



Sábado 11 de febrero de 2012
Conferencia de Clausura

Moderador:

Ángel Carrasco Sanz

Delegado de la AEP en la European Academy of Paediatrics (EAP). CS Potosí. Madrid

■ **Pasado, presente y futuro de la pediatría de AP en Europa**

Shimon Barak

Pediatra de Atención Primaria. Maccabi Health Fund. Consejero Ejecutivo y Jefe del Grupo de Trabajo Estratégico de la European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP).

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Barak S. Pasado, presente y futuro de la pediatría de Atención Primaria en Europa. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Ediciones Exlibris; 2012. p. 61-71.



Pasado, presente y futuro de la pediatría de Atención Primaria en Europa

Shimon Barak

Pediatra de Atención Primaria. Maccabi Health Fund. Consejero Ejecutivo y Jefe del Grupo de Trabajo Estratégico de la European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP).
simonb@netvision.net.il

El término "Salud" trae gran variedad de definiciones, a veces profundamente discordantes, otras veces más o menos de acuerdo en algunos puntos, y casi siempre eclécticas, limitadas a agrupar las opiniones más en boga sobre la cuestión. En un artículo publicado hace 15 años, el profesor Antonio Pardo Caballos¹, del Departamento de Humanidades Biomédicas de la Universidad de Navarra planteó la cuestión básica que si la razón de ser de la atención médica es perseguir a la salud, es imprescindible y fundamental tener claro en qué consiste ella.

De su significado original y genuino (del latín *salus* - "superar una dificultad") obtenemos la definición básica por la cual la salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo², es decir superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. El mantenimiento de la homeostasis, característico de los seres vivos, es un proceso activo que se realiza contra dificultades que opone el medio y sólo un organismo sano está en condiciones de superar dichas dificultades. De aquí viene la definición clásica de la salud de los diccionarios, por ejemplo el de la Real Academia de la Lengua Española³, donde la salud es "el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones", explicada en contraposición a la enfermedad, la cual es referida como la "alteración más o menos grave de la salud".

Pero la Salud es mucho más que la ausencia de afecciones, enfermedades o dolor físico. Es "un estado de completo bienestar físico, mental y social"⁴. Esta definición, concebida por la Organización

Mundial de la Salud y documentada en su constitución, dio lugar a la conclusión lógica, reconocida universalmente y expresada en la declaración de Alma Ata en el año 1978⁵, que para optimizar la salud es imprescindible detectar rápida y puntualmente toda desviación de lo normal y fisiológico y prevenir enfermedades y estados morbosos y, por lo tanto, es vital que el foco de la atención oscile hacia los servicios ambulatorios y la Atención Primaria de Salud (APS) y que estos tengan prioridad en los intereses y presupuestos de los sistemas nacionales de salud, siendo la clave del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Si queremos una población saludable, debemos formar una APS basada en una tecnología práctica, científica, adecuada e igualitaria, de métodos accesibles y aceptables, practicada con plena participación y cooperación de la comunidad en la cual se ejerce, y realizada dentro de un presupuesto permisible y a un coste posible.

El protagonista de la tarea es el médico encargado de esta Atención Primaria. Pero por más abnegado, talentoso y dedicado que sea, el éxito de su misión no puede depender solo de él. Ningún mortal puede solo y sin ayuda cerrar el abismo existente entre los niveles alimenticios de las poblaciones en los distintos rincones del Mundo o mejorar la calidad del agua potable y el saneamiento existente en ciertos lugares del Universo.

La salud es cuidada por equipos formados por agricultores, productores de alimentos, industriales, educadores, ingenieros, trabajadores en obras públicas y muchos más. Sin ellos y sin los profesionales en las distintas áreas pertinentes a la salud (paramédicos, enfermeras, comadronas, auxiliares, trabajadores comunitarios, sanadores tradicionales, etc.) es imposible llevar a cabo los servicios esenciales y básicos:

- La educación de la población en los principios básicos de la vida sana.
- El control de las enfermedades endémicas locales.
- La expansión y el fomento de la inmunización.

- La promoción de la salud materno-infantil, desde concepción a madurez.
- La producción y el suministro de los medicamentos básicos y esenciales.
- La nutrición adecuada.
- El tratamiento médico adecuado de las enfermedades.
- El suministro de agua potable, higiene y saneamiento.

La habilidad y el nivel profesional de los profesionales en salud es crucial y sus formaciones, habilidades y niveles profesionales tienen que ser competentes, adecuados, basados en planes de estudios adaptados y apropiados a las necesidades y prioridades de la comunidad en la cual trabajan, asegurando que las actitudes, conocimientos y habilidades se han desarrollado cubriendo todas las facetas del cuidado de la salud: promoción, prevención, curación y rehabilitación, y que la actualización de esos conocimientos y la educación formativa son supervisados y evaluados periódicamente con un plan de Formación Médica Continuada y Desarrollo Profesional Continuo.

