

tee on Adolescence. Sexuality, contraception, and the media. *Pediatrics*. 2001;107:191-194.

## La asistencia pediátrica en peligro: ideas y aportaciones

El editorial que con el título "La asistencia pediátrica en peligro" se publicó en el número de febrero de *Anales de Pediatría*<sup>1</sup>, escrito por el presidente de la Sociedad de Pediatría Balear, el doctor del Valle, defiende con valentía la figura del pediatra de Atención Primaria ante un futuro incierto. Entre otras cosas dice: "Debemos suponer que, más que una negligencia en la planificación, sutilmente se está creando una situación de hechos consumados, entregándose la atención en asistencia primaria a manos de enfermería en el desarrollo de los programas del niño sano y a los titulados médicos de familia". Poco después, el presidente de la Asociación Española de Pediatría, el profesor Delgado, nos dirigió una carta a los socios que finaliza así: "Os animo a que participéis con vuestras ideas y aportaciones a fin de diseñar entre todos la política que debemos seguir en bien de los niños y adolescentes"<sup>2</sup>. Pues bien, aquí van algunas.

En mi opinión, la asistencia pediátrica en Atención Primaria no sólo está en peligro por falta de pediatras, sino por-

que, tal como está concebido nuestro trabajo, somos relativamente fáciles de sustituir.

De siempre algunos médicos de familia han reivindicado la atención a la infancia, lo que supone un grave motivo de confrontación con los pediatras de Atención Primaria, pero es una discusión teórica. ¿Cuántos médicos de familia quieren o intentan asumir en sus centros de salud la atención a los niños que tienen asignados sus compañeros pediatras? ¿Cuántos padres eligen médico general cuando pueden elegir pediatra? Distinto es que plazas de pediatría que no se cubren por falta de pediatras sean ofrecidas a médicos de familia, que las ocuparán en su mayoría por necesidad de trabajo y no porque les guste ejercer de seudo-pediatras. Tampoco creo que los gerentes prefieran tener a un médico de familia ocupando una plaza de pediatría (siempre habrá excepciones), lo que es distinto de las pegas que ponen cuando se les solicita revocar el contrato de uno para admitir en su lugar a un pediatra. Puede que en alguna comunidad española se esté sustituyendo deliberadamente a pediatras por médicos de familia, no lo sé, pero mi percepción en Madrid, que es donde trabajo, no es ésa. La reciente firma del Compromiso de Buitrago por parte de las dos asociaciones

que representan de forma específica a los pediatras de Atención Primaria (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria) me ha causado una excelente impresión: ya era hora de mirar lo que nos une en vez de lo que nos separa de los médicos de familia.

El modelo de Atención Primaria español es seguramente mejor para los niños que el tan aclamado modelo británico<sup>4</sup>, pero desde luego no es perfecto<sup>5</sup>. En mi opinión, tiene tres problemas fundamentales:

1. Formación inadecuada<sup>6,7</sup>. Parece mentira que 20 años después de la reforma de la Atención Primaria los pediatras que comienzan a trabajar en dicho ámbito (el 80%) sigan sin haber recibido una formación que les permita desarrollar bien su labor.

2. Poca permeabilidad de los hospitales. Los pediatras adquirimos una formación suficiente para diagnosticar, tratar y controlar a ciertos pacientes con enfermedades prevalentes, pero con frecuencia no lo podemos hacer por falta de acceso a pruebas diagnósticas o a los especialistas adecuados. Nuestras consultas son mucho menos resolutivas de lo que podrían ser si funcionáramos de una manera similar a un especialista de área.

3. Demasiada accesibilidad del paciente ("urgencias", consultas por motivos banales, hiper-frecuentadores), lo que hace muy difícil que se puedan programar actividades.

La consecuencia es que la mayor parte del tiempo de la consulta llamada "a demanda" se suele dedicar a atender patología aguda leve. En cuanto a los múltiples programas del "niño sano", hemos estado años sin tener una idea clara de las actividades a realizar. Nos hemos ido enterando gracias a grupos como PrevInfad (Prevención en la Infancia y Adolescencia), que, aunque compuesto por pediatras, se creó en 1990 junto al PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), por iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Ésta y otras iniciativas no promovidas desde la Asociación Española de Pediatría nos han dotado de señas de identidad a un colectivo que estaba desdibujado. Muchos de nosotros hemos aprendido de nuestros colegas los médicos de familia, y de algunos pediatras de Atención Primaria aventajados, una forma peculiar de entender y ejercer la medicina, llamada Atención Primaria, que nadie nos enseñó en los hospitales.

