

Quién debe atender a los niños: la opinión del pediatra

F. Malmierca Sánchez

Centro de Salud Filiberto Villalobos. Pediatría. Salamanca. España.
Expresidente de la SEPEAP.

INTRODUCCIÓN

Cuando un pediatra está trabajando en un Equipo de Atención Primaria, lo hace por puro y real convencimiento, no por necesidad laboral, ya que pudo realizar su labor en otros sectores pediátricos igualmente dignos y motivadores, como el hospitalario o el privado. Lo ha hecho con las características anteriores y posteriores al RD 137/1984, lleva años trabajando de manera pública por la implantación y globalización de la Pediatría de Atención Primaria, con las características de pediatra de equipo, poniendo de relieve sus problemas y aportando soluciones para resolverlos; no hay duda de que está totalmente motivado por la Atención Primaria pediátrica y convencido de la bondad del sistema.

Preguntarle a este pediatra cuál es el profesional más indicado para prestar la asistencia sanitaria al niño en Atención Primaria (AP), parece una obviedad del mismo calibre que manifestar que es de día cuando luce el sol y además no hay una sola nube.

En un escenario como el español llenar con datos esa convicción puede resultar difícil, pues la atención al niño por médicos de familia (MF) o por pediatras está muy bien diferenciada; por los primeros o los dos en las zonas rurales, y casi en exclusiva por los segundos en las zonas urbanas y las semiurbanas, por lo cual la realización de estudios comparativos es difícil.

Al pediatra le es suficiente alegar los conocimientos propios de su especialidad para sentirse el más adecuado para prestar la asistencia integral al niño en AP; podemos argüir que en el medio urbano los padres pueden elegir entre el pediatra y el médico de familia para atender a sus hijos entre 7 y 14 años, y eligen prácticamente siempre al pediatra. Citaremos algunos estudios comparativos en otros países de nuestro entorno, que son fácilmente extrapolables.

Correspondencia: F. Malmierca Sánchez
Centro de Salud Filiberto Villalobos. Pediatría.
Cuesta Sanctispiritus, 27.
37001 Salamanca. España.

Recibido el 23-06-06; aceptado para su publicación el 23-06-06.

Aportaremos razones que llevan a la conclusión del indudable beneficio que ha significado la existencia de los pediatras de AP (PAP) como pediatras de equipo, que controlan, diagnostican y tratan a los niños desde su nacimiento hasta la adolescencia, así como al entorno sociocomunitario, como especialistas con una excelente preparación, consecuencia de haber realizado un programa de formación completo y bien estructurado a través del sistema MIR.

Cabe señalar que, actualmente, el pediatra implicado con la AP de su especialidad, no es algo aislado ni minoritario, pues cada día somos más numerosos, pese al conocido déficit actual de pediatras en España.

Aunque se difunden opiniones en todos los sentidos, los pediatras de AP, están cada vez más convencidos con su trabajo, sobre todo si lo conocen durante la formación MIR, pues debemos recordar que muchos de nosotros hemos descubierto la AP después de la etapa de formación especializada, y no hemos tenido más remedio que ser autodidactas; por ello una de nuestras líneas de trabajo es poner de manifiesto que el médico residente de pediatría debe rotar un tiempo por los centros de salud, hecho ya recogido en el programa de la especialidad, que de algún modo se hace, pero en la práctica se realiza sólo de manera parcial, de forma voluntaria y no por todos.

ESCENARIO

Lo primero que queremos puntualizar es el concepto de la especialidad de pediatría y qué consideramos "niño", pues en el sistema español no se interpreta igual en todo el Estado.

Recordemos que hasta no hace mucho tiempo la atención al niño por especialistas pediátricos comprendía los primeros 7 años de su vida. Desde 1993 en la AP esta asistencia puede llegar a los 14 años, edad que para unas administraciones llega hasta los 13 años, 11 meses y 29 días, y para otras hasta los 14 años, 11 meses y 29 días; siendo los padres los que pueden elegir libremente entre el pediatra o el médico de familia, y según datos disponibles más del 99% siguen con el pediatra.

