

## El modelo de atención al niño

Junta Directiva de la AEPap

---

*Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:549-556*

La perspectiva del siglo XXI desde la gestión sanitaria percibe la infancia como un grupo poblacional que necesita escasa atención y recursos. Esta falta de visibilidad es consecuencia, entre otros factores, de las bajas tasas de mortalidad infantil y de las altas coberturas vacunales. Sin embargo, desde nuestra perspectiva, observamos signos preocupantes, debido por un lado a la carencia de pediatras, que son los profesionales que más han contribuido a mejorar dichos indicadores y, por otro, a la ausencia de respuesta por parte de las autoridades sanitarias sobre la atención pública al niño<sup>1,2</sup>.

En nuestro país en la década de los años ochenta hubo una profunda reforma de la Atención Primaria (AP) y los ambulatorios tradicionales se transformaron en centros de salud. Este hecho ha coincidido de forma paralela con la llegada de un gran número de profesionales formados vía MIR, muy cualifica-

dos, al ámbito de la AP, que han contribuido a renovar el tipo de atención sanitaria recibida por la población infantil, aumentando su calidad. A los servicios anteriores, como vacunaciones, detección de metabopatías o salud escolar, se sumaron nuevos servicios implantados en la red pública de servicios de atención al niño, como educación maternal o programas de supervisión de la salud. La nueva red de equipos de AP es percibida en España como más dinámica, se basa en el uso de historias y protocolos clínicos, permite una reducción en las prescripciones y las derivaciones y una mayor dedicación de tiempo al paciente, para asegurar con todo ello un aumento de la calidad del servicio. En estudios comparativos entre los distintos modelos de atención de distintos países nuestro sistema de salud sale fortalecido<sup>3</sup>.

Los cambios sociales y demográficos producidos en nuestro país en los últi-

mos años han afectado también al ámbito infantil. La salud viene determinada por las condiciones del entorno y un porcentaje de nuestros niños procede de familias inmigrantes o de adopción internacional, vive en los límites de la pobreza, o forma parte de familias desestructuradas<sup>4,5</sup>.

Algunos de los problemas de salud más prevalentes (Tabla I) tienen un alto nivel de complejidad, como la obesidad, las discapacidades, o las enfermedades crónicas como asma o déficit de atención e hiperactividad, embarazo y aborto en adolescentes o trastornos del comportamiento alimentario por citar sólo algunos. También son frecuentes conductas de riesgo como sedentarismo, consumo de comida basura, tabaquismo, violencia en las aulas y contra los niños<sup>6</sup> a las que es preciso dar una respuesta desde el ámbito sanitario.

Finalmente, muchas enfermedades del adulto (ver Tabla I) tienen su co-

mienzo en la infancia y la prevención y promoción de la salud en estas edades puede aumentar el bienestar de la futura población. Los indudables avances de la tecnología médica en las últimas décadas no han demostrado suficiente eficacia en corregir estos problemas<sup>7</sup>.

Los médicos en España parecen soportar una carga de trabajo superior a la de otros países cercanos, aunque han ido aumentando el personal y las infraestructuras. Nuestro país tiene unas altas tasas de frecuentación en las consultas. En las publicaciones de la década de los noventa, se comentaba que había abundancia de médicos en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) y ello condicionó políticas estrictas de selectividad en las universidades<sup>8,9</sup>. Sin embargo, la situación ha cambiado y en el momento actual se ha invertido la tendencia. Nuestro país evoluciona de forma similar a otros países occidentales en cuanto al déficit de profesionales y es muy posible que esa

Tabla I. Salud año 2010. Principales indicadores<sup>4</sup>

| Indicadores de estilo de vida | Indicadores para los sistemas de salud |
|-------------------------------|--|
| Uso del tabaco                | Vacunación                             |
| Poca actividad física         | Salud mental                           |
| Sobrepeso y obesidad          | Violencia y prevención de accidentes   |
| Abuso de drogas               | Accesibilidad al cuidado de salud      |
| Conducta sexual responsable   | Calidad del entorno                    |

carencia se manifieste en los próximos años de forma global en nuestro sistema sanitario<sup>10,11</sup>.

Los pediatras de Atención Primaria (PAP), suponen más de 5.000 profesionales en la totalidad del Estado español, y constituye uno de los colectivos más numerosos tras los Médicos de Familia (MF). En los medios de comunicación profesionales se sitúa la Pediatría, como una especialidad amenazada a medio plazo por la carencia de profesionales y se constatan en muchas zonas del país dificultades para cubrir las plazas y las suplencias<sup>10</sup>.

