat en les llars infantils, ja que només la qualitat d'aquest servei és garantia d'un bon nivell de salut i d'un desenvolupament, físic i psíquic, adient dels nostres infants⁹.

Resten dos aspectes més que han influït en la pràctica pediàtrica en aquest període de temps: les adopcions i la immigració. L'adopció com a mesura legal de protecció a la infància en situació de desemparament és un procés que té com a principi rector l'interès superior de

l'infant. És una mesura orientada a respondre les necessitats de l'infant mitjançant la integració en el si d'una família per tal de poder-li donar estabilitat emocional, seguretat i ajut en el seu desenvolupament integral.

L'adopció, al final del segle XX i començament del XXI, lluny de ser un fet infreqüent que abans s'efectuava d'una manera discreta i sovint sense donar cap tipus d'informació a l'infant sobre els seus orígens, ha anat evolucionant i s'ha fet cada cop més nombrosa i oberta. Molts han estat els factors que han influït en aquest augment. Els pediatres i professionals de la salut, a diferència del que passa en l'embaràs, no sempre intervenen des del principi del llarg procés fins que l'infant arriba a la llar. Aquest procés té cinc etapes diferenciades, similars a l'embaràs biològic: la selecció, equiparable als nou mesos de gestació; l'anada a buscar-lo al centre o maternitat; la trobada, similar al part; el trasllat a casa; el procés acomodatiu, i el procés educatiu a llarg termini¹⁰.

Als pediatres se'ls va presentar el repte d'estar actualitzats i tenir una visió global de l'adopció, per tal de tenir les eines adequades per a l'abordatge de les necessitats dels infants adoptats i les seves famílies. Moltes de les adopcions eren d'infants procedents d'altres països. No tots els pares que decideixen fer una adopció sol·liciten o sol·licitaven una visita al pediatre. Des de la nostra visió de salut es va pensar que fer-la col·labora i ajuda a aconseguir que aquest procés sigui un èxit. Les recomanacions preadopció són fonamentals i també ho és que el pediatre tingui una sensibilitat especial per al tema. El pediatre ha de ser un professional obert als canvis socials. Les noves demandes en l'assistència professional, no tan sols ho són en l'àmbit mèdic i sanitari, sinó també en aspectes afectius, psicològics, socials i educacionals. Les nostres consultes de pediatria són el lloc adequat per assessorar els futurs pares.

L'adopció internacional va fer que els pediatres contactessin amb patologies menys habituals en el nostre entorn¹¹. Una d'elles, amb repercussions importants, va ser la síndrome de l'alcoholisme fetal (SAF) en infants procedents de Rússia i altres països de l'antiga Unió Soviètica. No sempre li va ser fàcil al pediatre establir el diagnòstic. Hi ha dos obstacles bàsics que fan que actualment només es puguin detectar de manera precoç el 30% dels casos de SAF/ EAF (espectre alcohòlic fetal). Un és l'elevada variabilitat interindividual i intraindividual dels símptomes al llarg del desenvolupament; l'altre, la negació materna del consum excessiu d'alcohol durant l'embaràs, fet agreujat en els casos d'adopció en què moltes vegades la informació que arriba dels països d'origen no és facilitadora per establir conclusions¹²⁻¹³. A la vegada, en relació amb aquest problema, al pediatre se li va plantejar la necessitat d'intervenir en la prevenció en qualsevol dels moments de la seva actuació amb les famílies o amb els adolescents. Disposàvem de formació específica en tècniques de cribatge de consums d'alcohol tant en els joves com en adults refractaris i per detectar signes de problemes relacionats amb l'alcohol? Estàvem formats en tècniques motivacionals breus per tal de facilitar el desvetllament del «secret familiar»? Crec que són preguntes amb una resposta difícil. Personalment penso que encara ens costa i no ens és gens fàcil el diagnòstic de la síndrome alcohòlica fetal.

No puc acabar aquest apartat de l'adopció sense esmentar que, de la mateixa manera que creiem que és responsabilitat dels pediatres aconsellar detalladament els pares adoptius abans de l'adopció, després s'ha de vetllar perquè es respectin els drets de l'adoptat en tot moment¹⁴.

L'altre canvi viscut en aquests darrers anys ha estat la immigració. Des del pas al nou segle s'ha viscut l'arribada al nostre territori d'un gran nombre de famílies a causa de l'empobriment creixent de molts països de l'Àfrica, l'Àsia i l'Amèrica Llatina, i també pels canvis polítics a l'Europa de l'Est. Els infants acostumen a ser una manera de contactar amb els nostres sistemes sanitaris. Estàvem tots preparats per atendre patologies poc freqüents o que feia anys que havíem deixat de veure? Inicialment crec que ens va costar una mica, però la publicació de casos i la realització de sessions formatives va facilitar que ràpidament es pensés en aquestes patologies i que a l'infant que contactava per primera vegada amb el sistema sanitari se li fes un cribatge d'unes patologies determinades. Es van haver d'afrontar malalties infeccioses,

hematològiques, relacionades amb el metabolisme fosfocàlcic, problemes relacionats amb els hàbits alimentaris o costums ètnics; però també situacions derivades de la problemàtica de l'adaptació familiar al nou hàbitat, com ara problemes emocionals i fracàs escolar. L'adaptació dels fills dels immigrants no va ser fàcil, ja que es tractava d'una generació atrapada entre dues cultures. El seu món no era l'antic o el nou, sinó tots dos. Es necessitava no solament la formació en les patologies, sinó també més informació sobre les necessitats d'aquests grups, coneixements sobre la seva cultura, religió, prevalences i hàbits dietètics, uns factors que condicionen moltes vegades les demandes mèdiques dels infants¹⁵⁻¹⁶.

L'adaptació dels serveis pediàtrics a la diversitat cultural no havia de consistir en intervencions orientades als infants immigrants i als autòctons per separat. Els centres d'atenció primària, situats en barris on vivia una majoria d'immigrants a les grans ciutats o en pobles on van arribar quantitats importants d'aquesta població, així com els hospitals de referència, van viure en primera persona aquesta situació. Calia que els infants i les seves famílies trobessin en els serveis sanitaris punts de referència cultural que els reassegurés i promogués la confiança en les seves pròpies capacitats. En el cas dels infants immigrants, aquest ambient va venir donat per la presència de mediadors interculturals que actuaven com a amfitrions, en relació amb les seves comunitats culturals, i com a recursos de suport i estímul per al personal sanitari.

Els professionals ens enfrontàvem a uns reptes importants dins aquest nou context. La dificultat per entendre'ns a causa de l'idioma podia arribar a angoixar el professional, que veia impossible fer l'interrogatori bàsic i temia que les seves instruccions fossin mal interpretades.

La comunicació és molt més que la traducció literal d'una frase. El coneixement del pacient i el seu entorn és imprescindible per aconseguir una atenció sanitària adequada, i si això és veritat per a tot tipus de pacient, encara ho era més en el cas dels infants, ja que depenien totalment de la seva família, i les actituds, les creences i els costums d'aquesta l'influirien i hi repercutirien tremendament.

Per ajudar-nos es van fer servir diferents figures. Vam passar de l'anomenat mediador informal, persona sense cap formació específica per a la seva tasca, al mediador intercultural, una persona que té unes funcions diferents que les d'un simple traductor i o d'un agent de salut. El mediador intercultural ha de pertànyer preferentment al grup de l'immigrant en el qual haurà d'intervenir. Ha de dominar l'idioma o idiomes del país d'acollida i el de la seva comunitat i n'ha de conèixer les característiques. Polivalent per molts àmbits, és el professional que ens va ajudar en totes les dificultats. Va transmetre conceptes sense imposar la nostra visió, sinó dialogant, comprenent, acceptant les coses bones dels altres. Va ajudar a la població immigrant a adaptar-se o integrar-se. Aquesta ajuda bàsica i fonamental no va ser fàcil d'aconseguir de manera formal o reglada. Com heu vist, es va passar primer per figures informals, ja que la resposta institucional no va ser àgil ni universal als serveis d'atenció primària o hospitalària, com hauria d'haver estat¹⁷⁻¹⁸.

Com s'ha pogut interpretar per aquesta mirada retrospectiva, la necessitat que esmentàvem a l'inici del treball en equip amb visió multidisciplinària cada vegada ha estat més necessària pel bé dels nostres infants.

S'ha pogut veure que determinants socials de la salut prenen protagonisme en les situacions de crisi. Hem de començar a canviar la mentalitat de les causes biològiques com a factors de malalties. La multicausalitat dels problemes de salut fa evident la importància dels determinants socials de la salut. Com ens deia el nostre company Luis Rajmil: el codi postal és més important que el codi genètic per a la salut infantil¹⁹.

No podem finalitzar, però, sense esmentar el problema, cada vegada més impactant en la nostra societat, de la pobresa infantil, sempre associada a pitjors resultats en salut, rendiment acadèmic i posició socioeconòmica en l'edat adulta.

Segons es recull a l'informe de la Unicef *Infància a Catalunya 2012-2013*²⁰, el 23,8% dels menors de 18 anys que viuen a la nostra terra ho fan en llars per sota el llindar de pobresa. Aquesta tendència a la infantilització de la pobresa no és conseqüència de la crisi, ja que les taxes ja eren molt elevades en el període econòmic anterior. En qualsevol cas, la crisi que estem vivint els darrers anys ho ha agreujat i ha provocat que hi hagi més infants en situació de pobresa i que els que ja vivien sota el llindar de la pobresa hagin vist empitjorar les seves condicions de vida. És a dir, la pobresa infantil s'ha estès i s'ha intensificat amb la crisi i ara el grup d'edat més pobre és el dels infants, tot i que és un fenomen que ve d'abans. La taxa de risc de pobresa dels menors de 18 anys a les llars on ningú no treballa és del 62%; a les llars on treballa una persona és del 29%, i del 16% en aquelles on treballen dues o més persones, de manera que un de cada sis infants catalans viu en una situació de pobresa, tot i que treballin dues persones de la seva família. Els pediatres ens adonem d'aquesta situació en les nostres visites, de manera directa i indirecta. Quan en les nostres anamnesis preguntem sobre les activitats de l'infant, hem anat veiem que han minvat les activitats extraescolars, les colònies, la compra de determinades coses, com ara cromos o còmics, i explicitat d'una manera clara per les famílies que és a causa de la redistribució de l'economia familiar. Són moments en què hem de donar suport a aquestes famílies i donar valor al que fan, i saber avaluar i fer avaluar el que realment és important a la vida, cosa difícil en economies que, de vegades, són de subsistència. Però indirectament també veiem que no es poden permetre anar a visites d'ortodòncia, logopèdia, comprar determinades cremes emol·lients per emprar en infants atòpics, o veiem que no es finalitzen tractaments de preparats per malalties cutànies en què la medicació no està subvencionada. Un altre punt important que cal assenyalar és el de les dificultats per poder adquirir les vacunes recomanades pel pediatre que no estan subvencionades, com l'anti pneumocòccica o la del rotavirus. Pel que fa a la salut, en especial a la prevenció o a determinades malalties cròniques que no necessiten hospitalització, s'estan generant diferències segons les possibilitats econòmiques.

En el 4t estudi de l'Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya, *L'impacte de la crisi en la infància i l'entorn escolar*²¹, segons la informació generada sobre 1.482 infants participants en ajuts Infància Creu Roja, el 63% d'infants viuen en llars amb ingressos per unitat familiar per sota de 566 € mensuals, el 13% viuen en llars sense cap tipus d'ingrés, el 18,5% viuen en llars amb amuntegament, sense subministraments d'aigua, electricitat o gas o, fins i tot, entre aquests n'hi ha sense llar. El 50,4% no poden cobrir activitats extremes, i el 43,3% no poden cobrir activitats extraescolars, com ja esmentàvem abans.

Relacionat amb aquesta situació hi ha el tema de l'alimentació. Segons el mateix estudi, en el grup enquestat el 79% tenen dificultats econòmiques per satisfer les despeses d'una alimentació saludable per als seus fills. Entraríem en el tema que durant mesos de l'any 2013 va omplir els espais dels mitjans de comunicació de Catalunya, la malnutrició.

En l'infant, l'estat nutricional està estretament relacionat amb la salut, un bon estat nutricional permet a l'infant expressar el seu potencial de creixement i desenvolupament. El deure dels pediatres és detectar l'infant amb desnutrició o amb risc de patir-ne, per poder tractar aquesta situació d'una manera precoç, si és per una causa econòmica o social, participant en les intervencions adreçades a aquest problema, o bé si la desnutrició és secundària al curs d'una malaltia, utilitzant les eines que permeten un suport nutricional especialitzat²².

Segons l'OMS, la malnutrició és el desequilibri entre l'aportació de nutrients i d'energia a nivell cel·lular i la demanda o necessitat que té el cos d'aquests nutrients per tal d'assegurar el creixement, el manteniment i les diferents funcions concretes. Un altre aspecte que potser vivim més directament els pediatres de determinats barris o zones del país és la inseguretat alimentària, és a dir, la disponibilitat limitada o incerta d'aliments nutritivament adients i segurs en formats i vies de distribució socialment acceptables, amb conseqüències biològiques, socials i de conducta.

La Societat Catalana de Pediatria, preocupada per aquest tema, va signar un conveni amb Creu Roja l'any 2014 per participar en l'Aliança Humanitària per a l'Alimentació Infantil amb participació a les Jornades sobre alimentació infantil saludable, el març del 2015, on es va presentar el 8è estudi de l'Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya, *L'accés de la infància a l'alimentació saludable*²³. Sobre 9.000 usuaris del programa de lluita contra la pobresa i exclusió social que tenen fills entre 4 a 12 anys, s'han fet 1.001 enquestes amb informació sobre 2.338 infants d'aquestes edats. El 22% de les famílies enquestades pateixen inseguretat greu i en 165 famílies, en els darrers tres mesos, algun menor de la llar tenia gana i no va poder menjar per falta de diners.

Hem finalitzat amb unes notes no gaire optimistes. Volem recordar que la Declaració Universal dels Drets Humans reconeix que tota persona té dret a una alimentació adequada, és a dir, variada, completa i suficient.

En moments com els actuals en què sembla que es repensa el model de l'estat del benestar, les propostes en polítiques socials i familiars han de preveure clarament les mesures que fan referència als temes d'accés als serveis mínims i al subministrament de recursos bàsics suficients, en especial en el tema de l'alimentació i la salut que, alhora, facilitaran l'aprofitament adient dels recursos educatius existents.

Aquesta és, sens dubte, la millor de les inversions de futur d'un país avançat que garanteix la igualtat d'oportunitats. Els pediatres, com a defensors dels infants, estem totalment d'acord amb aquests principis i hem de vetllar en la nostra pràctica diària perquè no siguin un reconeixement teòric.