Últimamente desde muchos sectores, y sobre todo desde las Sociedades Científicas de Pediatría, se pide la extensión de la edad pediátrica a los 16-18 años, y Comunida-

des Autónomas como Cantabria ya lo han hecho hasta los 16. Como vemos, y al igual que con otros muchos parámetros sanitarios, nos movemos en España con situaciones parecidas, pero nunca iguales.

Esta petición se ve dificultada por la carencia actual de pediatras y por la excesiva presión asistencial en algunas consultas pediátricas, con la organización actual.

El programa de la especialidad define la Pediatría como “La Medicina integral del período evolutivo de la existencia humana que abarca desde la concepción hasta el fin de la adolescencia”.

Según el diccionario de la Real Academia Española de la lengua, niño es el que se halla en la niñez, y ésta es el “período de la vida humana que se extiende desde el nacimiento hasta la adolescencia”.

Seguendo con el diccionario de la Real Academia, adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta la edad adulta.

Quiero recordar al eminente maestro de la Pediatría, el Prof. Sánchez Villares que, junto a otros muchos, no se cansaba de repetir cómo lo que define y caracteriza a nuestra especialidad no es un órgano o sistema, sino el período comprendido desde la concepción hasta el final del crecimiento y desarrollo, lo cual la sitúa con claridad hasta el final de la adolescencia.

Así que si estamos de acuerdo con la definición que acoge la formación del especialista en Pediatría, está claro uno de los razonamientos para situar la edad que debe abarcar el trabajo del pediatra, y por lo tanto justifica las demandas que los pediatras y Sociedades Científicas están haciendo en estos momentos, por mucho que con la situación actual sea difícil realizarlas.

Ante la escasez de pediatras y el consiguiente déficit en la AP, no podemos situar el problema en una deficiente organización y que la solución pase por un nuevo modelo consistente en limitar las funciones del pediatra, o las edades a atender, derivando el resto a otros sanitarios. Aunque existan diversos modelos asistenciales en los países de nuestro entorno, está claro que el sistema actual español ha demostrado su eficacia, es muy bien acogido por la población, por lo que si hacen falta más especialistas en Pediatría planifíquese de inmediato para que aumenten el número necesario, ¡pero ya!, pues un pediatra no se forma en un año, y por supuesto, procúrese la situación laboral adecuada para que estos profesionales formados en España no emigren al exterior, como ocurre en la actualidad.

Es el momento de recordar que el 20 de noviembre de 1989 se realizó la “Convención sobre los derechos del niño”, firmada por la mayoría de países. El Gobierno español la firmó el 26 de enero de 1990 y la ratificó el 30 de noviembre de 1990.

El artículo 24, punto 1, reconoce el derecho del niño “al disfrute del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”; y el punto 2.b habla de “asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria

que sea necesaria a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud”; además sitúa la edad del niño hasta los 18 años, por ello todo menor de esta edad que llega a nuestro país tiene derecho a la cobertura sanitaria en las mismas condiciones que los nacidos en España, lo que no ocurre con los adultos.

Ya que hablamos de escenarios, recordemos la importancia que dan las administraciones a las consultas específicas de Pediatría, de tal forma que cuando establecen las características de los inmuebles destinados a centros de salud señalan que las salas de espera de pediatría deben estar claramente separadas de las de adultos, lo que por extensión dificultaría el hecho de consultas comunes de niños y adultos.

Está claro que estos conceptos no tienen la misma lectura en un país en vías de desarrollo, con necesidades perentorias, que en un país industrializado como el nuestro, en el que es factible “el más alto nivel posible de salud”, y éste se logra con los profesionales más cualificados, formados específicamente para dar esa atención, es decir, los pediatras.

Podemos afirmar que con su formación, el pediatra es el especialista mejor capacitado para atender al niño, no sólo en el hospital, sino también fuera de él, pues se adapta plenamente a las características de la AP, como se ha demostrado hasta el momento. Pese a ello pedimos mayor formación en este terreno con más rotación por los centros de salud.

