

COMENTARIOS

La continuidad, el hogar médico y las clínicas con atención sin cita previa

La aparición y rápida propagación de las clínicas con atención sin cita previa, situadas en centros comerciales y atendidas por enfermeras, plantean problemas a las comunidades médica y extramédica a la hora de considerar las prioridades relativas de la continuidad y el hogar médico, en comparación con la comodidad y el coste. La continuidad asistencial posee tres aspectos: el tiempo, la capacidad de acceso y el ámbito. El aspecto del tiempo se refiere a tener el mismo pediatra (o equipo clínico) que asista a un niño durante un considerable período de tiempo, preferiblemente durante muchos años, de modo que el pediatra pueda desarrollar una relación duradera con el niño y su familia. La asistencia continuada permite conocer más a fondo las cuestiones pasadas y presentes que influyen sobre el desarrollo, la salud y el bienestar del niño. La capacidad de acceso se refiere a garantizar que la familia pueda contactar con el pediatra o un miembro del equipo durante las 24 horas al día y 7 días a la semana y recibir la asistencia sin demora en un ámbito médico apropiado. Finalmente, el ámbito se refiere a la asistencia coordinada en diversos escenarios, tales como el hospital, el despacho médico ambulatorio, la escuela, los organismos de servicios asistenciales a domicilio y, si es necesario, los programas de centros de cuidados paliativos. La continuidad es importante para la asistencia en pediatría general o especializada. En diversas circunstancias, un especialista pediátrico, como un oncólogo, puede prestar asistencia continuada y asumir las responsabilidades de la coordinación asistencial.

Durante más de tres décadas, en los programas para residentes en pediatría se ha tratado de “enseñar continuidad”, mediante el establecimiento de clínicas de seguimiento atendidas por residentes que asisten a un grupo de pacientes. Dado que la mayoría de residentes sólo acuden a estas clínicas una o dos veces a la semana, la continuidad a lo largo del tiempo queda limitada a visitas programadas de cuidados preventivos o a procesos crónicos. Sin embargo, incluso esta limitada continuidad queda erosionada cuando se da prioridad a las rotaciones por salas de pacientes hospitalizados o unidades de cuidados intensivos, guardias nocturnas y limitaciones de las horas de trabajo de los residentes.

Esta erosión de la continuidad que se produce durante el adiestramiento de los residentes se ve reflejada también en la práctica privada, debido a diversos motivos internos y externos en relación con el sistema sanitario.

La mayoría de los pediatras trabajan en grupos y comparten pacientes entre varios componentes del grupo. La mayoría no intervienen en la asistencia de sus pacientes que requieren hospitalización. Así mismo, la mayor parte de los pediatras utilizan centros de llamadas fuera de horas y no admiten llamadas ni ven pacientes en su despacho o en un servicio de urgencias a dichas horas. Actualmente los pediatras disponen de un tiempo más limitado para las visitas. Por término medio, pasan sólo 18,3 min con cada familia durante una visita de puericultura¹. Estas visitas, más breves y menos globales, son menos satisfactorias tanto para la familia como para el pediatra y socavan el valor de la continuidad. En los planes sanitarios se trata de pagar los servicios al precio más bajo posible, lo que obliga a los pediatras a aceptar cantidades excesivamente bajas por sus servicios, y a menudo les reembolsan menos dinero del que cuesta comprar y administrar las vacunas. Debido a ello, para poder mantener sus ingresos económicos a pesar de estos bajos pagos, los pediatras visitan a un mayor número de niños durante menos tiempo. A medida que aumenta el volumen de pacientes, la asistencia se vuelve menos eficiente, pues el pediatra se ve obligado a contratar más personal administrativo para las tareas burocráticas.

