

## Panel de expertos: Presente y futuro de la Pediatría

---

### Estrategias de coordinación del pediatra extrahospitalario y de Atención Primaria

V. MARTÍNEZ SUÁREZ

*Centro de Salud El Llano (Gijón)  
Presidente de la SCCALP*

Mejorar la coordinación asistencial pediátrica es algo necesario. Sin embargo, quienes desde la pediatría han analizado esta cuestión asumen con frecuencia muchos de los presupuestos y posiciones mantenidos por los médicos familia, aceptando en su discurso una situación de partida –los conflictos de relación de los MFyC con el nivel hospitalario– que para nosotros dista mucho de ser real. Afortunadamente, las necesidades de coordinación y su causalidad son para ambos casos difícilmente comparables. Todos nosotros somos pediatras y mayoritariamente compartimos una forma de entender la Medicina; existe, además, un punto de partida común en nuestra formación, una sintonía en la percepción de los problemas de salud del niño y una relación personal y de trabajo diario cada vez mayor. Lo que el médico de familia puede considerar un problema de coordinación entre niveles es muchas veces una confrontación dialéctica originada desde una distancia ideológica y en la concepción del quehacer médico<sup>(1)</sup>. El pediatra debiera, por tanto, alejarse de algunos planteamientos genéricos, realizar una valoración particular y favorecer las soluciones desde la propia pediatría.

En los pasados años las Sociedades pediátricas han asumido la principal responsabilidad en la elaboración de proyectos de coordinación, aunque sus propuestas no han recibido por parte de la Administración la acogida que hubiesen merecido. La actual Junta Directiva de la SCCALP manifestó, en su primera reunión celebrada en León (el 25 de sep-

tiembre de 2004), su voluntad de fomentar las actividades de relación profesional entre los pediatras de Hospital y de Atención Primaria (incluida de forma principal la coordinación asistencial) e intervenir dando apoyo a cualquier iniciativa encaminada a este fin. En nuestro primer editorial<sup>(2)</sup>, y a modo de declaración de intenciones, dábamos a conocer a todos los socios nuestra preocupación y nuestro interés por fomentar la discusión, recoger las aspiraciones generales y proponer en todos los ámbitos soluciones concretas. En la pasada Reunión de Primavera se desarrolló una Mesa Redonda monográfica<sup>(3-6)</sup> que ha llevado a la realización en este Memorial de un nuevo debate.

#### LA CUESTIÓN DE PARTIDA: QUÉ ES LA PEDIATRÍA

Dentro del saber médico general, la Pediatría ha sido considerada una de las disciplinas básicas. Con la Medicina Interna y la Cirugía, una de “las tres grandes”. Durante más de dos siglos se ha constituido en un cuerpo de conocimientos concretos y precisos sobre la infancia. No trata exclusivamente de las enfermedades de una etapa de la vida. Es la Medicina integral y completa del ser humano en su período de crecimiento y desarrollo. En su antecedente histórico, además, se arraigan unos ideales y se ha consolidado una identidad. Todo convergiendo en un principio común: la necesidad de asistir, proteger y servir a los niños.

Nuestra capacitación como pediatras se logra tras cuatro años como MIR que constituyen apenas una primera iniciación, pero que nos permiten adquirir un dominio amplio y directo de la fisiopatología como base de nuestra idoneidad y eficacia. En su plan de formación es una especialidad troncal, que penetra el terreno de las subespecialidades médicas sin perder la principal referencia de una asistencia bio-psico-social. Sin este anclaje de la medicina integral del niño no podría cumplir sus aspiraciones y realizar su función plena. Visión totalizadora y proceder dialógico y de interrelación; tal es la esencia de la Pediatría.

Como especialidad médica es, claro, anterior al actual modelo asistencial, y con sus contenidos y su carácter se ha integrado y desarrollado dentro del mismo. La Pediatría en España es una especialidad de reconocido prestigio, cuya calidad está suficientemente acreditada y que en los últimos años se ha configurado desde dos ámbitos de trabajo diferentes, con exigencias y recursos distintos. Ciertamente, los pediatras de Atención Primaria han podido demostrar gran inquietud y una gran decisión de adaptar su actividad a cada momento, constituyendo a veces grupos de trabajo pujantes y notables. En igual medida, desde su vertiente más técnica y especializada, la pediatría hospitalaria ha realizado un denodado empeño de renovación y actualización, aportando el apoyo necesario ante situaciones de incapacidad asistencial de la medicina ambulatoria. Los pediatras formamos así una sola especialidad con dos facetas profundamente relacionadas y complementarias. Una especialidad –la única especialidad médica– con dos niveles asistenciales, todavía mal relacionados pero que deben avanzar hacia el trabajo en común. Precisamente en esta condición reside nuestro mayor potencial, todavía sin fructificar.