Del médico que trata niños pedimos aún más:

- Que dé un trato personal y humano a sus pacientes, o en otras palabras "que sea gente".
- Que tenga una formación profesional en ambas disciplinas: la Pediatría y la Atención Primaria y sea capaz de ejercer la profesión también en el ambiente hospitalario o por lo menos que tenga idioma en común con los hospitalistas.
- Que sea capaz de acaparar las variadas y distintas facetas de la práctica con una atención integral y continua desde el nacimiento hasta el umbral de adultez.

- Que integre factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y existenciales, recuperando el humanismo tradicional frente al "ruido tecnológico".
- Que sea buen conocedor del niño-adolescente, su forma de vivir y modo de enfermar y sea capaz de utilizar este conocimiento y la confianza generada por repetidos contactos con el paciente para su bienestar.
- Que sea capaz de promover la salud, prevenir las enfermedades, proporcionar atención, cura y/o cuidados paliativos y sepa conducir los equipos asistenciales multidisciplinares.
- Todo eso manteniendo al niño/joven paciente en el foco de su atención y el centro de su práctica y cuidado.
- Manteniendo a la par ojo y mente en la morbosidad.
- En la familia.
- En sus credos, temores, expectativas y necesidades.
- Tener una visión perspectiva que incluye todos los aspectos y repercusiones futuras posibles de la enfermedad y del tratamiento.
- Estar atento a los avances científicos, encontrar tiempo y perseverar en mantenerse actualizado en el arte y la ciencia de la medicina, desarrollando y actualizando sus habilidades y valores.
- Y todo dentro de los límites de tiempo y presupuesto disponibles.
- Tiene que reducir al mínimo demoras y retrasos en dar la asistencia médica, ser precisa y oportuna.
- El servicio tiene que ser eficaz y ser ofrecido por un lado a todos los que podrían beneficiarse de él, pero por el otro lado abstenido de los que no ganarían nada, evitando así la infrautilización y el uso excesivo.
- Ser eficiente, evitando el despilfarro y desperdicio de equipos, recursos, ideas y energía.
- Ser equitativo, sin que la calidad varíe o se influya por características personales del paciente, su género, etnia, ubicación geográfica o nivel socioeconómico.
- Y, por supuesto, centrada en el paciente, respetando y respondiendo a cada referencia y necesidad y asegurando que los valores del paciente son los que guían todas las decisiones clínicas.

Los principios que aseguran la calidad del tratamiento pueden ser epitomados en seis puntos:

- La práctica médica ambulatoria tiene que evitar errores, disminuir daños posibles y tener en mente el famoso aforismo de Hipócrates: PRIMUM NON NOCERE. En otras palabras ser segura.

Hablamos de atención primaria de alto nivel y en vuestras mentes, como en la mía, esto es sinónimo de la atención pediátrica primaria llevada a cabo por pediatras. Pero en muchos lugares del mundo, especialmente en el llamado "el tercer mundo", por razones profesionales, económicas, políticas, sindicales o históricas, el pediatra de Atención Primaria no existe y la atención primaria ambulatoria es dada por médicos generales que tratan indiferencialmente infantes, mayores y ancianos.

La Pediatría surgió como especialidad solo a fines del siglo XIX, con la finalidad de separar la medicina del niño, quien, hasta ese entonces era visto como un adulto en miniatura y tratado con fracciones de las dosis de los medicamentos usados en los mayores. Los europeos fueron los pioneros en cortar el cordón umbilical que unía la Pediatría con la Obstetricia y la Medicina General, al abrir hospitales pediátricos: el Hôpital des Enfants Malades de París en 1802, el Pabellón de Pediatría del Hospital Charité de Berlín en 1830, San Petersburgo en 1834, Viena en 1837, Londres en 1852 y en España el Hospital Niño Jesús de Madrid, inaugurado en 1877.

Al principio la atención primaria ambulatoria era dada todavía en la mayoría de los casos por médicos generales. Pero con el avance de la Medicina en general y la Pediatría en particular, surgió poco a poco la figura del pediatra de Atención Primaria como la persona más adecuada para esta tarea. El impactante descenso de la mortalidad infantil, asociado al exitoso control de las enfermedades infectocontagiosas y la desnutrición determinó un progresivo aumento de población infantil sobreviviente de enfermedades otrora fatales e hizo esta disciplina casi imprescindible.

