

"Sobre la cartera de servicios de Pediatría en Atención Primaria"

Sres. Directores:

Hernando¹ realiza una revisión, según ella crítica, de las actividades incluidas y de las que deberían estar, en la cartera de servicios de pediatría. Parece que más que una revisión se tratase de un artículo de opinión.

En su exposición divide la cartera de servicios en tres áreas: actividades preventivas y de promoción de la salud; patologías agudas y patologías crónicas. El análisis que ofrece resulta manifiestamente sesgado hacia el primer grupo de actividades, minimizando, si no despreciando, el papel que debe jugar la atención a las patologías crónicas en la atención primaria pediátrica. Si bien acepta que los pediatras estamos atendiendo a las patologías crónicas, al afirmar que una de las *"principales limitaciones de la cartera de servicios para medir el producto es que no están incluidas patologías agudas ni crónicas de alta prevalencia y con importante consumo de recursos y tiempo"*; manifiesta que en las patologías crónicas *"el campo es enorme, pero está poco maduro para incluirlas en la cartera"* y esta inclusión solo se realizaría *"si a los pediatras les interesa"*. No se entiende a qué *inmadurez*

alude ¿se refiere a los pediatras? ¿o a los gestores sanitarios? Parece que es la autora quien, o bien tiene poco claras las ideas respecto a las patologías crónicas pediátricas y como consecuencia no es capaz de hilar dicho epígrafe, o bien lo ha elaborado de forma precipitada.

La cartera de servicios es un medio para la mejora asistencial y no un fin en sí misma. Un equipo no puede tener como fin cumplir la cartera de servicios, sino mejorar el nivel de salud de la población que atiende; con independencia de que determinados programas y actividades se vean o no reflejadas en la cartera de servicios. Dicho esto, parece lógico reclamar que si los pediatras atendemos patologías crónicas estas actividades se plasmen lo más fielmente posible en la cartera de servicios, en cuanto, en propias palabras de Hernando, *"esta debe ser fundamental para los pediatras y debe permitir saber a qué población llegamos y con qué calidad"*.

Mientras que la cartera de servicios en los adultos ha ido creciendo cada año, la pediátrica mantiene los mismos programas desde casi su inicio, y no contempla ni un solo servicio a crónicos. No resulta comprensible este hecho salvo que se trate de minimizar la presencia y labor real del pediatra en la atención primaria de salud. ¿Acaso el terreno en

la medicina general y de familia y de la enfermería de adultos estaba y está más maduro para incluir cada año más y más servicios, como está sucediendo?

Los pediatras deberíamos reflexionar profundamente sobre qué está ocurriendo con nuestra cartera de servicios. Téngase en cuenta que ya no sólo estamos hablando de calidad asistencial y mejora de la salud para nuestros niños. También se trata de temas profesionales: el Plan Estratégico del INSALUD² plantea un nuevo sistema retributivo basado en la capitación, la actividad y los incentivos; de tal modo que el 20-30% de la retribución pasará a depender del nivel de cumplimiento de la cartera de servicios; y otro 10-25% estará ligado al consumo de recursos (farmacia, radiología, laboratorio...) incentivando la capacidad resolutoria y eficiencia del profesional de Atención Primaria. Resultará entonces que los mayores consumos farmacéuticos y de recursos de los pediatras, que son los originados por la atención a patologías crónicas (asma, por ejemplo), no estarán justificados por no estar incorporadas a la cartera de servicios; y por tanto los pediatras seremos muy ineficientes; independientemente que nuestros niños crónicos estén muy bien controlados, en el entorno más adecuado, su comunidad; y en un medio

de gran accesibilidad como es la Atención Primaria de Salud.

El sistema de inclusión de una actividad como servicio está perfectamente definido por el INSALUD: la actividad ha de abordar un problema de salud o ha de atender necesidades sentidas por la población, susceptibles de resolución en el primer nivel de atención. La inclusión de un nuevo servicio exige el cumplimiento de diez criterios (*tres* relacionados con la pertinencia, *cinco* con la eficacia/efectividad y factibilidad y *dos* con las expectativas de los usuarios) y debe existir un programa/protocolo que sustente dicho servicio³. Una vez cumplidos estos requisitos la última palabra la tiene la Subdirección general de Atención Primaria.

Hernando se pregunta sobre qué patologías crónicas tienen una prevalencia que justifique su inclusión. La autora sabe perfectamente que la prevalencia es sólo parte de uno de los diez criterios de inclusión antes comentados; y, además, es factible que enfermedades de baja prevalencia estén incluidas en cartera, ya que el criterio que incluye el concepto *prevalencia* dice: "el servicio abordará un problema prevalente y/o incidente y/o grave y que, además, sea vulnerable desde el nivel de Atención Primaria"³.

Por tanto, no se puede esgrimir la ex-

cusa de que las enfermedades crónicas en la infancia, al ser poco prevalentes, no son incorporables a la cartera de servicios. ¿Acaso no está justificado intervenir y, en consecuencia incluir en cartera, en razón de gravedad, la atención al niño con epilepsia, nefropatía, cardiopatía, o con diabetes?

