



“ Ser pediatra no es solo trabajar como médico de niños, sino defender e implicarse en la lucha de los derechos fundamentales de la infancia ”

V. Morales Hidalgo

Pediatra. Vicepresidente Sociedad Catalana de Pediatria, área profesional (2016-2021).
Director Equipo Pediatria Territorial Alt Penedès Garraf (2008-2021)

Editorial

LA PEDIATRÍA TERRITORIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN DISEÑO TRIUNFADOR

Ser pediatra no es solo trabajar como médico de niños, sino defender e implicarse en la lucha de los derechos fundamentales de la infancia, y este ha sido el propósito de un grupo de profesionales que confían en que un futuro mejor es posible, llevando a cabo un proyecto con un diseño diferente de “organización” y no de “modelo” de Pediatría en la Atención Primaria (AP).

Un problema se define como un conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin. La evidencia científica indica que los niños y adolescentes atendidos por especialistas en Pediatría, siguiendo un modelo de sanidad pública donde se mantienen los pediatras en la AP, mejoran notablemente los indicadores de salud en calidad y seguridad. En países vecinos, en los que el acceso sanitario a la atención pediátrica está limitado al ámbito hospitalario, se ha evidenciado un retraso en la detección precoz de patologías potencialmente graves, un menor índice de vacunación infantil y un alto nivel de ingresos hospitalarios evitables, entre otros. Esto demuestra que la presencia de la Pediatría en la AP, como *modelo*, está más relacionada con la sensibilidad social y la ideología política que con la evidencia científica⁽¹⁻³⁾. Reconocer que tenemos un problema para mantener el *modelo* de Pediatría en la AP en nuestro país, es el primer paso para posteriormente poder abordarlo en profundidad. En un primer análisis, lo más evidente es la falta de pediatras. Con las cifras actuales, observamos que el número total de pediatras en España, entre pediatras hospitalarios y de AP, es de 12.389, y el número de “plazas” de Pediatría de AP, es de 6.402. Teniendo en cuenta que en AP el porcentaje de plazas ocupadas por médicos no pediatras es del 25,1%, uno de cada 4 niños/as es atendido en la AP por un médico que no es pediatra. Por lo tanto, 1.600 plazas están ocupadas por médicos no pediatras, situación que no sucede en la Pediatría hospitalaria. Las plazas para acceder a la formación de especialista en Pediatría vía MIR, en el año 2021, han sido de 491. Actualmente, en España, hay unos 1.838 residentes de Pediatría, que fundamentalmente efectúan su formación en el ámbito hospitalario, y su paso por la AP, en el mejor de los casos, es de 3 meses. Por consiguiente, podemos deducir

que en la AP faltan pediatras y el paso de los MIR por la AP es claramente insuficiente.

¿Dónde van los residentes de Pediatría cuando acaban la residencia?

Según los estudios más recientes⁽⁴⁾, el 52% se quedan en la atención hospitalaria (AH), ya sea en las unidades de hospitalización o en los servicios de urgencias, el 28% en la AP, el 10% en situación de mejora formativa (becas, máster, etc.), y el 10% en la medicina privada. Paradójicamente, donde hay más plazas disponibles y más necesidad de profesionales es en la AP, que sin embargo no es el ámbito profesional preferido, lo que empeora la situación de precariedad de los profesionales año tras año.

Podemos concluir que al terminar la residencia de Pediatría, los pediatras priorizan la AH, formándose en una subespecialidad o en la obtención de un máster. La subespecialidad adquirida, en aquellos casos en que el máster sea oficial, se reconoce con créditos universitarios para el ejercicio profesional, pero no figura en el marco legal que desarrolla la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003.

¿Por qué se da esta situación?, ¿qué problemas hay en la AP para que los residentes prefieran el hospital?

En diversos estudios^(5,6), especialmente en la “Encuesta sobre la situación profesional de la Pediatría en España”, la presión asistencial es uno de los principales problemas. En más de un 60%, los cupos asignados superan los estándares admitidos como admisibles, sin contar con las sobrecargas cuando se presentan bajas, permisos por vacaciones o formaciones. A la par, los pediatras de AP españoles, consideran la estabilidad laboral como uno de los principales factores que determina la calidad en el trabajo, cuando actualmente el 46,4% son interinos, el 20% eventuales y solo