LA FORMACIÓN DEL PEDIATRA Y SU EJERCICIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Comparando los programas de formación de cada especialidad se ve cómo la formación del pediatra, realizada en la actualidad durante 4 años, pedido elevar a 5, de forma exclusiva dirigida al niño y su entorno, es muy superior a la de otros profesionales en lo que se refiere a la atención al niño; vamos a repasar, muy someramente, algunos puntos donde comprobaremos que también lo es para la Atención Primaria.

La guía de formación MIR describe los contenidos de la especialidad en un área clínica y otra de salud infantil y comprende: los cuidados del niño sano (Pediatría preventiva); la asistencia clínica del niño enfermo (Pediatría clínica); la atención al niño en su interrelación individual y comunitaria, en el medio físico y humano en el que se desarrolla (Pediatría social y comunitaria).

Adapta los contenidos a las peculiaridades del niño en cuanto a sus características antropológicas, biológicas, anatomofuncionales, psicológicas, reactivas, adaptativas y asistenciales, que requieren especiales procedimientos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y inserción familiar, escolar y social.

El mismo programa de formación, antes de 1984, es decir, previo al establecimiento de las características de la AP en España, propone tres objetivos generales:

- Capacitar a los pediatras para atender los problemas clínicos.

– Preparar al pediatra para la promoción de salud en la población infantil.

– Capacitar al pediatra para trabajar como integrante y, si es preciso, como coordinador de equipos multidisciplinares de salud.

No vamos a pormenorizar el programa, aunque sí destacar que en nuestra opinión deberían completarse para el trabajo en el área de AP, y señalar que esa formación capacita y obliga al pediatra a realizar en su trabajo de Atención Primaria una serie de funciones sanitarias de atención al niño:

- 1) De carácter asistencial.
- 2) De carácter preventivo.
- 3) De carácter socio-económico-comunitario.
- 4) De carácter formativo, docente e investigador.

Por lo tanto, el pediatra de AP en su trabajo, en los centros de salud, debe desarrollar aquellas funciones para las que está capacitado, que teóricamente se adaptan a lo que la Administración Sanitaria ha denominado cartera de servicios, que, en el caso concreto de la Cartera de Pediatría está poco y mal desarrollada, por lo que persistentemente pedimos su modificación; de hecho se está llevando a cabo en los últimos tiempos, aunque nuevamente de forma diferente en los diversos Servicios de Salud.

Sin ánimo de ser exhaustivos esas funciones pediátricas, con diferente implantación en las diversas zonas, y que deberían ser el eje de la asistencia sanitaria al niño, se realizan en:

a) Consulta a demanda: realizando el trabajo pediátrico que intenta recuperar la salud a todo niño enfermo que acude, usando los medios complementarios necesarios y, cuando se precisa, derivándolo a otros niveles asistenciales.

b) Consulta programada: en la que se realiza una importante labor de detección de problemas, con el seguimiento del niño sano, así como el seguimiento del niño con patología crónica como diabetes, asma, enuresis, obesidad, infecciones urinarias, etc.

c) Asistencia de urgencia: uno de los retos actuales; organizada de manera muy diversa y particularizada en las diferentes zonas.

En diferentes momentos de la jornada laboral se realizan actividades preventivas, incidiendo en la promoción de la salud y la educación sanitaria, con actividades como la promoción de la lactancia materna, la detección neonatal de metabopatías, desarrollo, control y seguimiento de los programas de vacunaciones, la salud bucodental, la prevención de accidentes o la aplicación de guías anticipadas, todo ello recogido en una serie de protocolos y programas que se acreditan periódicamente.

Las actividades de Pediatría social, para las que está especialmente capacitado y sensibilizado el pediatra, están ocupando en los últimos años gran parte del trabajo pediátrico de AP. En ellas se actúa sobre problemas emergentes de la Pediatría actual, como hijos de toxicómanos, niños sometidos a malos tratos, abusos sexuales, o las situaciones de desamparo y otros muchos problemas dependientes de las condiciones socioeconómicas de la zona, como la atención a los niños de inmigrantes.

