

### Una concepción de la pediatría en un área sanitaria

---

#### Estimados directores:

En este trabajo hacemos la exposición y el análisis de unas ideas que estimamos pueden servir de germen para buscar un futuro en el que creemos deberían subsanarse las deficiencias que la importante separación entre el mundo de la Atención Primaria de Salud (APS) y la Asistencia Especializada (AE), en lo que al cuidado de la salud de los niños se refiere, se está produciendo en España.

La Pediatría como especialidad médica se caracteriza por prestar una atención integral a la salud del ser humano en desarrollo, tanto en aspectos curativos, como preventivos y de rehabilitación. Es por eso, que la Pediatría como una particular forma de hacer medicina, se integra muy claramente en la concepción de Atención Primaria de Salud y así desde siempre y muy particularmente tras la reforma sanitaria vivida en España en los años 80, la Pediatría es parte integrante de los Equipos de Atención Primaria. Esta situación es la lógica y nadie la pone en tela de juicio.

La pediatría en el nivel de atención es-

pecializada no ha experimentado grandes cambios en las últimas décadas, en lo que a los modos de organización de las tareas se refiere. Se mantienen los Servicios de Pediatría, que según sea el nivel general del hospital en el que asientan, practica una Pediatría orientada preferentemente a la curación, con una particular carga de trabajo en patología aguda.

En los hospitales de tercer nivel y en menor medida en los de segundo, la pediatría hospitalaria ha intentado mejorar la asistencia prestada a los niños, en un mundo en el que el desarrollo de las ciencias médicas y biológicas ha sido imparable e inabarcable por un solo profesional. Es por ello que se han desarrollado inevitablemente las llamadas especialidades pediátricas. De otro modo, el nivel de calidad asistencial no se podría garantizar desde la propia Pediatría, siendo el deseo de los pediatras ser ellos mismos los cuidadores de la salud de los niños hasta el inicio de la vida adulta. Otros especialistas no pediatras y además particularmente los niños y los adolescentes han expresado su satisfacción y su deseo de que sean los pediatras quienes continúen atendiendo a los niños en las patologías de mayor com-

plejidad y cronicidad. Esto es así por que son los especialistas en Pediatría quienes tienen un mejor conocimiento y han desarrollado una mayor sensibilidad sobre el mundo del niño, integrando de forma óptima una visión biopsicosocial de niños y adolescentes.

En los hospitales terciarios este proceso de desarrollo de las subespecialidades ha sido posible por diferentes motivos, destacando en primer lugar una dotación humana generosa y suficiente en personal facultativo y no facultativo, y en segundo lugar por la motivación de unos profesionales, que han tenido la oportunidad de trabajar en entornos estimulantes, que les ofrecen un futuro ilusionante, al menos en los aspectos profesionales y científicos.

En los hospitales de segundo nivel y en los hospitales comarcales, con gran carga asistencial y en un elevado número de guardias de presencia física que cubrir por un personal facultativo muy ajustado en número, el desarrollo de áreas de interés específicas o subespecialidades pediátricas se dificulta en gran medida. O al menos no se favorece.

En los años 80, cuando se diseñó la reforma sanitaria, una de las cosas que resultaba evidente a todos los ciudadanos y a los profesionales de la salud, era que la Atención Primaria y la Atención

Especializada eran dos mundos radicalmente separados por la burocracia y las normativas, mientras que el paciente era solo uno e indivisible. Por tanto se hizo evidente, como no podía ser de otra forma, que los dos ámbitos de la asistencia sanitaria tenían obligadamente que "entenderse". Ello redundaría en beneficio del paciente, que encontraría una mayor coherencia en la atención sanitaria de su proceso y unos profesionales más satisfechos con el ejercicio más completo de su profesión.

El ejercicio de la Medicina debe basarse en la confianza que deposita el paciente en unas personas (los profesionales de la salud); por ello, un sistema en el que a cada paso que sé el paciente se encuentre con profesionales diferentes, puede que no sea generador de confianza. Un profesional que ve impedimentos para orientar tratar y aconsejar a su paciente, puede devenir finalmente, en un profesional sin estímulo para el trabajo diario. Por último, cuantos más profesionales tengan que ver en el proceso de un sujeto dado, menor será el grado de responsabilidad que éstos sientan sobre la totalidad de lo que le ocurre al paciente; ello se traducirá en un menos resolutivo manejo del enfermo y su proceso y en una multiplicación de estrategias que retrasan diagnósticos y resultados.

Por lo anteriormente expuesto, en los años 80 se llegó a la conclusión de que los especialistas médicos debían integrarse en grupos de trabajo de estructura jerarquizada en hospitales de área; es decir, debía integrarse la atención al paciente en los dos ámbitos del ejercicio asistencial, atención primaria y nivel hospitalario. Por otra parte este "invento", no era tal, dado que desde antiguo los mismos médicos han atendido a los mismos pacientes a lo largo de toda su enfermedad. Simplemente un sistema sanitario demasiado burocratizado y quizá deformado con el paso del tiempo, había deteriorado una práctica asistencial lógica y sensata. Esta jerarquización que se hizo con la totalidad de los especialistas, no se llevó a cabo con los pediatras; como consecuencia hoy la atención pediátrica en los dos niveles asistenciales está escasamente comunicada.

