

La continuidad de cuidados: coordinación entre el pediatra de Atención Primaria y el pediatra del hospital

P. Hernando Helguero¹, C. Sánchez Pina²

¹Pediatra. CS Ramón y Cajal. Madrid. España.

²Pediatra. CS de Griñón. Madrid. España.

“La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado del bienestar, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos, lo que le ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial”. Así comienza el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Esta norma, con la justificación de la crisis económica, promueve una serie de reformas, muy controvertidas, que pueden afectar a los principios en los que se sustenta nuestro SNS. Afortunadamente, en el caso de la atención a menores de 18 años, no se limita su carácter universal y solidario, ni la equidad en el acceso a los servicios.

La financiación de la atención sanitaria con recursos públicos exige que el gasto en que se incurra esté sometido a criterios de eficiencia. Para ello, el SNS se organiza en dos niveles o entornos asistenciales, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa. Los servicios sanitarios de primer nivel, Atención Primaria (AP), se caracterizan por tener una gran accesibilidad y la suficiente capacidad de resolución técnica como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente. El segundo nivel, Atención Especializada (AE), cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste dentro del sistema, a los que se accede, en primera instancia, por indicación de los facultativos de AP y cuya eficiencia es muy baja sino se concentran adecuadamente.

El RD 137/84 crea las Estructuras Básicas de Salud y establece que los pediatras deberán formar parte de los equipos de AP.

En la Comunidad de Madrid, la Ley 6/2009, de 16 de noviembre (BOCM núm. 274, de 18 de noviembre), de Libertad de Elección en la Sanidad de Madrid, organiza el territorio de la comunidad en un Área Sanitaria única. Esto ha supuesto un profundo cambio en la organización de la AP¹, y la posibilidad de elección de hospital por los pacientes (24 hospitales con atención pediátrica en la actualidad que serán 27 en un futuro próximo). Los pediatras de AP tenemos un papel decisivo en la derivación a consulta hospitalaria y en la orientación y consejo a los padres en la libre elección de hospital, somos los “proveedores” de pacientes.

La elaboración de un plan estratégico para los “Servicios de Pediatría y Neonatología en la Comunidad de Madrid en el entorno de la libertad de elección” ha sido promovida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Este plan estratégico ha sido presentado a los profesionales en febrero de 2012, pero no ha sido aún publicado.

La Comunidad de Madrid ha apostado por un modelo de AE formado por hospitales con muy diferentes sistemas de gestión, con recursos humanos poco equilibrados, con intereses diferentes y en los que el paciente elige centro hospitalario. El plan estratégico parte de un análisis de la situación actual, destacando la existencia de unas Áreas de Capacitación Específica (ACE) cada vez más desarrolladas y en fase de consolidación y una “atomización” de la asistencia pediátrica especializada con la apertura de un gran número de nuevos hospitales.

Las propuestas que se hacen en el plan pretenden consolidar la asistencia de calidad en todos los centros. Entre ellas cabe destacar las referidas a la ampliación progresiva de la edad pediátrica y a la necesidad de adecuar el desarrollo de las diferentes ACE en cada hospital en función de los diferentes niveles de complejidad y especialización de cada Servicio de Pediatría de la Comunidad de Madrid. Recomendamos establecer circuitos claros de interrelación o “redes asistenciales funcionales” entre los centros y dentro de cada una de las ACE. Nos parece adecuado que se consulte a los profesionales para la elaboración de este plan estratégico. La coordinación entre los diferentes servicios de Pediatría es sin duda necesaria para que la atomización no lleve a que cada servicio de pediatría desarrolle su cartera de servicios independientemente de los demás y sin unos mínimos de actividad y recursos que garanticen su calidad. Sin duda los pediatras debemos hacer propuestas pero llevarlas a cabo es tarea de la Administración, ya que requieren cambios organizativos.

Promueve, también, el desarrollo de un sistema de registro de datos, tanto asistenciales como de calidad y recursos, unificado y normalizado, que no existe en la actualidad, y la consolidación de la actividad investigadora, la formación continuada y la docencia.

La coordinación con la Pediatría de AP es parte esencial de este plan estratégico. Cuando empezó a elaborarse el plan se efectuaron una serie de propuestas que desde nuestra posición de pediatras de AP consideramos amenazas y que se han logrado evitar: la jerarquización de todos los pediatras de AP en el hospital, la generalización de la figura del facultativo mixto entre AP y AE y la obligación de que los pediatras de AP hiciéramos “guardias” en los servicios de urgencias hospitalarios. La junta de la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria (AMPAP) solicitó participar en su elaboración siendo incorporada al comité asesor y realizando una serie de propuestas (http://www.ampap.es/profesion/pdf/2011_plan_estrategico_propuestas_ampap.pdf). Además, varios pediatras de AP han participado en los grupos de trabajo del mismo.