Con todo ello, en el sistema de Atención Primaria el pediatra representa un activo de primer valor, que tiene solidez profesional para abordar las limitaciones y conflictos de la niñez, que trabaja con saberes técnicos elaborados, que maneja problemas multipatológicos y que en su actividad clínica es, a la vez, capaz de generar conocimientos.

## COORDINACIÓN DESDE LA INTEGRACIÓN

La pediatría general representa, por tanto, una realidad netamente diferenciada dentro del actual sistema de Aten-

ción Primaria. Y la falta de uniformidad de criterios, el desconocimiento de las actividades “del otro”, el distinto concepto de salud, la falta de comunicación y diálogo, etc.<sup>(7)</sup>, son argumentos que pudieron ser válidos para defender una determinada posición desde la MFyC, pero en la pediatría actual van teniendo menos lugar.

Nos parece necesario, además, plantear algún otro esclarecimiento conceptual. Integrar la pediatría es más que coordinar el trabajo de los pediatras. La palabra coordinar (ordenar en común funciones comunes) tiene una carga intencional claramente operativa y práctica, refiere al orden temporal de un proceso y está dotada de un sentido funcional y administrativo. Por contra, en la integración de la pediatría caben, junto a este objetivo de la eficacia asistencial, la formación, la docencia y la investigación; integrar tiene, además, un contenido semántico de unidad, de convergencia de intereses y propósitos, define una voluntad de superar obstáculos y de aproximar a muchos individuos que comparten fines e ilusiones. El esfuerzo integrador, por tanto, debe dirigirse a mejorar las actividad en los servicios, la relación profesional (docente y de investigación) y personal, basándose en la creación y promoción de proyectos conjuntos, mejorando la comunicación e incluyendo la formación dentro de esta estrategia general<sup>(8)</sup>.

Con esa finalidad los pediatras debemos buscar medidas organizativas globales y consensuadas con la administración y con todos los profesionales y sectores implicados en la atención y cuidados del niño<sup>(7)</sup>. Pero cualquier propuesta puede exigir una voluntad de transigir con nuevos esquemas de trabajo. Y, en este sentido, tenemos que recordar que los puestos administrativos –tanto de Atención Primaria como de Hospital– han sido desempeñados casi siempre por médicos no pediatras; y que dentro de los Equipos de Salud los pediatras representamos una minoría. No obstante, con los años los pediatras hemos ido asumiendo un protagonismo hasta hace poco impensable, siendo cada vez más frecuente nuestra participación en las tareas de gestión y organización. Desde nuestra capacidad debemos comprometernos más con nuestra profesión, impulsar ciertas reformas, haciendo prueba de apertura, de curiosidad y de iniciativa para desarrollarnos aún más; ofrecer respuestas originales a los problemas que se nos plantean. En definitiva, los pediatras debemos desplegar todo nuestro poder de acción y ser líderes en Atención Primaria.

Se trata de un asunto de verdadera importancia para todos, sobre el que forzosamente insistirán nuestras Sociedades los próximos años y que deberá ser el punto de partida de cualquier proyecto de coordinación.

#### BASES PARA UNA ESTRATEGIA

La estrategia de coordinación debe tratar de acercarse al cumplimiento de unos objetivos concretos, razonables y asequibles, definidos desde el conocimiento de las capacidades y recursos de ambos niveles pediátricos. El marco de referencia puede establecerse en una serie de puntos:

- Calidad del proceso asistencial.
- Uso adecuado de los Servicios.
- Racionalización del gasto sanitario.
- Satisfacción del usuario.

Efectividad, costes y reconocimiento como criterios generales de organización del sistema de atención pediátrica. Y para ejecutar sus proyectos se precisará la constitución de equipos con *profesionales capaces e interesados* en los planes de coordinación, demandando para su trabajo el apoyo y compromiso de Instituciones y Administración. Estos equipos serían los responsables de promover y ejecutar las competencias de coordinación interna y externa. En el desarrollo de sus funciones, además, tendrían que *revisar y evaluar la información disponible*, completándola en lo que fuera necesario (*investigación dirigida*); deberían diseñar un *plan de prioridades* e impulsar la creación de *grupos de trabajo o comisiones*. Y para avanzar mediante la propuesta de nuevos objetivos, será también fundamental *definir sistemas de control*.

