

Pediatras Directores de Equipo de Atención Primaria: ¿un enfoque distinto de la gestión?

FJ. Sanz Santaefemia^a, E. Escribano Ceruelo^b,
ME. García Talavera^c

^aPediatra y Coordinador Médico. CS Baviera. Madrid

^bPediatra. CS Barcelona. Móstoles, Madrid.

^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 661-665

Francisco José Sanz Santaefemia, fsanz.gapm02@salud.madrid.org

Las pretéritas épocas de principios de los 80 en el pasado siglo, no tan lejanas en el tiempo aunque sí en el pensamiento, nos mostraban centros sanitarios llamados consultorios en los que existían numerosos profesionales médicos, llamados "de cupo", que atendían en franjas horarias de 2 horas y media como máximo una demanda media de unos 60 pacientes, recibiendo apoyo escribiente de una enfermera llamada "ATS de consulta". El engranaje funcionaba con ciertos chirridos en los goznes que eran manejados con sumo esfuerzo por un médico denominado "portavoz" y una enfermera con cierto rango de jefatura en la toma de decisiones y la comunicación con la Dirección, que se denominaba "Adjunta". La Reforma im-

pulsada por el tristemente desaparecido Profesor Ernest Lluch, a la sazón Ministro de Sanidad de la época, constituyó un auténtico vuelco en la personalización de la atención sanitaria y en la gestión de recursos.

Los médicos pasaron a trabajar turnos de 7 horas, comenzaron a implantarse programas de prevención, de promoción de la salud e incluso de participación ciudadana en la vida sanitaria de la Zona Básica de Salud. Alguien tenía que canalizar esos abundantes y repentinos cambios y, además, adecuar el presupuesto concedido a todas las ofertas presentadas y, por qué no decirlo, a numerosas demandas de los usuarios del Sistema Público de Salud; la figura de Coordinador fue cobrando cuerpo hasta

convertirse en lo que hoy parece ser: un médico nombrado por el Gerente oído del Equipo que, comprometido con los criterios marcados por la Organización, antes nacional ahora autonómica, ajusta variables ilimitadas (deseos, propuestas, ciclos de mejora, en definitiva, necesidades de demanda) con recursos limitados (materiales, económicos y humanos) de manera lo más consensuada posible, aun a riesgo de sufrir el efecto "sandwich" entre sus propios compañeros y la Gerencia.

En la Comunidad de Madrid, desde las transferencias efectuadas el 1 de enero de 2002, la Dirección de Equipo o Coordinación de Centro (a partir de este momento se emplearán indistintamente cualesquiera de las dos denominaciones), la figura de Coordinador sólo puede ser desempeñada por un Facultativo Médico; huiremos de la tentación de interpretar las bondades de otros trabajadores de un Centro de Salud para desempeñar este puesto ya que este análisis escapa del objeto de este escrito. Así las cosas, sólo médicos de familia o pediatras están capacitados legalmente para asumir dicha tarea. En los párrafos siguientes trataremos de sustentar la creencia de una mayor dificultad para desarrollar y atender los objetivos de Dirección en un pediatra frente a un mé-

dico de familia basándonos en los siguientes puntos:

1. Criterios demográficos

En el Área 2 de la Comunidad de Madrid, la población de 0 a 14 años censada en diciembre de 2002 es de 50.725 (de un total de unas 415.000 personas aproximadamente), lo que representa poco más del 12%¹. Este dato es bastante parejo al que presentan otras áreas de nuestro entorno; si cabe, puede ser incluso inferior en zonas predominantemente urbanas donde la población anciana es mayoría. A un pediatra coordinador, que realiza asistencia a población infantil, que cumple o pretende cumplir programas de prevención (hábitos tóxicos, trastornos alimentarios, etc.) y de promoción de Salud (estilos de vida, dieta sana...) le resultará francamente difícil optar por actividades dirigidas a la población infantil cuando ésta representa la décima parte de su zona básica, sin olvidar que el número de pediatras en un Centro de Salud estándar viene a ser el 15% del total de facultativos de ese centro.

2. Cartera de servicios

De 32 servicios ofertados a la población según las directrices marcadas por la Consejería de Sanidad de la Comunidad

de Madrid, los puramente pediátricos se reducen a 5 (consulta de niños, revisiones 0-23 meses, 2-5 años, 6-14 años y vacunaciones); Atención al Joven se recomienda por encima de los 15 años, Salud bucodental ya no se computó en Cartera 2003 y Vacunaciones de Gripe a población infantil es una oferta mixta. Echando un simple vistazo a los servicios de adultos, el pediatra coordinador se plantea cómo un niño asmático no está incluido en Cartera cuando un bronquítico crónico de mediana edad sí lo está, o por qué el niño obeso no lo es tanto si no alcanza un Índice de Masa Corporal superior a 30 (criterio de Inclusión en Servicio de Obesidad). El pediatra director de centro ve disminuida su motivación para la consecución de objetivos pactados en el Programa de Actuación Sanitaria, ya que los específicamente suyos son minoría. Podríamos extendernos más aun en el beneficio de la inclusión de nuevos servicios infantiles estrictos (enuresis, trastornos de rendimiento escolar...), pero posiblemente ése sea un compromiso estructural que tampoco afecta al quehacer diario de un pediatra director de equipo.