Referències

1. Boletín de la Sociedad Catalana de Pediatría 1973;34:255-6.
2. But Soc Cat Pediatr 1992;52:205-7.
3. Orientaciona i Programes. Educació per a la salut a l'escola. Generalitat de Catalunya. Departament d'ensenyament. Departament de Sanitat i Social. 1984.
4. Dargallo i Reventós J, Martínez-Roig A, Domingo i Salvany F. La síndrome del nen apallissat. Barcelona: Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques 23: 1981.
5. Els maltractaments a la infància contemplats des d'una visió multidisciplinària. But Soc Cat Pediatr 1986;5:352-85.
6. Natal Pujol A. El maltractament infantil. Delicte o problema de salut? Pediatr Catalana 2009;69:183-7.
7. Rodrigo C, Méndez E. Infecció pel virus de la immunodeficiència en el nen. Pediatr Catalana 1996;59:159-66.
8. Bras J, Ripoll J, Wemberg CA. Una visió pediàtrica de les guarderies. But Soc Cat Pediatr 1985;45:249-60.
9. Marés i Bermúdez J. Llars infantils. Per què un debat? Pediatr Catalana 1997;57:suppl:15-8.
10. Gatell A, Serrano P. Consulta prèvia a l'adopció: què més han de saber els pares. Recomanacions del pediatre abans del viatge. Pediatr Catalana 2003;63:163-6.
11. Fumadó V. Atenció a l'infant adoptat a altres països. Pediatr Catalana 2002;62:81-6.
12. Díaz R, Gual A. Els fills d'alcohòlics: més enllà de la síndrome d'alcoholització fetal. Pediatr Catalana 2003;63:73-7.
13. Monzón C. La consulta de pediatria i l'adopció. Pediatr Catalana 2003;63:149-51.
14. Allué X. Qüestions pediàtriques sobre les adopcions. Pediatr Catalana 1997;57:43.
15. Vall O. Immigració: causes antigues, reptes nous. Pediatr Catalana 2003;63:105-7.
16. Cabral M, Rifà MA, Guash E, Coromina E, Bellvehí M, Rufas A, et al. La població immigrant infantil a Manlleu. Un nou repte sociosanitari. Pediatr Catalana 2003;63:116-20.
17. Méndez E. Una mirada intercultural sobre la salut dels infants. Pediatr Catalana 2008;68:239-41.
18. Masvidal RM. El mediador intercultural, un professional necessàriament emergent. Pediatr Catalana 2008;68:242-4.
19. Rajmil L. El codi postal és més important que el codi genètic per a la salut infantil. Pediatr Catalana 2013;73:49-50.
20. Unicef. Infància a Catalunya 2012-2013. Barcelona, 2014.
21. 4t estudi de l'Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya. L'impacte de la crisi en la infància i l'entorn escolar. Barcelona, 2013.
22. Redecillas SE. Desnutrició, malnutrició, o totes dues coses, en la infància. Pediatr Catalana 2013;73:145-6.
23. 8è estudi de l'Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya. L'accés de la infància a l'alimentació saludable. Barcelona, 2015.

La infància i els nous models familiars

Entrevista de X. Demestre a Maria Jesús Comellas

En el transcurs de les últimes dècades, amb els canvis polítics i socials posteriors a una dictadura fèrria i un nacionalcatolicisme ancorat en les conviccions més ancestrals, han anat apareixent uns hàbits i uns costums familiars molt diferents, aparentment, als existents amb anterioritat. L'alliberament de certs tabús, l'adaptació d'algunes lleis a la real diversitat ideològica de la població, la progressiva disminució dels nivells d'hipocresia regnant, tot això i moltes coses més, han provocat canvis substancials en els àmbits de convivència dels infants i adolescents. És per això que li pregunto a la doctora en Psicologia:

A grosso modo, creu que aquests canvis socials han influït en el comportament de la infància i l'adolescència?

Certament hi han influït, perquè han fet entrar en l'imaginari infantil i, sobretot, de l'adolescent la possibilitat de tenir un nou model de família –en el seu cas personal– i, sobretot, flexibilitzar altres models en els quals estaven els seus iguals. En molts casos ja pregunten: «qui hi ha a casa teva?».

En temps passats, els pares separats existien, però la seva situació era emmascarada, de vegades amb escenaris rocambolescos. En cas de ser descoberta la situació, aquell infant patia, a casa i a l'escola. Ara, amb l'increment d'aquesta situació familiar, amb diversos models de comportament dels pares, com ho viuen els infants?

Cal dir que malgrat que les situacions són visibles i públiques, encara hi ha moltes situacions força rocambolesques, fet que provoca diferents maneres de viure-ho. De manera general no és una situació que deixi indiferents els infants, ja que els representa una pèrdua malgrat que puguin veure el pare i la mare. En molts casos comenten «quina sort que tens», i això no comporta de manera seriosa problemes greus a la canalla, però sí una certa tristesa i un temps per assumir una pèrdua que «és inevitable», i hi ha present, encara, un cert sentiment de culpa de ser causant de tot plegat –«pobres el pare i la mare, com que jo...».

Les formes organitzatives influeixen també en dos sentits: d'una banda provoquen en la canalla la poca vinculació als espais que cada progenitor els atribueix –especialment en el cas de decisions de dies alterns o de setmanes alternes, fet que comporta ocupar un lloc que no és propi perquè és «a casa de...». Això s'amplia en el cas que hi hagi altres criatures amb les quals poder construir una certa complicitat, però no vincles, perquè ni el temps ni el lloc que ocupen és igual i molt canviant. D'altra banda, també hi ha un cert joc de xantatge, compra i poca exigència, perquè no es vol assumir el que diuen –«paper de mala mare o mal pare»–, i exigir més que l'altre –«ja que el tinc poc»– i es vincula amb un cert sentiment de culpa, fet que porta a voler compensar la separació –«poc que ens veiem, no serà per portar-li massa la contrària, no fos cas que no vulgui venir»...– i fa entrar en un joc de xantatges en què la canalla tenen un protagonisme força evident. No és freqüent que tots dos adults continuïn amb les pautes educatives. Si hi ha reconstrucció de les parelles, el rol de la nova parella molt sovint és qüestionat per la canalla –«tu no ets»–. Costa trobar casos en què un dels dos continuï amb les pautes educatives i això sigui assumit serenament per la canalla, ja que tendeixen a protestar –«a casa de... no m'ho demanen».

I els adolescents?

El que he comentat per a infants es reproduïx amb els adolescents, amb un augment del desconcert de les persones adultes, perquè s'interpreten les reaccions adolescents com a xantatge i pressió per la situació familiar; això, finalment, desorienta més l'adolescent, que d'altra banda ho aprofita i se'n serveix.

Es posa més en evidència si els criteris educatius no són clars i estables com a factor de protecció d'una adolescència que acabarà potser sent més preocupant.

Els afecta de manera diferent que abans?

De ben segur, perquè la canalla ara és al mig i en molts casos se'ls utilitza per pressionar l'altra persona, de manera que acaben, massa sovint, sent la moneda de canvi i el jutge per mostrar que «t'estimo més que...», «jo sí que t'entendré», «ja veuràs com...». En els casos que la canalla està al marge, la situació pot ser viscuda de manera més plàcida, malgrat que es reforcin les actituds de «comprovació» per part dels adolescents –«a veure si realment les respostes són semblants o iguals»–, és a dir, posar en qüestió la coherència adulta. Ja en el cas de la família que està coordinada forma part de l'etapa adolescent, i en el cas de possible descoordinació augmenta la tensió i, sovint, s'acusarà l'adolescent o la societat de les tensions que es provoquen.

Un altre «patró familiar» d'enfocar la paternitat/maternitat són els hàbits monoparentals d'inici. Canvia el comportament de l'infant davant aquest escenari diferent, per alguns considerat «antinatural»?

La canalla no té problemes si les persones adultes no li mostren que té un problema. Davant una expressió del tipus «no hi ha pare?», sovint assumeixen la resposta naturalment; això no vol dir que continuïn preguntant-se el perquè.

De fet, qui mostra actituds, respostes verbals o gestuals enfront d'aquestes situacions són més aviat les persones properes, sigui a l'escola o a la família, i fins i tot al carrer –«pobra criatura»–, i això li transmet que potser no és bo.

Un altre factor que hi incideix és que als centres massa sovint encara es parla de famílies «desestructurades» fent referència a la monoparentalitat, quan és una estructura estable i poc canviant. Es continua parlant de «família normal» per referir-se al model de pare i mare. Aquests comentaris i actituds encara tenen incidència en la canalla. També s'atribueixen problemes escolars a aquestes situacions, quan no és per dedicació inapropiada o criteris inapropiats, però en el cas de la família «tradicional» es busquen les causes fora de la família i més difícilment s'atribueix al model parental i en el de la monoparental «ja se sap per què». Curiosament, aquests comentaris no es donen en les famílies dels soldats que hi ha pel món, ni en el cas de la viudetat.

Cada vegada és més gran el nombre de parelles del mateix sexe, especialment femení, que conviuen com a parella o, fins i tot com a matrimoni legal. Com enfocquen els infants i els adolescents aquesta situació? Té efectes en el seu comportament en general? I en la seva sexualitat?

El cas de les parelles entre dones fa més temps que és present, encara que de manera molt subtil o poc explícita –«viu a casa d'una amiga de la mare». En aquests moments ha estat un guany que s'hagi fet explícita la situació, això ha estat afavorit perquè també s'ha acceptat com una opció la parella entre homes.

La canalla, com ja comentava, no tenen problema si no els donem el missatge que tenen un problema i que els faltará alguna cosa. En el món conviuen els dos models: home i dona, i cada model té moltes maneres d'expressar-se. Per tant, cal que les persones adultes revisem, seriosament, els estereotips i prejudicis perquè els transmetem de moltes maneres a la canalla: mirades, silencis, paraules, gestos, i això ho percep tot el grup d'infants i adolescents que seran els que podran retransmetre'ls i focalitzar-los a nivell individual dient «gai» a un infant de 5 anys perquè juga amb nenes, perquè li agrada una disfressa determinada o d'un color, perquè fa uns gestos «xx» que els fa vulnerables davant el grup.

La sexualitat de la canalla es desenvolupa naturalment sigui quin sigui el model de família, encara que n'hi ha que si veuen que l'infant és massa «sensible» procuren reforçar els estereotips de masculinitat visibles i en certa manera expansiva i barroera, perquè no és igual acceptar els gais fora de casa que amb el propi fill. Les noies ho manifesten de manera més subtil.

També es pot donar el cas d'una transsexualitat amb instints maternals. Ells pateixen per aconseguir la seva «normalitat de gènere». Pot influir en els fills, si aconseguixen tenir-los?

Crec que la màxima influència que podrà tenir serà segons com es visqui en el seu entorn. Diem que som una societat oberta, inclusiva, plural, però encara queda molt de la idea de «tolerància paternalista» –«jo sóc bona perquè tolero els altres diferents»– i no com un dret de cada persona i, per tant, un reconeixement i respecte per part de tothom a les opcions personals.

L'edat materna i paterna a què s'enfronta la maternitat/paternitat per primera vegada és cada vegada més elevada. Pot afectar els comportaments enfront els infants i, a la vegada, la d'aquests cap als seus pares més «veterans»?

Certament, encara que no es pot generalitzar, però hi ha un biaix en els criteris educatius que són molt més proteccionistes, i que poden arribar a una sobreprotecció força preocupant, encara que algunes parelles joves també sobreprotegeixen.

Les actituds serien més semblants a les de les àvies i els avis. Una part també està donada pel ritme vital d'aquestes generacions, que possiblement no fan activitats tan físiques, cansades, amb un ritme de vida més lent, experiències més reflexionades, més control. Aquest perfil no es dona igual en parelles joves, que per la seva fortalesa física i aficions porten a la canalla a viure unes situacions en què tot i que hi ha control de seguretat, hi ha més improvisació, més dinamisme i més necessitat de prendre decisions.

Sovint hi ha una certa influència de l'estabilitat social i econòmica que acaba de donar a la canalla un «niu» molt confortable, amb pocs riscos i molta calma, fet que no dona les mateixes possibilitats d'experiències a la canalla.

Avui dia, ser mare, fins i tot en les condicions més inversemblants, no té més problema per aconseguir-ho que l'econòmic. Aquest afany, diferent segons la causa d'infertilitat, pot condicionar el desenvolupament psicològic de l'infant?

Sempre hi pesa, de manera molt clara, quan hi ha hagut dificultats: l'infant com a «producte» –i perdó per l'expressió– ha de ser més controlat, cuidat, protegit i sobreprotegit. Està clar que tothom té cura de la canalla i es busca gairebé el risc zero, però en aquestes situacions el control és més gran i, de fet, és un problema força general que cada vegada es dona més.

L'adopció, especialment d'infants de països amb una alta taxa d'alcoholisme, pot afavorir un desenvolupament conductual deficient. Com pot afectar la conducta dels pares adoptius? Pot arribar a ser motiu de rebuig? I dels infants cap als seus pares?

Certament, aquesta situació és força complexa perquè, a més, des dels centres educatius no sempre es dona la resposta prou acurada i orientativa per a les famílies. També cal dir que la família, en veure que la criatura «somniada» no respon a la real, mostra unes actituds, no de tothom però força freqüents, de cansament, decepció, desmotivació i de dificultats per reconstruir què vol dir el rol de suport educatiu d'una criatura que no és responsable del que li passa.

Tampoc no hi ha gaire suport per part dels serveis dedicats a la canalla, activitats extraescolars on se suposa que s'hi va perquè es vol i, per tant, cal respectar les regles del joc.

Pot ser que en l'adolescència hi hagi més dificultats relacionals, però en cap cas crec que sigui a causa de la canalla, sinó gairebé com una resposta i una demanda d'ajuda per les dificultats que tenen i les mancances que perceben. Possiblement, les reaccions poden ser inapropiades, potser perquè són com un crit.

Algunes malalties que tenien una taxa de mortalitat precoç molt elevada, avui s'han convertit en malalties cròniques, i condicionen una qualitat de vida difícil de compaginar amb l'activitat diària i amb la capacitat emocional d'alguns pares. Com s'hi pot fer front des dels dos vessants (pares/fills)? Es pot fer alguna cosa per evitar mals majors: separacions, desacords, desatenció familiar amb els altres germans...?

Crec que en molts casos, la millor resposta en aquestes situacions és el teixit associatiu de les famílies que comparteixen la mateixa situació. Vaig participar amb l'associació de malalties del cor o la síndrome de Down. De tota manera, cal afavorir el context i compartir experiències des de la comprensió, però també des de la naturalitat i el fet que no es tanquin tant les famílies com la canalla només amb persones de les mateixes característiques. Per això, també són importants les AMPA, el veïnatge i altres moviments associatius, per compartir neguits i suports.

L'inici de la sexualitat d'un nen o d'una nena, les seves tendències naturals, poden estar en desacord amb els criteris d'alguns pares. Com cal enfocar l'educació de la sexualitat dels infants sense interferir amb la seva naturalitat?

És fonamental no tan sols la coeducació en els centres educatius, sinó anar més enllà i fer seriosament una educació afectivosexual que parteixi que les persones som sexuades i que la sexualitat es viu des de les primeres edats fins a la mort, encara que de maneres diferents.

No té sentit que se centri sols en l'adolescència i es focalitzi en el coit. Aquest enfocament cal acompanyar-lo amb les famílies per tal que fomentin la comunicació amb la canalla, també en aquest tema, que no s'atabalin per algunes expressions infantils o adolescents i vagin acompanyant l'educació dels fills amb menys estereotips i pors.