Nuestra impresión es que esa situación es consecuencia de una falta de previsión de las autoridades. Es cierto que la Pediatría se ve afectada por la crisis demográfica que sacude al colectivo médico español, como consecuencia de las medidas selectivas que se aplicaron para restringir la entrada de alumnos en las facultades de medicina en los años setenta y ochenta. La situación ha cambiado mucho desde entonces y aquellas medidas que se adoptaron pueden no ser adecuadas en la actualidad. Ese fenómeno se agrava por la limitación de las plazas MIR, única vía que garantiza la calidad de la formación médica en el postgrado<sup>10</sup>.

Otro aspecto clave de nuestro sistema sanitario es que aún hoy está más cen-

trado en los hospitales que en la AP. La cifra óptima recomendada desde la OMS es del 50% de efectivos en cada ámbito, lo que no se corresponde con nuestra realidad<sup>12</sup>.

En este contexto de cambio, algunos sectores de MF propugnan implantar en nuestro país los modelos de atención pediátrica de otros países<sup>13,14</sup>. En ellos, el MF es la única puerta de entrada en la AP. En España, durante la formación MIR de MF el entrenamiento en Pediatría se limita a sólo dos meses; además, la complejidad que tiene la patología y la atención a los niños nos lleva a un debate estéril. En otros países, como Italia y Estados Unidos de América también los pediatras están en AP. Katz reflexiona sobre el modelo europeo de provisión de servicios en AP y encuentra nuestro modelo como más coste/efectivo, ya que implica menos recursos, es más acorde con las particulares necesidades de los niños y disminuye las hospitalizaciones. Otros países como Inglaterra se están planteando crear unidades pediátricas comunitarias. También esta supuesta alternativa se diluye con la fuga de profesionales generalistas hacia ámbitos más atractivos de trabajo como los países del norte de Europa y Gran Bretaña<sup>14</sup>.

Algunas otras propuestas son inadmisibles en este contexto, como plantear

reducir la asistencia directa a los niños por parte de los pediatras de AP hasta los 3 años, porque tratan de perpetuar un sistema de asistencia sanitaria todavía más centrado en los hospitales que en la AP y proponen un límite arbitrario en contradicción con el desarrollo del niño<sup>15</sup>.

La atención sanitaria infantil, precisa de profesionales que asuman la bandera de abogados y líderes en la comunidad frente a esta nueva morbilidad. La PAP es una filosofía que se basa en una visión integral de la salud del niño, y facilita la accesibilidad y la cercanía a los padres. Tiene una concepción multidisciplinaria del trabajo y se apoya en un equipo para abordar mejor los problemas y sobre todo considera imprescindibles los aspectos relacionados con la prevención y la promoción de la salud<sup>16</sup>.

La Academia Americana de Pediatría recuerda en una reciente declaración, la dimensión comunitaria de la PAP<sup>17</sup> y destaca los siguientes aspectos:

- Una perspectiva que amplía el foco de interés a todos los niños en una comunidad.
- Un reconocimiento de que la familia, la educación, el medio y la economía, actúan de forma favorable o desfavorable, pero siempre significativamente en la salud del niño.

- La buena práctica es una síntesis entre promover la salud del niño y promocionar la salud de todos ellos en el seno de la familia, la escuela y la comunidad.
- Es una obligación usar los recursos comunitarios en colaboración con otros profesionales, padres y agentes de salud para asegurar una óptima accesibilidad y calidad de servicio, especialmente para aquellos que tienen desventajas a causa de razones económicas, sociales o como consecuencia de sus especiales necesidades.
- Debe ser un componente de la ocupación y papel del pediatra.

El pediatra de AP moderno debe:

- Trabajar de forma interdisciplinaria y colaborar con todos los agentes que contribuyen al bienestar del niño.
- Buscar y utilizar los datos epidemiológicos y los recursos de su zona de influencia.
- Abogar por promover espacios y conductas saludables en el colegio y la comunidad.

Nuestro modelo precisa cambios, centrados en el papel del PAP, corrigiendo un excesivo énfasis en la atención individual y dimensionando en mayor medida la actividad comunitaria en combi-

nación con otros profesionales y ciudadanos. Los niños dependen de la interacción con la comunidad en la que ellos viven: padres históricos de la Pediatría, como Jacobi, ya reconocían que la forma más plena de responder a las necesidades de los niños es en el contexto de la familia y la comunidad en la que viven<sup>18</sup>.