3. Gasto farmacéutico

En un Centro tipo de una zona urbana el presupuesto para farmacia alcanzó en 2003 los 2,1 millones de euros para ad-

quisición directa (excluidos pañales de incontinencia y tiras reactivas para diabéticos). Aun no especificando presupuestos unipersonales sino globales de Equipo y conociendo la contumaz tendencia a gastar más de lo inicialmente recomendado, la facturación en recetas de los pediatras no llegó a 22.000 euros, esto es, en torno al 1% del total presupuestado; el otro 99% es gasto derivado de la atención a pacientes adultos. Reconociendo no padecer excesiva prescripción inducida de especializada y asumiendo la condición ventajosa de no prescribir maravillosas estatinas de última generación o inhibidores del sistema renina-angiotensina de máxima efectividad cuyo precio es disparado, parece razonable pensar que el control del gasto en Pediatría no sólo se debe a una coyuntura favorable desde el punto de vista económico-farmacéutico ni a una serie casual de factores exógenos beneficiosos para los pediatras, más aun, como si de un efecto *boomerang* se tratase, puede inducir a pensar que los pediatras de Atención Primaria son meros puericultores receptores de mocos y cacas que no precisan gasto para su control (craso error). Se infieren, por tanto, las dificultades que el pediatra coordinador tendrá, en primer lugar, para conocer en profundidad los fármacos sobre los que trabajar para contener gasto (no los maneja habi-

tualmente); en segundo lugar, para postular acciones basadas en la evidencia (¿o eficiencia?)² científica para conseguir tal propósito y, en último lugar, para compartir o asumir como propios los indicadores de calidad de prescripción recomendados por la empresa (uso de genéricos, uso racional del medicamento), de los cuales el 80% son para pacientes adultos y en el 20% restante las exigencias para pediatras son sensiblemente superiores (por ejemplo, antibióticos de elección, objetivo para médicos de familia 82%, para pediatras 95%).

4. Docencia y formación continuada, vacaciones: suplencias de profesionales

Llegamos al muy espinoso campo de suplir a profesionales sanitarios cuando se ausentan por diversas causas (enfermedad, días de libre disposición, períodos de vacaciones o asistencia a actividades formativas). Es sabido por todos la secular complicación que supone buscar a alguien que cubra temporalmente una consulta de Pediatría de Atención Primaria, –encontrar además a un especialista MIR en Pediatría se antoja imposible–; si a ello sumamos la posibilidad bastante frecuente de que un Centro no disponga de más de dos pediatras por turno, la petición de una actividad docente o de días de libre disposición en épocas com-

prometidas supone una difícil búsqueda de consenso entre pediatra peticionario y pediatra coordinador, ya que la solución mejor para los intereses del Equipo sería la sobrecarga de actividad asistencial al compañero del mismo turno para así poder conceder el permiso solicitado. Si además existe pediatra en turno único (debe ser suplido obligadamente puesto que la actividad asistencial no se puede suprimir), la elección final representa un auténtico problema de conciencia para el Director de Equipo, que sigue siendo pediatra a pesar de todo. Esta circunstancia no ocurre con médicos de adultos, pues suele haber más de dos médicos de familia por turno por motivos puramente poblacionales, de modo que el reparto equitativo (dentro de la conocida sobrecarga que todos sufrimos) es bastante más sencillo.

5. Formación pre y postgrado

Hemos dejado deliberadamente para el último punto lo que bien podría haber sido el principio de la exposición. Cualquiera Licenciado en Medicina (hasta el año 1995 en Medicina y Cirugía) cuya fecha de licenciatura sea a mediados de los 90 (los del nuevo milenio no suelen ser coordinadores, de hecho, muchos no han acabado aún el período de residencia) no ha tenido en la carrera una asig-

natura de Atención Primaria y sólo ha recibido mínimas pinceladas marginales sobre conceptos y estrategias de gestión sanitaria. El mundo clínico-financiero en el Centro de Salud es algo absolutamente nuevo. Quien optó por formarse en Medicina Familiar y Comunitaria estuvo el último año de residencia en un Centro de Atención Primaria empapándose de conceptos clínicos y también de gestión tutorizado por un médico de familia. Quien optó por la Pediatría y sus Áreas Específicas descubrió tarde que una de las principales salidas profesionales públicas se encuentra en la Atención Primaria, y parte de su último año de residencia lo disfrutó formándose en técnicas o protocolos superespecializados relacionados con su Área Específica infantil elegida cuya aplicación en la práctica extrahospitalaria es escasa. Dicho de otro modo, y para concluir, el médico de fa-

milia accede a la coordinación con unos mínimos fundamentos técnicos en gestión, y el pediatra de una manera absolutamente virgen. Quizás debería organizarse un mínimo programa formativo para todo aquel que acceda a este puesto³.

Finalmente, sólo nos resta decir que esperamos que este escrito ilustre, en cierta medida, las contrariedades que el pediatra encuentra en su trayecto como Director de Equipo, situación de por sí plagada de obstáculos personales, profesionales e institucionales para todo aquel que se atreva con la aventura. Deseamos que los futuros cambios que se avecinan en el panorama diseñado por el Instituto Madrileño de la Salud redunden en beneficio de la dignidad profesional de todos los médicos y de nuestros pacientes, causa última por la que aquí estamos.

Bibliografía

1. IMS. Población por centros asistenciales y municipios según Tarjetas Sanitarias Individuales emitidas. Madrid: Directorio Área 2, Atención Primaria, IMS; 2003.

2. Gené Badía J. De la autogestión a la dirección clínica. *Aten Primaria* 2001; 28(3): 149-150.

3. Matesanz R. Gestión clínica: ¿por qué y para qué? *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 222-226.