Existen también problemas estructurales en la asistencia sanitaria que minan la capacidad de proporcionar continuidad asistencial. Más familias se ven obligadas a cambiar los planes sanitarios cada año cuando deciden cambiar de empleo o sus patronos eligen un plan sanitario menos gravo. El cambio de planes sanitarios significa a menudo cambiar de médico. El hecho de que haya tantos niños con lagunas en su cobertura de seguros influye también en la continuidad asistencial. Basándose en los datos de la Medical Expenditure Panel Survey, la American Academy of Pediatrics (AAP) halló que 21 millones de niños de 0 a 21 años se hallaban sin asegurar en todo el año 2004 o en parte del mismo: 9 millones todo el año y 12 millones con períodos sin cobertura durante dicho año².

Aunque existe un considerable apoyo para los conceptos del hogar médico por parte de las autoridades sanitarias estatales y nacionales, y a pesar de que el lenguaje del hogar médico se está incluyendo en varias propuestas legislativas estatales y nacionales, hay una desconexión entre lo que sucede en el mundo real de la práctica pediátrica y el mundo ideal de la American Academy of Pediatrics y otras organizaciones profesionales. La American Academy of Pediatrics considera que la continuidad es un valor clave para los pediatras prácticos y constituye la base de la trama conceptual del “hogar médico” sustentada por la AAP. Lo que empezó en 1967 como un concepto para los niños con necesidades sanitarias especiales se

Las opiniones expresadas en estos comentarios son las de los autores y no necesariamente las de la American Academy of Pediatrics o sus comités.

ha extendido a todos los niños y, más recientemente, a los adultos³. En febrero de 2007, las organizaciones de asistencia primaria, como American Academy of Pediatrics (AAP), American Academy of Family Physicians (AAFP), American College of Physicians (ACP) y American Osteopathic Association (AOA), publicaron una comunicación sobre "Joint principles of the patient-centered medical home"⁴. Dichos principios comprendían los siguientes: en primer lugar, cada paciente debe tener una relación continuada con un médico personal adiestrado en proporcionar asistencia inicial, continuada y global. En segundo lugar, el médico personal es la cabeza visible de un equipo de individuos en el consultorio, que colectivamente se hacen cargo de la responsabilidad de la asistencia continuada de los pacientes. En tercer lugar, el médico personal es responsable de subvenir a todas las necesidades sanitarias del paciente o disponer adecuadamente la asistencia por parte de otros profesionales cualificados. Ello incluye la asistencia en todas las etapas de la vida; asistencia aguda; asistencia crónica; medidas preventivas, y atención al final de la vida. En cuarto lugar, la asistencia se coordina y/o integra a través de todos los elementos del complejo sistema sanitario (p. ej., asistencia especializada, hospitales, organizaciones de asistencia a domicilio, residencias para ancianos) y la colectividad del paciente (p. ej., familia, servicios comunitarios públicos y privados). En quinto lugar, la asistencia se lleva a cabo mediante archivos, tecnología de la información, intercambio de información sanitaria y otros medios para garantizar que los pacientes obtienen la asistencia indicada cuándo y dónde la necesitan, de un modo cultural y lingüísticamente apropiado.

En el mundo real, estamos empezando a ver cómo surgen en todo el país clínicas con atención sin cita previa que atienden a adultos y niños y están ubicadas en grandes almacenes, economatos, farmacias y tiendas de comestibles, que se están popularizando entre las familias⁵. Aunque las organizaciones profesionales y los políticos abogan por los conceptos de continuidad y hogar médico, la aparición y expansión de estas clínicas demuestra que el aumento de la comodidad y la reducción de los costes puede tener prioridad sobre el apoyo de la continuidad, tanto para muchas familias como para los planes sanitarios.