el 33,4% tienen una plaza en propiedad. Hay déficit de pediatras en la AP y están sometidos a una importante inestabilidad laboral. La feminización es del 76% entre los especialistas en Pediatría de AP y la gestión de la conciliación familiar es muy deficiente. Las plazas y los turnos más precarios se reservan para los recién incorporados, creando un clima laboral que no facilita el trabajo en equipo. Más de un tercio de pediatras no trabajan junto a profesionales de enfermería dedicados exclusivamente a Pediatría. Menos de un 6% están implicados en labores organizativas, y el 76% creen que los gestores políticos no comparten sus preocupaciones asistenciales. Un 40% de los pediatras de AP opina que las condiciones en que realizan la consulta no les permiten realizar un trabajo satisfactorio, con consultas masificadas e infradotadas, conclusiones también del mencionado artículo⁽⁶⁾. La coordinación entre la Pediatría de AP y AH es considerada por la mayoría de pediatras deficiente y muy mejorable. El 67% de los pediatras de AP tienen más de 45 años, con lo que las incorporaciones y las jubilaciones presentan un balance con una tasa de recambio generacional muy negativa e inasumible. La formación y la investigación es otro de los déficits identificados. Los profesionales que las desarrollan no son reconocidos ni remunerados como tutores y el 88% de los pediatras de AP o no han publicado ningún artículo o han publicado 10 o menos. Los pediatras de AP que completan su carrera académica con la realización de la tesis doctoral son del 15%, en comparación con el 36,4% del resto de licenciados en medicina.

Todos estos datos muestran una frustrante realidad, una nula planificación institucional y una organización obsoleta, que aboca a un futuro desalentador, que sin duda, desincentiva a los residentes a elegir el camino de la Pediatría de AP.

Partiendo de este análisis, describiremos cual fue nuestro punto de partida y nuestras propuestas. En Cataluña, en el año 1985 la organización de la AP se reguló por el decreto 84/1985 de 21 de marzo, en que los pediatras estaban integrados dentro de los equipos de AP, similar a la reforma efectuada en el resto de España. En el año 2007, el Departament de Salut, la Societat Catalana de Pediatría, el Institut Català de la Salut (ICS) y otros proveedores, así como otras sociedades científicas, elaboraron y publicaron el "*Plan Estratégico de Ordenación de Pediatría en la AP en Cataluña*" (PEOPAP)⁽⁷⁾. Por primera vez, se reconocían las serias dificultades por las que pasaba la organización en Pediatría y se proponía una estrategia, que por medio de una organización de los recursos asistenciales a nivel territorial, podría aportar soluciones y mantener la calidad y la excelencia de la atención pediátrica en AP. Se proponían dos modelos de organización territorial: el "modelo 1" basado en la exclusiva organización de la AP y el "modelo 2" que, a grandes rasgos, proponía una organización conjunta entre la AP y la AH. En nuestro caso, en el año 2007, nos encontrábamos con una comarca rural, el Alt Penedès, a 50 km de Barcelona, en un amplio territorio de 500 km², con 25 municipios y una población de 16.000 niños/as. En esta zona había un total de 12 plazas de pediatra, de las que exclusivamente 8 estaban ocupadas y de estas, solo 5 eran pediatras titulados y sin enfermeras fijas en Pediatría. Contábamos con un hospital comarcal dotado de servicio de urgencias y sala de partos, pero sin ingresos, y con la mayoría de especialidades pediátricas compartidas con adultos, y el Hospital de tercer nivel en Barcelona. Estábamos sufriendo un progresivo deterioro de la asistencia pediátrica con plazas sin ocupar, un mínimo número de pediatras titulados, profesionales

que renunciaban a su plaza y preferían desplazarse a los hospitales o a Barcelona, y sin enfermeras de Pediatría. Posiblemente, como os encontraréis muchos de vosotros actualmente.

Con la publicación del PEOPAP, vimos una oportunidad. Por primera vez, había oficialmente una estructura que podía servir como eje vertebrador y un camino a seguir para actualizar la organización de la atención pediátrica, pero nadie se atrevía a ponerlo en práctica. Como en múltiples iniciativas institucionales, los responsables cambian de departamento o empleo, y los sanitarios, a los que va destinada la reorganización, continúan en sus puestos de trabajo. Nosotros nos aferramos a este plan estratégico y propusimos a nuestra dirección tener la oportunidad de desarrollarlo. La situación estaba al límite y para mantener la asistencia pediátrica en una comarca rural alejada de Barcelona no se vislumbraba otra alternativa, y es por ello que presentamos un plan estratégico para el Equipo de Pediatría Territorial Alt Penedés (EPTAP).

