

La pediatría en el modelo español de Atención Primaria

Eva Escribano

El pediatra es el responsable de la atención infanto-juvenil de la población española dentro de la Asistencia Primaria de Salud. En los últimos tiempos, vivimos desgraciadamente un "entorno de crisis". La muy prolongada década de reducción de los nacimientos, aderezada con escasas y poco eficaces políticas de promoción de la natalidad y el progresivo envejecimiento de la población, así como la necesidad del propio sistema de limitar y controlar el gasto sanitario han introducido dentro de nuestra especialidad un sentimiento de incertidumbre futura. Parece pues lógico reflexionar sobre los problemas y las características más importantes que definen a este modelo *¿hacia dónde vamos? y ¿a dónde queremos ir?*

1. La irreversibilidad del sistema

Como bien es conocido la Atención Primaria de salud de la población infantil en España corre a cargo mayoritariamente de pediatras, a diferencia de

otros países de nuestro entorno cercano. Y los pediatras creemos que ésto es beneficioso para los niños.

El sistema sanitario español es conocido como uno de los mejores de los países de nuestro alrededor, siendo además universal. La prestación sanitaria a la infancia por médicos pediatras es vivida como una conquista social de bienestar a la que los ciudadanos no están dispuestos a renunciar.

2. La edad pediátrica: ¿imposición o libre elección?

Desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad de 1986 y con la creación de los Centros de Salud se comenzaron a atender los niños en los Equipos de Atención Primaria y por pediatras hasta los 7 años de edad como en el modelo tradicional. Posteriormente los pacientes pudieron elegir entre medicina general y pediatría en el tramo de edad de 7 a 14 años, tras la aplicación del Real Decreto de Libre

Elección de Médico. El principal problema de este Real Decreto es su ambigüedad. *¿Quién debe atender a los niños en Atención Primaria?* En nuestra opinión los pediatras deben atender a los pacientes menores de 14 años como ocurre en los hospitales (ya es hora de que al menos nos igualemos).

Otro tema controvertido es *¿cuál debería ser el límite de la edad pediátrica?* Si tenemos en cuenta que la pediatría es la especialidad de la medicina que estudia el crecimiento y desarrollo de la persona, la edad pediátrica debería prolongarse hasta concluir la adolescencia, es decir, hasta los 18 años de edad, y no finalizar con ese corte arbitrario a los 14 años, en pleno proceso puberal, en el que bruscamente pasa a ser atendido por otro profesional.

Es lógico que los médicos generales y de familia no quieran perder este tramo de edad en el que algunos profesionales se sienten seguros y capaces en la resolución de los problemas del adolescente, y por los que perciben una parte de su salario. Y no quieran, por tanto, prolongar la edad pediátrica. Pero la realidad es que los pacientes a estas edades, poco consultadores en general, no acuden a los servicios de salud por enfermedades. La sociedad está demandando el cambio de atención al adolescente, que

es el que más serios problemas presenta actualmente con programas específicos dirigidos a la prevención de toxicomanías, embarazos no deseados, problemas socio familiares y de salud mental, etc; problemas todos ellos característicos de comienzo en esta edad y a los que por unas u otras razones no se les está dando especial atención en este momento.

El adolescente y su familia (bien informada y sin coacciones), debería en uso de su libertad elegir entre médico general y pediatra en ese tramo de edad (14 a 18 años).

3. El número de pacientes

Los cupos óptimos se sitúan entre 1.250 a 1.750 niños por pediatra en el territorio INSALUD (en otras comunidades no existe límite de pacientes), sin tener en cuenta la zona donde está ubicado ese profesional (características de frecuentación, nivel socioeconómico, turno...).

Pongamos como ejemplo la Comunidad de Madrid. En el global de Madrid, la media de adscripción por pediatra, es de unos 1.000 niños; esta cifra parece razonable aunque la realidad es que existen enormes desigualdades según los distritos y las áreas de Madrid, mayor aún entre los dos modelos de atención de equipos de Atención Primaria y el modelo tradicional.

Sin duda, éste es un problema que la administración sanitaria debe intentar solventar, aunque para ello se requiera la colaboración profesional de los pediatras, teniendo presentes los derechos adquiridos tras años de ejercicio en muy distintas condiciones.

En aquellos lugares en los que la población infantil es escasa, éstos son atendidos por médicos generales y en ocasiones por pediatras de área, figura impuesta por el INSALUD hace unos dos años, que tiene equivalentes en otras autonomías y que se está implantando de manera desigual tanto en zonas geográficas como en sus funciones. Ésta es una muestra más de la indefinición del modelo sanitario y en concreto de la Pediatría de Atención Primaria de las diferentes Administraciones sanitarias transferidas o no, que habría que perfilar sobre la base de la evaluación de los distintos resultados, con el fin de la unificar criterios en cuanto al modelo a seguir para todo el Sistema Nacional de Salud, al menos en unas líneas maestras básicas.