Ello lleva inevitablemente a la frustración de los profesionales. Unos centrados monótonamente en la atención de los niños sanos y en el despistaje de procesos, con la servidumbre de ver limitado el acceso a ciertas exploraciones, pero sobre todo "condenados" al ejercicio profesional en régimen de aislamiento, con pocas posibilidades de trabajar en equipo con otros pediatras,

algo tan promocionado hoy en cualquier ámbito profesional.

Los pediatras de atención especializada, en los hospitales de segundo nivel parecen por otra parte "condenados" a soportar cargas de trabajo excesivamente centradas en la patología de urgencias, que no urgente, labor que consume gran parte del horario laboral y distorsiona enormemente la tarea a realizar día a día en régimen de jornada ordinaria, lo que dificulta cualquier proyecto que requiera continuidad; dificulta las relaciones y el trabajo en equipo y muy particularmente dificulta el desarrollo de las denominadas subespecialidades pediátricas o áreas de interés específico. Por ello, en los servicios pediátricos de nivel dos, el resultado a largo plazo suele ser el practicar una medicina meramente generalista, que se retroalimenta a medida que no progresa ni profundiza en los problemas, con un enfoque casi exclusivamente asistencial, perdiendo la perspectiva docente e investigadora, que debería animar toda labor médica. El resultado final es inequívocamente la más que probable frustración de los pediatras tanto en la Atención Primaria de Salud como en los hospitales.

Esta situación no debería mantenerse, ni por el bien de nuestros pacientes, ni

por el buen funcionamiento y aprovechamiento de los recursos que la administración sanitaria pone a disposición de los ciudadanos, ni finalmente, por el bien de los profesionales o el de la pediatría. Quienes tienen la responsabilidad de organizar el futuro de la asistencia médica pública en este país no deben ignorar que, tanto médicos como otros profesionales de la salud, si nos encontramos faltos de ilusión y retos ante nosotros mismos y ante nuestros pacientes, realizaremos inevitablemente una práctica profesional cara y de peor calidad en todas las facetas de la medicina.

Todos los pediatras españoles, desde hace algunos años tenemos una formación de especialista realizada en régimen MIR, con un predominio de los contenidos en medicina asistencial, sin olvidar que se ha avanzado mucho en la formación en contenidos propios de la Atención Primaria de Salud. La formación en pediatría es pues bastante homogénea. ¿Por qué tras nuestro periodo de formación se nos embarca y encasilla en vías no solo diferentes, sino a menudo divergentes? Alguien debiera pensar si no se está desaprovechando un recurso humano de gran valor, cual es la formación de calidad de la mayoría de los profesionales de la pediatría.

¿Acaso hay una divergencia de intereses entre los pediatras españoles? ¿Alguien nos ha preguntado si podíamos llegar a trabajar juntos?

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente expuestas creemos que:

1. La mejor forma de trabajar es juntos, en equipo, compartiendo proyectos e ideas.

2. Es posible el entendimiento y llegar a acuerdos compartiendo intereses profesionales.

Tomando como premisas estas dos ideas simples, probablemente compartidas por una mayoría de pediatras independientemente del ámbito de trabajo al que están adscritos, pasamos a proponer una serie de tópicos que debieran servir como núcleo del debate que tendrá que llevarse a cabo en un plazo no demasiado largo, si queremos andar un camino más ilusionante, más rentable para cualquier administración sanitaria y más beneficioso para los niños sanos o enfermos, objetivo final de la pediatría. Enumeramos las siguientes:

1. Los pediatras de un Área Sanitaria, independientemente de la adscripción a la Atención Primaria de Salud o Especializada, deben tener la oportunidad de ejercer su formación en todos sus aspectos, incluyendo la oportunidad de

desarrollar la pediatría subespecializada, dentro de las posibilidades razonables.

2. Los pediatras de un Área Sanitaria, independientemente de la adscripción a la Atención Primaria de Salud o Especializada deben asumir el compromiso de compartir la atención urgente-continuada, de los niños del área sanitaria de que se trate y en los términos que se llegasen a acordar.

3. Los pediatras de un Área Sanitaria, independientemente de la adscripción a la Atención Primaria de Salud o Especializada, deben asumir las cargas asistenciales que las circunstancias enumeradas en los dos apartados previos, una vez puestas en práctica, pudiesen conllevar. Es decir, deben asumir un flujo bidireccional de profesionales y de funciones, entre el hospital y la Atención Primaria.

