

EDITORIAL

El pediatra en el centro de salud como consultor del médico de familia

En el momento sanitario actual de nuestro país, puede resultar atrevido, cuando no arriesgado y fuera de lugar, plantear siquiera unas reflexiones sobre la propuesta que da título a este editorial. Quizás fuese éste un debate que hubo de plantearse en otro momento, al inicio de la reforma sanitaria en la década de los ochenta, cuando se disponía de una ocasión histórica para superar las deficiencias existentes y se discutía el modelo de sistema sanitario y la distribución y ubicación de los diferentes recursos y profesionales sanitarios. Sin embargo, tampoco es descabellado que ATENCIÓN PRIMARIA saque a la luz debates como éste, pues aunque los pasos dados en la organización de la asistencia primaria infantil seguramente sean definitivos y no tengan marcha atrás, sí que podemos aprender para evitar que, de una manera soterrada, con la aceptación complaciente de una parte importante del colectivo de los propios médicos de familia, y sin que existan razones sociosanitarias que lo justifiquen, acabe deteriorándose el contenido no sólo de la propia especialidad de medicina de familia sino incluso el modelo de atención primaria y la calidad de la asistencia que reciben los ciudadanos.

La asistencia médica que se oferta a los ciudadanos en el nivel de atención primaria ha estado y está, en nuestro país, en manos de los médicos de familia y de los pediatras. Estos profesionales y los odontólogos son las únicas categorías médicas a las que, de manera directa, se puede acceder en el conjunto del país. Los pediatras

han constituido la entrada al sistema sanitario para la población infantil menor de 7 años, aunque en el ámbito rural y en aquellos núcleos con un número escaso de niños la atención sanitaria de la población infantil también ha sido asumida por los médicos de familia. Pero esta compartmentalización de la asistencia sanitaria en el nivel de atención primaria no ocurre en todos los países de nuestro entorno, siendo frecuentes aquellos en los que la puerta de entrada al sistema sanitario para la población, independientemente de su edad, la constituye el médico de familia y el pediatra se sitúa como consultor en el propio ámbito extrahospitalario o incluso dentro de un hospital¹⁻³. Las estrategias organizativas de los sistemas sanitarios deberían encaminarse a resolver las necesidades de la población de la manera más eficiente y efectiva posibles, teniendo en cuenta obviamente el estado de los conocimientos científicos y las singularidades socioculturales de cada país. En el nuestro la asistencia sanitaria de la población infantil está encomendada a los pediatras y casi sin duda esta asignación es irreversible, al haberse considerado una conquista social de bienestar a la que los ciudadanos no están dispuestos a renunciar². Pero ¿está justificado como la opción más conveniente que la asistencia sanitaria de la población infantil sea prestada por pediatras en detrimento de los médicos de familia, y que aquellos no ocupen un puesto en el ámbito especializado como especialistas consultores? Honestamente los análisis sobre los indicadores de resul-

tados de las dos estrategias no permiten concluir que haya una respuesta única a esta disyuntiva³. La amplia variedad de la organización de los dispositivos asistenciales y sociosanitarios confirman que no existe una estrategia que, claramente, sea superior a la otra. De hecho, los indicadores de morbilidad no difieren, a igual desarrollo socioeconómico, entre países con una u otra organización. Incluso algunos, con mejores indicadores sociosanitarios como los países nórdicos, ubican al pediatra como consultor⁴. La salud de las poblaciones depende de tantos factores que resulta difícil delimitar el grado en el que contribuyen los servicios sanitarios. Podría argumentarse que una medición de los resultados en salud lo constituye también los niveles de satisfacción de la población. Y evidentemente esto es así, y es muy posible, casi seguro diría yo, que de hacerse estudios en ese sentido revelarían que la satisfacción expresada por los padres es mayor cuando saben que sus hijos están siendo atendidos por un pediatra, aunque esta apreciación no deja de ser tal y hasta no hoy no conocemos trabajos que avalen una u otra hipótesis. De todos modos, no habrían de sorprendernos esas actitudes en la población cuando los propios profesionales sanitarios y sus órganos de representación con capacidad de influencia en los medios de comunicación, y de generar cultura sanitaria, están continuamente defendiendo que la atención de calidad sólo puede ser proporcionada por los especialistas, habiendo conseguido inculcar en la población la idolatría hacia todo lo que sea un

especialista, un experto o el hospital, expresándose esas actitudes poblacionales en demandas sanitarias que los políticos han traducido en voluntad política, incorporándolas a sus programas electorales. Sirva de inciso en este momento pensar lo que viene ocurriendo en el ámbito rural, donde algunas plazas de pediatría han sido ocupadas por médicos generales sin título de pediatra o por médicos de familia, y que se han ido viendo progresivamente desplazadas de ellas cuando hay pediatras en situación de paro y sin plazas en los centros de salud urbanos, generalmente con más atractivo laboral. ¿Existe mayor satisfacción poblacional cuando quien ostenta la plaza es un pediatra?