Los que propugnan estas clínicas afirman que son una alternativa mejor y más barata que los servicios de urgencias de los hospitales, especialmente para los pacientes sin asegurar y los inscritos en Medicaid, que no pueden hallar una fuente regular de asistencia primaria. También destacan que es más fácil para los progenitores que trabajan (especialmente en las familias monoparentales) llevar a sus hijos al salir del trabajo a una clínica con atención sin cita previa, donde también pueden hacer algunas compras. Ello puede dar lugar a que algunos niños reciban una asistencia que de otro modo no lograrían. La mayoría de estas clínicas afirman que tienen acuerdos establecidos con médicos o clínicas locales para remisión de los pacientes o consultas. Los detractores de este sistema se preguntan si las remisiones y consultas son adecuadas, y también afirman que las clínicas fragmentan la asistencia y dificultan los intentos de tener una historia clínica unificada. ¿Las enfermeras que atienden estas clínicas están adiestradas para asistir a los niños con necesidades sanitarias especiales que se pre-

sentan con una enfermedad aguda, o para diagnosticar correctamente ciertos procesos más graves que se presentan con síntomas comunes? También se han suscitado temores en el sentido de que las enfermeras de clínicas situadas en tiendas que venden también medicamentos tengan tendencia a prescribir antibióticos u otras medicaciones. Estas tiendas pueden tener el deseo de subvencionar el funcionamiento de dichas clínicas, para captar los ingresos derivados de la venta de productos farmacéuticos.

Los pediatras deben afrontar los obstáculos que suponen las clínicas con atención sin cita previa, frente a la continuidad y al hogar médico; para ello han de favorecer la continuidad en los programas de adiestramiento pediátrico y en la práctica pediátrica, y demostrar cómo la continuidad favorece la calidad. Tanto los programas de adiestramiento como la práctica pediátrica deben luchar para alcanzar la continuidad y mejorar el acceso a la asistencia, así como la calidad asistencial, la eficiencia de la práctica, la comodidad de la asistencia y la satisfacción del paciente. En la comunicación *The Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home*⁵ y en la publicación de la AAP sobre las clínicas con atención sin cita previa⁶, se alienta a los médicos a que favorezcan el acceso con citas abiertas, aumento de las horas de asistencia (tardes y fines de semana) y nuevas opciones de comunicación entre los pacientes, el médico personal y el personal del consultorio. La aparición y propagación de clínicas con atención sin cita previa que están bien subvencionadas exigen una revaloración de cómo ejercemos nuestra profesión y cómo se paga por los servicios en los programas de salud pública y en los planes sanitarios privados. Nuestro problema es demostrar claramente el valor de la continuidad y del hogar médico sobre la calidad y el coste. Si no se resuelve este problema, las clínicas con atención sin cita previa seguirán expandiéndose y desempeñarán un papel predominante en el mercado.

STEPHEN BERMAN, MD

Department of Pediatrics, University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado, Estados Unidos; *Pediatrics*, Consulting Editor for Health Policy.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olson LM, Inkelas M, Halfon N, Schuster MA, O'Connor KG, Mistry R. Overview of the content of health supervision for young children: reports from parents and pediatricians. *Pediatrics*. 2004;113:1907-16.
2. American Academy of Pediatrics, Analysis of Medical Expenditure Panel Survey. Full-year and part-year uninsured infants and children through age 18, 1998-2004; Full-year and part-year uninsured infants and children through age 21, 1998-2004 [consultado 5/9/2006]. Disponible en: www.aap.org/research/MEPS1998forward.pdf
3. American Academy of Pediatrics, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. The medical home. *Pediatrics*. 2002;110:184-186
4. American Academy of Pediatrics. Joint principles of the patient-centered medical home [consultado 7/5/2007]. Disponible en: www.medicalhomeinfo.org/Joint%20Statement.pdf
5. C. S. Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health. More children expected to seek care at retail clinics [consultado 11/5/2007]. Disponible en: www.med.umich.edu/mott/research/cheartailpoll.html
6. American Academy of Pediatrics, Retail-Based Clinic Policy Work Group. AAP principles concerning retail-based clinics. *Pediatrics*. 2006;118:2561-2.