Nuestra propuesta estratégica fue la siguiente:

- *Visión territorial integral y comunitaria*: nos hacemos cargo de la asistencia pediátrica con visión completa del territorio, desaparecen las divisiones de profesionales y población sectorizada, todos nos responsabilizamos de un territorio, no de un área básica de salud, sino de las 3 áreas básicas de salud del territorio, en beneficio de la equidad territorial.
- *Autonomía del Equipo*: herramientas de gestión similares a las de los equipos de médicos de familia, dotación de presupuesto, dotación de profesionales, consultas y recursos materiales con dirección propia, liderada por pediatras y enfermeras de Pediatría.
- *Trabajo en Equipo*: con visión bio-psico-social centrada en la persona, con orientación comunitaria.
- *Elaboración de un Plan Funcional*: consensuado entre profesionales, proveedores y representantes sociales.
- *Desarrollo del Modelo 1, según el (PEOPAP)*, con 3 puntos de asistencia.
- *Garantizar la Calidad y Seguridad asistencial*, como modelo pediátrico.
- *Elaboración de una cartera de servicios*: adaptada a los recursos profesionales y ayuda en el diagnóstico en consulta para aumentar la capacidad de resolución de la AP.
- *Trabajar en red multiprofesional y multidisciplinar*: con herramientas de tecnologías de la comunicación e información entre niveles asistenciales y proveedores.
- *Soporte administrativo* para la gestión propia de agendas, gestión de la demanda en Pediatría y elaboración de la programación en función de los recursos territoriales.
- *Potenciar la Formación y la Investigación*, desarrollando un modelo de colaboración entre niveles asistenciales.
- *Pautas y protocolos*, comunes entre niveles asistenciales para disminuir la variabilidad asistencial.
- *Plan de comunicación*, interno y externo. Participación en redes sociales y creación de un bloc para consultas de las familias.
- *Evaluación anual periódica de indicadores*, que midan la efectividad de la organización en resultados en salud, eficiencia, equidad y satisfacción de personas y profesionales.

Con estas propuestas de futuro, iniciamos nuestro proyecto en enero del año 2008. Ofrecíamos expectativas de futuro, con la posibilidad de desarrollar una carrera profesional de trabajo en equipo, con una organización y un liderazgo pediátrico, abierto a la innovación, preocupados por cuidar a las personas, dinámico y dispuesto a adaptarse al cambio. Progresivamente, logramos incorporar nuevos profesionales, motivados por el proyecto y así ir completando la plantilla. Simultáneamente, el Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, nuestro hospital terciario de referencia, puso en marcha el programa “*Vincles*” (vínculos) que nos permitió que una entidad con su prestigio diera soporte al proyecto, iniciándose un camino de colaboraciones mutuas que ha ido creciendo en el tiempo. En el año 2012, tras 4 años estabilizados, evolucionamos al modelo 2 del PEOPAP, firmando un convenio de colaboración entre los diferentes proveedores de AP y AH del territorio. Esto nos facilitó solucionar las dificultades burocráticas típicas de sistemas de gestión, nada adaptados a la realidad y poco ágiles en la administración pública. En el año 2014, en relación a los Estándares de Calidad asistencial del ICS en Cataluña, el equipo logró posicionarse en el primer puesto. En el año 2015, nos fusionamos el equipo del Alt Penedés y el equipo del Garraf, pasando a ser 35 pediatras y 35 enfermeras de Pediatría, atendiendo a 38.000 niños/as, con un 80% de pediatras titulados y todas las plazas de pediatras y enfermeras pediátricas cubiertas. Todo no fueron facilidades: institucionalmente hubo que convenir a directivos poco dispuestos a apostar por nuevas fórmulas y también a profesionales que abandonaron por las incertidumbres y los requerimientos adaptativos a que está sometido un nuevo proyecto. Es muy difícil separar, en situaciones conflictivas, el aspecto laboral y el profesional, especialmente en proyectos con expectativas a largo plazo. En el año 2019, después de 11 años, logramos el reconocimiento de un marco normativo y jurídico por parte del ICS y su consejo de administración, en el que se acordó y así se publicó en el diario oficial de la Generalitat de Cataluña⁽⁸⁾, que “*debido a los buenos resultados obtenidos por el Equipo territorial del Alt Penedés y Garraf, acuerda continuar con la implantación de 23 nuevos equipos territoriales en Cataluña, adaptando las áreas básicas de salud para poder desplegar adecuadamente en el territorio los equipos de Pediatría*”, proporcionando definitivamente un marco normativo y jurídico.

Fuimos los primeros como equipo de Pediatría en el ICS, pero no los únicos en Cataluña. Progresivamente, se sumaron a este tipo de modelo de organización otras experiencias exitosas, tanto urbanas como rurales, como son la Pediatría de los Pirineos o el Centro de Atención Pediátrica Integral Barcelona Esquerra (CAPIBE) y, actualmente, muchos más.