En general, sense ànim de ser excessivament simplista o reduccionista, l'ésser humà pot arribar a ser tan capaç com el regne animal inferior a adaptar-se a les circumstàncies sense patir-ne les conseqüències?

Certament és una mirada en certa manera simplista però... no en va som animals. Crec que la capacitat d'adaptar-se és bona, però només podrà ser positiva si hi ha respecte a la globalitat

de la persona, no tan sols a nivell conductual, sinó també racional, emocional i, sobretot, afavorint la socialització com a forma adaptativa. Està clar que el món va evolucionant, però cal que es construeixi sobre la base de les diferències i, a la vegada, en el marc del grup d'iguals, de diferents edats i, per tant, diferents maneres de pensar i de veure el món i sobretot afavorir el reconeixement de les persones, saber escoltar i comunicar i, per tant, respectar per no imposar.

Pedagogia i infància: els canvis en els sistemes educatius i familiars

Anna Mackay

Els canvis que han tingut lloc en el darrer quart de segle, siguin canvis socials, polítics o econòmics, afecten d'una manera o una altra en l'educació dels infants i joves en l'entorn escolar i familiar. En aquest article tractem d'analitzar aquests canvis des de la visió de l'escola i els seus professionals.

En l'entorn escolar, els polítics han fet intents per deixar la seva empremta canviant lleis i decrets per millorar el sistema i, en conseqüència, tractar de millorar els resultats educatius de primària i de secundària des del seu punt de vista.

La realitat és que aquests canvis ens han obligat a destinar molts recursos a nivell de gestió i administració dels centres, però al final, per si sols, no han representat canvis profunds en l'educació. Els governs fan i desfan, alguns posen més pressupost i recursos, d'altres n'escapen i en retallen, però quan els professionals tenim els infants davant, tenim molt clar el nostre objectiu: educar i fer créixer amb qualitat; ensenyar a aprendre i també a desaprendre; aprendre a transformar la informació en coneixement i a compartir-lo, potenciar l'autonomia dels infants, que els dona una millor autoestima i, consegüentment, superació personal. Cal dir, però, que, malgrat les polítiques educatives, els infants aprenen si tenen bons professionals que els saben guiar. Evidentment, el millor o menor èxit en aquesta tasca dependrà en part del suport de les administracions.

El que sí que ha canviat, malgrat les polítiques, és la manera com ens dirigim als infants. L'accés a la informació ha estat un dels grans canvis en l'educació i en el fer de mestres, ja que si abans la informació i el coneixement els transmetia el mestre, ara, amb les tecnologies actuals, la informació i el coneixement s'adquireixen de fonts molt diverses i el mestre és el guia que condueix i acompanya en el procés educatiu. Per sort, des de fa uns quants anys, el currículum educatiu té una mirada més competencial, ja que seguint les directrius europees, cal formar ciutadans competents. El treball competencial ens ajuda a adaptar-nos a l'alumnat que tenim davant, un alumnat que canvia any rere any, que ens fa demandes diferents i del qual cal satisfer les necessitats individuals i col·lectives, però sempre amb el mateix objectiu educatiu descrit abans. Aquest no canvia!

La mirada dels infants i els seus pares i mares davant l'escola també ha anat canviant. Els continguts curriculars han deixat de tenir interès, ja que els troben quan volen a través de les xarxes, i els pares també estan més informats. Però als infants i joves els costa processar aquesta informació, transformar-la en coneixement i relacionar aquest coneixement amb altres d'adquirits. Aquest procés sovint és lent i es contradiu amb la rapidesa amb què troben informació.

Fent una mirada més lluny de la de l'escola, al llarg d'aquests darrers anys ha passat el mateix en la societat. Accedim ràpidament a la informació, però no ens aturem a reflexionar, a fer-la nostra, a processar-la, a tenir opinió pròpia... Ens hem convertit en persones que ho volem tot amb rapidesa i si pot ser amb poca lletra i molta imatge.

A l'escola notem aquesta actitud en els infants. Tot ha de ser molt ràpid i visual. Els mestres hem de fraccionar cada vegada més el temps de les activitats si volem facilitar un bon rendiment de l'alumne. Trobem que la cultura de l'esforç va minvant, alhora que disminueix la capacitat per acceptar una frustració, així com l'exigència en la immediatesa en les seves demandes.

Aquesta immediatesa, la facilitat de comunicació i d'accés a la informació, també es reflecteix amb la relació que tenim amb els pares i mares. Ens demanen estar informats dia a dia, al mateix temps que cada cop més ens deleguen l'educació dels seus fills pel que fa a responsabilitats, alimentació, hàbits, salut... Segons com es miri, és molt lògica la seva demanda, ja que els seus fills passen les millors hores del dia amb nosaltres a l'escola. Cal dedicar, doncs, molt de temps i esforç per comunicar-nos correctament amb les famílies i fer un treball conjunt i compartit. És important aprofitar les tecnologies de la informació i comunicació per comunicar-nos per tal que tinguin coneixement de com treballem i quins progressos anem fent en l'educació dels seus fills i filles. Una bona comunicació genera confiança mútua en aquest procés educatiu.

Però les tecnologies no són sempre una bona eina.

Hem passat de les cartes als correus electrònics, els blogs, els *twits*... Si donem alguna circumstància en format paper, els infants en poden fer ràpidament un avió, el joc del sabater o un barret... i potser la informació no arriba als pares, però, en canvi, si la informació la fem arribar directament a les famílies mitjançant les xarxes, els infants no participen en la informació. És a dir, ens podem trobar el cas, i això és real, que els pares i mares ja saben com ha anat una sortida escolar abans d'anar a buscar els seus fills a l'escola. Mitjançant *WhatsApp*, els adults tenen la informació abans que els fills, i aquests ja no tenen la necessitat de comunicar-se amb els pares, perquè aquests ja ho saben i s'han avançat a la possible demanda o càrrec que havien de comunicar. Ens comuniquem entre pares i mestres, però evitem la comunicació dels fills!

També ens trobem que un infant comunica un malestar als seus pares i aquests ràpidament es posen al grup de pares i mares del *Whatsapp* o qualsevol xarxa social a comentar el malestar, i creen ràpidament un circuit d'informacions i opinions que poden portar a malentesos. No hi ha espera. Per què no podem esperar a l'endemà i aclarir el tema amb l'escola? Els pares i mares creuen més els fills que els mestres? Es nota una creixent pèrdua de confiança en l'escola.

Però no tot és negatiu! L'accés a la informació per a tothom, la diversitat d'informació i opinions sobre un mateix fet o concepte, la rapidesa i les imatges que la il·lustren, el fet de poder compartir els aprenentatges a casa amb les famílies, l'obertura a altres cultures i escoles... fan que els aprenentatges siguin més divertits, útils i significatius per als infants i joves. I cal afegir-hi l'idioma, ja que s'ha de fer un esforç per llegir i comprendre la informació en l'idioma en què està escrit o gravat. Moltes vegades trobem la informació en anglès, castellà amb accent i pronunciacions diverses. Aquest fet engrandeix la riquesa cultural dels infants.

La nostra feina de mestres és apassionant, però malauradament hi ha alguns factors externs a l'escola, que no ajuden al desenvolupament correcte d'alguns infants i joves.

Les famílies passen per mals moments. Al llarg dels darrers anys hem pogut observar problemes de relació amb les parelles, trencaments familiars, pèrdua de la feina, inestabilitat a les llars, desnonaments, manca de recursos, reagrupaments o allunyaments familiars de famílies estrangeres, allunyament del pare o de la mare per exigències de les feines, horaris extensos a les feines, baixades de sous... Aquests fets afecten l'estabilitat familiar, i moltes vegades fan que els progenitors se sentin culpables de no poder atendre bé els seus fills. Un dia una mare em va comentar que el seu fill estava molt preocupat pels diners que hi havia a casa. No deixava que es gastessin diners, els preguntava si en tenien prou per comprar menjar i pagar les despeses de la casa... Els pares li van preguntar per què estava tan preocupat pels diners i ell va respondre: «doncs perquè no vull que ens prenguin la casa!». Els infants

senten i processen la informació que reben pels diferents mitjans i a vegades els provoca inseguretats que els adults desconeixem.

La inestabilitat laboral i econòmica provoca una sobreprotecció als infants per part dels seus pares i mares, i els fills cada vegada es tornen més exigents cap a ells. Als pares els costa posar límits, uns límits que els infants tan sols troben a l'escola.

Malauradament, també hem trobat casos, sobretot els darrers quatre anys, en què l'alimentació dels infants no és correcta, sigui per manca de diners o sigui per la impossibilitat de cuinar a casa a causa de jornades laborals que no permeten la conciliació familiar. Aquest és un altre factor que fa que el rendiment acadèmic no sigui l'adequat. La falta d'aliment o la malnutrició, els mestres la notem de seguida, ja que observem un decaïment general, son, manca de concentració i canvis d'humor.

La part positiva d'aquests canvis socials és que cada vegada veiem més infants conscients de les problemàtiques dels seus pares i a poc a poc veiem que el seu nivell d'exigència va minvant i el grau de responsabilitat va pujant. S'està creant més consciència col·lectiva per ajudar-se entre ells i elles, i creix la solidaritat i l'enginy per sortir-se'n. A poc a poc es va entrant en una societat que és més canviant. No hi ha estabilitat de feina, de parella, de llar... i cal aprendre a anar adaptant-nos i afrontant els canvis amb positivisme.

Si parlem del darrer quart de segle, hem pogut observar canvis en els nuclis familiars. Separacions del pare i la mare, agrupament de dues famílies, adopcions, famílies monoparentals... Aquest canvi social, que afecta a tota mena d'alumnat, és un fet que canvia la perspectiva tradicional del concepte de família. Per exemple, cada vegada hi ha més alumnes a les aules amb els pares que decideixen viure separats. Si al principi era una raresa, actualment aquest fet es considera una normalitat dins les aules. Però, evidentment, no ho és per als infants que canvien d'una situació a l'altra. Els infants pateixen i han de fer un esforç per trobar recursos per adaptar-se a la nova situació. Cada infant i cada família és diferent i l'experiència dels mestres, en aquests casos, ajuda a acompanyar els infants en el canvi. Davant els conflictes de parella, els mestres també hem hagut d'aprendre a no posicionar-nos, i ser el màxim de respectuosos amb tots dos progenitors, però sempre amb la mirada del benefici de l'infant.

Els canvis socials, polítics, econòmics i tecnològics estan influenciant en un grau elevat en l'educació, tant per als pares i mares com per a les escoles. Aquest canvi, però, està en un procés que no ha acabat i ens costa veure quin serà el final, i això provoca inestabilitat o inseguretat. Ens queda un llarg recorregut de formació, reflexió i presa de decisions en l'àmbit educatiu, en què els professionals de l'educació tenim un apassionant repte al davant.

Els canvis dels darrers vint-i-dos anys en l'educació i en les famílies han influenciat en una nova manera d'entendre l'educació i el creixement personal, però no podem deixar de tenir en compte els canvis polítics, socials i econòmics de la nostra societat, que a poc a poc es van definint. Encara ens queda un llarg recorregut per saber on anem.

La mediació com a recurs a les escoles: educant persones felices

Glòria Novel, Carmen Romero

«L'escola hauria de ser un espai per formar en la pau i la felicitat. Així el coneixement i la seva transmissió serien coses fàcils i naturals.»

Introducció

En aquest capítol es presenta una reflexió sobre la necessitat d'un canvi en el paradigma cultural de les nostres escoles i institucions, que eduquen els nostres fills i filles amb metodologies i continguts en què l'eix principal és la transmissió de coneixements per fer dels joves d'avui els adults millors i més preparats del demà.

Efectivament, sovint s'oblida que les persones som diferents, que la intel·ligència emocional ha sobrepassat –de lluny– el concepte clàssic del coeficient intel·lectual com a element de valor i que sense motivació, il·lusió i felicitat no hi ha compromís ni projectes ni resultats reeixits, sigui quin sigui l'àmbit a què ens dediquem; que la creativitat no es pot ni s'ha de «matar» en honor del que sempre s'ha fet i concebut com a bo; que el món és canviant i avui, més que mai, es necessiten models educatius nous per afrontar els reptes nous; que la construcció de la pau és una cosa que comença en el nostre quefer quotidià i té impacte més enllà del nostre entorn immediat; que la felicitat és un requisit per poder viure en pau amb un mateix i amb els altres i, al mateix temps, la finalitat i el somni de tot ésser humà.

Per això els pares i les mares, i els mestres, tots educadors al cap i a la fi, hauríem de veure en el fet educatiu alguna cosa més enllà de la pura transmissió de coneixements. La finalitat de l'educació s'hauria de basar a formar persones com a éssers totals, amb recursos per viure de manera plena, creativa, feliç, conscient i intel·ligent, amb valors sòlids i que com a llavor viva, provoquin un canvi significatiu en la societat: una societat feliç, bona, justa i solidària.

Les persones tenim l'essència de la bondat en cadascun de nosaltres. En qualsevol cas, hi és en potència. Els mediadors, que treballem sovint amb «la part de l'ombra» de les persones que estan en conflicte, ho sabem bé i ho confirmem contínuament. L'ésser humà, en general, quan fa mal és més per protegir-se o perquè no ho sap fer d'una altra manera, que per perjudicar expressament l'altre. I precisament, aquest adonar-se del dany exercit i compartit, és el que provoca el canvi en la seva manera de veure l'altre i en la seva voluntat de resoldre el conflicte pacíficament i restaurar el dany causat.

No obstant això, la «mala educació» rebuda i assimilada, la desconexió interna que ens provoca el nostre món accelerat, la falta de consciència de «la unitat» de l'ésser humà, la perfecció externa com a valor que ens porta a la vergonya per les nostres inseguretats, errors o suposats defectes, les pors que ens paralitzen i ens porten a tancar-nos en imatges creades i irreal, la uniformització superficial del concepte del que és reeixit o desitjable, entre altres qüestions, ens causa sofriment, sensació d'estar perduts, desconnectats, fins i tot infeliços, sense saber cap on anem i sovint en lluita en la vida quotidiana.

Si els adults no corregeixen en ells mateixos aquestes realitats, resulta impensable que els joves puguin ser conscients del seu valor per ser com són, de la seva respiració com un regal

de la vida, de la seva connexió amb el millor de si mateixos, és a dir, com a éssers nets, transparents, tranquils i savis, on els altres puguin reflectir-se i cadascú es pugui veure en el millor mirall de l'altre. Conviure amb sentit crític, positiu i amb humor amb els encerts i desencerts, amb les pors i assoliments, amb els bons moments i els que no ho són, amb la vida mateixa. Afrontar els reptes amb valentia, actuar amb flexibilitat i proactivitat davant els canvis, crear llaços positius amb la comunitat, agrair el que sí que es té, construir relacions significatives amb facilitat i de diferents terminis, ser lleials a un mateix i als altres, obrir i tancar relacions de manera intel·ligent i pacífica, comprendre que la vida és canvi i que la pròpia felicitat és el gran projecte de la nostra vida i la base per ser bona persona i bon ciutadà del món. Aquests són els reptes als quals ens enfrontem els educadors en totes les instàncies: família, escola, universitat, etc.