El tiempo de trabajo que dedicamos a menudencias no lo dedicamos a consul-

tas programadas de niños enfermos, ni trabajamos con grupos, ni tenemos actividades comunitarias. Así las cosas, una parte significativa de mi trabajo (prefiero hablar en primera persona, por si algún compañero se siente agraviado), aunque me pese reconocerlo, podrían realizarlo un médico de familia y un enfermero bien formados. Los médicos de familia no tienen una formación adecuada, pero podrían tenerla si hubieran dedicado el tiempo suficiente como para cumplir con los objetivos y actividades contemplados en su antiguo programa de formación. Su nuevo programa, que durará 4 años en vez de 3, lo están viviendo como un acontecimiento trascendental del que esperan grandes frutos<sup>8</sup>. Sin embargo, no deben tener mucha intención de sustituirnos cuando han mantenido en 2 meses el tiempo dedicado a su formación en pediatría.

Seguramente todos estamos de acuerdo con el profesor Delgado<sup>2</sup> en que hay que aumentar las plazas para residentes, pero se tenía que haber hecho hace años y además sólo con eso no basta. Deberíamos llevar también años con unos programas de rotación que permitieran a los pediatras que van a ejercer en Atención Primaria aprender lo que deben. También habría que permeabilizar más los hospitales y, en mi opinión,

limitar la libertad de acceso del paciente con patología banal. De esa forma nuestro trabajo tendría un valor añadido que hoy no tiene y seríamos mucho menos sustituibles de lo que somos.

En tanto ocurre todo esto (si es que ocurre), ¿qué pasará? Supongo que una parte cada vez mayor de las nuevas plazas de pediatría serán cubiertas por médicos no pediatras. Algunos acabarán reclamando un título para poder concursar a plazas de pediatría, lo que creará el mismo problema que crearon los médicos especialistas sin título oficial (los llamados "mestos") antes de la oferta pública de empleo extraordinaria del año 2001. Quizás alguien retome la idea del pediatra "consultor". La calidad de la asistencia pediátrica bajará, especialmente en las zonas menos favorecidas, que serán las que no quieran ocupar los pediatras (medio rural, mayor presión asistencial, horarios laborales peores). Aumentarán las derivaciones a los especialistas de área y a los pediatras del hospital de referencia.

No se me ocurre ninguna solución coyuntural buena. No podemos exigir que todas las plazas de pediatría se cubran con pediatras, y exigir también unos cupos razonables, o ampliar la edad pediátrica.

## Bibliografía

1. Del Valle Millán JM. La asistencia pediátrica en peligro. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:103-104.
2. Delgado Rubio A. Carta abierta del presidente a los socios de la AEP. *Pediatria Información* (Boletín informativo de la Asociación Española de Pediatría). AEP, febrero de 2005.
3. El Compromiso de Buitrago. I Foro Médico Nacional de Atención Primaria. Madrid 22 de abril de 2005 [fecha de consulta 2005 may 26]. Disponible en [www.aepap.org/profesional/compromiso\\_buitrago.pdf](http://www.aepap.org/profesional/compromiso_buitrago.pdf)
4. Hall D, Sowden D. Primary care for children in the 21st century. General practitioners must adapt to the changed spectrum of illnesses. *BMJ*. 2005;330:430-431.
5. Escrivano E. La pediatría en el modelo español de atención primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000;2:185-189.
6. García Puga JM. Formación MIR-pediatria: ¿rotación obligatoria por atención primaria? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2001;3:17-29.
7. García Puga JM. Residentes, rotación por atención primaria y reconocimiento de centros de salud como "unidades docentes asociadas". *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:369-374.
8. Guerra de la Torre G. La implantación y el desarrollo del nuevo programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Una nueva oportunidad. *Aten Primaria*. 2005;35: 119-120.

**Benjamín Herranz Jordán**

*CS El Abajón*

*Las Rozas, Madrid*