Todo ello sin olvidar que la mayor parte del trabajo del pediatra tiene que ver con el diagnóstico y manejo de las enfermedades infecciosas. No obstante, es posible que en el futuro, tengan mayor trascendencia el tratamiento del trauma menor o del niño que sufre un deterioro grave y el tratamiento de las enfermedades crónicas. Para ello se precisa de un entrenamiento sólido y una formación continuada, difícilmente alcanzables de manera satisfactoria cuando éste no es el único marco de actuación<sup>17</sup>.

Un segundo aspecto fundamental es tener la vocación de trabajar con los niños, que no está muy generalizada en las especialidades diferentes a la Pediatría. Un objetivo de los servicios sanitarios es elevar la satisfacción del usuario infantil y hacerle más cómoda y menos traumática su vivencia de la enfermedad. En tercer lugar, en los medios de comunicación se manifiesta con gran firmeza la exigencia de los padres de

que sus hijos sean atendidos por pediatras en los centros de salud<sup>5</sup>.

Finalmente, los PAP deben disponer de recursos tecnológicos y de acceso a pruebas diagnósticas que eviten la hospitalización innecesaria, junto al desarrollo de una adecuada coordinación con los especialistas hospitalarios. Saludamos como positivos la implantación de guías de práctica y procesos que fomenten la relación entre niveles asistenciales.

La AP tiene una baja prioridad política, lo que se plasma también en la escasa implicación de las autoridades en el lanzamiento de iniciativas innovadoras en este campo. Tenemos una apremiante necesidad de gestionar los servicios sanitarios con una mayor eficiencia mediante la transferencia de responsabilidades (y riesgos) a los proveedores, y el aumento de la autonomía de los hospitales y los centros de salud, especialmente en términos de la organización y gestión del día a día, o el aumento de capacidad de resolución y la implicación de los profesionales sanitarios, particularmente médicos, en la gestión clínica. En este contexto uno de los factores limitantes son los horarios laborales rígidos, que se deberían pactar libremente por el equipo de salud infantil sin imposiciones, según la fórmula que éste considere más idónea para conseguir los resulta-

dos: indicadores de salud, eficacia en el uso de los recursos, satisfacción de los pacientes. Se trataría de adaptar el horario al ritmo más adecuado para la eficacia de los trabajadores y no al revés. De esta forma, se podrían conseguir más fácilmente espacios para tareas no asistenciales como formación, docencia, investigación, visitas comunitarias u organización interna y distribuir la agenda asistencial de tal forma que se consiguiese un tiempo adecuado por visita. En las distintas gerencias y distritos sanitarios en este momento de carestía no se plantean medidas de compensación a los profesionales, se fomentan las consultas dobles y se impiden las actividades de formación: con ello fomentan el *burn-out* y no hacen atractivo el trabajo de pediatra, lo que en muchos casos favorece el hospitalocentrismo y la emigración profesional<sup>17</sup>.

Precisamos medidas de choque. Ante ese déficit de profesionales, es preciso afrontar el problema en su conjunto, con medidas a largo plazo: en el pregrado, incrementando el número de estudiantes, sin menoscabo por supuesto de una adecuada calidad docente, que se concretaría dentro de unos 10-12 años. A medio plazo, incrementando las plazas MIR; y de manera inmediata, precisamos de un ajuste de los cupos de cada profesional de

forma adecuada y buscar, fuera de nuestras fronteras, más profesionales a los que resulte atractivo trabajar en PAP en España y dispongan de competencia para ello<sup>11</sup>.

Se precisan cambios en nuestro modelo formativo, que permitan al MIR de Pediatría ampliar sus conocimientos en Pediatría comunitaria e impregnarse de una visión más biopsicosocial y holística que sólo será posible con períodos de estancia significativos en AP<sup>19,20</sup>.

Nuestro trabajo precisa de la interrelación con otros profesionales. Aunque los PAP asuman el liderazgo, necesitamos buena coordinación y apoyo de otros profesionales implicados en la atención infantil en la comunidad, como enfermería pediátrica o trabajadores sociales, y finalmente deberíamos disponer de personal de apoyo, que reduzcan las tareas burocráticas.

Ante esta situación, y como posibles soluciones proponemos:

- Favorecer la medicina pública ofertando a los pediatras unas salidas laborales dignas con tiempos de consulta adecuados, capacidad de autoorganización así como disponer de tiempo para la formación continuada y la investigación.
- Aumento de la capacidad de resolución por el PAP.

- Dar mayor peso a los programas infantiles en la cartera de servicios.
- Formación MIR por AP, aprovechando al máximo la capacidad docente de los hospitales para cubrir las necesidades. Incrementar la dotación de plazas.
- Captar pediatras de otros países como medida de emergencia y como opción más favorable de Latinoamérica.
- Prolongar la edad de jubilación para los pediatras que deseen continuar en activo.