La profunda transición epidemiológica, bio-demográfica, sociopolítica, económica, científica tecnológica, y de los sistemas de atención en salud, experimentada a lo largo de las últimas décadas, ha determinado, a su vez, una segunda transformación en los desafíos y roles de los profesionales de la medicina. Debido a los cambios ocurridos en el perfil de morbilidad predominante, la Pediatría (que se había desarrollado bajo el modelo biomédico, con enfoque curativo, centrado en las enfermedades y en los centros hospitalarios), implementó una mirada más integral, preventiva y promocional; el modelo bio-psico-social incorporó aspectos psicológicos y sociales, consideró el contexto familiar y comunitario, con un manejo multidisciplinario e intersectorial, centrado en la atención ambulatoria. Y, sin embargo, este cambio fue renegado por varios países europeos en los cuales la atención primaria de los niños quedó desde un principio (y sigue aún hoy) en manos de médicos generales o médicos de familia.

Y así vemos que en Europa se han desarrollado tres sistemas distintos de atención primaria del menor: una basada en la atención primaria por pediatras, otra basada en el médico general o en el médico de familia y una tercera con un sistema mixto.

Esta situación trae a mente inmediatamente ciertas preguntas:

- ¿Por qué tres sistemas diferentes?
- ¿Cuál de ellos es el mejor sistema para el enfermo?
- ¿Cuál es el sistema más barato?

¿POR QUÉ TRES SISTEMAS DIFERENTES?

A pesar de la unidad y la consolidación, la Europa del siglo XXI sigue siendo un continente multirracial, poli-étnico, con diversas políticas, economías distintas, diferentes tradiciones y formas de pensar, distintas culturas y constituciones y es lógico que existan distintos marcos y sistemas de hacer las cosas. Pero, paradójicamente, los distintos sistemas no fueron creados por razones ideológicas, económicas, demográficas o profesionales diferentes sino que por inercia y razones históricas.

Por ejemplo, el sistema de Atención Primaria por médicos generales es practicado en países con pocos denominadores en común: por un lado estados escandinavos ricos, como Noruega y Dinamarca, y por el otro, por países relativamente pobres, como Bulgaria y Polonia. Lo mismo vale con el sistema mixto, practicado igualmente por un lado por países ricos, como Alemania y Suiza, y por otro lado, en países casi en bancarrota, como Islandia y Lituania.

Además, la mayoría de los países de Europa comparten hoy en día la misma problemática en busca de soluciones:

- Cambios demográficos en la población general debido a la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la migración.
- Cambio radical en el modelo de la unidad familiar (familias monoparentales, un aumento en la edad promedio de los padres, disminución en la fecundidad y el número de niños en la familia, familias unisexuales, etc.).
- Casi todos los países de Europa sufren cambios en la demografía de los profesionales médicos, con una elevación en la edad media, mas médicos trabajando parcialmente, menos médicos buscando sus porvenires en la medicina ambulatoria.
- Casi todos los países de Europa están sufriendo la misma crisis económica.

¿CUÁL DE ELLOS ES EL MEJOR SISTEMA PARA EL ENFERMO?

Manuel Katz y sus colaboradores⁶ fueron los primeros en comparar los tres sistemas de atención primaria pediátrica en un artículo publicado en 2002, basado en datos obtenidos en 1999. Ellos demostraron “*claras desventajas respecto a la salud mental, vacunación, medidas de prevención de la salud y la tasa de mortalidad infantil en países donde el tratamiento es dado por médicos de familia o médicos generales*”. Desde entonces decenas de artículos demuestran indiscutiblemente que la atención médica de los pediatras es mejor que la dada por los médicos generales y médicos de familia. El metaanálisis admirable del grupo encabezado por el Dr. Buñuel Álvarez⁷ identificó decenas de artículos que al comparar los diferentes aspectos de la práctica clínica de la atención sanitaria proporcionada por pediatras frente a la dada por médicos de familia y médicos generales, demostró que la prescripción de antibióticos, la indicación de pruebas diagnósticas, el manejo de la otitis media, del asma, del síndrome febril y de diversas alteraciones psicopatológicas, así como la realización de actividades preventivas es mejor cuando está en manos de los pediatras.