Per això, les escoles haurien de ser espais integrats i integradors, que incloguessin els educadors (mestres, pares/mares) i l'alumnat, en processos d'aprenentatge continuat a partir de la col·laboració mútua, en l'art de l'ésser, del saber i del viure en la comunitat en particular i en la societat en general.

La mediació a les escoles: un recurs per a la millora i el canvi

Tradicionalment, la mediació és vista exclusivament com un recurs per a la gestió del conflicte, però aquest concepte és limitat, ja que ha estat provada amb èxit com una manera d'inserir la cultura de pau en els grups humans, així com en les organitzacions, amb l'objectiu d'aconseguir la millora i el canvi en les relacions, en els processos i en els resultats.

La nostra proposta té a veure amb impulsar a les escoles i els instituts una nova manera de «ser, estar i fer», per inserir un model d'aprenentatge proactiu que prepari els alumnes per potenciar la intel·ligència emocional, el creixement personal, les relacions pacífiques, la bona convivència i la millora dels talents personals i grupals. I això, mitjançant la inserció d'un nou recurs: la mediació, la cultura de pau i les bones pràctiques, com a nou paradigma cultural que, a manera transversal, interactui en tot el procés educatiu, des del principi fins al final.

Aquest recurs s'ha d'oferir tant als docents com als pares i les mares dels alumnes, de tal manera que, junts, avancin cap a un model d'ensenyament que potencii aprenentatges significatius perquè els joves s'entrenin a gestionar les diferents àrees de la seva vida de manera òptima i coresponsable, per esdevenir uns adults sans en el futur. I en aquestes circumstàncies positives, a partir de conviure en espais bondadosos que proporcionin respecte, seguretat, confiança, felicitat, sentit de pertinença, coherència i basats en valors humans, els estudiants poden disposar de tota la seva energia, potencial i recursos per assolir coneixements i generar resultats òptims.

El fet d'enfocar aquest programa incloent-hi els docents i les famílies dels alumnes constitueix una manera sistèmica de crear un futur desitjat. El suport a la família i als docents és imprescindible, tant per transferir coneixements com per crear un espai de creixement mutu i segur.

Els infants i els adolescents necessiten aprendre –a més dels coneixements tradicionals, tècnics i especialitzats– a gestionar situacions de la vida quotidiana, com ara establir relacions positives amb si mateix i amb l'entorn, a gestionar la diferència i els conflictes de manera pacífica i assertiva, a gestionar de manera saludable les seves emocions i la seva pròpia energia. En definitiva, a gestionar la seva vida de tal manera que disposin de recursos per prendre les millors decisions en el present i en el futur.

Els educadors, d'altra banda, també necessiten suport per poder constituir-se en recursos d'ajuda per al creixement i l'aprenentatge, tal com s'espera d'ells. Com a líders educatius necessiten tenir habilitats, actituds i eines per a l'ampli ventall de situacions que se'ls presenten en l'àmbit escolar. Els mediadors, en les organitzacions, actuen amb bons resultats com a *coachs* per ajudar les persones que treballen amb grups a millorar les seves habilitats personals i professionals, amb l'objectiu d'aconseguir el desenvolupament del seu propi potencial i dels talents de les persones al seu càrrec. Així doncs, aquest és un recurs excel·lent per als docents d'escoles i instituts que han de formar com a persones els adults del demà.

En la mateixa línia i de manera complementària, un servei per promoure la convivència i la mediació és molt útil per proporcionar suport a tota la comunitat escolar (professorat, alumnat, família), amb la finalitat de fomentar la cultura de pau, assegurar bones pràctiques per a la bona convivència, prevenir els conflictes, i gestionar els conflictes que hi puguin haver, presents i futurs.

Aquest servei hauria d'oferir intervencions amb un enfocament sistèmic, dissenyades a mida, com ara:

- a. Assessorament i *coaching* al professorat i als pares i mares, per millorar les seves habilitats, així com als adolescents, per acompanyar-los en els processos d'evolució propis del cicle vital.
- b. Processos de mediació en cas de conflictes que ja han esclatat.
- c. Aplicació de tècniques de consens i espais de diàlegs transformadors.
- d. Formació de mediadors *inter pares*, per fomentar la cultura de pau des d'edats primerenques i al llarg de tot el procés d'aprenentatge.
- e. Tallers de difusió de la cultura de pau i entrenaments pràctics per a tota la comunitat escolar (professorat, alumnat i famílies), per tal d'incrementar les habilitats en el tractament de les diferències i la millora de la comunicació a l'escola, a la família i amb la comunitat.

Les experiències dutes a terme en escoles en què s'ha obert un servei de mediació i s'han format mediadors *inter pares* a la comunitat escolar han donat uns resultats excel·lents i han demostrat el canvi positiu que es genera i la disminució dels costos associats al conflicte.

Conclusions

Sembla que sovint les bones intencions de l'educació tradicional limiten el millor que tenim les persones quan hem de pensar per nosaltres mateixos. No es tracta de canviar, substituint uns continguts o pràctiques per unes altres, sinó d'afegir-hi valor. Tan útil és memoritzar, com es feia en èpoques passades, com aprendre a buscar a Internet, com treballen ara els nostres joves. La qüestió és mirar més enllà, ensenyar a pescar en lloc de donar-ho tot mastegat, sense desenvolupar el talent de la cerca i de la creativitat: sense aprendre a buscar en la pròpia saviesa, en la del grup, aprenent a col·laborar i multiplicar. La qüestió és donar crèdits a l'ésser i no tant al fer, ajudar a produir desenvolupament i creixement individual perquè els nostres nens i nenes d'avui siguin adults feliços del demà i així puguin produir i construir un món millor.

La nova «bona educació» ha d'ajudar els infants perquè abracin el seu talent, perquè siguin feliços aprenent, ja que la curiositat és el seu estat natural i en les bones condicions mostren unes ganes immenses d'aprendre, igual que l'arbre de créixer. Com a l'arbre, no els hem d'ensenyar a créixer, simplement necessiten l'entorn apropiat, els nutrients, potser una guia.

I per què la mediació com a eix per introduir aquesta millora? Perquè la mediació ens aporta una manera pacífica de relacionar-nos i de resoldre situacions de la vida quotidiana de manera dialogada, respectuosa, intel·ligent i eficient. Les eines mediadores ens proporcionen recursos per prendre les millors decisions, respectant-nos a nosaltres mateixos i respectant els altres, cuidant-nos, optimitzant la nostra energia i benestar. I, en situacions difícils, els mediadors ajuden terceres persones en conflicte a resoldre'ls o, dit d'una altra manera, a restablir la pau, la bona convivència i les bones pràctiques. Perquè els principis mediadors estan alineats al concepte de felicitat, salut relacional, suma de les diferències i gestió dels conflictes que de manera natural sorgeixen entre les persones al llarg de la nostra vida en convivència.

I els educadors –en el sentit ampli amb què aquí s'utilitza el terme– necessiten eines per millorar els seus talents en el lideratge dels seus grups d'alumnes i en la relació amb els seus col·legues i famílies, recursos per potenciar el millor de cadascun dels seus alumnes, resiliència en situacions difícils, creativitat per fomentar la cohesió i la motivació, intel·ligència emocional per viure i conviure, habilitats per actuar contínuament com a tercer neutral i per gestionar pacíficament els conflictes que puguin sorgir en l'àmbit escolar. I tots aquests recursos els proporciona la mediació.

Una última qüestió que cal afegir és que perquè un programa de mediació a l'escola tingui èxit, igual que passa en altres organitzacions, és primordial l'aposta ferma de la institució i el suport dels seus directius, així com del professorat.

En aquest sentit, l'experiència ens demostra que l'èxit de la mediació escolar està assegurat sempre que hi hagi un veritable compromís per part dels docents perquè animin a l'ús d'aquest dispositiu en el dia a dia i l'utilitzin ells mateixos. Els docents que han tingut una experiència d'aquest tipus en els seus llocs de treball expliquen el component educatiu que té la mediació per si mateix, que l'ambient de classe és més relaxat, més amistós, se senten tots més a gust, s'eviten enfrontaments innecessaris i no es perd tant temps com abans a resoldre conflictes, ja que s'actua des de la prevenció i la gestió precoç.

Referències

- Boqué, MC. Guía de mediación escolar. Programa comprensivo de actividades, etapas primaria y secundaria. Barcelona: Associació Rosa Sensat, Octaedro, 2002.
- Cyrulnik, B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa, 2002.
- Goleman D. Inteligencia emocional. Barcelona: Kairós, 2009 (20a ed.).
- Novel G. Mediación organizacional: Desarrollando un modelo de éxito compartido. Madrid: Reus, 2010.
- Romero Duran C. Mediación Escolar, Cuaderno de estudio nº 2. Barcelona: Ed. Pau i Treva de ICESB-Pere Tarrés. Universitat Ramon Llull, 2000.
- Toro JM. Educar con "co-razón". Bilbao: Desclé de Brouwer, 2010 (9a ed.).

Els Centres Residencials d'Acció Educativa a Catalunya: els CRAE

Entrevista de Xavier Demestre a Jordina Mora

Hi ha algunes activitats adreçades a la infància que, per a molts, poden passar desapercebudes, tot i formar part d'un capítol restringit però essencial de la població infantil. La infància en risc d'exclusió n'és un. Moltes vegades ens omplim la boca de bones intencions, però la realitat és que només alguns es proposen de veritat buscar solucions a problemes reals. I això, creiem, és el que fan els CRAE.

Què són els CRAE?

A trets generals, podem considerar que els centres residencials d'acció educativa (CRAE) són un lloc on s'atenen les necessitats dels infants i joves en els casos en què la família no pot o no està capacitada per fer-ho, o quan cal protegir-lo d'alguna forma d'abandonament, maltractament o explotació, o quan està en perill la seva integritat física, psíquica o moral, segons la valoració dels equips tècnics competents.

L'objectiu principal que es persegueix és garantir la protecció efectiva dels infants i adolescents ingressats, de manera que l'organització del centre reproduïxi al màxim possible les condicions de vida d'una família, amb un tracte afectiu i una vida quotidiana personalitzada. I podem assenyalar, a més, tres objectius generals:

- Acollir els infants i adolescents en un ambient d'afecte, comprensió i seguretat moral.
- Satisfer les necessitats de l'infant o adolescent i vetllar per la seva educació integral.
- Tenir cura de la seva salut física i psíquica, vetllant pel desenvolupament harmoniós de la seva persona.

Com a criteri general, d'acord amb la normativa de protecció de menors, es treballarà per aconseguir que els infants i adolescents estiguin al centre el mínim temps possible.

Els infants i els adolescents que hi resideixen de manera temporal han estat tutelats per l'Administració o es troben, per imperatiu legal, sota la guarda i responsabilitat del director.

Els educadors que constitueixen l'equip educatiu treballen, segons les línies marcades en el Projecte educatiu de centre (PEC), per garantir la cobertura de les necessitats bàsiques, l'educació, l'afectivitat, la integració i la promoció socials, la inserció laboral i el creixement cap a l'autonomia, i atenen sempre a la individualitat de cadascun, mentre, per un motiu o un altre, l'infant o adolescent ha d'estar separat de la seva família i no hi ha una proposta alternativa.

Els CRAE estan oberts 24 hores al dia i 365 dies a l'any. La programació de cada centre preveu les activitats de la vida quotidiana, d'educació i oci, de formació, de promoció de la persona, de coneixement de la cultura que ens envolta i de socialització, per a un desenvolupament integral de la persona.

Als CRAE s'aplica la mesura d'acolliment simple en una institució i les persones poden accedir-hi per derivació de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).

Per altra banda la tasca prèvia al desemparament hauria de treballar amb infant i família les causes del desemparament, i fins on es pugui, intentar que la materialització de l'ingrés sigui la conseqüència lògica del treball implementat, és a dir: el cas no és abordable en el medi malgrat s'ha intentat i pars i infant ho han pogut veure.

Els centres d'acolliment

Són centres residencials per a l'atenció immediata i transitòria de l'infant i l'adolescent de 0 a 18 anys que ha de ser separat¹ del seu nucli familiar mentre es fa el diagnòstic de la situació i es determina la mesura que cal aplicar.

L'objectiu d'aquests centres és, per tant, l'observació, el diagnòstic, la guarda i l'educació en les situacions d'urgència de les persones menors en alt risc social.

La diferència entre els CRAE i els centres d'acolliment és que en aquests darrers els infants o adolescents ingressen en situacions d'urgència, mentre es fa l'estudi de la seva situació i, consegüentment, se'n fa una síntesi avaluativa amb la proposta tècnica corresponent, que podria ser acolliment preadoptiu, acolliment en un CRAE, etc.

Alguns d'aquests centres són de titularitat de la DGAIA i uns altres pertanyen a entitats d'iniciativa social que hi estan concertats.

Centres residencials d'educació intensiva (CREI)

Són serveis residencials per a l'acolliment d'estada limitada de les persones adolescents i joves de 12 a 18 anys tutelades per la Generalitat de Catalunya que presenten alteracions de la conducta i requereixen uns sistemes d'educació intensiva.

Aquests centres tenen com a objectiu donar resposta educativa i assistencial a aquests infants i adolescents, per la qual cosa disposen de mesures estructurals de protecció per a la guarda i l'educació.

Aquest tipus de servei es va crear l'any 2002 com a resposta a un sector de la població atesa per la DGAIA i que requereix un treball educatiu dins un context contenidor amb recursos propis de manera intensiva.

És una visió tendenciosa, es destaca que aquests infants/nois/noies presenten una "alteració de conducta" i aquest tret se'ls hi atribueix a ells, en exclusiva a ells.

Així, alternativament, o diria, fent més honor a la realitat, no és diu: l'infant o adolescent presenta una malestar intern, producte de la seva història personal (sense que cursi a la vegada amb criteris clínics perfilats i clars, perquè sinó seria un cas de salut mental), que cursa amb expressió conductual exterioritzada que depassa les capacitats contenedores dels centres ordinaris: CRAE i d'aquí, que es proposa CREI.

Cóm va néixer la idea dels CRAE?

Al llarg de la història, la protecció de la infància s'ha posat de manifest de maneres diverses, tant des de l'àmbit públic com des del privat, des d'iniciatives personals com donacions, fins arribar a elaborar un marc legislatiu i unes mesures institucionals estructurades i gestionades pels poders públics. Els motius d'aquesta protecció també han estat diversos i directament relacionats amb la realitat històrica i sociocultural del moment, així com les consideracions morals que es tinguessin de la infància i la maternitat en cada moment.

Així doncs, els tipus d'establiments residencials per a infants i adolescents amb dificultat social al llarg de la història han estat molt variats, depenent sovint de les ideologies del moment, de la mateixa manera que ho ha estat la protecció d'altres grups de població socialment exclosa: pobres, indigents, discapacitats.

Segons el context social i històric, en alguns períodes els infants i adolescents eren acollits en les mateixes institucions que els adults dels col·lectius desfavorits esmentats; en altres

èpoques els infants eren separats dels adults i, també, de vegades, segons els problemes que patien, l'edat, el gènere, l'ètnia, la conducta, l'origen social, etc.

