

Mesa Redonda: Coordinación entre niveles asistenciales en pediatría

Coordinación entre niveles asistenciales en pediatría

H. PANIAGUA REPETTO

Secretario Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil es considerada un índice fiable para valorar la salud de la infancia en una comunidad, además de indicar fehacientemente el nivel de desarrollo socioeconómico de una sociedad. La tasa de mortalidad infantil en España, 3,2‰ recién nacidos vivos según datos de 2003, se encuentra entre las más bajas del mundo, por detrás de la que presentan Suecia y Finlandia⁽¹⁾. Estos datos tan favorables son fruto, sin duda, de un progreso socioeconómico sostenido durante décadas, de un excelente trabajo de la pediatría hospitalaria y de un importante y más reciente desarrollo de la atención primaria pediátrica.

Es de destacar la contribución que sin duda ha sido el hecho de que la atención pediátrica en España esté mayoritariamente en manos de especialistas pediátricos. Esta atención, casi única en el entorno europeo, que es motivo de análisis por parte de otros países preocupados en mejorar la atención infantil, debe ser consolidado y mantenido⁽²⁾.

LA PEDIATRÍA PRIMARIA

En los últimos veinte años, el cambio observado en el primer nivel de atención pediátrica puede considerarse notable, al haberse pasado de la antigua atención pediátrica en Ambulatorios hasta los 7 años en el sistema público, implantado por el Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1947 y con un marcado componente asistencial en el trabajo, a una atención integral del niño en los Centros de Salud hasta los 14

años, con extensión a los 16 en alguna comunidad autónoma. La pediatría preventiva fue teniendo cada vez más importancia en la tarea diaria del pediatra de primaria enmarcada dentro de un contexto bio psico social de atención al niño y adolescente, en lo que se ha dado en llamar la *nueva pediatría*⁽³⁻⁵⁾. En este período debe reconocerse un escaso desarrollo de la investigación realizada en atención pediátrica primaria^(6,7).

La legislación que en 1984 comenzó a regular las reformas asistenciales indicaba la necesidad de una coordinación con el segundo nivel de atención. Así, un Real Decreto de ese año que desarrollaba las Estructuras Básicas de Salud esbozaba la relación de los dos niveles de asistencia y en 1986 la Ley General de Sanidad disponía establecer medidas que garantizaran adecuadamente la coordinación de la atención primaria con la hospitalaria.

Al analizar el gasto en salud hospitalario y ambulatorio en España y compararlo con los países de su entorno, se observa que la inversión pública en atención primaria en los últimos 20 años ha permanecido estancada. En este período la renta española ha disminuido su diferencial con respecto a Europa y también lo ha hecho, aunque en menor medida, el gasto sanitario per capita. Pero su distribución ha tenido una diferente evolución en detrimento de la atención primaria pública. El gasto público hospitalario se ha aproximado al de la UE, pasando de un 56% de la media europea en 1985 al 84% en 2001. Por el contrario, el gasto público ambulatorio apenas ha reducido su diferencia con Europa, incrementándose solamente del 50 al 52% de la media europea en el mismo período de tiempo. El gasto privado en sanidad ambulatoria española, por otra parte

es el más alto de Europa y tercero en los países de la OCDE⁽⁸⁾.

Históricamente la atención primaria ha estado a un nivel de valoración inferior que la hospitalaria por pacientes y también por algunos profesionales sanitarios. Un trabajo de muchos años ha permitido revertir, en líneas generales, esta situación a través de un cambio sustancial en la manera de atender la problemática de la salud en el niño, con un visión integral, preventiva, y asumiendo diversas patologías que antes debían ser derivadas y atendidas por especialistas hospitalarios. El sistema MIR de formación pediátrica ha incorporado a la atención primaria un número importante de profesionales que, luego de la necesaria adaptación a una nueva forma de trabajo, han contribuido en gran medida a modificar el referido estado de cosas previo.

ANÁLISIS DE LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES

Las sociedades científicas pediátricas han analizado a lo largo de años la relación entre la pediatría hospitalaria y primaria y han manifestado la necesidad de coordinar con más eficacia la atención pediátrica en los dos niveles de asistencia⁽⁹⁻¹¹⁾ y reglamentar y estructurar dicha relación⁽¹²⁾. Otras sociedades y organismos sanitarios oficiales han realizado encuestas en las que se investigaban las necesidades del profesional de atención primaria para mejorar en su relación con otros niveles asistenciales^(13,14). En la última encuesta realizada por el antiguo *Insalud* en el año 2001, se analizó por primera vez en este tipo de estudios la percepción del paciente sobre la interrelación entre Atención Primaria (médicos de familia y pediatras) y Especializada. El 91,87% de los encuestados afirma que siempre que ha sido necesario, su médico lo derivó a un especialista y al analizar la atención recibida en el segundo nivel, el 69,2% de los pacientes opina que el especialista se interesó por la opinión de su médico de primaria, en contra del 91,1% que percibieron interés por parte de su médico al recibir el informe correspondiente del segundo nivel. En relación a la valoración del trato y capacidad técnica del especialista, aún siendo bastante satisfactoria, difiere significativamente de las valoraciones con respecto al médico de familia y pediatra de primaria, que el paciente considera mejores en los últimos⁽¹⁵⁾.