En cuanto a la función de coordinación específica, es en las urgencias y las consultas hospitalarias programadas donde los esfuerzos se hacen más necesarios. Y en este campo pueden señalarse unas líneas de trabajo principales:

1. Establecer canales de *comunicación* entre los pediatras (la más importante), de los pediatras y sus organizaciones hacia los gestores y hacia otros profesionales relacionados con la atención sanitaria infantil (psiquiatras, sobre todo, psicólogos y trabajadores sociales). Para ello debería hacerse rutinaria la realización de reuniones conjuntas, en forma de sesiones clínicas, congresos y jornadas de formación en las que se compartan temas y ponentes, presentando los problemas infantiles como algo prima-

rio y los cuidados pediátricos como algo continuo (desde el ambiente natural del niño a las Unidades hospitalarias más sofisticadas). Posibilidad de recibir formación continuada y de integrarse temporalmente y de forma regular en secciones pediátricas hospitalarias y en otros servicios, lo que le ayudará a reciclar y actualizar sus conocimientos. Actividad docente programada, evaluada y reconocida, lo que impondría la acreditación de tutores y la elaboración de un programa de formación.

2. Elaboración compartida de *protocolos y guías de práctica clínica*, de especial importancia en la asistencia de enfermos crónicos y seguimientos prolongados, en los que se pueden alternar las consultas y controles clínicos y analíticos del Hospital con los del Centro de Salud. El acceso a pruebas diagnósticas básicas, cuyo índice tendrá que ser adaptado a las características de la población asistida, a la frecuencia e importancia de los trastornos valorables, al coste y la carga asistencial que pueda generar y a la disponibilidad del Hospital de referencia de cada Centro de Salud. La relación y su práctica deberán ser consensuadas y protocolizadas por el Servicio de Pediatría, por otros Servicios y los pediatras de cada Área de Salud.
3. Posibilidad para el pediatra de trabajar en un ámbito que le es ajeno, pero impulsando de forma decidida la asunción por los centros de salud –desde el reconocimiento profesional de estas actividades– de la atención continuada extrahospitalaria. Así, podría proponerse la creación de *puntos de atención continuada* pediátrica cubiertos desde Primaria, que serían especialmente importantes y resolutivos en las áreas urbanas.
4. Por último, un tema de gran relevancia: la *educación de la población*. Es labor de todos, pero los pediatras de Atención Primaria –desde su proximidad y poder de influencia– tendrían que asumir la principal responsabilidad.

Desde el nivel Primario se suele hablar de cambios organizativos y de mentalidad en el Hospital. Pero las medidas anteriores debieran, desde nuestro punto de vista, ser impulsadas principalmente desde los Centros de Salud. El proyecto de Atención Primaria no se ha desarrollado plenamente; la Atención Primaria está por hacer. Y tiene pendiente, precisamente, alguno de sus componentes de más peso.

A modo de resumen de lo escrito, tenemos que reiterar que, en la medida en que la pediatría se integre en una labor asistencial y de formación, de investigación y desarrollo pro-

fesional, podrán ser sobrepasadas las barreras burocráticas y organizativas bajo las que ahora nacen desilusiones, desconfianza y, en el fondo, ineficacia. No se trata de facilitar una mera relación entre niveles, sino de buscar una verdadera –e inexcusable– integración de la pediatría. No se trata de dejarnos llevar por una corriente de acontecimientos que gira sobre sí misma, sino de cada uno y todos juntos entendamos la responsabilidad de llevar a la categoría de imperativo ético la continua elevación de la Pediatría hacia un nivel superior.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz JM, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clín (Barc)* 1996; 106: 182-4.
2. Martínez V. El hilo rojo. *Bol Pediatr* 2004; 44: 129-30.
3. García-Sicilia J. Coordinación entre niveles pediátricos de asistencia. *Bol Pediatr* 2005; 45(192): 81-2.
4. Bercedo A. Pediatría de atención primaria y atención especializada. ¿Es posible la coordinación e integración profesional? *Bol Pediatr* 2005; 45(192): 83-90.
5. García Fuentes M. Necesidades de coordinación desde la perspectiva de un servicio universitario de pediatría. *Bol Pediatr* 2005; 45: 91-2.
6. Paniagua H. Coordinación entre niveles asistenciales en pediatría. *Bol Pediatr* 2005; 45(192): 93-6.
7. Morell JJ. Coordinación Atención Primaria y Especializada. Visión desde la Pediatría de Atención Primaria. Ponencia de inauguración del V Curso de Pediatría de Atención Primaria de Madrid. 23 de enero de 2003.
8. García Sicilia J. La coordinación entre niveles asistenciales: futuro de la relación profesional. *Pediatría* 2001; 21: 315-6.