Segons les circumstàncies històriques i la ideologia imperant, l'accent en el tractament als infants i adolescents acollits era més castigador/corrector o més educatiu/afectiu, i per tant amb més o menys rigidesa pel que fa a flexibilitat de la disciplina, les maneres de vestir, les relacions amb l'entorn, etc. Els nois i noies que presentaven un comportament més conflictiu eren reclousos en institucions anomenades *correccionals*. Sovint s'hi aplegaven tots els que presentaven conductes desordenades, insubmissió als pares, etc. La institucionalització era una resposta inadequada a la incapacitat de la societat d'integrar tots els membres que la formen. Eren fruit de la impotència i sovint constituïen el paradigma del càstig.

A mesura que la societat va anar esdevenint més complexa i que l'Estat hi va augmentar el control, els acollits (adults i infants) es van concentrar en macroinstitucions o asils, completament separats de la societat. Aquest fenomen va augmentar en la primera meitat del segle XX i es van multiplicar les institucions gegantines, rodejades de murs que impedièren tot contacte amb l'exterior, al mateix temps que evitaven que el món exterior conegués la realitat de dins d'aquells murs.

Durant els anys vint, Lluís Maria Folch i Torres, a càrrec de l'Obra del Tribunal i de la Junta de Protecció de Menors, va propiciar un canvi important molt trencador en els establiments residencials: va intentar substituir les grans institucions d'asil per estructures més petites que permetessin atendre els infants en grups reduïts. Era el primer intent d'individualització i atenció personalitzada, pròpia d'una concepció humanista de l'atenció a les persones.

Després de llargs períodes d'internament, els nois i les noies patien greus dèficits cognitius, socioafectius i d'habilitat per funcionar amb autonomia en la societat. L'acolliment indiscriminat no es veia des de la perspectiva que en tenim ara, de la protecció a la infància, sinó de «recollir» de manera fàcil i immediata infants l'entorn familiar dels quals no tenia prou recursos per atendre'ls. El fet que el 30% dels internaments fossin causats per manca de recursos econòmics convertia els centres en una mena d'hospicis semblants als de temps passats, en els quals es practicava la beneficència, però on el treball social era completament absent.

Les institucions, tancades i autosuficients, malgrat ser concebudes per educar i protegir els infants, conservaven l'esperit de tancament donat als pobres, de manera que la mesura protectora semblava més adreçada a protegir la societat d'aquests nois i noies que no al revés, i era portada a terme en un entorn de control i aïllament de l'entorn immediat.

Per manca de professionalització, les persones que s'encarregaven directament de l'atenció als infants no tenien cap preparació.

Aquestes característiques van ser comunes a la majoria d'institucions residencials fins al trànsit de competències en matèria de protecció de menors a les comunitats autònomes.

Una de les aportacions més significatives, des de la perspectiva psicossocial, és la consideració de la importància respecte als primers anys de vida, en concret respecte a la infància en situació de risc. Nombrosos estudis demostren que la quantitat d'experiències que viu i el consegüent desenvolupament de l'infant durant els primers anys de vida, fan que el sentit del temps adquireixi un significat especial. Val a dir que des de la primera infància fins als primers anys de l'adolescència són etapes del desenvolupament essencials en les quals es defineixen moltes de les empremtes que ens acompanyaran la resta de la nostra vida. És des d'aquesta perspectiva, que avalen els nombrosos estudis, que un dels indicadors de qualitat d'un sistema de protecció a la infància de qualsevol cultura i societat passa per evitar la prolongació innecessària de situacions provisionals o inestables fora de l'entorn familiar i la

necessitat de treballar amb rapidesa la presa de decisions respecte la resolució de les situacions de desemparament. Així doncs, la referència d'un adult concret (tutor), la dedicació individualitzada a les necessitats afectives o la importància d'una atenció personalitzada són molt importants.

Jo crec que en l'actualitat estem davant un nou paradigma, hem deixat enrere el paradigma de la protecció i estem entrant, amb feines i treballs, en el paradigma del **tractament**.

Per tant, seguint aquestes consideracions, els centres han passat de ser uns macrocentres, de moltes places, tancats a la comunitat –tenien l'escola dins el centre mateix– i amb ràtios molt elevades, a ser centres com més petits millor, amb estructures semblants a les d'una família i oberts a la comunitat.

Qui finança aquests centres? Hi ha prou recursos?

Tots els centres són públics, però varia el tipus de gestió. Poden ser centres propis de l'Administració o centres delegats o concertats. Els CRAE depenen del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya, concretament de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència.

Com a servei públic, totes les places són pagades per l'Administració competent, que paga segons uns mòduls acordats. En principi, el preu que es paga per cada infant o adolescent està pensat per poder satisfer totes les seves necessitats, tant afectives, com de cura, lleure, activitats extraescolars, etc. Per tant, diríem que hi ha prou recursos però que el canvi de paradigma requereix un canvi de perspectiva, la dimensió del "tractament" requereix nous mètodes, més recursos, més nivell tècnic dels implicats, supervisió, abordatge educatiu i clínic anant de la mà... i per tant, seran necessaris més recursos.

Quants centres hi ha a Catalunya?

Segons la tipologia, els centres que hi ha actualment a Catalunya es distribueixen de la manera següent: hi ha 101 CRAE, amb un total de 1.878 places; 22 centres d'acollida, que són unes 585 places, i tres CREI (centres residencials d'educació intensiva), amb 78 places.

Quanta gent hi treballa? Quines competències cal tenir per treballar-hi?

El nombre de persones que treballen en cada centre varia segons el nombre d'infants o adolescents i de les edats d'aquests (per a nadons les ràtios són més elevades), i del tipus de centre de què parlem. Així doncs, per exemple, en un centre d'acolliment hi haurà educadors socials, però també treballadors socials i psicòlegs que faran un diagnòstic de la situació.

Les responsabilitats, funcions i tasques que hauran d'assumir els professionals es detallen al Reglament de règim intern de cada centre.

La titulació que exigim al personal és la que demana el Departament de Benestar i Família per gestionar aquests serveis, que és la diplomatura, grau o habilitació en educació social. Així mateix, com a entitat apostem per tenir un equilibri entre educadors i educadores, segons el criteri de paritat.

La Taula 1 descriu les competències que identifiquem com a generals i com a específiques necessàries per als professionals que treballen en un centre residencial d'acció educativa amb la funció d'educador o educadora. Aquestes competències solen servir per poder definir el tipus de formació que cal dur a terme, entenent la formació com un punt clau per al bon funcionament del projecte.

Taula 1. Competències

Competències generals	Competències específiques
<ul style="list-style-type: none"> • Mirada inclusiva davant les diferències en els infants i les famílies • Capacitat de gestionar situacions de conflicte • Adaptació al canvi • Capacitat de treballar en equip davant un projecte comú • Compromís ètic i deontològic • Capacitat de promoure processos participatius • Capacitat de treball col·laboratiu amb equips i serveis • Gestió de les pròpies emocions • Capacitat d'elaborar documentació tècnica • Coneixement i ús de les noves tecnologies • Interès per la innovació, l'aprenentatge i la recerca 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitat d'identificar i valorar les necessitats i els interessos dels nens i nenes atesos • Capacitat de promoure processos resilients • Gestió del marc normatiu en polítiques d'infància i família • Creació i establiment de vincle amb infants i adolescents • Capacitat de planificar i avaluar l'acció educativa • Promoció de competències parentals en les famílies • Coneixement del context dels centres de protecció infantil • Creativitat i recursos personals per a les activitats amb infants • Capacitat comunicativa i empàtica

Quina població atenen?

Els CRAE atenen infants o adolescents que es troben en situació de desemparament, d'edats compreses entre els 0 i els 18 anys. N'hi ha de diferents tipus i característiques, ja que n'hi ha de verticals, n'hi ha que només atenen noies adolescents o només nois adolescents, etc. També varia el nombre de places, tot i que els darrers anys la tendència és que siguin centres petits i no macrocentres, com anys enrere. Actualment, amb la idea d'apropar-nos al màxim possible a un ambient familiar, cada cop els centres són més petits.

Com funcionen?

Tal com ja he explicat, majoritàriament, el centre tendeix a reproduir les condicions de vida familiar ordinària, cercant una relació el més individualitzada possible dins les particularitats d'un centre.

Creient indispensable assolir aquest nivell de proximitat i naturalitat, a l'entitat per a la qual jo treballa, Institut de Treball Social i de Serveis Socials (INTRESS), treballem amb el Projecte tutorial. Es tracta d'un projecte de treball en grups de convivència petits, que intenta reproduir una unitat relacional normalitzada, mantenint els germans sempre junts.

Aquest projecte persegueix que els infants i adolescents estableixin un vincle segur i autònom, encara que transitori a causa de la institucionalització, amb un referent clar i estable durant la seva estada al CRAE. L'infant o adolescent té un referent en cada torn de treball (matí, tarda, cap de setmana i nit), que ha de percebre com a disponible per rebre'n ajuda quan li demani o quan les circumstàncies i necessitats afavoreixin aquesta ajuda (incondicionalitat). L'educador/a és el que acompanya l'infant o adolescent en cadascuna de les activitats de la vida diària, supervisa les visites amb els pares, si n'hi ha, elabora informes i es coordina amb altres professionals que intervenen en el procés de creixement de l'infant o jove (mestres, metge, EAIA, ET, etc.).

Als CRAE que gestiona l'entitat INTRESS es treballen tres pilars bàsics:

- **Vinculació.** És molt important que els infants i joves tutelats es vinculin tant com sigui possible als educadors. Cada torn té un referent i treballen en petits grups dins el centre. És bàsic que l'infant es vinculi bé per poder-se desenvolupar.
- **Participació.** Cada vegada més, els centres tenen en compte els infants i adolescents. L'organització del centre té molt en compte la participació d'aquests. Així mateix, els infants saben quin són els terminis i continguts dels seus projectes educatius individuals (PEI). A més dels informes que es van fent, l'Administració té constància de com evoluciona un infant o adolescent acollit al CRAE gràcies a aquests PEI.
- **Família.** La part familiar té un doble vessant. D'una banda, hi ha l'objectiu d'aconseguir que la canalla pugui acabar tornant amb els seus pares o família extensa, i això implica que, en els casos en què hi pugui haver un retorn, han de respectar els pares i treballar amb ells per al retorn. I, de l'altra, hi ha la intenció que el CRAE s'assemblí tant com sigui possible a una família, amb una organització interna similar i integració a la comunitat.

Quins són els conflictes més habituals?

En la vida quotidiana del CRAE conviuen dos principis evidents: el d'homogeneïtat i el de diversitat, tots dos íntimament relacionats. Per exemple, l'equip educatiu és homogeni, es presenta com un davant les decisions que es prenen, i intenta unificar criteris i trobar l'equilibri entre diferents punts de vista, tot i que és divers i heterogeni alhora. La diversitat de punts de vista, d'experiències, interessos i inquietuds enriqueix l'equip i, al mateix temps, és el que pot ajudar a fer-lo evolucionar. També els nens i les nenes que viuen en el recurs residencial tenen un denominador comú que els homogeneïtza –han estat separats de les seves famílies, comparteixen un espai comú de convivència, la seva tutela la té l'Administració i la guarda, la direcció del centre– i al mateix temps es diferencien per les característiques particulars de cadascun i les conseqüències i repercussions de les situacions viscudes, diferències que exigeixen identificar les particularitats i treballar-hi des de la individualitat. Tot això genera que de vegades puguin sorgir petits conflictes de convivència. Generalment, els conflictes que es poden donar en aquests centres són conseqüència de la càrrega, de la motxilla de vivències tant difícils de portar i que necessàriament es posarà en joc en la dinàmica del Centre. I aquest malestar, pren les formes "actuades enfora" o dissocials que posen, sovint, contra les cordes a la societat. Actualment, no és comuna la posició depressiva/inhibida, sinó la dissocial.

Els conflictes són menys habituals del que es podria pensar i darrerament molts són deguts a trastorns conductuals o de salut mental dels infants i adolescents que atenem. Amb tot, on es poden donar més conflictes és als CRAE en què només s'acullen adolescents, fruit de la conflictivitat pròpia d'aquesta etapa de la vida.

Com s'enfoca l'acollida d'aquests infants o adolescents?

L'ingrés d'un infant o adolescent a un centre és un moment cabdal del procés d'atenció. En el cas dels ingressos programats, el procés comença abans de l'ingrés pròpiament dit, ja que sistematitzar el preingrés facilita l'adaptació de l'infant. En termes generals, els infants i els adolescents que són acollits en un centre acostumen a experimentar un sentiment de pèrdua de la situació anterior, i viuen una etapa d'incertesa pel que succeirà. L'infant o adolescent i la seva família acostumen a passar per un procés d'adaptació emocional amb diferents etapes, que no es donen de manera lineal ni evolucionen igual en tots els casos. Són les següents:

- Ingrés: genera sentiment d'ambivalència i inseguretat.
- Adaptació: es va coneixent el nou context i s'hi aprèn a funcionar.
- Participació: s'accepta la situació.
- Integració: té lloc l'adaptació i es resolen les situacions que es van presentant.

En qualsevol moment es pot donar un rebuig a l'ingrés, entès com la negació de la situació. Tots els membres de l'equip educatiu implicats en el procés d'inici d'acollida i adaptació han de prestar una atenció i un suport dirigits a fomentar l'acceptació del recurs per part de l'infant o adolescent i de la família. S'ha de crear un vincle positiu que permeti transmetre que el centre és un lloc de vida i un recurs necessari per al desenvolupament de l'infant o adolescent i que esdevindrà un ajut per al sistema familiar.

És necessari que, des del primer moment, l'equip del centre que acull l'infant o jove intenti recaptar el màxim d'informació disponible, i que comenci a emplenar la fitxa de dades de l'infant i el protocol d'observació.

El tutor o tutora i la direcció del centre faran la visita al recurs, li explicaran la dinàmica, li ensenyaran els espais comuns i privats, i se li oferirà un àpat, segons l'hora de la visita.

El dia de l'ingrés és fonamental proporcionar tranquil·litat i seguretat a l'infant o jove en el moment de l'acollida, i per això se segueix un protocol:

- Rebuda per part del tutor o tutora, que estarà disponible el temps necessari.
- Observació activa de com arriba l'infant o adolescent físicament i emocionalment, diferenciant els que vénen pel circuit establert dels que arriben per una via més d'urgència, i atendre'l, tranquil·litzar-lo i contenir-lo emocionalment, especialment en el segon cas.
- Explicació del motiu de l'ingrés i aclariment de tots els dubtes que tingui.
- Mostra de l'habitació i els espais comuns del centre.
- Lliurament d'un quadern de presentació del centre, juntament amb les normes de convivència, adaptat a cada edat.
- Lliurament de la Carta de drets i deures.
- Presentació dels companys del grup en una de les activitats quotidianes, com ara un àpat.
- Presentació progressiva de la resta de professionals i de la resta d'infants i adolescents.