---

## Bibliografía

1. Solsona M, Viciano F. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 1:S8-15.
2. Colomer Revuelta C, Colomer Revuelta J, Mercer R, Peiro-Pérez R, Rajmil L. La salud en la infancia. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 1:S39-46.
3. Ruiz-Canela J, Martín P. Futuro de la Pediatría de Atención Primaria desde la perspectiva de un pediatra de hoy. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004;6:187-197.
4. Satcher D, Kaczorowski J, Topa D. The expanding role of the pediatrician in improving child health in the 21st century. *Pediatrics.* 2005;115 (4 Suppl):S1124-1128.
5. Mauri JM. Anàlisi prospectiva Delphi: el futur de la salut infantil i de la pediatria a Espanya. *Pediatr Catalana.* 2002;62:172-174.
6. Leslie L, Rappo P, Abelson H, Jenkins RR, Sewall SR, Chesney RW, et al. Final report of the FOPE II Pediatric Generalists of the Future Workgroup. *Pediatrics.* 2000;106:1199-1223.
7. Forrest CB, Riley AW. Childhood Origins Of Adult Health: A Basis For Life-Course Health Policy. *Health Aff.* 2004;23:155-164.
8. Pedraza Muriel V. Recursos humanos del sistema de salud: una reforma pendiente. *Med Clin (Barc).* 2001;116:779-781.
9. González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. *Gac Sanit.* 2000;14: 237-246.
10. Ruiz-Canela J, Malmierca F. Necesidades de pediatras de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7 Supl 1:S145-155.
11. Amaya C, García Pérez MA. Demografía Médica en España. Madrid: Fundación CESM ed.;2005.
12. El Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios. Evolución de la Atención Primaria de salud en España. Madrid: Publicaciones Ministerio de Sanidad. En prensa.
13. Buitrago RF. Los pediatras de centros de salud como consultores de los médicos de familia. *Aten Primaria.* 2001;27:217-219.
14. Seguí Díaz M. ¿Supone alguna ventaja la especialización de la atención del niño en Atención Primaria? *Aten Primaria.* 2002;30:416-417.
15. Vall Combelles O, García Algar O. Pediatras, pediatría y comunidad. *Cuadernos Pediatría Social.* 2005;7:4-6.
16. Curtis E, Waterston T. Community paediatrics and change. *Arch Dis Child.* 2002; 86:227-229.
17. Committee on Community Health Services. The Pediatrician's Role in Community Pediatrics. *Pediatrics.* 2005;115:1092-1094.

18. Rezet B, Risko W, Blaschke GS. Competency in community pediatrics: consensus statement of the Dyson Initiative Curriculum Committee. *Pediatrics*. 2005;115(4 Suppl):S1172-1183.

19. García Puga J. Residentes, rotación por Atención Primaria y reconocimiento de centros de salud como "Unidades Docentes Asociadas". *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:369-374.

20. Domínguez Aurrecochea B. La formación MIR de Pediatría también desde Atención Primaria. El momento actual y propuestas imprescindibles para su mejora. Introducción. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 Supl 1:S97-99.

Ver también en este número: Paediatrics and primary care: a view from the UK (Hall D.) en la página 121.



## Corrección de errores

### Guía de Práctica Clínica: Enuresis nocturna primaria monosintomática en Atención Primaria

*Rev Pediatr Aten Primaria*, 2005, volumen 7, suplemento 3.

| Página (localización)                                    | Donde dice | Debe decir |
|--|------------|------------|
| 27 (Algoritmo, segunda línea)                            | ≤ 5 años   | < 5 años   |
| 42 (Columna derecha, párrafo 1, línea 4)                 | [IIb]      | [IV]       |
| 45 (Columna izquierda, párrafo 3, línea 4)               | [IV]       | [IIb]      |
| 45 (Columna izquierda, párrafo 3 [recuadro], línea 4)    | [C]        | [B]        |
| 86 (Columna derecha, párrafo 2, línea 3)                 | mellitus   | insipida   |
| 119 (Columna izquierda, párrafo 3 [texto azul], línea 6) | [IIb]      | [IV]       |
| 119 (Columna derecha, párrafo 3, línea 10)               | [IIb]      | [IV]       |
| 125 (Columna derecha, párrafo 1, línea 21)               | [IV]       | [IIb]      |
| 125 (Columna derecha, párrafo 2, línea 4)                | [C]        | [B]        |