Otra situación que se está dando en la actual cartera de servicios es la de determinadas actividades que son reconocidas para los "adultos" (mayores de 14 años) y no para los niños. El ejemplo más contundente es el de la obesidad. El pediatra puede hacer cuanto quiera con un obeso que no verá reconocida su actividad. Ese mismo niño obeso el día que cumpla los 14 años y pase al médico general/de familia, entrará en el programa de obesidad y entonces comenzará a puntuar en la cartera de servicios. Lo mismo ocurre con otros procesos, como el seguimiento del VIH/SIDA pediátrico, solo en cartera a partir de los 14 años. Quizá la solución sea que los pediatras veamos adolescentes hasta los 18 años. Acaso en ese momento el criterio de cobertura se desplace también a esa edad. Esto conduce a la reflexión de cuál es el problema: la patología o la presencia, no deseada por algunos sectores, del pediatra en Atención Primaria.

Es imposible hablar de cartera de servicios en pediatría y no hablar del asma infantil. Se trata del problema crónico de salud de mayor relevancia, perfectamente abordable desde la Atención Primaria. Si el tema fuera de prevalencias, el asma supera el 10%. En el reciente *Estudio del asma infantil en Asturias*, en el que participaron 27.511 niños, presentaban asma el 11,5% de todos los niños de 0 a 14 años (el 7,6% de los lactantes) y asma activo (síntomas en el último año) el 8,4%⁴. Ello implica que un pediatra con mil niños asignados, tendrá 115 asmáticos y 84 habrán presentado síntomas en el último año (la media de tarjetas sanitarias de cada pediatra en el territorio INSALUD es 930⁵). Si hoy en día nadie duda que se puede ofrecer a la mayor parte de los niños con asma una vida normal, ausente de síntomas y que esto es perfectamente factible desde el primer nivel de atención; cabe preguntarse por qué su atención no está incluida en cartera.

No tiene sentido plantear que la inclusión en cartera de servicios de patologías crónicas deba hacerse *sólo si a los pediatras les interesa*. Justamente la cartera de servicios persigue todo lo contrario: ser un mecanismo democratizador de la asistencia sanitaria, configurado como un catálogo de prestaciones, de tal modo

que independientemente del lugar donde se viva, un ciudadano tenga derecho a recibir los mismos servicios sanitarios^{2,3}. No puede tratarse entonces del interés o desinterés del pediatra por desarrollar actividades en beneficio de la salud.

Para finalizar, un breve comentario sobre las actividades preventivas y de promoción de la salud. No hay duda de su importancia. La discriminación de la atención pediátrica resulta evidente; y mientras el conjunto de nuestras actividades se agrupa en el *programa del niño sano* y el de *vacunaciones*, la cartera de adultos se disgrega en multitud de servicios. Siguiendo la regla aplicada a la pediatría, las actividades relacionadas con la mujer, que en la actualidad suponen 10 servicios específicos, deberían agruparse en un único servicio denominado "*de la mujer sana*", y las del adulto en el "*del adulto sano*". O, por el contrario, aplicando las reglas de las carteras de la mujer y del adulto, y lo que sería más lógico, debería disgregarse la cartera del niño sano en otros servicios (revisión del niño sano, promoción de la lactancia materna, prevención de accidentes infantiles, etc).

Ana, una chica joven y sana de 28 años que tomaba anticonceptivos, decide suspenderlos para tener un hijo y se queda embarazada en junio de 1998;

durante todo ese año la atención a esta mujer supondrá su inclusión en al menos siete servicios: consulta de adultos, información y seguimiento de métodos anticonceptivos, vacunación de tétanos, vacunación de la rubéola, prevención de enfermedades cardiovasculares, captación y valoración de la mujer embarazada, seguimiento de la mujer embarazada. Cinco de estos servicios se podrían solventar en una única visita común y sobre la base de registros de historia. Incluyase que, además, fuera diabética, obesa, hipertensa, etc. Por el contrario, Juan es un lactante que nació el 1 de enero de 1998, y que desarrolla asma en su primer año de vida. Durante todo ese año se incluirá en tres servicios (imposible incluirlo en más, pues no existen): consulta de niños, vacunaciones infantiles, y revisiones de 0 a 23 meses. Y todos sabemos el número de visitas que supone ese bebé en sus primeros doce meses de vida (además, con asma).

En conclusión, la actual cartera de servicios está reflejando de una forma parcial e incompleta la actividad del pediatra en Atención Primaria. Y parece que así va a mantenerse.

Los intereses que favorecen esta situación permanecen ocultos; pero en ningún caso se deben a problemas derivados de los propios pediatras (y menos a su inma-

durez). En un artículo que firma un profesional con doble condición de pediatra y gestor sanitario (la Dra. Hernando es directora médica de un área sanitaria del INSALUD), cabría esperar realmente una revisión crítica y no una defensa más o menos explícita del *status quo*.

Carlos A. Díaz Vázquez

*Centro de Salud de Moreda
Área 7 Asturias*

Bibliografía

1. Hernando P. *La "cartera de servicios" de pediatría en atención primaria: una revisión crítica*. Pap, 1999; vol 1 n° 2: 23-36.
2. Instituto Nacional de las Salud. *Plan Estratégico. El libro azul*. INSALUD, Madrid 1998.
3. Instituto Nacional de la Salud. *Cartera de servicios de Atención Primaria*. INSALUD. 2ª edición. Madrid, 1997.
4. Grupo Regional de Trabajo sobre Asma Infantil en Atención Primaria. *Prevalencia del asma diagnosticado en Asturias*. An Esp Pediatr, 1999 (en prensa).
5. Subdirección General de Atención Primaria. *Memoria INSALUD 1997*. INSALUD. Madrid, 1998.