Els dies següents a l'ingrés cal tenir en compte aquests altres aspectes:

- Cal tenir roba prevista per a ell, per si no en porta o la que porta no està en bon estat.
- S'han de fer gestions de tipus administratiu: empadronament, canvi de pediatre o de metge, recurs escolar...
- S'ha de mantenir sempre que sigui possible l'assistència a l'escola a la qual anava abans de l'ingrés. Si no és possible, cal acompanyar-lo a conèixer l'escola nova, els recursos de lleure, l'entorn, la ciutat...
- No és necessari començar l'escola immediatament. És important que l'infant o adolescent tingui mínimament entesa la seva situació abans d'anar a l'escola.
- Cal fer una tutoria formal amb l'infant o adolescent per valorar el procés d'acollida al centre transcorreguda la primera setmana des de l'inici de l'atenció.
- S'ha de començar a complimentar el Registre d'observació de la primera acollida, el document que facilita l'observació inicial de l'infant o adolescent i que és la base per poder elaborar el PEI. S'elabora durant els primers dies d'estada al centre. El responsable d'elaborar-lo és l'educador/a tutor, que ha de recollir les aportacions de l'equip educatiu.

L'actitud dels professionals que participen en les activitats de preingrés i ingrés ha de ser especialment acollidora, empàtica i d'escolta, per transmetre seguretat i suport, tot respectant la distància que posi l'infant o adolescent en les manifestacions afectives.

És especialment important que els professionals que rebin l'infant o adolescent tinguin cura de la comunicació no verbal, per reforçar el missatge de protecció i seguretat que han de transmetre a l'infant, l'adolescent i els familiars que els acompanyin.

On estan ubicats aquests centres? Hi ha conflictes amb l'entorn?

Entenem els centres com un recurs obert a l'entorn on estem inserits. Un dels aspectes que els infants o adolescents han de poder desenvolupar al llarg de la seva estada amb nosaltres és la possibilitat de poder interactuar en l'entorn més proper.

Per al centre, la participació i inserció amb l'entorn és un tema clau, ja que respon a un model de normalització i participació. És per això que les accions i activitats que programem tenen molt en compte aquesta premissa.

La Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, a l'article 132 defineix la mesura d'acolliment en centre de la manera següent:

«Els centres han d'ésser oberts, integrats en un barri o una comunitat, i s'han d'organitzar sempre en unitats que permetin un tracte afectiu i una vida quotidiana personalitzats.»

En general no hi ha conflictes entre els centres i l'entorn. Per norma general, els centres estan ben integrats en la comunitat, i si alguna ocasió s'ha pogut donar algun problema, sempre ha estat per desconeixement. De vegades la gent té por que a prop de casa seva s'hi ubiqui un centre, però quan se'ls dóna informació i se'ls explica bé, aquesta por desapareix. Per tant, creiem que és molt important informar la societat de l'existència d'aquests serveis i que els visquin com una cosa normalitzada.

Quin futur s'albira per a aquesta població?

Els infants o adolescents que acollim, quan fan 18 anys poden retornar amb la seva família o optar a un pis de suport als joves extutelats. Com que el sistema de protecció de Catalunya va més enllà dels 18 anys, els joves poden anar a viure a un pis de suport, on poden residir fins aproximadament els 21 anys i des d'on se'ls acompanya en la seva emancipació.

Pel que fa al món laboral, podem dir que una part d'aquests adolescents acaben l'ESO i uns altres poden arribar a tenir estudis universitaris. El seu futur depèn una mica del moment laboral en què ens trobem.

Quina relació mantenen els centres amb el sistema de salut?

Personalment crec que per als CRAE és molt important la relació que s'estableix amb els serveis de salut: hospitals, pediatres, CSMIJ, etc., ja que un dels objectius específics dels centres és respondre a les necessitats bàsiques dels infants, i la cura i vigilància de la seva salut física i psíquica.

També crec que és molt important que els pediatres coneguin bé els centres, per poder-nos entendre quan ens demanen algunes coses en relació amb l'atenció als infants i adolescents que atenem. L'experiència em diu que quan els metges coneixen de més a prop aquesta realitat és molt més fàcil poder treballar plegats. Per exemple, recordo una vegada que un

pediatre li va donar l'alta a un nen de 3 anys i ens va demanar que el tinguéssim totalment aïllat –pensant que el centre era similar a un hospital. I clar que el podem posar a dormir en una habitació sol, però com pretens aïllar totalment un infant de la resta? És com en una família de cinc germans, com vols que entre ells no es relacionin, és gairebé impossible!

Espero que les meves paraules li hagin estat d'utilitat i que serveixin perquè la vida d'aquests infants i adolescents que acollim cada cop sigui millor.

Bioètica i pediatria

Francisco José Cambra

Avui dia, l'exercici correcte de la medicina en els vessants docent, assistencial i d'investigació requereix una valoració acurada des de la bioètica. És important, doncs, en aquest capítol dedicat a la bioètica i la pediatria, descriure breument la història d'aquesta disciplina, les seves estructures fonamentals i la seva especial contribució en l'àmbit pediàtric de Catalunya. Per això comentaré els principals problemes de tipus ètic en la pediatria actual i durant l'exposició destacaré la figura del Dr. Francesc Abel, català universal, veritable impulsor de la bioètica a Catalunya, Espanya i Europa i que va ser per mi un gran amic i el meu mestre, un mestre excepcional.

La història de la bioètica s'inicia als anys setanta del segle passat als Estats Units d'Amèrica. Durant la segona meitat del segle XX, els coneixements biològics i mèdics van progressar amb gran rapidesa. Es poden enumerar diverses qüestions, com ara el coneixement més profund de la immunologia de trasplantaments, el diagnòstic de mort cerebral, la millora de les tècniques quirúrgiques, la consolidació de les cures intensives de l'adult, pediàtriques i neonatals, amb mitjans de suport vital molt complexos, els avenços notables en farmacologia i les millores clares de les expectatives en el tractament dels trastorns psiquiàtrics pel que fa a la psicofarmacologia. Es van desenvolupar clarament progressos en el diagnòstic prenatal, i és remarcable l'èxit l'any 1978 de la fecundació *in vitro* i la transferència embrionària, que va donar origen al naixement d'una nena, Louise, a Anglaterra. La primera vegada que es va utilitzar aquesta tècnica a l'Estat espanyol va ser a casa nostra, el 1984, i en va néixer una nena, Victoria, a l'Institut Dexeus a Barcelona. Posteriorment, els avenços en biologia molecular van convertir en realitat la possibilitat que l'ésser humà pugui transformar la naturalesa gràcies al DNA recombinant o l'enginyeria genètica. S'obren interrogants difícils de respondre respecte al que és correcte fer i no fer; a més, la persona malalta reclama una capacitat de decisió en l'àmbit de la salut que no ha tingut fins llavors en el context d'una medicina exercida des d'una visió clarament paternalista.

En aquest context, la disciplina de la bioètica es constitueix, doncs, de manera indispensable, i és definida pel Dr. Abel com "l'estudi i l'anàlisi interdisciplinària dels problemes generats pel progrés biològic i mèdic, tant a escala macrosocial com microsocia i a la seva repercussió sobre la societat i el seu sistema de valors. Es podria definir, també, en relació amb els progressos biomèdics, com la disciplina que analitza com la humanitat ha d'actuar en el terreny de la biomedicina en les decisions que afecten el naixement, la mort, la naturalesa humana i la qualitat de vida".

El terme bioètica va ser encunyat per Van Renselaer Potter, investigador en oncologia, que el va utilitzar per primera vegada en el text *Bioethics: Bridge to the Future*, publicat el 1971.

Com a característiques fonamentals de la bioètica s'haurien d'assenyalar el seu caràcter interdisciplinari, la utilització del diàleg i la deliberació com a metodologia de treball i el fet de compartir valors, filosofies i responsabilitats en l'elecció dels valors que han de guiar l'evolució de la humanitat.

L'any 1974, el Congrés nord-americà va crear una comissió nacional (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences) amb l'objectiu d'establir una sèrie de criteris que havien de guiar l'experimentació amb éssers humans, encaminats a protegir les persones que entressin en un estudi d'investigació.

Aquesta comissió va treballar durant quatre anys i la seva feina va cristal·litzar en l'anomenat Informe Belmont (1978), en què es van formular els anomenats «principis bioètics». Es

tractava d'uns principis ètics bàsics –respecte per les persones (autonomia), beneficència i justícia–, que pretenien garantir la protecció desitjada en l'àmbit de la recerca biomèdica.

Cal destacar la influència que sobre la pràctica mèdica ha exercit i exerceix l'obra de Childress i Beauchamp, *Principles of Medical Ethics*, la primera edició de la qual va ser publicada el 1979, en què s'adaptava la utilització d'aquests principis en la pràctica clínica assistencial, afegint-hi el de no-maleficència.

Instituts i comitès de bioètica

Dos tipus d'estructures resulten fonamentals en aquesta disciplina naixent: els instituts i els comitès de bioètica. Els primers estan dirigits a analitzar els problemes de fons i aprofundir en la investigació i l'expansió del coneixement en bioètica.

El primer institut creat al món va ser l'Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, fundat pel filòsof Daniel Callahan i el psiquiatre Willard Gayling l'any 1969, a Hastings-on-the-Hudson (Nova York), actualment molt més conegut com Hastings Center.

Tres anys després, el 1972, André Hellegers va fundar a Washington DC, a la Universitat de Georgetown, el The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics. El projecte d'aquest institut era eminentment interdisciplinari, ja que integrava professionals com biòlegs, metges, moralistes, advocats, etc., amb la particularitat de voler confrontar els progressos en els camps de la medicina i de la biologia amb els principals sistemes ètics del món occidental.

És fonamental subratllar el fet que el tercer institut del món i primer d'Europa el va fundar a Catalunya, a Sant Cugat del Vallès, Francesc Abel, que havia estat treballant als Estats Units durant cinc anys, i més de tres anys i mig al Kennedy Institut amb el Dr. Hellegers, al qual sempre va considerar el seu mestre.

De tornada al nostre país, després de concloure la seva tesi doctoral, el seu projecte fonamental va ser la creació d'un centre a semblança del Kennedy Institute: l'Institut Borja de Bioètica, fundat l'any 1975. Va ser el pioner a Catalunya, Espanya i Europa a aplicar els conceptes i criteris de la bioètica americana al nostre context, adaptant-los al nostre entorn medicosanitari.

L'Institut i el Dr. Abel van col·laborar activament en la fundació de l'Associació Europea de Centres d'Ètica Mèdica l'any 1986.

Actualment, l'Institut Borja està ubicat a les instal·lacions de l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona i adscrit a la Universitat Ramon Llull, i continua la seva tasca assessora, docent i investigadora.

La Direcció General de l'Institut està a càrrec de la Dra. Montse Esquerda, pediatra i sòcia de la Societat.

A més dels instituts, tenen una importància extraordinària els comitès de bioètica, considerats estructures de diàleg i decisió bioètica encaminats a aclarir i resoldre els conflictes de valors que es presenten en la investigació o en la pràctica clínica.

Hi ha tres tipus de comitès, que expliquem succintament donada la seva importància. Els que tenen com a finalitat vetllar per la qualitat de la recerca en subjectes humans i la protecció d'aquests, són els comitès ètics d'investigació clínica (CEIC), i els comitès d'ètica assistencial (CEA), tenen l'objectiu fonamental de resoldre els conflictes ètics que es plantegen en la pràctica assistencial. És important ressaltar amb orgull per a la pediatria que a l'Hospital

Maternoinfantil Sant Joan de Déu es va crear, l'any 1976, el primer comitè assistencial del nostre país, fundat i presidit per Francesc Abel, que es va convertir en una autèntica ajuda per a la solució de conflictes ètics en obstetrícia, ginecologia, pediatria i neonatologia. Posteriorment es van anar creant altres CEA a diversos centres hospitalaris i també d'assistència primària d'adults i pediàtrics, i actualment tenim a Catalunya al voltant de cinquanta comitès, tots amb un nivell destacadíssim.

Els comitès anomenats nacionals inclourien les institucions que, per la qualitat de les seves reflexions, directrius ètiques o jurídiques, exerceixen una influència en la configuració de valors socials i professionals en l'àmbit biomèdic.

A Catalunya es va crear el 1991 la Comissió Assessora en Matèria de Bioètica de Catalunya i entre les seves primeres activitats s'ha de destacar la importància de l'acreditació dels CEIC (ordre del DOGC de 18-IX-1992) i dels CEA (ordre del DOGC de 20-XII-1993), i l'organització d'un simposi sobre «El consentiment informat» l'any 1995.

Posteriorment, aquesta comissió va passar a anomenar-se Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC), òrgan consultiu del Govern de la Generalitat de Catalunya, de caràcter plural, multidisciplinari i assessor. Intervé en el debat sobre diferents temes susceptibles de controvèrsia i impulsa la redacció de recomanacions, posicionaments i guies de pràctica professional.

Des del punt de vista pediàtric destaquen per la seva importància i interès per als pediatres, entre altres, la publicació de l'informe *La persona menor d'edat a l'àmbit de la salut*, l'any 2009, que dóna un seguit de recomanacions que orienten el professional a reflexionar i mantenir una posició activa davant una situació molt complexa, compaginar el dret a decidir del menor i l'obligació dels pares de vetllar per ell, i també en el mateix any, la *Declaració sobre la menor de setze a divuit anys i la interrupció de la gestació*.

Formació en bioètica

Des de diverses institucions, universitàries o no, i des de centres assistencials, tant privats com públics, i per descomptat des de la nostra Societat Catalana de Pediatria, s'ha tingut gran sensibilitat vers els temes bioètics, de manera que en congressos, jornades, seminaris, cursos de formació continuada, etc. s'han anat tractant temes d'índole bioètica encaminats a completar la formació dels pediatres catalans, posant el coneixement a seu abast.

El 1991 es va crear, amb l'impuls del Dr. Abel com a soci fundador i altres professionals, l'Associació Catalana de Bioètica en el marc de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, entitat molt important en l'expansió del coneixement bioètic.

Poden destacar, com a exemple, tenint en compte l'extraordinària importància del Dr. Francesc Abel, algunes de les seves participacions:

- «Consideracions ètico-legals a l'atenció a l'adolescent», en la XXVI Jornada Internacional de la Societat Catalana de Pediatria; Barcelona, 23-24 de febrer de 1990.
- «Aspectes bioètics de les cures pal·liatives», en les I Jornades Nacionals de Cures Pal·liatives en Pediatria, el 26 de maig a Barcelona.
- «La medicina, l'ètica i el dret davant els problemes sanitaris de l'adolescència», en una taula rodona organitzada per l'Hospital Sant Joan de Déu, la Facultat de Dret (ESADE) i la Universitat Ramon Llull, i celebrada a l'Hospital Sant Joan de Déu; Barcelona, 7 de març de 1997.
- «Consentiment Informat en Pediatria», ponència de la VII Reunió Anual de la Societat Catalana de Pediatria; Sitges, 1999.

Problemàtica de tipus ètic en la pediatria actual

La presa de decisions en pediatria

Una de les situacions difícils a què s'enfronta un pediatre actualment es relaciona amb la presa de decisions en el seu exercici professional.