Un grupo francés encabezado por Alain Bocquet⁸ demostró que los pediatras derivan mucho menos a subespecialistas (25%), hospitalizan menos (6%), dan un 25% menos prescripciones, 17% menos trabajos de laboratorio, 42% menos tratamientos de logopedia, menos antibióticos, el 50% de la cantidad de corticosteroides y antiinflamatorios, previenen mejor el raquitismo, las caries y tienen mejor cobertura de vacunaciones, dato corroborado por Koepke⁹. Shaou¹⁰ comparó el uso del prokinético cisapride para el tratamiento del reflujo gastroesofágico y encontró que médicos que no son pediatras dan muchas veces dosis erróneas, no saben las indicaciones clínicas para su uso y no conocen interacciones posibles con otras drogas. Finkelstein¹¹ demostró que los médicos de familia no conocen las directrices clínicas de tratamiento del asma y mandan mucho más a menudo a sus pacientes a especialistas de pulmón. Rushton¹² comparó el tratamiento médico de la depresión infantil y mostró que los médicos de familia usan el

doble de medicamentos y mucho menos asesoramiento psicológico.

El mejor lugar para comparar los dos sistemas es Gran Bretaña, donde la atención primaria de niños es practicada solo por médicos de familia. Un artículo publicado en el BMJ en marzo del año 2011¹² admite que la calidad de la atención primaria pediátrica del Reino Unido está por debajo de todo estándar europeo aceptable:

- En asma: sólo el 3% de los pacientes reciben instrucciones claras sobre como tratar exacerbaciones asmáticas o tratamientos preventivos. De ahí que el 75% de las hospitalizaciones por asma infantil serían evitables con una atención primaria mejor. Por otro lado, Gran Bretaña tiene la tasa más alta de mortalidad causada por asma en el continente europeo.
- La tercera parte de las hospitalizaciones de corta duración son por enfermedades leves que podrían haberse tratado en la comunidad.
- El 82% de los niños diabéticos tienen concentraciones de HbA1c por encima de los niveles óptimos y casi un 10% ha tenido al menos un episodio de cetoacidosis en el último año. Sólo el 4% recibe atención médica en consonancia con las directrices.
- La mortalidad infantil en Gran Bretaña es la más alta de Europa en todas las categorías y por todas las razones y etiologías, pero principalmente a causa de enfermedades prevenibles, cuyo diagnóstico depende del acceso fácil y rápido a servicios médicos de Atención Primaria (por ejemplo, la neumonía, el asma y los tumores infantiles sólidos). El 50% de los niños posteriormente diagnosticados con infección meningocócica fueron enviados a casa después de la primera consulta.
- En el 26% de las muertes, la “falta de identificación y diagnóstico en la fase de la atención directa del niño” fue causa directa de la tragedia. En otro 43% de los casos se han identificado “factores potencialmente evitables”, o errores por parte del personal médico,

culpa de una formación pediátrica inadecuada o falta de supervisión profesional.

Siendo esta la situación, ¿por qué no cambia Gran Bretaña su sistema? ¿Por qué no lo hacen otros países con atención pediátrica basada en médicos de familia?

La razón principal y más citada es el alegato casi axiomático de que el sistema basado en pediatras es mucho más caro. ¿Es esto cierto?

¿CUÁL ES EL SISTEMA MÁS BARATO?

Ya hemos visto en muchos de los artículos mencionados que los pediatras gastan menos que los médicos de familia a nivel individual. ¿Qué pasa a nivel nacional?

Según los datos del Banco Mundial¹⁴ y comparando el gasto en salud per cápita vemos que en países con sistemas basados en médicos de familia se gasta mucho más dinero, en sumas absolutas y como porcentaje de su PIB, que en países con sistemas basados en pediatras.

Un grupo italiano basado en Molise¹⁵, una pequeña provincia italiana con sistema mixto, comparó los gastos incurridos por dos grupos de médicos que tratan niños: pediatras frente a médicos generales y demostró un humilde ahorro de 40 € anuales por cada niño de 0 a 16 años de edad, lo que significaría –si el cambio de médicos de familia a pediatras fuera implementado en toda Italia– un ahorro anual de 70 millones de euros!

Si el sistema pediátrico es mejor para el paciente y también más barato, la lógica sería implementar este sistema de Atención Primaria por pediatras en toda Europa. Pero aquí nos toman por sorpresa los datos. Cuando el artículo de Katz fue publicado, el 35% de los países europeos tenían sistemas basados en pediatras, el 17% tenían sistemas basados en médicos generales y casi la mitad tenían un sistema mixto. El 41% tenía pediatras comunitarios que supervisaban principalmente la práctica preventiva pediátrica en las colectividades. Una década después nuestro compatriota, Diego van Esso¹⁶, publicó una versión actualizada y esta vez encontró que

sólo el 24% de los países europeos tienen sistemas basados en pediatras de Atención Primaria, que el porcentaje de sistemas mixtos ha bajado y al mismo tiempo subió el número de países que tienen un sistema basado en médicos generales.