Los pediatras, como especialistas con una formación exclusivamente hospitalaria, quizás generen un coste no justificado por los patrones de morbimortalidad de la población que atienden. Mi experiencia, posiblemente sesgada, de atender en una época a población infantil menor de 7 años y hasta 1993 (en que se promulgó el Real Decreto 1.575 que luego comentaremos) a niños de 7-14 años es que, cuando la atención sanitaria pasa a ser responsabilidad del médico de familia y se examina con detenimiento la historia infantil para resumirla, es sorprendente la cantidad de pruebas complementarias (análisis, radiografías, ecografías...) practicadas a muchos de los niños, exploraciones que no pueden justificarse por los patrones epidemiológicos de las patologías prevalentes. Incluso en los centros donde las carpetas de historias clínicas son familiares, y contienen la de todos los miembros de la unidad familiar que comparten el mismo techo, no es extraño ver cómo las historias infantiles abultan mucho más que las de los padres o abuelos. Incluso, dado que el rango de 0-7 años era arbitrario, como los pediatras han reconocido y conseguido ampliar, sostengo la

hipótesis, que creo sería interesante confirmar o rechazar en algunos estudios o tesis doctorales, de un gasto sanitario superior en las edades de 7-14 años atendidas actualmente por pediatras respecto al gasto generado en las cohortes precedentes que eran atendidas por médicos generales, y que esa diferencia, de existir, sólo puede explicarse por la formación recibida y no por diferentes patrones de patología. Los pediatras, al igual que otros muchos especialistas, se han formado con una predisposición a responder al imperativo tecnológico, por lo que posiblemente utilicen más pruebas complementarias y tecnología que los médicos de familia para tratar los mismos problemas.

La formación de los pediatras todavía sigue estando exclusivamente centrada en el hospital y sus expectativas profesionales tienden a ubicarse en el ámbito hospitalario, de manera que no es infrecuente la reincorporación de un pediatra del centro de salud al hospital, si la ocasión se le presenta, pero es difícil encontrar las situaciones opuestas, esto es, que pediatras hospitalarios pidan el cambio a uno de los centros de salud. Las necesidades formativas de los pediatras de atención primaria habrían de contemplar los aspectos propios de este ámbito sanitario, y al menos un año de su formación debería realizarse en los propios centros de salud docentes. La adaptación de su programa de formación a las necesidades de la población que han de atender (que son mucho más amplias que las patologías que acuden al hospital), y un mayor prestigio social y académico de la atención primaria en su conjunto, evitaría también que, una vez que abandonan el hospital, los pediatras de atención primaria se vean a sí mismos y sean considerados por sus compañeros hospitalarios como eternos aprendices⁵.

Con estos comentarios quiero situar al lector ante esta constata-

ción: no tenemos evidencias sólidas sobre cuál sería la mejor manera de garantizar los servicios sanitarios en atención primaria a la población infantil; si acaso, la única sería que los padres quieren que sus hijos sean atendidos por pediatras, pero esa demanda ha sido inducida y generada en gran medida por los propios profesionales médicos.

En este contexto sociocultural, donde hay una tendencia al imperativo de la tecnología y todo lo que sea especializado suena y vende bien, no es de sorprender que la libre elección entre pediatra y médico de familia en la población de 7-14 años, que en nuestro país regula el Real Decreto 1.575/1993 de 10 de septiembre (BOE del 5-X-1993), y que establece en el punto 3 de su artículo 3.^º que «para aquellas personas con edades comprendidas entre 7 y 14 años se podrá optar entre los facultativos de medicina general o pediatría existentes en su territorio de elección», tuviese los resultados que sin duda se sabían, esto es, la inmensa mayoría de los padres opta porque a sus hijos los sigan atendiendo los pediatras, como igualmente se espera que opten por los pediatras si esa edad se amplía hasta los 18 o 19 años que ahora se reclama. Este Real Decreto 1.575/1993, sobre libre elección de médico en los servicios de atención primaria de las áreas de salud del Instituto Nacional de la Salud, también señala en su artículo 4.^º que «en aquellas zonas básicas de salud en las que no exista asignado pediatra por su escasa población infantil, la elección para las personas de hasta 14 años de edad podrá realizarse entre los médicos generales destinados en la zona básica de salud o entre los pediatras existentes en el área de salud». Aunque se lamente y critique la ambigüedad de este Decreto, que no explicitaba la obligatoriedad de la asignación², la realidad es que la mayo-

ría de la población infantil opta por continuar con el pediatra y se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que actualmente en nuestro país los pediatras están atendiendo a la población menor de 14 años.