Quan es tracta d'adults, és el pacient, en virtut del principi d'autonomia, qui consent i decideix, però en pediatria es donen unes circumstàncies especials. Ètica i dret atorguen als pares la facultat de decidir respecte a les intervencions mèdiques en el menor d'edat. Aquesta autoritat resulta èticament i legalment incontrovertible, i està exercida en nom del seu fill, presumint la seva voluntat i en benefici seu.

El punt de vista dels pares sobre els millors interessos de l'infant evidentment tindrà una importància cabdal a l'hora de prendre decisions. Sovint aquest punt de vista serà coincident amb el del pediatre, encara que en altres pot ser marcadament discordant, sobretot quan el pediatre valora que la decisió des del seu punt de vista no és la millor per a l'infant. És en aquestes situacions que la decisió es torna difícil i és necessària una valoració en profunditat de totes les possibles alternatives.

Menor madur

Continuant amb la presa de decisions, s'ha de considerar el divers grau d'autonomia que poden tenir els menors d'edat i la capacitat de decisió que se'ls pot atorgar.

La majoria d'edat sanitària se situa als 16 anys, per sota d'aquesta edat i per sobre dels 14, el criteri del menor madur, previst èticament i legalment, el que ens diu és que segons la maduresa de l'adolescent es poden admetre les seves opinions. En aquest sentit, qui ha de valorar el grau de maduresa del menor per decidir si respecta la seva autonomia és el pediatre.

L'adquisició de l'autonomia és un procés dinàmic i lògicament no es pot considerar igual un nadó, la capacitat decisòria del qual és nul·la, que la d'un infant de set anys o un adolescent de catorze, que en molts casos és capaç de prendre decisions en qüestions que l'afecten des del punt de vista de la salut i que pot plantejar exigències per mantenir la seva intimitat i la seva autonomia respecte als pares. En aquest sentit es poden subratllar situacions relativament freqüents en l'adolescent, relacionades amb la presa d'anticonceptius o el tractament de malalties de transmissió sexual. En aquest mateix grup d'edat cal analitzar minuciosament la problemàtica que es pot generar en situacions com l'esterilització en persones amb deficiència mental, o les relacionades amb la gestació (confidencialitat, regulacions jurídiques, drets). Al voltant de situacions com aquestes poden sorgir conflictes entre les percepcions ètiques i l'ordenament jurídic.

Cal un estudi individualitzat de cada cas en què es valori la maduresa del menor, així com la transcendència de la decisió, ja que no es pot considerar igual una determinació de la que pugui dependre la vida de l'adolescent o altres amb conseqüències que puguin ser molt menys greus. Com més complexitat en la presa de decisió, més grau de maduresa serà exigible.

Vacunes i autonomia paterna

Actualment destaquen diversos problemes ètics en l'assistència pediàtrica al nostre país, entre ells, on situar el límit a l'autonomia dels pares que es neguen a vacunar els seus fills quan aquesta postura pot comportar un risc molt important per a l'infant no vacunat i també

per a la resta de la societat. Malauradament ja s'han presentat casos molt greus de malalties que estaven pràcticament eradicades a Catalunya, com la diftèria o el xarampió. És molt probable, si continuen aquests dèficits en la vacunació, que en el futur es presentin casos nous de malalties susceptibles de control mitjançant la correcta immunització.

En aquest sentit també hi ha diversos corrents contraris a l'administració de vitamina K en el nou-nat, fet que incrementa el risc que desenvolupi una malaltia hemorràgica, o que neguen la realització del diagnòstic precoç neonatal de malalties com la fenilcetonúria o l'hipotiroïdisme. És raonable admetre aquestes posicions difícilment justificables des d'un punt de vista científic i que comporten un risc pràcticament nul per al nadó?

És primordial establir una reflexió i un diàleg assossegat en què analitzem per què aquest tipus de concepcions tenen acceptació en el si d'una part de la nostra societat i per què existeix aquesta desconfiança cap a la pediatria que propugnem per poder reconduir la situació.

En qualsevol cas, sempre ha de prevaler l'interès de l'infant, i els pediatres com a garants de la seva salut haurem d'actuar en conseqüència i, segons el risc a què aquests infants es vegin exposats, actuar amb la màxima determinació possible.

Limitació terapèutica

Actualment, en el marc d'una medicina molt tecnificada, afortunadament hi ha moltes possibilitats de curació o d'obtenir supervivències molt llargues, però també de generar supervivències amb seqüeles molt greus incompatibles amb una mínima qualitat de vida o de perllongar innecessàriament el procés de mort. En el marc de cures intensives pediàtriques i neonatals, i especialitats com l'oncologia o la neurologia i altres, s'han de prendre decisions relacionades amb la conveniència de continuar o no tractaments adreçats a la curació de l'infant i dedicar tots els nostres esforços a mantenir la màxima qualitat de vida per a l'infant. Aquest concepte de limitació de l'esforç terapèutic o d'adequació terapèutica, terminologia cada vegada més acceptada, és fonamental en la medicina pediàtrica actual. Les decisions que cal prendre poden ser difícils i comporten una problemàtica emocional molt important per a pares i professionals sanitaris.

En relació amb aquest tema, vaig tenir el privilegi de dictar la conferència "Limitació terapèutica en pediatria" en el 10è Congrés de Pediatres de Llengua Catalana presidit per Jaume Mulet i Ferragut, celebrat a Menorca l'abril del 2010, i el president de la nostra societat era el Dr. Vicente Molina, tots dos amb una gran formació i sensibilitat vers la bioètica.

Cal valorar, en relació amb totes les qüestions comentades i en altres, en un món globalitzat com l'actual, les situacions plantejades amb famílies d'altres cultures, de manera que necessitem conèixer-ne els trets més importants, a més de comprensió i més creativitat pedagògica.

Gestió de recursos

Sempre és fonamental una gestió adequada dels recursos sanitaris, encara que actualment, en una conjuntura econòmica desfavorable, es fa més palesa la necessitat d'una assignació acurada dels pressupostos. La despesa sanitària és cada dia més elevada i pot condicionar la viabilitat de diverses prestacions sanitàries. S'hauran de valorar de manera molt acurada les nostres accions com a metges, els estudis diagnòstics, els tractaments que cal fer, ja siguin farmacològics o no, segons els resultats que es puguin obtenir, el cost i les servituds que

puguin provocar en el pacient i la seva família. Nosaltres, com a pediatres, no podem quedar al marge d'aquests conceptes, de manera que la gestió i l'ús adequat dels recursos també és responsabilitat nostra i un deure ètic.

En les albrors de la bioètica ens preguntàvem si tot allò que tècnicament és possible realitzar, és acceptable èticament. Aquesta pregunta continua tenint vigència teòrica i pràctica, i donant per descomptat que tot allò que és tècnicament possible es realitzarà si hi ha els mitjans necessaris per dur-ho a terme, és primordial com i qui posarà uns límits per assegurar que allò que es faci, ajudi al progrés humà.

En l'anàlisi d'aquesta problemàtica, medicina, ètica, economia, política i dret s'han de relacionar íntimament i en el si d'una societat ètica i culturalment plural, hauran, mitjançant el diàleg, d'harmonitzar els diferents valors en joc per poder assolir una assistència pediàtrica d'excel·lència.

Bibliografia

- Abel F. Bioètica: Orígenes, Presente y Futuro. Madrid: Instituto Borja de Bioética y Fundación Mapfre Medicina, 2001.
- Abel F. El diàleg bioètic albirant el tercer mil·lenni. Discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, 9 de maig de 1999.
- Cambra FJ, Iriondo M, et al. Limitación terapéutica en pediatría. Barcelona: ed. San Juan de Dios. Campus Docent, 2015.
- Beauchamp T, Childress J. Principles of Medical Ethics. Nova York: Oxford University Press; 1979, 1983, 1989, 1994. Principios de Ética Médica; Barcelona: Masson, 1999.
- Jonsen AR. The birth of bioethics. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- De los Reyes M, Sánchez M. Bioética en Pediatría. Madrid: Ed. Ergon, 2010.
- Institut Borja de Bioètica. Francesc Abel i la Bioètica, un llegat per a la vida. Barcelona: Ed. Proteus, 2012.
- Martínez JL. Comités de Bioética. Comillas: Universidad Pontificia de Comillas, Ed. Desclee De Brouwer, 2003.
- Montero F, Morlans M. Para deliberar en los comités de ética. Barcelona., Fundació Dr. Robert; setembre 2009.
- Schotsmans P. Francesc Abel, s.j.: fundador de la Bioètica Europea. Bioètica & Debat 2012;18(65):3-5.
- Potter VR. Bioethics: The Science of Survival. Perspectives in Biology and Medicine 1970;Aut:127-73.

17

Glossari

Juntes Directives de 1992 a 2016

Curs 1992/1993

President	Josep M ^a Casasa Carbó
Vicepresident 1r	Carles A Wennberg Vall-Ll.
Vicepresident 2n	Nicolau Cobos Barroso
Secretari	Josep M ^a Pujals Ferrús
Vicesecretari	Jordi Pou Fernández
Tresorer	Vicens Molina Morales
Bibliotecari	Esteve Amigó Palés
Vocal de Socis	Santiago Garcia-Tornel F.
Vocal Rel. Socials	M ^a Antònia Grau Obrador
Vocal Rel. Públiques	Josep Lloret Roca
Vocal Professional	Felip Escorihuela F.
V. Ped. Extrahosp.	Josep Bras Marquillas

Vocals de Vegueries

Barcelona	Joan Badia Barnusell
Girona	Josepa Almirall Banqué
Lleida	Joan Vidal Bota
Manresa	Marc Riera Mimó
Reus	J. Albert Balaguer S.
Tarragona	Adolf Gómez Papi
Tortosa	Josep Mercè Gratacós
Vic	Josep M ^a Mauri Gratacós

Curs 1993/1994

President	Josep M ^a Casasa Carbó
Vicepresident 1r	Carles A Wennberg Vall-Ll.
Vicepresident 2n	Nicolau Cobos Barroso
Secretari	Josep M ^a Pujals Ferrús
Vicesecretari	Jordi Pou Fernández
Tresorer	Vicens Molina Morales
Bibliotecari	Esteve Amigó Palés
Vocal de Socis	Adela Retana Castan
Vocal Rel. Socials	M ^a Antònia Grau Obrador
Vocal Rel. Públiques	Rosa M ^a Isnard Blanchar
Vocal Professional	Felip Escorihuela F.
V. Ped. Extrahosp.	Josep Bras Marquillas

Vocals de Vegueries

Barcelona	Joan Badia Barnusell
Girona	Josepa Almirall Banqué
Lleida	Joan Vidal Bota
Manresa	Josep M ^a March Salas
Reus	J. Albert Balaguer S.
Tarragona	Adolf Gómez Papi
Tortosa	Emili Marquès Soler
Vic	Josep M ^a Mauri Gratacós

Curs 1994/1995

President	Josep M ^a Casasa Carbó
Vicepresident 1r	Carles A Wennberg Vall-Ll.
Vicepresident 2n	Nicolau Cobos Barroso
Secretari	Josep M ^a Pujals Ferrús
Vicesecretari	Jordi Pou Fernández
Tresorer	Vicens Molina Morales
Bibliotecari	Esteve Amigó Palés
Vocal de Socis	Adela Retana Castan
Vocal Rel. Socials	M ^a Antonia Grau Obrador
Vocal Rel. Públiques	Rosa M ^a Isnard Blanchar
Vocal Professional	Felip Escorihuela F.
V. Ped. Extrahosp.	Josep Bras Marquillas

Vocals de Vegueries

Barcelona	Joan Badia Barnusell
Girona	Josepa Almirall Banqué
Lleida	Manuel Hermoso Carmona
Manresa	Josep M ^a March Salas
Reus	J. Albert Balaguer S.
Tarragona	Adolf Gómez Papi
Tortosa	Emili Marquès Soler
Vic	M ^a Amor Peix Sambol

Curs 1995/1996

President	Josep M ^a Casasa Carbó
Vicepresident 1r	Carles A Wennberg Vall-Ll.
Vicepresident 2n	Nicolau Cobos Barroso

Secretari Esteve Amigó Palés
 Vicesecretari Jordi Pou Fernández
 Tresorer Romà Baraibar Castelló
 Bibliotecari Miquel Barnadas Picó
 Vocal de Socis Adela Retana Castan
 Vocal Rel. Socials M^a Antonia Grau Obrador
 Vocal Rel. Públiques Rosa M^a Isnard Blanchar
 Vocal Professional Francesca Camps Serra
 V. Ped. Extrahosp. Josep Bras Marquillas

Vocals de Vegueries

Barcelona Joan Badia Barnusell
 Girona Josepa Almirall Banqué
 Lleida Manuel Hermoso Carmona
 Manresa Xavier Giner Cros
 Reus Josep M^a Bofarull Bosch
 Tarragona Agustí Tarrés Roure
 Tortosa Emili Marquès Soler
 Vic M^a Amor Peix Sambola

Curs 1996/1997

President Josep Argemí Renom
 Vicepresident 1r Josep M^a Corretger Rauet
 Vicepresident 2n Josep M^a Gil-Vernet Huguet
 Secretari Esteve Amigó Palés
 Vicesecretari Josep M^a Mauri Puig
 Tresorer Romà Baraibar Castelló
 Bibliotecari Miquel Barnadas Picó
 Vocal de Socis Adela Retana Castan
 Vocal Rel. Socials Elisa De Frutos Gallego
 Vocal Rel. Públiques Rosa M^a Isnard Blanchar
 Vocal Professional Francesca Camps Serra
 V. Ped. Extrahosp. Josep De La Flor Bru

Vocals de Vegueries

Barcelona Josepa Rivera Lujan
 Girona Carme Planell Solé
 Lleida Jordi Garcia Martí
 Manresa Xavier Giner Cros
 Reus Josep M^a Bofarull Bosch
 Tarragona Agustí Tarrés Roure
 Tortosa Emili Marquès Soler
 Vic Amparo Garcia Gallego

Curs 1997/1998

President Josep Argemí Renom
 Vicepresident 1r Josep M^a Corretger Rauet
 Vicepresident 2n Josep M^a Gil-Vernet Huguet
 Secretari Esteve Amigó Palés
 Vicesecretari Josep M^a Mauri Puig
 Tresorer Romà Baraibar Castelló

Bibliotecari Miquel Barnadas Picó
 Vocal de Socis Gemma Carreras
 Vocal Rel. Socials Elisa De Frutos Gallego
 Vocal Rel. Públiques Wilfred Coroleu
 Vocal Professional Josepa Torregrossa Bertet
 V. Ped. Extrahosp. Josep De La Flor Bru

Vocals de Vegueries

Barcelona Josepa Rivera Lujan
 Girona Carme Planell Solé
 Lleida Jordi Garcia Martí
 Manresa Xavier Giner Cros
 Reus Agustí Tarrés Roure
 Tarragona J. M. Bofarull Bosch
 Tortosa Josep Mercè Gratacós
 Vic Amparo Garcia Gallego