Resumir en pocas palabras una organización considerada de éxito, en un territorio concreto con su idiosincrasia, es demasiado pretencioso, pero de lo que sí estamos seguros y queremos transmitir, es que el esfuerzo invertido ha merecido la pena⁽⁹⁾.

Finalmente, y tras estos años de experiencia, el éxito del cambio reside en una sólida planificación estratégica y en afianzar unos puntos clave que me gustaría compartir. Primero, tener un objetivo claro y bien definido. Al tratarse de un objetivo a largo plazo, de futuro, que ha de aglutinar profesionales ilusionados, implicados y unidos por la confianza en un equipo con un liderazgo pediátrico. Igual que sería absurdo que un dermatólogo liderara un servicio de Ginecología, es absurdo que un médico de familia lidere un equipo

de Pediatría. Segundo, hay que trabajar conjuntamente con las instituciones, proveedores sanitarios, ayuntamientos, sociedades científicas y sindicatos, sin olvidar que nuestro principal objetivo es ofrecer asistencia sanitaria a las familias y a la comunidad. Y en tercer lugar, todo lo anterior no sirve de nada sino se acompaña de un balance presupuestario. Es básico disponer de presupuestos propios, porque un proyecto sin gestión presupuestaria propia difícilmente tendrá éxito. Gestionar agendas o recursos humanos es hacer el trabajo más difícil, limitando mucho la capacidad de decisión. Planificar y elaborar propuestas dentro de un equipo de Pediatría requiere una formación y unos conocimientos en gestión que, frecuentemente, hemos menospreciado los pediatras asistenciales. Hay que poder defender y dar respuesta en los diferentes foros, como son los comités directivos, de los resultados obtenidos por los equipos de Pediatría.

En estos tiempos difíciles, como los actuales, mi propuesta es dar un poco de aire fresco y esperanza. Estamos a tiempo de no perpetuar la frustración y tenemos que animar a los profesionales más experimentados a contagiar ilusión a los más jóvenes por la Pediatría de AP, con el entusiasmo y la determinación que han demostrado durante estos años para no echar a perder el esfuerzo realizado, ya que el conformismo nos relega a la frustración. El problema está en la “organización” desfasada y desmotivadora, no en el “modelo” de Pediatría en la AP, por eso es importante no equivocarse el objetivo, porque el cambio es necesario y posible.

Bibliografía

1. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB, et al. ¿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: 9-72.
2. Aparicio Rodrigo M, Ruiz Canela J, Buñuel Álvarez JC, García Vera C, Esparza Olcina MJ, Barroso Espadero D, et al. Paediatricians provide higher quality care to children and adolescents in primary care: A systematic review. *Acta Paediatr*. 2020; 109: 1989-2007. doi: 10.1111/apa.15324. Epub 2020 May 25. PMID: 32311805.
3. Wolfe I, Cass H, Thompson MJ, Craft A, Peile E, Wiegiersma PA, et al. How can we improve child health services? *BMJ*. 2011; 342: 901-4.
4. Álvarez Casaño M, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Castillo Campos L, Cámara Otegui A, Martín Moya R, Fuentes Redondo T, et al. Salidas laborales de los residentes de Pediatría. Datos del periodo 2014-2017. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019; 21: 247-53.
5. Alegre SC, Fernández IC, García AC, Suárez VM. Encuesta sobre la situación profesional de la Pediatría en España – Pediatría Integral. 2020; XXIV: 285-94.
6. Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, García Vera C, Graffigna Lojendio A, Sánchez Pina C, Palomino Urda N, Rodríguez Fernández-Oliva CR, et al. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en España en 2018. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018; 20: e89-e104.
7. Pla Estratègic d'Ordenació de Pediatría a l'AP de Catalunya. Departament de Salut Catalunya. Accesible on line. Consultado el 10 de mayo de 2021. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/Altres-models-anteriors-datencio-sanitaria/Pla-estrategic-dordenacio-de-latencio-de-pediatria-latencio-primaria/Que-es/pediatria2007.pdf.
8. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Núm. 7911 - 5.7.2019. Departament de Salut. ACORD 13/2018, de 29 de novembre, del Consell d'Administració de l'Institut Català de la Salut, pel qual es creen nous equips d'atenció primària de pediatria territorial.
9. Morales Hidalgo V, Gatell Carbó A. La Pediatría que volem. *Pediatr Catalana*. 2020; 80: 48-53.