

*adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control.* An Esp Pediatr 2000; 52: 168-77.

**5. La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.** Documentos técnicos de Salud Pública, nº 16. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 1994.

## Reflexionemos

En diversas publicaciones médicas vengo leyendo, cada vez con más frecuencia, el aparente miedo que se está produciendo entre los pediatras en general, y entre algunos de Atención Primaria en particular, por el progresivo avance de la Medicina de Familia en el ámbito de Atención Primaria y el supuesto retroceso de la pediatría, siguiendo el ejemplo de algunos países de nuestro entorno. También veo que cada vez se pide con más insistencia la prolongación de la edad pediátrica hasta los 18 años, basándose en que es el pediatra el que debe atender al adolescente; ya con anterioridad las asociaciones de pediatría pidieron la prolongación de la atención pediátrica en el ámbito de la asistencia sanitaria pública hasta los 14 años y lo consiguieron en 1993, pero ¿a qué precio?

Tras esta introducción, me gustaría pasar a hacer unas reflexiones sobre estos dos temas: el temor al médico de familia y la ampliación de la edad pediátrica hasta los 18 años.

1.- Como pediatras, nuestra meta debe ser una atención integral a la infancia desde la óptica de la prevención de la enfermedad, tratamiento de la misma y educación sanitaria de los padres y del niño, objetivos éstos que yo no veo reñidos con que sean médicos de familias los que en primera instancia vean al niño enfermo, lo traten y los desvíen al pediatra si lo consideran oportuno; creo que éste fue el primitivo espíritu que se iba a plasmar en los Equipos de Atención Primaria, aunque nunca llegó a implantarse por las rémoras del pasado y la falta de voluntad política de los sucesivos gobiernos.

Cuando yo elegí la vía de la Atención Primaria (dejando una plaza de adjunto hospitalario interino que luego habría hecho fija sin oposición) pensaba que la cosa iba a ser así y que no se iban a malgastar mis cuatro años de formación hospitalaria, especialmente enfocada hacia las consultas externas, pero comprobé con desesperación y luego con obligatoria resignación, como se me ponía al frente de una consulta de pediatría de Atención Primaria similar a las

del Modelo Tradicional, con demandas desbordadas que me impedían realizar mi verdadera labor. Y eso que fue siete años antes de lo de la edad pediátrica a los 14 años. ¡Qué desilusión!.

La atención inicial de los niños por médicos de familias correctamente preparados (los cuales cada vez son más), no implicaría en mi opinión ninguna amenaza para la salud de estos niños; por el contrario, permitiría unas consultas de pediatría de Atención Primaria mejor planificadas donde se prestara una mayor atención a la previsión de enfermedades, programas de salud (donde el pediatra podría hacer todas las revisiones del mismo y no como ahora que algunas han de ser asumidas por la enfermería), estudio de enfermedades crónicas (estudios que han de ser derivados al pediatra del hospital por falta de tiempo en la jornada laboral) y se vería libre de falsas urgencias más fundadas en los intereses horarios de los padres que en las enfermedades que presentan los niños.

La defensa numantina del actual sistema, con consultas pediátricas masificadas, niños de muchos núcleos rurales atendidos sólo por médicos generales ante la falta de un pediatra consultor, con muchas plazas de pediatría de Atención Primaria ocupadas por médi-

cos generales por falta de pediatras que las cubran, me parece que corresponde más a intereses corporativos de una serie de pediatras, que en una verdadera preocupación por la salud integral del niño (si estoy equivocado lamentaría este parecer).

No sé si habrá compañeros que apoyen mis ideas, pero creo que son las correctas (evidentemente no las expondría si no lo pensara). Prefiero ser un pediatra consultor que atienda a los niños correctamente, que lo que actualmente soy: un pediatra de cupo con una consulta masificada (picos de 80 niños por día) donde mal se pueden hacer las cosas y donde el riesgo de error y demanda judicial aumenta más cada día que pasa. Me ilusionaría ser un pediatra consultor de los médicos de familia de equipo, incluso de varios equipos, con un programa del niño sano asumido en su totalidad, con un programa de salud escolar asumido al pleno y no compartido con médicos generales, con un número estable de niños en la consulta que me permitiera planificar ciertas actividades que ahora no puedo y que me permitiera estudiar las enfermedades crónicas de los niños (estudio para el que estoy cualificado, pero ahora no puedo hacer por el agobio de la demanda) y no me viera obligado

a enviar niños al hospital de referencia con el consecuente trastorno para la familia.

En consecuencia no sólo no me opongo sino que me paracería bien ese cambio en el modelo asistencial, por tantos temido, pero que a mí me parece un cambio a mejor.

2.- Con respecto a la edad pediátrica, me erijo también a contracorriente y no soy partidario de seguir llenando por arriba lo que se vacía por abajo. Como pediatra de atención primaria sin actividad privada, no creo que ni científica (perdón de antemano por esta herejía) ni laboralmente sea necesaria una nueva ampliación de la edad pediátrica, que en atención primaria llevará a aumento de cupo de orden de unos 350 a 400 "niños" por pediatra, y que dado que el número óptimo de niños por pediatra es de 1.500 y el máximo de 1.800, no conllevará creación de nuevas plazas, ni mejoras económicas apreciables (unas 20.000 ptas. brutas por mes, unas 12.000 líquidas, para un G<sub>2</sub>) y que puede llevarnos a demandas de 100 niños por día (pues todos sabemos que todo lo que para el médico general es posponible, para el pediatra es urgente).

Veo, pues, que un futuro aumento de la edad pediátrica hasta los 18 años, su-

pondrá un mayor deterioro de la asistencia en pediatría de Atención Primaria, porque o no se van a crear nuevas plazas o, en el caso de que se crearan, no habrá pediatras que las ocupen. Incluso yendo más lejos: creo que se estará de acuerdo conmigo en que con los números óptimo y máximo actuales del Insalud, aunque se creara en el equipo una nueva plaza de pediatría, ante la falta de pediatra que la ocupara, habría de ser cubierta por un médico general, por lo que pocos padres querrían irse a esta nueva plaza (quizás alguien sí), con los que los pediatras estaríamos más masificados, ya que nos seguirían muchachos de 14 a 18 años hasta por lo menos llegar al cupo "óptimo".

Para mí el aumento de la edad pediátrica hasta los 18 años, sin una negociación previa de cupos máximos y óptimos, supondría el definitivo desastre para la asistencia pediátrica de atención primaria, o es que ya no nos acordamos de lo que pasó con la ampliación a los 14 años, ¿tan poca memoria tenemos?

Si los pediatras con actividad privada quieren ver a niños hasta los 18 años, que los vean pero que nos dejen tranquilos a los de Atención Primaria, que ya pasamos bastantes apreturas para que encima más.

Con el deseo de contribuir al debate sobre estos dos temas entre los pediatras de Atención Primaria, le rogaría señor de la revista Pap que tuviera la ama-

bilidad de considerar la publicación de esta carta.

**José Santana Rodríguez**  
EAP Zafra I. ZAFRA (Badajoz)  
*jsantana@medynet.com*