Curs 1999/2000

President Josep Argemí Renom
 Vicepresid. À. Científica Josep M^a Corretger Rauet
 Vicepresid. À. Profes. Josep M^a Gil-Vernet Huguet
 Vicepresid. À. Econ. Josep M^a Mauri Puig
 Secretari General Romà Baraibar Castelló
 Vocal Rel. Públiques Josep De La Flor Bru
 Vocal Att. Primària Alícia Mirada
 Vocal d'hospitals Constantino Sabado
 Vocal d'activitats Elisa De Frutos Gallego
 Vocal Form. i Doc. Valentí Pineda Solas
 Vocal Grups Treball Antoni Natal
 Vocal Publicacions Ferran A. Moraga Llop
 Coord. Metges i Resid. Xavier Riopedre

Vocals de Vegueries

Barcelona Josefa Rivera Lujan
 Girona Lluís Mayol Canals
 Lleida Jordi Garcia Martí
 Manresa Josep Lluís Hernández
 Reus Antoni Bofarull Bosch
 Tarragona Xavier Allué Martínez
 Tortosa Josep Mercè Gratacós
 Vic Mireia Cabral

Curs 2000/2001

President Josep M. Mauri Puig
 Vicepresid. Àrea Científ. Diego L. Van Esso Arbolave
 Vicepresid. À. Profes. M. Josep Torregrossa Bertet
 Vicepresid. À. Econ. Rosa M. Isnard Blanchar
 Secretari General Romà Baraibar Castelló
 Vocal Rel. Públiques Alícia Mirada Vives
 Vocal Att. Primària Eulàlia De Muga Dòria
 Vocal d'hospitals Constantino Sabado Alvarez

Vocal d'activitats	Elisa Frutos Gallego
Vocal Form. i Doc.	Valentí Pineda Solas
Vocal Grups Treball	Antoni Natal Pujol
Vocal Publicacions	J. Albert Balaguer Santamaria
Coord. Metges i Resid.	Francesc Almazán
<i>Vocals de Vegueries</i>	
Barcelona	Anna Ballester Martínez
Girona	Emili Fortea Gimeno
Lleida	Ramon Anguera Farran
Manresa	Josep Lluís Hernández
Reus	Gemma Castillejo De Vilasante
Tarragona	Xavier Allué Martínez
Tortosa	Jaume Rosal Roig
Vic	Mireia Cabral Salvadores

Curs 2001/2002

President	Josep M. Mauri Puig
Vicepresid. Àrea Científ.	Diego L. Van Esso Arbolave
Vicepresid. À. Profes.	M. Josep Torregrosa Bertet
Vicepresid. À. Econ.	Rosa M. Isnard Blanchar
Secretari General	Romà Baraibar Castelló
Vocal Rel. Públiques	Alicia Mirada Vives
Vocal Att. Primària	Eulàlia De Muga Dòria
Vocal d'hospitals	Constantino Sabado Alvarez
Vocal d'activitats	Elisa Frutos Gallego
Vocal Form. i Doc.	Valentí Pineda Solas
Vocal Grups Treball	Antoni Natal Pujol
Vocal Publicacions	J. Albert Balaguer Santamaria
Coord. Metges i Resid.	Francesc Almazán
<i>Vocals de Vegueries</i>	
Barcelona	Anna Ballester Martínez
Girona	Emili Fortea Gimeno
Lleida	Ramon Anguera Farran
Manresa	Josep Lluís Hernández
Reus	Gemma Castillejo De Vilasante
Tarragona	Xavier Allué Martínez
Tortosa	Jaume Rosal Roig
Vic	Mireia Cabral Salvadores

Curs 2002/2004

President	Josep M. Mauri Puig
Vicepresid. Àrea Científ.	Diego L. Van Esso Arbolave
Vicepresid. À. Profes.	M. Josep Torregrosa Bertet
Vicepresid. À. Econ.	Rosa M. Isnard Blanchar
Secretari General	Romà Baraibar Castelló
Vocal Rel. Públiques	Alicia Mirada Vives
Vocal Att. Primària	Eulàlia De Muga Dòria
Vocal d'hospitals	Constantino Sabado Álvarez
Vocal d'activitats	Elisa Frutos Gallego

Vocal Form. i Doc.	Valentí Pineda Solas
Vocal Grups Treball	Antoni Natal Pujol
Vocal Publicacions	J. Albert Balaguer Santamaria
Coord. Metges i Resid.	Francesc Almazán
<i>Vocals de Vegueries</i>	
Barcelona	Anna Ballester Martínez
Girona	Emili Fortea Gimeno
Lleida	Ramon Anguera Farran
Manresa	Josep Lluís Hernández
Reus	Gemma Castillejo De Vilasante
Tarragona	Xavier Allué Martínez
Tortosa	Jaume Rosal Roig
Vic	Mireia Cabral Salvadores

Curs 2004/2006

President	Xavier Demestre Guasch
Vicepresid. Àrea Científ.	Soledad Gallego Melcon
Vicepresid. À. Profes.	Jaume Iglésias Solà
Vicepresid. À. Econ.	Montserrat Castañon Garcia-Alix
Secretari General	Montserrat Torrent i Español
Vocal Rel. Públiques	Xavier Viñallonga i Sardà
Vocal Att. Primària	Josep Bras Marquillas
Vocal d'hospitals	Joan Josep Garcia i Garcia
Vocal d'activitats	Eduard Solé i Mir
Vocal Form. i Doc.	Carlos Rodrigo Gonzalo De Liria
Vocal Grups Treball	Josefa Rivera Lujan
Vocal Publicacions	Xavier Bruna Pérez
Coord. Metges i Resid.	Sònia Brió
<i>Vocals de Vegueries</i>	
Barcelona	Charo Díaz Martín
Girona	Francesc Mir Maristany
Lleida	Xavier Bringué Espuny
Manresa	Josep Ma. Muixí i Roset
Reus	Gemma Castillejo De Vilasante
Tarragona	Manuel Jariod i Pàmias
Tortosa	Josep Mercè Gratacós
Vic	Eduard Guasch i Jordan

Curs 2006/2008

President	Jaume Iglésias Solà
Vicepresid. Àrea Científ.	Josefa Rivera Lujan
Vicepresid. À. Profes.	Xavier Bruna Perez
Vicepresid. À. Econ.	Montserrat Castañon Garcia-Alix
Secretari General	Xavier Ropadre Saura
Vocal Rel. Públiques	Carlos Rodrigo Gonzalo De Liria
Vocal Att. Primària	Elisa De Frutos Gallego
Vocal D'hospitals	Thais Agut Quijano
Vocal D'activitats	Montserrat Torrent Español
Vocal Form. i Doc.	Concepció Figueras Nadal

Vocal Grups Treball	Maria Teresa Esqué Ruiz
Vocal Publicacions	Antoni Castellvi Gil
Coord. Metges i Resid.	Ruben Berruenco Moreno
<i>Vocals de Vegueries</i>	
Barcelona	Charo Díaz Martín
Girona	Francesc Bastida Fenoy
Lleida	Neus Pociello Albiñana
Manresa	Xavier Giner Cros
Reus	Esther Castellarnau
Tarragona	Albert Feliu Rovira
Tortosa	Joseph Mercè Gratacós
Vic	Ma. Àngels Rifà Pujol

Curs 2008/2010

President	Vicente Molina
Vicepresid. Àrea Científ.	Valentí Pineda
Vicepresid. À. Profes.	Manuel F. Enrúbia
Vicepresid. À. Econ.	Francisco Javier Parri
Secretari General	Xavier Riopedre
Vocal Rel. Públiques	Carlos Rodrigo
Vocal att. Primària	Elisa de Frutos
Vocal d'Hospitals	Thais Agut
Vocal d'Activitats	Montserrat Torrent
Vocal Form. i Doc.	Ma. Concepció Figueras
Vocal Grups Treball	Ma. Teresa Esqué
Vocal Publicacions	Xavier Bruna
Coord. Metges i Resid.	Clàudia Coderch
<i>Vocals de Vegueries</i>	
Barcelona	Amàlia Zuasnabar
Girona	Mar Calvo
Lleida	Neus Pociello
Manresa	Xavier Giner
Reus	Albert Feliu
Tarragona	Ester Castellarnau
Tortosa	Miquel Navarro
Vic	Ma. Àngels Rifà

Curs 2010/2011

President	Vicente Molina
Vicepresid. Àrea Científ.	Valentí Pineda
Vicepresid. À. Profes.	Manuel F. Enrúbia
Vicepresid. À. Econ.	Francisco Javier Parri
Secretari General	Eugènia Ortola
Vocal Rel. Públiques	Alvaro Diaz
Vocal att. Primària	Ma. Carmen Monzón
Vocal d'Hospitals	Esperanza Castejón
Vocal d'Activitats	Gemma Arca
Vocal Form. i Doc.	Ma. Concepció Céspedes
Vocal Grups Treball	Isabel Badell

Vocal Publicacions	Xavier Bruna
Coord. Metges i Resid.	Georgina Artigas
<i>Vocals de Vegueries</i>	
Barcelona	Amàlia Zuasnabar
Girona	Mar Calvo
Lleida	Mireia Biosca
Manresa	Montserrat Garriga
Reus	Rosa Colléll
Tarragona	Raquel Monné
Tortosa	Miquel Navarro
Vic	Pere Domenech

Curs 2011/2012

President	Vicente Molina
Vicepresid. Àrea Científ.	Valentí Pineda
Vicepresid. À. Profes.	Manuel F. Enrúbia
Vicepresid. À. Econ.	Francisco Javier Parri
Secretari General	Eugènia Ortola
Vocal Rel. Públiques	Alvaro Diaz
Vocal Form. i Doc.	Ma. Concepció Céspedes
Vocal Coord. Grups Treb.	Isabel Badell
Vocal de publicacions	Xavier Buna
Vocal d'atenció primària	M. Carmen Monzón
Vocal d'hospitals	Esperanza Castejón
Vocal Coord. Resid.	Georgina Artigas
Vocal d'activitats	Gemma Arca
Vocal Rel. Públiques	Alvaro Diaz
<i>Vocals de Vegueries</i>	
- Barcelona	M ^a Lluïsa Masiques
- Girona	Mar Calvo
- Lleida	Mireia Biosca
- Manresa	Montserrat Garriga
- Reus	Rosa Colléll
- Tarragona	Raquel Monné
- Tortosa	Miquel Navarro
- Vic	Pere Domenech

Curs 2012/2013

Presidència	Ferran A. Moraga
Vicepresid. Àrea Científ.	Iolanda Jordan
Vicepresid. À. Profes.	Xavier Pérez Porcuna
Vicepresid. À. Econ.	Rosa Ma. Isnard
Secretaria	Eugènia Ortola
Vocal 1	Xavier Bruna
Vocal 2	Isabel Badell
Vocal 3	Alvaro Diaz
Vocal 4	Gemma Arca
Vocal 5	Ma. Concepció Céspedes
Vocal 6	Esperanza Castejón

Vocal d'atenció primària M. Carmen Monzón
 Vocal Coord. Resid. Georgina Artigas

Vocals de Vegueries

· Barcelona Maria Lluïsa Masiques
 · Girona Mar Calvo
 · Lleida Mireia Biosca
 · Manresa Montserrat Garriga
 · Reus Rosa Collell
 · Tarragona Raquel Monné
 · Tortosa Miquel Navarro
 · Vic Pere Domenech

Curs 2013/2014

Presidència Ferran A. Moraga
 Vicepresid. Àrea Científ. Iolanda Jordan
 Vicepresid. À. Profes. Xavier Pérez Porcuna
 Vicepresid. À. Econ. Rosa Ma. Isnard
 Secretaria Eugènia Ortola
 Vocal 1 Alicia Mirada
 Vocal 2 Isabel Badell
 Vocal 3 Álvaro Diaz
 Vocal 4 Maria Méndez
 Vocal 5 Ma. Concepció Cespedes
 Vocal 6 Esperanza Castejón
 Vocal d'atenció primària Manel Enrúbia
 Vocal Coord. Resid. Joana Herrero

Vocals de Vegueries

· Barcelona Maria Lluïsa Masiques
 · Girona Anna Ballester
 · Lleida Mireia Biosca
 · Manresa Montserrat Garriga
 · Reus Rosa Collell
 · Tarragona Raquel Monné
 · Tortosa Pere Genaró
 · Vic Pere Domenech

Curs 2014/2015

Presidència Ferran A. Moraga
 Vicepresid. Àrea Científ. Iolanda Jordan
 Vicepresid. À. Profes. Xavier Pérez Porcuna
 Vicepresid. À. Econ. Rosa Ma. Isnard
 Secretaria M. Concepció Céspedes
 Vocal 1 Alicia Mirada
 Vocal 2 Ana Pérez
 Vocal 3 Amalia Arce
 Vocal 4 Maria Méndez
 Vocal 5 Cesar W. Ruiz
 Vocal 6 Joaquim Maldonado
 Vocal d'atenció primària Manel Enrúbia
 Vocal Coord. Resid. Joana Herrero

Vocals de Vegueries

· Barcelona Maria Lluïsa Masiques
 · Girona Anna Ballester
 · Lleida Laura Minguell
 · Manresa Laura Bilbao
 · Reus Olga Salvadó
 · Tarragona Esther Parada
 · Tortosa Pere Genaró
 · Vic Ariadna Rufach

Grups de Treball actius el curs 2015-2016

Grups

GdT d'Activitat Física i Esport
GdT d'Al·lèrgia
GdT de Cures Pal·liatives i cronicitat
GdT de Cures Intensives-GIP
GdT d'Endocrinologia
GdT de Gastroenterologia
Grup d'Immunodeficiències
GdT de Malalties Infeccioses
GdT de Mort sobtada
GdT de Neonatologia-GEN
GdT de Neurologia pediàtrica
GdT de Pediatria Social
GdT de Pneumologia
GdT d'Urgències

Coordinador

Enrique Pérez
Mònica Piquer
Sergi Navarro
David Vila
Mònica Peitx
Roger Garcia
Pere Soler
Núria López
Gemma Claret
Marcos Linés
Àngels Garcia-Cazorla
Antoni Martínez-Roig
Ernesto Sánchez
Carles Luaces

Secretaria administrativa



Natàlia Corominas



Marta Torrent

Fundació Catalana de Pediatria

Major de Can Caralleu, 1-7

08017 Barcelona

www.scpediatria@academia.cat

Aquesta obra respon a una iniciativa de la



l'edició ha comptat amb el patrocini de

Vetllant per la transparència, informem que GSK ha col·laborat en el finançament d'aquesta publicació. No obstant això, GSK no ha intervingut en el disseny ni en la selecció dels autors, de manera que no es fa responsable dels continguts o les manifestacions lliurement expressades, ni els subscriu. GSK recomana sempre utilitzar els seus productes d'acord amb la fitxa tècnica aprovada per les autoritats sanitàries.

i l'ajut de



ELS ANTECEDENTS

Casassas O, Ramis J.

Metges de nens.

Cent anys de pediatria a Catalunya.

Barcelona:

Edicions de la Magrana, 1993.



Fundació Catalana de Pediatria.
Major de Can Caralleu, 1-7
08017 Barcelona

www.scpediatria.cat
scpediatria@academia.cat