No queremos olvidar las actividades formativas, docentes e investigadoras, con una imparable implantación, abarcando el pregrado, la formación del MIR de Pediatría y del MIR de Medicina de Familia, lógicamente en la formación continuada del propio pediatra y los demás profesionales relacionados con el niño.

Como ya hemos dicho, en lo que más se está insistiendo es en la formación del MIR de Pediatría en materia de Atención Primaria, pretendiendo que todos ellos roten obligatoriamente por los Centros de Salud.

Todo esto es realizable, para ello está preparado el pediatra, y si no se lleva totalmente a cabo es por la falta de tiempo, por lo que lo que hay que hacer es organizar éste mejor; para ello una cuestión importante es bajar la presión asistencial en muchas consultas.

PARÁMETROS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL NIÑO

Como ya dijimos es difícil tener datos comparativos con parámetros de calidad medibles en poblaciones asistidas por médicos de familia, o por pediatras en Atención Primaria; vamos a comentar alguno.

En el último Congreso de la Sociedad Europea de Pediatría Ambulatoria (SEPA) se presentó, y posteriormente se publicó en *Archives de Pédiatrie*, un estudio realizado por Bocquet A et al en Francia, en la región de Franche-Compte, sobre 1.535.208 consultas ambulatorias durante los años 2001 y 2002 a niños, comparando las realizadas en más de un 80%, bien por médicos generales, bien por pediatras.

El trabajo, con una gran base de datos, y en nuestra opinión muy bien realizado, con las correcciones correspondientes para estudiar parámetros comparables, muestra resultados cuantificables y evidentes.

Así se ve cómo los pediatras necesitan un 25% menos de consultas al año para llevar a cabo su trabajo habitual, y han realizado un 6% menos de hospitalizaciones.

Se constata que los pediatras realizan un 25% menos de prescripciones y un 17% menos de pruebas complementarias.

Dentro de las prescripciones más habituales, como antibióticos, consta que los niños asistidos por los pediatras han recibido menos antibióticos, concretamente un 24% menos de penicilinas, el 74% menos de cefalosporinas y un 53% menos de macrólidos. Igualmente prescriben un 50% menos de corticoides y antiinflamatorios no esteroideos.

Comprueban que los pediatras tienen una cobertura vacunal mejor y una mejor prevención del raquitismo y la caries.

En el grupo atendido por los pediatras el número de pacientes con enfermedades crónicas fue superior en un 25%.

Ya sabemos que son sistemas sanitarios diferentes, pero los resultados obtenidos sobre las pocas cosas que se pueden medir en las consultas de AP, son datos objetivos y objetivables, con una cantidad de consultas suficientemente amplia y fiable, pues se obtienen sobre la base de datos de la Caja de Seguro de Enfermedad.

Por ello coincidimos con las conclusiones de Boquet A, et al, cuando al comprobar que en los actos médicos y las prescripciones concernientes al niño existen importantes diferencias entre los médicos generalistas y los pediatras, proponen lo que, de hecho, ya ocurre en España: que los niños sean atendidos de una manera integral en lo que ellos denominan "Pediatria Ambulatoria", pues los pediatras tienen una formación específica, su formación continuada se dirige exclusivamente hacia los problemas del niño y la práctica diaria es estrictamente pediátrica.

En el mismo Congreso se presentó otro trabajo similar, que está disponible en el *Abstracts book* de la reunión; realizado en Hungría, por Kadar F, aporta resultados semejantes sobre todo en lo referente a la prescripción, cobertura vacunal y hospitalizaciones.

La idea de que sea el pediatra el encargado de la atención integral al niño en la AP en todos los aspectos para los que le prepara su formación, no es sólo de los pediatras españoles o italianos, como habitualmente se dice, sino que se extiende a otros países desarrollados, con datos más allá de la simple opinión.

