



El pediatra en Atención Primaria

AGAPap propone mejorar las condiciones de trabajo de los pediatras, que no son óptimas por la escasez de profesionales de esta especialidad. Un 9% de las plazas de PAP están ocupadas por médicos generales o de familia

Por Carmen A. Rodríguez Lombardía y Teresa Valls Durán*

Cuando me pidieron que escribiese este artículo manifestando mi opinión sobre la situación de la Pediatría en Atención Primaria (PAP) creí que iba a resultar una tarea más sencilla. El hecho de conocer mi profesión, el medio en que me desenvuelvo y contar con experiencia hizo que me las prometiese muy felices. Iba a tener la oportunidad de manifestar mis inquietudes, anhelos y expectativas sobre todo aquello que consume una gran parte de mi tiempo, constituye mi profesión y llena de desvelos, en muchas ocasiones, mis tiempos de ocio o familia. Sin embargo, la realidad, tozuda siempre, me ha obligado a detenerme y reflexionar para poner en orden mis ideas.

¿Quién es el pediatra? Obviamente un médico especialista. Cuatro años de formación específica, eminentemente hospitalaria, siguiendo un plan formativo muy completo, nos permite ser capaces de afrontar cualquier patología en el ámbito poblacional que nos compete. A lo largo de este cuatrienio solo está previsto

un período de rotación de tres meses en Atención Primaria (Orden SCO/3148/2006) que se antoja claramente insuficiente para adquirir las competencias propias de los PAP, máxime cuando las expectativas de trabajo contemplan que más de un 65% de los nuevos pediatras ejercerán en este ámbito

¿Qué papel jugamos en el sistema de salud? Muchas veces me he preguntado si somos especialistas desaprovechados o si, por el contrario, la población infantil cuenta con la suerte de tenernos en la primera línea de consulta. Esta idea ha sido objeto de no pocas controversias y polémicas. No hay que perder de vista que nuestro modelo, en el que cada niño tiene asignado un pediatra de cabecera, no es el habitual en el resto de Europa (además de España sólo Chequia, Eslovaquia, Eslovenia, Chipre e Israel lo tienen).

En otros países de nuestro entorno desarrollado, Inglaterra, por ejemplo, el estrato infanto-juvenil es atendido por médicos generales, ya que defienden a ultranza que la atención primaria del 100% de la población debe corresponder a los médicos de familia.

Estudios de 2009 mostraban que Reino Unido contaba con una mortalidad infantil mayor que otros países de nuestro entorno, principalmente a causa de enfermedades prevenibles, cuyo diagnóstico depende del acceso fácil y rápido a servicios médicos de AP. Sus autores proponían dos soluciones, la mejora de la formación de los médicos de familia en pediatría y potenciar la presencia de pediatras en los equipos de Atención Primaria.

El grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AE-Pap también ha concluido que “parece recomendable mantener la figura del pediatra en los equipos de AP y reforzar su función específica como primer punto de contacto del niño con el sistema sanitario”.

¿Quién es nuestro público objetivo? Todos los niños de cero a quince años. Los sanos y los enfermos. Los que tienen afecciones puntuales y los crónicos. Los nativos y los foráneos. Con las consecuencias que de todo ello se derivan, ya que nuestra actividad profesional va dirigida a la prevención de enfermedades y a la promoción de estilos de vida saludables, tanto desde la perspectiva nutricional, como higiénica, o de acompañamiento al desarrollo; el tratamiento de patologías estacionales y patologías típicas de nuestro entorno geográfico que se ve, cada vez más, ampliado por patologías importadas de otros países. También en esto nos afecta la globalización.

Cartera de Servicios. Son los servicios que, de manera organizada, oferta a la población cada comunidad autónoma a través de sus servicios de salud, y que difieren de unas a otras en función del enfoque que cada una le dé.

En Galicia comprenden la consulta a demanda, la programada, la domiciliaria y la urgente, el Programa de Salud Infantil: vacunaciones de 0-14 años, revisiones del niño sano de 0-14 años, salud bucodental infantil, educación y orientación sexual a jóvenes, atención al niño y al adolescente con asma, promoción de la lactancia materna y detección de metabolopatías. En este aspecto concreto, podemos presumir de que Galicia es pionera y actualmente se encuentra en cabeza en la detección de enfermedades por trastornos metabólicos.

¿Con qué medios conta-

mos? Creo que, en general, nuestras consultas están bien equipadas. Disponemos del material adecuado para la cartera de servicios que se ofrece. Una ágil reposición de aquellos equipos defectuosos o más obsoletos es evidente que redundará en una mejora de la capacidad diagnóstica y en la calidad asistencial.

La cooperación y complementariedad con el personal de enfermería es fundamental. La reciente aprobación de programas formativos de Enfermería Pediátrica, con rotaciones específicas por AP, va a suponer una mejora considerable en el perfil de competencias de la enfermera en relación con la salud infantil.