¿Qué pasó? ¿Nadie se enteró de que la literatura médica internacional demuestra que la atención médica de los pediatras es indiscutiblemente mejor que la dada por médicos generales y médicos de familia? ¿Por qué están desapareciendo los sistemas pediátricos de Europa?

La clave de este misterio está en las conclusiones de van Esso: *“Durante la última década los sistemas a base de pediatras de Atención Primaria están disminuyendo y muchos países se enfrentan a dificultades debido a la escasez de pediatras de Atención Primaria”*. O sea que cada año el número de pediatras de Atención Primaria que se jubilan es mayor que el número de los que comienzan sus carreras en esta disciplina, y esta escasez impide la expansión del sistema en el Continente.

¿POR QUÉ LOS PEDIATRAS NO QUIEREN TRABAJAR EN ATENCIÓN PRIMARIA?

La pediatría ambulatoria es una profesión exigente en la cual hay que invertir tiempo, fuerzas y corazón.

Para dedicar la vida a una profesión exigente hacen falta incentivos:

- Mucha motivación, altruismo y buena voluntad empacado con la sensación de cumplimiento y sentirse valorado por colegas y pacientes.
- La calma, tranquilidad y comodidad en el ejercicio de una profesión en la cual, como decía mi viejo profesor, por suerte la mortalidad es casi nula y la mayoría de los enfermos se curan solos o a pesar del tratamiento que les damos.
- La recompensa económica (que es una forma educada de decir ganar bien).

Estos tres incentivos que alumbraban como faros la costa de la pediatría ambulatoria fueron arrasados en los últimos años por el tsunami de la vida moderna. En los últimos 20 años el número de visitas al médico de Atención Primaria no sólo no disminuyó sino que muestra un aumento constante, principalmente como resultado de la accesibilidad existente hoy en día a la información y al conocimiento médico por parte de las familias, fruto de la expansión de Internet y los medios de comunicación, que hace que las personas sepan más sobre la salud y demanden más atención, y mejores, recientes (y casi siempre caras) innovaciones médicas¹⁷.

En los EE.UU. se calcula que el pediatra promedio tiene a su cargo el tratamiento de 2.500 niños y adolescentes¹⁸. El paciente medio visita a su pediatra 4,6 veces al año por enfermedades agudas. Eso significa 11.500 visitas al año, alrededor de 40 por día. Calculando 15 minutos para cada visita (para cumplir con los estándares recomendados) viene a ser que el pediatra promedio tiene que trabajar un mínimo de 600 minutos, o sea, casi 10 horas diarias todos los días laborables del año. Eso sin contar el tiempo que tiene que dedicar a aconsejar a sus pacientes sobre medidas preventivas de mantenimiento de la salud, llamadas telefónicas, horas invertidas en leer y estudiar para el desarrollo profesional continuo, etc. Y en España (de acuerdo a lo publicado en el *Economist*¹⁹ aun más: ¡8 veces al año!

En resumen, el pediatra ambulatorio sufre de exceso de trabajo. Y a pesar del volumen de pacientes, los médicos de atención primaria (y aquí van incluidos los pediatras) son los que reciben el salario más bajo dentro del sistema de salud²⁰. O sea que trabajan más y son mal pagados.

Y por si no fuera bastante, nuestros propios colegas nos ven como "médicos de segunda clase". Desde que a mediados del siglo pasado, nació la cardiología como primera subespecialización de la profesión, la pediatría se ha ramificado en más de 30 subespecialidades, 20 clínicas y 12 quirúrgicas. La subespecialización es una tendencia positiva que sin duda trajo avances en la investigación, amplió los horizontes y mejoró la atención de salud de niños y adolescentes. Pero eso se ha logrado a expensas

de la Pediatría Básica, la cual inició un proceso de devaluación y se ha transformado de ser núcleo y esencia de la profesión a un mero preámbulo o antesala hacia la "profesionalidad". En las palabras del profesor Stephen Ludwig²¹: *"El proceso de ramificación de la medicina en especialidades sin fortalecer la base es como un árbol con ramas y flores robustas, pero con un tronco débil"*.

Los pediatras de Atención Primaria somos mucho más que "pediatras generales", somos subespecialistas en una rama muy especial de la profesión. En los programas de formación de pediatras se recomienda mayor dedicación a aspectos preventivos y sociales, a la denominada "nueva morbilidad", a la adolescencia y al conocimiento tanto del niño sano como de aquel con necesidades especiales; teniendo como eje el crecimiento, desarrollo y comportamiento normal y sus desviaciones. La nueva morbilidad incorpora aspectos relacionados con las dificultades de aprendizaje, alteraciones del desarrollo, problemas del comportamiento, adicciones y violencia, el manejo integral de los niños con enfermedades crónicas y necesidades especiales, entre otros. Al analizar los programas de Pediatría tradicionales de la Comunidad Europea, ninguna de estas recomendaciones se cumple mientras que si aparece una carga excesiva de formación clínica hospitalaria, con un notorio desequilibrio respecto a las necesidades reales de formación clínica ulterior. Los residentes de Pediatría en España, por ejemplo, adquieren la mayoría de las competencias más relevantes para su posterior práctica habitual en las rotaciones por urgencias y consultas externas hospitalarias, las que están evolucionando cada vez a patologías más selectivas.