Así, en un reciente artículo de la Academia Americana de Pediatría, publicado en *Pediatrics* en abril de 2005, se realiza una clara definición del pediatra comunitario, describiendo sus funciones, e insiste en lo necesaria que es esta figura en la sociedad actual. Hace hincapié en el papel del pediatra en coordinar e integrar "todo" lo referente a la infancia (salud, escuela, alimentación, conocer recursos sociales disponibles, etc.) y la necesidad de que llegue a todos los niños, tanto a los que lo demanden, como a los que no.

Otra pincelada la dan Sices L et al cuando en un amplio trabajo publicado en el n.º 113 de *Pediatrics*, analizan algunos factores que pueden influir en los criterios de derivación de niños con retraso del desarrollo a consultas especializadas, como audiología, atención temprana y médicos especialistas. Miden la probabilidad con la que se deriva según diferentes parámetros, como la opinión de los padres, el sexo de los niños, el tipo de trastorno y las características del médico que asiste al niño, según sea pediatra o médico de familia.

Al comparar las características del médico concluye que los pediatras derivan más y antes. Ante un retraso motor es tres veces más probable que deriven los pediatras que los médicos de familia; en retrasos de lenguaje a los 18 meses, es dos veces más probable que deriven los pediatras que los médicos de familia. No han objetivado diferencias significativas en el porcentaje de derivación en el retraso del lenguaje a los 27 meses. La actitud de "esperar y ver" fue más frecuente en médicos de familia.

Dadas las características sanitarias de los EE.UU. el artículo refiere que la población diana a la que dirigir estrategias de educación para el diagnóstico más temprano sería varones y médicos de familia.

En algunos foros se han expresado razonamientos basados en que si el PAP ve patología banal, realiza programas que algunos catalogan de menores, como el del lactante sano y no ve con frecuencia procesos más graves; con el

tiempo pierde habilidades para el diagnóstico, tratamiento o prevención de esas patologías serias.

No estamos de acuerdo, ni lo aceptamos, pues esos programas, lo que de siempre denominábamos puericultura, han tenido y tienen gran importancia para mejorar la salud del niño español, ya que la detección y consiguiente control de los problemas pediátricos es más precoz y por ello más eficaz, y por otra parte el PAP, como eje y puerta de entrada del sistema, atiende al niño desde su nacimiento, realiza el diagnóstico de presunción, tratamiento y cuando sea necesario derivación y con su preparación y conocimientos, está capacitado para buscar en cada momento la solución a lo no habitual, es decir, continúa con las habilidades necesarias.

CONCLUSIONES

Pensamos que tanto los diagnósticos de situación como las propuestas deben ser realizados por los que están dentro del sistema, pues aunque aún hay compañeros que no conocen todo lo que se realiza en la AP, hoy por hoy no se puede pensar en el pediatra como un especialista que emplea todo su tiempo en el tratamiento de enfermedades agudas, sin levantarse de la silla de su despacho-consulta.

Si no se realizan todas las funciones comunitarias, o algunos tienen sensación de cansancio o padecen *burn-out*, al igual que ocurre con otros profesionales de la AP, la causa hay que buscarla en la actual organización y situación de la AP, que como hemos manifestado en muy diversos foros, necesita modificación, pero no eliminando al pediatra de AP en sus actuales funciones.

Somos muchos los que pensamos que nadie realmente interesado en dar al niño lo mejor, puede querer que la atención Pediátrica en España cambie de rumbo, a no ser que lo que se pretenda sea destruir un sistema de asistencia, que ha demostrado su eficacia y hemos tardado tiempo en conseguir, y se quiera potenciar otros sistemas menos sociales.

No lo va a permitir la sociedad española, para la que se trata de una conquista social irrenunciable, ni los pediatras que hemos hecho de nuestra profesión un servicio a los niños y a las familias españolas.