El plan contempla un análisis DAFO de la situación actual de la pediatría de AP, muy completo y que no podemos describir por las limitaciones de espacio de este editorial. Destaca, entre las fortalezas, que existe la evidencia de que los países cuya asistencia pediátrica primaria es llevada a cabo por pediatras tienen mejores índices de salud, son más eficientes y reparten de forma más equitativa los recursos sanitarios entre la población². Como debilidades se

analiza la atención continuada, remarcando que solo está garantizada la atención urgente del niño por pediatras dentro del horario habitual de trabajo de las consultas de AP, los numerosos puestos de pediatras ocupados por médicos sin el título de pediatra, la falta de enfermeras de Pediatría, las deficientes condiciones de trabajo y el escaso interés de las nuevas promociones de pediatras por el trabajo en AP.

Tras este análisis, se hacen las siguientes propuestas de mejora:

1. **Potenciar la figura del Coordinador de Pediatría de AP**, con la recomendación de que se le exima de parte de su labor asistencial para poder llevar a cabo sus funciones.
2. **Potenciar la figura de la enfermera de Pediatría** como el profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma, durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención.
3. Crear **modelos de actividad asistencial compartidos entre ambos niveles**.
4. Reorganizar funcionalmente a los pediatras y enfermeras de AP en un **equipo pediátrico territorial**.
5. Valorar la creación de **Puntos de Atención Pediátrica** de Zonas Básicas de Salud próximas, con el objetivo de centralizar las urgencias pediátricas de AP en un único centro de salud en el que de forma rotatoria y remunerada, pueda prestarse atención pediátrica continuada por especialistas en Pediatría.
6. **Mejorar la coordinación con la AE** mediante la elaboración de **guías y protocolos consensuados para toda la Comunidad de Madrid** (diagnóstico, terapéutica y derivación) de las enfermedades más prevalentes.
7. **Mejorar la comunicación con la AE**, facilitando el contacto personal entre pediatras, definiendo y difundiendo la cartera de servicios de cada hospital y sus diferentes indicadores, de forma que se facilite el asesoramiento en la libre elección de especialista, mejorando las aplicaciones informáticas que permiten en cada nivel el acceso a la historia clínica del paciente en el otro nivel asistencial, mejorando los informes de derivación desde AP y realizando, de forma rutinaria los informes de asistencia en consultas externas de AE.
8. **Favorecer la formación continuada** con el acceso de todos los pediatras de AP y AE de la Comunidad de Madrid al Plan de Formación Continuada, la publicación del calendario de sesiones de todos los hospita-

les de la Comunidad de Madrid en la intranet, la realización de sesiones periódicas comunes y con participación activa de los pediatras de ambos niveles en un horario accesible para todos, la rotación anual o bianual de los pediatras de AP en AE para actualizar conocimientos en las patologías más prevalentes y la elaboración de proyectos de investigación comunes de interés en ambos niveles asistenciales.

9. **Implantar de forma efectiva la rotación obligatoria de los MIR de Pediatría en AP durante al menos tres meses.** El documento deja claro que es necesario promover la acreditación de centros y tutores en AP para la formación de especialistas en Pediatría, así como mejorar su formación, con una rotación mínima obligatoria de tres meses. También solicita que se facilite la existencia de Comisiones de Docencia Mixtas Hospital-Atención Primaria.

La Neonatología tiene un capítulo específico en el Plan donde se exponen las necesidades de coordinación en el alta de los neonatos destacando aspectos de comunicación de la información clínica y la esencial cita precoz en AP para favorecer la lactancia materna.

La elaboración de este Plan Estratégico en la Comunidad de Madrid ha sido una oportunidad para consolidar el modelo de Pediatría de Atención Primaria y para que los pedia-

tras de hospital lo conozcan y valoren. Los objetivos de coordinación han sido definidos y hay un plazo hasta 2015 para su desarrollo. Consideramos estrategias prioritarias a potenciar en todas las comunidades los Coordinadores de Pediatría, la Enfermería pediátrica en el primer nivel y las rotaciones de mínimo tres meses de los pediatras en formación en centros de salud³. Confiamos en que seamos capaces de pasar de las palabras a los hechos y trabajemos juntos en una mejora de la coordinación en beneficio de la continuidad asistencial para nuestros niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernando P, Sánchez Pina C. Los pediatras de atención primaria y los cambios en la sanidad madrileña. *Jano*. A fondo. Junio 2010.
2. 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: s9-s72.
3. Sánchez Pina C, Palomino Urda N, De Frutos Gallego E, Valdivia Jiménez C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Miranda Berrioategortua I, et al. Puntos negros de la asistencia a la población infanto-juvenil en Atención Primaria en España (primera parte). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:15-31.