La industria médica, y en particular las compañías farmacéuticas, siendo los patrocinadores principales de la investigación científica clínica, prefieren otorgar becas y presupuestos en manos de subespecialistas hospitalarios. Cuantos más fondos, más oportunidades para investigar. La investigación permite la publicación de artículos científicos. El que más publica, sube más alto en la escalera académica, y los especialistas han conquistado el zenit académico, convirtiéndose en jefes de servicio de los centro hospitalarios afiliados a la Universidad y hoy en día es difícil encontrar un catedrático de Pediatría que ha crecido dentro de la práctica de Pediatría General o

Ambulatoria. Esto es un clavo más en el ataúd de los Pediatras de Atención Primaria: Falta de posición académica. Y esta es la razón por la cual a los Médicos de Atención Primaria les falta el reconocimiento profesional por parte de sus colegas.

La tendencia a la especialización es contraria a las necesidades del fortalecimiento de la APS, agrava la brecha socio económica existente, destaca una distribución no equitativa de los especialistas y sobre todo de los superespecialistas a lo largo del territorio nacional, concentrándose en las grandes urbes, principalmente en la región metropolitana y en el sistema privado de atención.

La Academia Americana de Pediatría ya expreso su opinión²² que la atención pediátrica primaria de salud debe ser dada exclusivamente por pediatras y esta es también la posición oficial de la Confederación Europea de Pediatras de Atención Primaria (ECPCP)²³ y otras asociaciones internacionales. Pero todo lo mencionado desalienta a los médicos jóvenes de buscar un futuro en la atención primaria lejos de los hospitales. Y de ahí la tendencia mencionada por Diego Van Esso, una tendencia global de disminución del número de residentes en la Medicina General y de Atención Primaria y el aumento paralelo significativo en sistemas basados en médicos de familia.

La falta de incentivos apropiados a las expectativas ha hecho de la atención ambulatoria una alternativa poco atractiva, muchas veces utilizada como paso necesario para poder acceder a la subespecialización, el nicho laboral atractivo, prestigioso, que da alta calidad de vida y bienestar económico.

Durante el Congreso Europeo de Medicina Ambulatoria en Southampton en septiembre del 2008 el profesor Mykola Aryayev²⁴ de Ucrania comentó que las opciones para un futuro común armonioso entre la Pediatría y Medicina Familiar son limitadas: o que la Medicina Familiar se retire parcial o totalmente de la atención de los niños, o que compita directamente con la Pediatría, o que la Medicina de Familia y la Pediatría colaboren para el bienestar de los niños y sus familias.

La solución simple, pero difícil, es aumentar la atracción de la Pediatría de Atención Primaria. Pagar más, aliviar la carga del trabajo, fomentar el ego y el prestigio de la profesión, integrar a los médicos en la investigación y en el mundo académico, etc.

Este plan utópico es casi imposible de implementar: Confrontados con la escasez de pediatras de Atención Primaria, tenemos que encontrar otras soluciones o alternativas y a mi ver quedan tan solo tres:

- I. Reinventar la atención primaria saliendo de las estructuras existentes delineando ciertas restricciones:
 - En países donde el proveedor primario es un médico general o de familia garantizar su calidad y la calidad de su atención medica imponiendo una formación profesional apropiada y adecuada en pediatría del punto de vista de duración (mínimo de 12 meses), contenido (currículo redactado por pediatras), ubicación (principalmente en una plataforma ambulatoria) y supervisión de la formación (por académicos en Pediatría). Es primordial aumentar significativamente la docencia clínica con pacientes ambulatorios, en locales adecuados y con docentes entrenados en este tipo de enseñanza; favorecer la participación de los alumnos de pregrado en estudios clínicos y de salud pública y reforzar en el postgrado la formación de médicos con suficiente formación en atención ambulatoria.
 - El médico general / de familia trataría principalmente casos agudos, dentro de cierta limitación de edades (por ejemplo, no trataría niños de menos de tres años de edad) y pacientes padeciendo ciertas enfermedades estarían bajo el cuidado exclusivo de pediatras.
 - Los pacientes atendidos por médicos generales / de familia tendrían un acceso fácil y rápido a una segunda opinión en manos de un pediatra.
 - Se implementaría la posición de "pediatra regional" a cargo de la medicina preventiva, la vigilancia