Según un estudio publicado por AGAPap en 2009, solo el 47% de los pediatras tenían

No hay que perder de vista que nuestro modelo, en el que cada niño tiene asignado un pediatra de cabecera, no es el habitual en el resto de Europa

En otros países de nuestro entorno desarrollado, Inglaterra, por ejemplo, el estrato infanto-juvenil es atendido por médicos generales

una enfermera/o por profesional, mientras que el 35% lo comparten entre dos pediatras y el 3% entre tres. No deben existir consultas de pediatría sin una enfermera de pediatría asignada.

Las herramientas informáticas. En la actualidad prácticamente todas nuestras consultas tienen acceso a Ianus, lo que nos permite acceder a historial médico completo del paciente, tanto para las actuaciones realizadas en el ámbito hospitalario como a las realizadas en AP.

La reciente implantación de Ianus Pediátrico no ha tenido la buena acogida que era de esperar por parte de nuestro colectivo, ya que existen dificultades a la hora de plasmar en la versión informática la historia en papel utilizada hasta ahora, mermando las expectativas depositadas en él. Esperamos que la nueva versión general del programa, en la que la Consellería está trabajando actualmente, subsane estas deficiencias.

El acceso a Internet y a la Biblioteca Virtual favorecen y potencian un rápido acceso a la información en aquellas situaciones en que por la dificultad del caso debamos recurrir a fuentes específicas, manteniéndonos asimismo conectados, con acceso inmediato, a cuantas novedades, alertas y/o nuevas publicaciones se produzcan en los diferentes ámbitos de nuestras especialidad.

Las nuevas tecnologías no siempre suponen una herramienta que favorezca la comunicación con los pacientes, aunque el soporte informático sí que nos ha acercado a la atención especializada. Herramientas como la telemedicina suponen un cambio radical en nuestra práctica diaria.

Condiciones de trabajo. Es necesario mejorar las condiciones de trabajo de los pediatras, que en este momento no son óptimas, por la escasez



Carmen A. Rodríguez Lombardía, una de las autoras del artículo

de profesionales de esta especialidad, por la elevadísima y creciente carga asistencial debido a la medicalización actual de la sociedad, por la dificultad para cubrir ausencias (casi siempre con el modelo de intersustitución con profesionales del mismo centro, lo que supone una importante sobrecarga), ya que provocan frustración en el profesional impidiéndole llevar a cabo su trabajo con eficacia.

Es necesario que las plazas ofertadas en el sistema MIR se adecuen a las necesidades reales y es preocupante observar como, año tras año, su oferta lejos de aumentar se reduce. Pensemos que en Galicia todavía un 9% de las plazas de PAP están siendo ocupadas por médicos generales o de familia.

Otros ámbitos de mejora. La eliminación de las plazas de pediatras itinerantes (en Galicia un 18%, una de las cifras más elevadas de España), que pretenden contentar ámbitos localistas antes que dar respuesta a necesidades asistenciales reales.

La necesaria racionalización de los horarios para que los profesionales puedan conciliar su vida profesional y familiar, ya que el 25% de las plazas son de tarde o deslizantes.

El niño debería ser el centro de actuación del sistema sanitario, exigiendo por tanto una mejora en la coordinación hospital-Atención Primaria, debiendo desarrollarse programas compartidos que posibiliten una mejor atención a pacientes crónicos, tanto por el pediatra de cabecera como por el de hospital.

Existe una cierta invisibilidad del pediatra en el conjunto del sistema de AP, por ello sería interesante desarrollar la figura del pediatra coordinador de área, cuyas funciones serían supervisar la docencia, formación, residentes, protocolos asistenciales, coordinación con el hospital de referencia, etc.

También es importante fomentar la investigación y la docencia, siendo preciso consensuar las agendas con los profesionales para que

Nuestro público objetivo son todos los niños de cero a quince años. Los sanos y los enfermos. Los que tienen afecciones puntuales y los crónicos

Es necesario mejorar las condiciones de trabajo de los pediatras, por la escasez de profesionales y la elevadísima y creciente carga asistencial

su labor no sea meramente asistencial.

Asimismo es importante la participación de los PAP en la redacción y gestión de guías de práctica clínica, así como su integración en órganos consultivos y decisorios de la Administración.

Para el sostenimiento de una Atención Primaria de calidad es necesario el consenso de profesionales y de Administración, con un diálogo fluido con responsabilidad y generosidad por ambas partes, lo que redundará en beneficios para los pacientes, los profesionales y el propio sistema.

A pesar de todo creo que hemos conseguido una atención pediátrica pública de calidad, bien valorada por las familias, pero no debemos bajar la guardia y seguir trabajando para ofrecer a nuestros niños la atención que se merecen.

*Las doctoras Carmen A. Rodríguez Lombardía y Teresa Valls son directivas de AGAPap



La AGAPap propone crear la figura del pediatra coordinador de área