4. Calidad de la atención médica de los niños

El grado de satisfacción de la población como medida de la calidad de los servicios prestados en las consultas de pediatría parece ser alto, según lo de-

muestran las encuestas de satisfacción realizadas en la Sanidad Pública, tanto en el trato personalizado como en los tiempos de espera y la resolución de problemas percibidos por los pacientes. Tan sólo un pequeño número de españoles son titulares de una póliza privada de asistencia y la práctica de la pediatría privada es reducida.

Por otro lado, los datos de las encuestas de salud, así como las cifras de morbilidad, demuestran que España ocupa uno de los mejores puestos en la pediatría internacional y que sería injusto desvincular este logro de las características y la universalización de la asistencia del Sistema Nacional de Salud.

Los pediatras de Atención Primaria estamos en primera línea en materia de prevención: fomento de hábitos de vida saludable (tabaquismo y alcoholismo, nutrición y ejercicio físico, etc), así como en la detección precoz de problemas médicos y sociales. Todas estas acciones en materia de prevención no están contempladas como hechos individuales dentro de la cartera de servicios, incluyéndose como un bloque dentro del denominado programa del niño sano y que aún siendo uno de los pilares de nuestra atención, incluye muchas actividades preventivas que por si solas deberían tener una consideración especial, al

igual que los distintos programas del adulto. Estos aspectos son los que en la actualidad deben justificar el reconocimiento de las diferencias cualitativas y cuantitativas en las cargas de trabajo con los médicos generales. Los actuales representantes de nuestra profesión médica y muy especialmente las Sociedades Científicas deberían reclamar que se les delegue la capacidad de evaluar y promover el desarrollo de programas y recomendaciones dentro del modelo de pediatría de Atención Primaria, como lo están haciendo actualmente las sociedades de Medicina de Familia, y la administración debería de ser permeable y no permanecer al margen de estas recomendaciones.

5. Gasto Sanitario

España es el país de la zona euro con menor gasto sanitario y sociosanitario en porcentaje del PIB para las prestaciones que ofrece: prácticamente ilimitadas. Este gasto creciente está en función de unas mayores expectativas y nivel de exigencia en materia de salud de la población, del desarrollo científico de nuevas tecnologías cada vez más caras y del envejecimiento de la población.

Merece no obstante la pena reseñar que la contribución al gasto farmacéutico por parte de los pediatras de Aten-

ción Primaria es pequeña. Lógicamente el gasto es muy inferior al de un médico general de un mismo centro, fundamentalmente por las características de la población atendida, niños en su mayoría sanos.

Pero se podría contribuir más y mejor a la reducción del gasto sanitario. Baste reseñar el escaso número de medicamentos bajo denominación genérica, aunque el gasto farmacéutico probablemente no se modifique o se modifique muy poco, con o sin los actuales genéricos. Sin embargo, se nos insiste en la política de incentivos por objetivos del INSALUD y por similitud con los médicos generales, una prescripción de genéricos de más de un 4%, objetivo difícil de conseguir con las formas actuales de presentación inadecuadas a la edad pediátrica y que comparadas con los genéricos dirigidos a la población adulta son prácticamente inexistentes. Esta política discrimina entre médicos generales y pediatras, siendo una vez más, diferente en su práctica clínica, reclamamos una política propia de contención del gasto, si éste ha de ser un objetivo prioritario en nuestra especialidad.

6. La ineficacia del sistema

El control del exceso de consultas es uno de los retos de la Asistencia Prima-

ria. En nuestro caso se habla de una consulta a demanda "autogenerada y poco controlada" a lo que se suma el abuso de las mal llamadas "urgencias", lo que constituye un importante problema, hasta la fecha sin solución, en el conjunto de la Atención Primaria. En muchas ocasiones, los pediatras recomendamos controles sin tratamiento a las 24 ó 48 horas de iniciado el proceso por el que consultan los padres, lo que genera sobrecargas y dobles consultas, pero que son inherentes al acto médico en la edad pediátrica, al que tan manifiestamente se hace referencia con exclusividad a su duración óptima, es decir, que el problema sea resuelto de cinco a siete minutos como máximo. Probablemente esté por definir cuál es el número más idóneo de revisiones y en qué período deben realizarse para conseguir mayores índices de detección precoz de problemas y enfermedades en cada período de la vida. Es cierto que existe una necesidad de reducir la ineficacia del sistema. Es preciso investigar más acerca de los patrones de comportamiento en

materia de salud, la corresponsabilidad de la asistencia y la necesidad de transmitir a los usuarios la trascendencia económica del mal uso del sistema sanitario. Estos temas, difíciles de abordar son impensables de solucionar sin incidir en la materia de la educación sanitaria, debiendo ser participativa desde la escuela, con planes curriculares de educación para la salud, escuelas de padres, etc., en los cuales los pediatras deben estar presentes. El estudio de las características del hecho de enfermar, con el fin de reducir la práctica de la automedicación, actualmente más en boga que nunca con lo de "consulte a su farmacéutico", es otro de los temas a abordar en un futuro próximo.

El modelo actual de la pediatría en Atención Primaria ofrece las garantías de competencia y capacitación necesarias dentro del modelo público, garantizando un nivel adecuado de salud infanto-juvenil en nuestro país. Sin embargo, en aras de continuar avanzando debemos adaptarnos a las necesidades de los actuales tiempos.