4. Los pediatras de un Área Sanitaria, independientemente de la adscripción a la Atención Primaria de Salud o Especializada, deben reconocer la capacidad de organizar el antes mencionado flujo bidireccional de profesionales pediatras que los puntos anteriores conlleven, al Jefe de Servicio del hospital de referencia, o en su caso a la figura de un Jefe de Pediatría de Área, quien tendrá siempre en cuenta los intereses de la población pediátrica a atender, y los conjugará con los de los profesionales.

5. La Administración Sanitaria se debería comprometer a respetar los acuerdos a los que lleguen los pediatras y facilitar el desarrollo de las tareas, siempre que ello no menoscabe la asistencia cotidiana a los pacientes, en ambos ámbitos de trabajo.

6. La Administración Sanitaria se comprometerá a estimular e incentivar, incluso económicamente, las iniciativas encaminadas a la mejor atención a los pacientes. Se incentivarán en particular aquellas encaminadas a hacer que los profesionales sean responsables de la totalidad del proceso que afecta al paciente. Incluyendo la posibilidad de hospitalización a cargo de los pediatras del área sanitaria independientemente del ámbito de trabajo.

7. Los pediatras de un Área Sanitaria, independientemente de la adscripción a la Atención Primaria de Salud o Especializada, participarán en la docencia pre y postgrado, en el área de que se trate, aprovechando la totalidad de los recursos asistenciales para la misma.

Es muy probable que los 7 tópicos aquí enunciados no sean los únicos, ni siquiera los más convenientes, ni tampoco los más viables para comenzar a andar, pero estamos convencidos de que el camino del entendimiento y la colaboración entre los dos ámbitos del ejercicio de la pe-

diatría es transitable. Sabemos que esta inquietud es también sentida por muchos compañeros y de hecho algunos grupos de trabajo están llevando a cabo reuniones, reflexionando sobre esta importante cuestión; así por ejemplo el 19 de abril de 1997 se celebró en Valencia una mesa redonda presidida por los Dr. Jiménez Cobo y el Dr. del Pozo Machuca<sup>1</sup>, en la que se debatieron, entre otros, algunos aspectos antes enunciados. Se destacaron el aislamiento del pediatra en APS y en alguna medida el desencanto de los profesionales. Se debatieron ideas, algunas similares a las expuestas, referentes a asistencia, formación continuada, docencia, investigación, estímulo profesional y trabajo en equipo, apuntándose líneas de trabajo y posibles soluciones a los problemas. También en el ámbito de Valencia un grupo de trabajo formado por pediatras de APS y AE, han publicado en Anales Españoles de Pediatría<sup>2</sup>, los resultados de una encuesta realizada a pediatras, sobre las circunstancias y condiciones en que se realiza su labor, esbozándose algunos presupuestos que podrían servir de partida para nuevas acciones. Haciendo referencia a aspectos algo más concretos, como son la utilización de recursos docentes y la formación continuada en pediatría extrahospitalaria, han trabajado y publicado

sus reflexiones otros compañeros en el ámbito de Madrid<sup>3</sup>. Recientemente en declaraciones al diario Médico<sup>4</sup>, el Dr. Matesanz, director de Atención Primaria y Especializada del Insalud, expresó su voluntad de acabar con los compartimentos estancos en que está configurada la asistencia pediátrica en la actualidad. Nos alegramos mucho de que la idea al menos esté en la mente de nuestras autoridades. No obstante nos tememos que la figura del Pediatra de Área<sup>5</sup>, tal y como está configurada actualmente, no sea el mecanismo reglamentario que posibilite la colaboración mutua que aquí proponemos. Probablemente será necesario diseñar un cauce reglamentario legal más ambicioso si en verdad se quiere construir algo consistente. De cualquier modo es importante que pediatras y administradores del sistema nacional de salud nos hagamos preguntas e intentemos sinceramente un mejor futuro para la atención a nuestros niños.

**José Ángel Gómez Carrasco**

## **Bibliografía**

1. *Problemas y posibles soluciones en diversas autonomías para la organización de la AP de Pediatría*. Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la sociedad Valenciana de Pediatría. *Pediatría Integral*. 1998; 3(1).

2. Boscà Berga J, Paricio Talayero JM. *¿Está coordinado el Servicio de Pediatría?*. Encuesta a pediatras de Valencia y soluciones. *An Esp Pediatr.* 1997; 46(6): 565-570.

3. Guijarro Jiménez A, Portugal Ramírez A, Espejo Pareja I, López Gómez C. *Docencia en Pediatría Extrahospitalaria. ¿Hay docencia en Pediatría fuera de los Hospitales?* *Pediatría Rural.* 1998; 18:76-84.

4. *El Insalud quiere que los pediatras transiten por niveles asistenciales.* *Diario Médico.* 13 octubre 1998; pág. 3.

5. *Ministerio de Sanidad y Consumo. Resolución de 23 julio 1998 por la que se crea la figura de Pediatra de Área de Atención Primaria.* BOE 187 del 6 agosto 1998; 26738-26740.