COORDINACIÓN ENTRE NIVELES

La situación actual de la pediatría puede definirse como muy satisfactoria, a tenor de los resultados finales en salud infantil conseguidos entre los dos niveles de asistencia y por la valoración y aceptación de su trabajo por la sociedad en general.

Esta situación favorable parece contradecirse en el ámbito de la atención primaria con un presupuesto bajo, con unas condiciones de trabajo no siempre ideales, con un escaso desarrollo en la investigación y con unas relaciones con la atención especializada que son mejorables.

Los problemas sanitarios son resueltos en un 95% en atención primaria y el resto de situaciones deberán contar en un segundo nivel con una consulta o complementación diagnóstica, un control específico de la evolución de determinada patología aguda o crónica, un tratamiento concreto o una valoración por una subespecialidad, entre otras razones. La coordinación de este doble sistema de atención es además de necesario, imprescindible. Cada vez se exige al sistema sanitario más calidad en la atención y una garantía de ello es una adecuada interrelación entre los dos niveles de asistencia.

Las administraciones sanitarias han puesto el marco desde el inicio de la reforma sanitaria para fomentar una coordinación entre los diversos niveles de atención. Parece demostrado, por la experiencia recogida y expresada en múltiples foros, que una adecuada relación asistencial no será posible si además de las condiciones previas no hay implicación personal y liderazgo de las sociedades científicas. En la Comunidad Autónoma de Cantabria, la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria hace un modesto aporte a la coordinación entre niveles dedicando desde hace cinco años una de sus cuatro Jornadas de Pediatría anuales a lo que se denomina *Encuentro con los especialistas hospitalarios* en la que pediatras o médicos de otras especialidades del segundo nivel de atención, comparten con los pediatras de primaria inquietudes ante diversos temas de interés común.

Un ejemplo de trabajos que lleven a metas comunes es el caso del *Plan regional de atención al niño y adolescente con asma* realizado en Asturias⁽¹⁶⁾ y liderada en su elaboración por los profesionales sanitarios de los dos niveles de asistencia. También se han realizado diversos estudios de inves-

tigación coordinados entre hospital y atención primaria pediátrica^(17,18) y hay experiencias de coordinación de más de una década del pediatra de atención primaria con el hospital de referencia⁽¹¹⁾.

Puntos de encuentro

Los dos niveles de asistencia, manteniendo sus características propias, pueden llegar en una primera etapa a puntos de encuentro que sin duda redundarán en una mejor calidad en la asistencia al niño y adolescente y a un mejor desarrollo de la actividad profesional. Estos puntos comunes deberían dar paso posteriormente a una relación más fluida entre atención primaria y hospitalaria y como consecuencia de ello trabajar para lograr una adecuada coordinación.

Mejoras en la comunicación

Las formas posibles de contacto se deberían potenciar entre los especialistas de primaria y hospitalaria, adaptadas a la particularidades específicas de cada servicio o subespecialidad. Además de la clásica y necesaria relación escrita bidireccional y la personal y telefónica ante casos puntuales, se deberían potenciar otras formas de acercamiento como la realización y valoración periódica de protocolos de actuación y derivación, sesiones clínicas conjuntas con temas de interés mutuo y valoración conjunta del funcionamiento de la atención urgente de los pacientes. Todo ello se podría enmarcar dentro de Comités mixtos de evaluación periódica de las relaciones hospital/ primaria.

Información compartida

La transmisión de información en la derivación del paciente deberá ser lo más completa posible, incluyendo los estudios complementarios realizados, siendo esperable una actuación similar por parte del consultor con respuesta por escrito de las actuaciones en el segundo nivel que incluya pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento, siendo deseable además un mayor y más fluido intercambio de datos sobre pacientes crónicos entre los dos niveles de atención. En todos los casos se debería evitar la transmisión de datos en forma verbal a través de un familiar. Las actuaciones en urgencias hospitalarias y los ingresos requerirán también un informe lo más detallado posible.

Actividad docente

La regulación de una adecuada rotación de los pediatras en formación por los Centros de Salud probablemente mejoraría sensiblemente la coordinación entre los niveles asistenciales en el presente y en el futuro. El paso por la atención primaria, muy necesaria para un pediatra que vaya a ejercer en el primer nivel, será también muy beneficiosa para que quien realice posteriormente una labor asistencial hospitalaria tenga una visión global de la atención pediátrica.