- médica de bebés e infantes, la revisión médica preescolar y de escuela y él sería también el eslabón que conecta la medicina ambulatoria al hospital regional en el caso que niños se encuentran hospitalizados.
2. La segunda alternativa es la formación de un nuevo tipo de Atención Primaria basado en el modelo de MED PED existente en los EE.UU. Este modelo, que tiene más de 40 años de experiencia, prepara residentes en sólo cuatro años en una formación que combina dos años de Medicina Interna y dos de Pediatría. La mayoría de estos residentes optan por una carrera dentro de la Atención Primaria y son mucho más eficientes en el tratamiento y diagnóstico de las enfermedades pediátricas complejas, inclusive situaciones de emergencia.
 3. La tercera alternativa es el establecimiento de Hogares Médicos, equipos profesionales médicos centrados en el paciente. Este formato existe desde hace casi medio siglo y es la presente recomendación en los EE.UU. El servicio es accesible, responsable, integral e integrativo, centrado en el paciente, seguro, de alto valor científico y muy satisfactorio para el paciente y para los profesionales médicos. Disminuye los costes de salud en un 5,6% (en la experiencia de EE.UU. viene a ser un ahorro nacional de ¡67 mil millones de dólares por año!). Parte de la suma va hacia la reforma de pago. De esta manera servicios especializados obtienen una compensación adicional (por ejemplo el control de crecimiento y desarrollo, asesoramiento de los padres sobre los problemas de comportamiento de sus niños). En la mayoría de los países europeos ya existen Hogares Médicos para adultos y sería fácil hacer los cambios esenciales para transformarlos en un modelo pediátrico. La práctica en estos centros estaría bajo la dirección de pediatras pero el equipo multidisciplinario consistiría de profesionales médicos (*general practitioner*/ médico de familia) y paramédicos (asistentes, enfermeras, dietistas, secretarías, fisioterapeutas, especialistas en salud mental, trabajadores sociales, educadores de salud, nutricionistas y equipo de laboratorio). Este equipo podría proporcionar una atención

excelente y rentable y reducir la carga de los médicos. Este tipo de práctica garantiza por un lado una relación personal (cada paciente tendría una relación continua con un pediatra personal que proporciona el primer contacto) y por otro la atención continua e integral (a manos de otros profesionales). La centralización de los casos libraría a los médicos y profesionales de la salud de trámites administrativos y procedimientos no médicos. El pediatra sería el ancla de la práctica y el eje que organiza la atención de todos los demás profesionales. La calidad y la seguridad estarían garantizadas mediante un proceso de planificación de la atención, medicina basada en evidencia, la minimización del desempeño y la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones.

CONCLUSIÓN

El porvenir de la Pediatría Ambulatoria es incierto y los pesimistas dicen que se encamina a la extinción. La razón principal es la disminución en las filas, culpa, por un lado, del desgaste, descontento e insatisfacción de los médicos veteranos y por el otro de la tendencia de jóvenes colegas de menospreciar la medicina de Atención Primaria y preferir un futuro en la alta complejidad tecnológica de la medicina hospitalaria y las super especialidades.

El hueco dejado por los pediatras es ocupado por médicos de familia y médicos generales de muy buena voluntad pero sin la formación adecuada para fomentar en el niño y su familia un estilo de vida saludable e inculcar recomendaciones de crianza positiva, con la aspiración de conseguir, a través del niño, un adulto equilibrado física, mental y socialmente, bien integrado a su medio familiar, social y laboral.

La solución no es fácil y requiere esfuerzos conjuntos de todos los que toman parte en el sistema de educación médica y de la atención de salud, desde el paciente, pasando por los políticos, funcionarios y miembros de la sociedad, los maestros y profesores universitarios y los pediatras mismos.