Estamos de acuerdo con unas palabras del Prof. Martín Zurro en las jornadas sobre AP, celebradas en el Ministerio de Sanidad en noviembre de 2004, cuando exponía y defendía las características de la Medicina de Familia en la AP española, comparándola con otros países; decía que lo que funciona bien en el nuestro, no hay por qué cambiarlo, pues eso digo yo para la PAP, lo que funciona bien no hay que cambiarlo, sí mejorarlo, y no hay duda que la Pediatría de Atención Primaria en España funciona bien.

Por supuesto, que no estamos defendiendo trabajar aislados, queremos trabajar en equipo y en red, con todos los pediatras, médicos de familia en tareas comunes, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras pediátricas y especialistas pediátricos del área hospitalaria, de tal modo que se concilie la autonomía y responsabilidad personal con la de otros profesionales sanitarios, padres, escuelas, servicios sociales, las diversas asociaciones y las diferentes administraciones.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Alfaro Latorre M, Etreros Huerta J, Ruiz Martínez A, Sendagorta Camino A, Terol García E. Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria 2001. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2002. p. 59-88.
- B.O. Cantabria, extraordinario n.º 39. Resolución con Acuerdo Mesa Sectorial 9/11/05: sobre actuaciones en materia de Atención Primaria.
- Bocquet A, Chalumeau M, Bollotte D, et al. Comparación de la prescripción de los pediatras y los médicos generales: un estudio en la población de Franche-Comté sobre la base de datos de la caja de seguro de enfermedad. J. ARCPED. 2005. p. 1059-67.
- BOCYL. ORDEN 27 abril de 1987, por la que se establecen las características que ha de reunir la construcción de los inmuebles destinados a Centros de Salud.
- Crespo M. Una nueva pediatría. *Pediatr Integral*. 1998;3:193-207.
- Cruz Hernández M. Deberes y derechos del pediatra de Atención Primaria. *An Esp Pediatr*. 2000;53:393-4.
- D. 29/2005 de 22 de marzo B.O. Cantabria sobre actuaciones en materia de Atención Primaria.
- Declaración universal de los derechos del Niño. 1989.
- Decreto 3160/1966 de 23 de diciembre. Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social.
- Diccionario de la lengua. Real Academia Española; 1979.
- Kádár F, Kálmán M, Páll G, Paksy L, Stunya E. Comparison of quality of Pediatric Primary Care provided by Paediatricians and Family Physicians in Hungary. 16^o Congress of the European Society of Ambulatory Pediatrics. Abstracts book.
- Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*. 2002;109:788-96.
- Malmierca F et al. La calidad de la asistencia pediátrica de atención primaria en los sistemas sanitarios públicos españoles. Grupo de consenso de pediatría de atención primaria, octubre de 2001.
- Malmierca Sánchez F. Entrevistas pediátricas. *MTA Pediatría*. 2001;22:475-9.
- Morell Bernabé JJ. Relación profesional entre el pediatra hospitalario y de atención primaria. *An Pediatr*. 2001;54 Supl 4:363-7.
- Programa de Especialidades Médicas, Pediatría y sus áreas específicas. 1995.
- RD 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud.
- RD 1575/1993 de 10 septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los Servicios de Atención Primaria del INSALUD.
- Ruiz-Canela J, Malmierca F. Necesidades de Pediatras de Atención Primaria. *Rev Pediatr. Aten Primaria*. 2005;Supl 1:145-55.
- Rushton FE Jr; American Academy Of Pediatrics Committee on Community Health Services. The Pediatrician's Role in Community Pediatrics. *Pediatrics*. 2005;115(4):1092-4.
- Sices L, Feudtner C, McLaughlin J, Drotar D, Williams M. How Do Primary Care Physicians Manage Children With Possible Developmental Delays? A National Survey With an Experimental Design. *Pediatrics*. 2004;113:274-82.
- Vall O, García-Algar O. Pediatras, pediatría y comunidad. *Cuadernos pediatría social*, n.º 7; julio 2005.
- Valle JM. La asistencia pediátrica en peligro. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:103-4.