El segundo punto a tratar, después del precedente de la ubicación del pediatra, sería el límite de la edad pediátrica. En este asunto parece como si, de un tiempo a esta parte y coincidiendo con la falta de puestos de trabajo en el ámbito hospitalario, se hubiese despertado una unánime conciencia entre los pediatras sobre la arbitrariedad histórica que ha supuesto que la propia pediatría fijase el límite de la edad susceptible de atenderse en los 7 años y que ahora se haya elevado hasta los 14. Son ya muchas las voces que reclaman subir esta edad hasta el final de la adolescencia, situándola en los 18, 19 o 22 años según los autores que se elijan^{2,3,6}. En este punto lo que sorprende no es tanto la petición sino la unanimidad y el convencimiento con el que se hace, pues si la necesidad era tan obvia y consustancial a la pediatría como especialidad, es chocante que esa ampliación no se hubiese reclamado antes, hace muchos años, y no precisamente ahora cuando el mercado laboral da muestras de su agotamiento para absorber a los médicos que finalizan su especialización en pediatría. No están tan lejos los tiempos en los que el límite de 7 años era tan drástico,

defendido por los propios pediatras, que constituía una barrera para ingresar a un niño en una parte u otra del hospital. Obviamente, las sociedades e instituciones profesionales velan por los intereses de sus miembros y, desde luego, que es legítima la lucha que la pediatría tiene de elevar aún todavía más la edad pediátrica y justificar con ello la necesidad de nuevos puestos de trabajo.

En este sentido, posiblemente los médicos de familia hayamos puesto muchas energías en buscar y asentar la especialidad de medicina familiar y hayamos renunciado o descuidado la esencia de la medicina general, que ha de fortalecer su función de guardabarrera (gatekeeping), evitando la atención fragmentada, la excesiva práctica de exploraciones y el abuso de las consultas a los especialistas.

En definitiva, no creo que en nuestro país veamos al pediatra ubicado como consultor del médico de familia, aun cuando esa opción se demostrase como la más sensata, porque una vez creadas las demandas sanitarias y satisfechas con la oferta de nuevos dispositivos asistenciales, es muy difícil la vuelta atrás. Pero esta historia puede ser el reflejo y la antesala de lo que está por venir en otras parcelas de la atención sanitaria habitualmente cubiertas por el médico de familia (bajas laborales, asistencia geriátrica, atención domiciliaria, unidades

hospitalarias...), donde pueden apreciarse los intentos de colonización del nivel especializado en aras a crear mercados que justifiquen el puesto de trabajo de algunos especialistas^{7,8}.

F. Buitrago Ramírez

Centro de Salud Universitario La Paz.
Unidad Docente de Medicina Familiar
y Comunitaria. Badajoz.

Bibliografía

1. Boerma WG, De Jong FAJM, Mulder PH. Cuidados de salud y atención primaria en Europa. Barcelona: Netherlands Institute of Primary Health Care-Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1997.
2. Escribano E. La pediatría en el modelo español de atención primaria. Pediatría Atención Primaria 2000; 2: 9-13.
3. Bras J, De la Flor JE, Masvidal RM, editores. Pediatría en asistencia primaria. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1997.
4. Díaz E. Situación actual de la pediatría en Noruega. Pediatría Atención Primaria 2000; 2: 23-26.
5. Herranz J. La investigación en pediatría de atención primaria. Pediatría Atención Primaria 1999; 1: 9-12.
6. Cruz M. Deberes y derechos del pediatra en atención primaria. An Esp Pediatr 2000; 53: 393-394.
7. Buitrago F, Vergeles-Blanca JM. Unidades de atención especializada. ¿Decenas, centenas...? Aten Primaria 1996; 18: 407-408.
8. Gené J. El papel de filtro del médico de cabecera y la reforma del National Health Service vista desde Barcelona. Gac Sanit 1999; 13: 410-412.