En lo práctico, la Atención Primaria debe evolucionar hacia un modelo integrado de Hogar Médico, ubicado en la comunidad, proporcionando una atención médica rentable, segura, oportuna, eficiente, eficaz, equitativa y centrada en el paciente, que se ocupa no sólo con la enfermedad actual sino que integra todos los aspectos del cuidado de salud, dirigida por pediatras competentes pero haciendo uso óptimo del profesionalismo de un equipo multidisciplinario, bien organizado, delegando poderes, modernizando la parte administrativa y usando inteligentemente las tecnologías electrónicas más modernas, creando un ambiente y carga de trabajo razonables y una compensación remunerativa justa y adecuada. Estas revisiones pueden rejuvenecer la especialidad de Atención Primaria y hacerla atractiva a las futuras generaciones de médicos, para el bienestar de nuestros niños. Y al fin y al cabo estos niños son nuestro recurso más valioso y la mejor esperanza para nuestro futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pardo A. ¿Qué es la salud? *Rev Med Univ Navarra*. 1997;41(2):4-9.
2. Tomás de Aquino. *Summa Theologiæ*, I-II^{ae}, q. 50, a. 1, c. [Fecha de acceso 23 dic 2011]. Disponible en <http://www.corpusthomicum.org/sth0000.html>
3. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 22 ed. 2001. [Fecha de acceso 23 dic 2011]. Disponible en <http://buscon.rae.es/drae/>
4. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Fecha de acceso 23 dic 2011]. Disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
5. Declaración de Alma - Ata. [Fecha de acceso 23 dic 2011]. Disponible en <http://www.inclusion-ia.org/espa%FIol/Norm/AlmaAta-02-1.pdf>
6. 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.
7. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB, y cols. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12 Supl 18: S9-72.
8. Bocquet A, Chalumeau M, Bollotte D, Escano G, Langue J, Virey B. Comparison of prescriptions by pediatricians and general practitioners: a population-based study in Franche-Comté from the database of Regional Health Insurance Fund. *Arch Pediatr*. 2005;12(12):1688-96.
9. Koepke CP, Vogel CA, Kohrt AE. Provider characteristics and behaviors as predictors of immunization coverage. *Am J Prev Med*. 2002;21(4):250-5.
10. Shaoul R, Shahory R, Tamir A, Jaffe M. Comparison between pediatricians and family practitioners in the use of the prokinetic cisapride for gastroesophageal reflux disease in children. *Pediatrics*. 2002;109(6):1118-23.
11. Finkelstein JA, Lozano P, Shulruff R, Inui TS, Soumerai SB, Ng M, et al. Self-reported physician practices for children with asthma: are national guidelines followed? *Pediatrics*. 2000;106(4 Suppl): 886-96.
12. Rushton JL, Clark SJ, Freed GL. Primary care role in the management of childhood depression: a comparison of pediatricians and family physicians. *Pediatrics*. 2000;105(4 Pt 2):957-62.
13. Wolfe I, Cass H, Thompson MJ, Craft A, Peile E, Wieggersma PA, et al. How can we improve child health services? *BMJ*. 2011;342:d1277.
14. The World Bank. Health expenditure, total (% of GDP). [Fecha de acceso 23 dic 2011]. Disponible en <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>

15. Tenore A, Napoleone E, Camino A, Di Blasio E, Colarocchio N, Vigliardi MV. A Comparison between Primary Care Delivered by Paediatricians and Family Physicians (Degree of Satisfaction and Medical Costs) in children between 6-16 yrs. First International Congress of Primary Pediatric Care. Tel Aviv; May 2011. [Fecha de acceso 23 dic 2011]. Disponible en http://www.fimp.org/specialifimp/fotoisraele/Ettore%20Napoleone_Primary%20Care%20Systems%20and%20Costs.pdf
16. van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, Wettergren B, et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child*. 2010;95:791-5.
17. The future of healthcare in Europe: A report from the Economist Intelligence Unit Sponsored by Janssen. [Fecha de acceso 23 dic 2011]. Disponible en http://www.eufutureofhealthcare.com/sites/default/files/EIU-Janssen%20Healthcare_Web%20version.pdf
18. Yamall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health*. 2003;93:635-41.
19. Health spending in Spain: Fat-trimming needed. *The Economist*. Sep 17th 2011. [Fecha de acceso 23 dic 2011]. Disponible en <http://www.economist.com/node/21529082>
20. Ebell MH. Future Salary and US Residency Fill Rate. *JAMA*. 2008;300:1131-2.
21. Ludwig S. Academic general pediatrics: from endangered species to advanced scholars of general pediatrics: the report of a consensus conference. *Ambul Pediatr*. 2004;4(5):407-10.
22. Committee on Pediatric Workforce. Pediatric Primary Health Care. *Pediatrics*. 2011;127:397. DOI 10.1542/peds.2010-3416.
23. The ECPCP Credo and manifesto. [Fecha de acceso 23 dic 2011]. Disponible en http://ecpcp.eu/fileadmin/PDF/ECPCP_credos_and_manifesto.pdf
24. Aryayev M. Development of Primary Pediatric Care (PPC) in Ukraine. [Fecha de acceso 23 dic 2011]. Disponible en <http://www.futureofprimarycare.com/presentations/Aryayev.ppt>