Investigación

Los campos de investigación a compartir entre los dos niveles de atención pediátrica son múltiples y variados. Importante y novedoso punto de encuentro sería iniciar proyectos de investigación conjunta, en los cuales el pediatra de primaria, además de poder tener apoyos y medios para esta actividad, debería demandar un papel activo como investigador evitando ser un mero recogedor de información.

CONCLUSIONES

La sociedad demanda cada vez más calidad en la asistencia sanitaria y una más completa y adecuada coordinación de los dos niveles de actuación pediátrica será un valor añadido a la eficiente atención sanitaria que se brinda a niños y adolescentes. La aceptación de las características propias de cada nivel de atención, dentro de un contexto de una única pediatría, puede ser el primer paso para lograr una correcta interrelación. Está expresado, además inequívocamente por todas las partes implicadas en esta problemática, la necesidad y el deseo de que se llegue a una eficaz coordinación. El marco para que ello ocurra es el adecuado y se debe reconocer que hay herramientas fiables para que el contacto entre los dos niveles asistenciales pediátricos sea modificado paulatinamente y se transforme en una mayor coordinación. Las sociedades científicas pueden jugar un papel primordial en el cambio, siendo impulsoras del mismo entre los propios pediatras y ante los organismos sanitarios correspondientes. Una vez conseguida la adecuada coordinación entre los niveles de asistencia, la *nueva pediatría* podrá ofrecer un modelo de atención integral del niño y adolescente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad. En: España en la UE de los 25. Instituto Nacional de Estadística. Madrid, 2004. p. 8.
2. Delgado Rubio A. La Medicina infantil y sus problemas. *Bol Pediatr* 2000; **40**: 1-2.
3. Ballabriga Aguado A. *Bol Pediatr* 1995; **36**: 63-73.
4. Crespo M. Una nueva pediatría. *Pediatr Interl* 1998; **3**: 193-207.
5. Peña Guitián A. El concepto de riesgo. Impacto en la pediatría actual. *Bol Pediatr* 2001; **41**: 340-53.
6. Díaz Vázquez CA. La investigación pediátrica en Atención Primaria. *Bol Pediatr* 2003; **43**: 1-2.
7. Díez-Domingo J. Investigación en pediatría de atención primaria: la asignatura pendiente. *An Peiatr* (Barc) 2004; **61**: 289-91.
8. Simó Miñana J, Gervás Camacho J, Seguí Díaz, De Pablo González R, Domínguez Velásquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cienicienta europea. *Aten Primaria* 2004; **34**: 472-81.
9. García-Onieva Artazcoz M, Moraga Llop FA, Barrio R, Muley Alonso R. Seguimiento del niño con patología crónica. Correlación del hospital con el pediatra extrahospitalario. *An Esp Pediatr* 1993; **39** (Supl 56): 31-46.
10. Morell Bernabé JJ. Relación profesional entre el pediatra hospitalario y de atención primaria. *An Pediatr* 2001; **54** (Supl 4): 363-7.
11. García-Sicilia J. Experiencia de coordinación de Pediatría de Atención Primaria-Hospital de referencia. *An Pediatr* 2003; **58** (Supl 4): 273-4.
12. Malmierca Sánchez. Entrevistas pediátricas. *MTA Pediatría* 2001; **22**: 475-9.
13. Alonso Fernández M, Ayala Luna S, Buitrago Ramírez F et al. Relaciones entre niveles asistenciales. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. <http://www.semfyec.es>.
14. Brañas PM. Informe sobre la relación atención primaria especializada. Servicio Gallego de Saúde 1996.
15. Alfaro Latorre M, Etreros Huerta J, Ruiz Martínez A, Sendagorta Camino A, Terol García E. Encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios de Atención Primaria 2001. Instituto Nacional de la Salud. Madrid 2002. p. 59-88.
16. Carvajal Urueña I. Organización de la atención al niño y adolescente con asma: la necesidad del trabajo conjunto. *An Pediatr* 2003; **58** (Supl 4): 259-65.
17. De Muga ML, Cardo E, Ribas-Fitó N, Sala M, Mazón C, Verdú A et al. Efecto de un tóxico ambiental sobre la población infantil. Investigación hospital, atención primaria. *An Pediatr* 2003; **58** (Supl 4): 267-71.
18. Marugán de Miguelsanz JM, Torres Hinojal MC, Herrero Mendoza MB, Robles García MB. Estudio del crecimiento de niños sanos contemporáneos. Influencia del modelo de lactancia sobre el estado nutricional. *Bol Pediatr* 2003; **43**: 417-33.