

Un futuro al estilo de Jacobi: ¿puede tener todo el mundo un hogar médico?

Abraham Jacobi y el resto de fundadores de la pediatría en Estados Unidos establecieron la pediatría como una especialidad de asistencia primaria; para ello proporcionaron visitas de puericultura, con revisiones del estado de salud y vacunaciones. Esta orientación difirió en gran medida de la que se siguió en Europa, donde los niños recibían su asistencia primaria de los médicos generales, y los pediatras actuaban de consultores. De este modo, ha habido una relación incómoda entre la pediatría y la medicina de familia, donde ambos protagonistas eran al mismo tiempo competidores y compañeros en la asistencia de niños y adolescentes.

Phillips et al plantean ahora un nuevo reto a la comunidad pediátrica sobre el futuro de la asistencia sanitaria a los niños y adolescentes¹. El crecimiento en el número de pediatras generales superará considerablemente al volumen de la población infantil en 2020². Este crecimiento excederá probablemente los parámetros de suficiencia que se han publicado³, y hay signos de un descenso en la demanda de pediatras generales⁴. Además, la pediatría ha reconocido la importancia de asistir a las familias para mejorar la salud del niño⁵, lo que puede llevar a un rumbo de colisión con la medicina de familia.

El creciente número de pediatras generales ha llevado a un descenso de las visitas pediátricas realizadas por los médicos de familia desde 1980⁶. Sin embargo, los médicos de familia todavía efectúan cerca de una quinta parte de las visitas pediátricas en el consultorio, un tercio de las visitas pediátricas rurales y una cuarta parte de las visitas a los adolescentes. Más de 5 millones de niños y adolescentes viven actualmente en condados donde no hay ningún pediatra, y muchas áreas rurales no pueden sostener un consultorio pediátrico. Además, los médicos de familia asisten a muchos niños sin asegurar o con seguros públicos, y constituyen una parte desproporcionadamente elevada del personal médico que ejerce en redes de seguridad, como los centros sanitarios extrahospitalarios. Así pues, los médicos de familia desempeñan un papel crítico en la asistencia de los niños y adolescentes en Estados Unidos.

Desde la perspectiva de la medicina de familia, Phillips et al presentan cuatro respuestas a la proporción creciente de pediatras generales y médicos de familia con respecto a la población infantil. La medicina de familia podría retirarse parcial o totalmente de la asistencia pediátrica y centrar su atención en la geriatría, o bien podría competir directamente con la pediatría por la

asistencia primaria de los niños y adolescentes. Una alternativa a estas opciones sería que la medicina de familia y la pediatría colaboraran en proporcionar hogares médicos a todos los niños y sus familias. La colaboración es nuestra mayor esperanza para el futuro.

El aumento de los pediatras en ejercicio⁷ forma parte de un debate en curso sobre si existe un inminente exceso⁸⁻¹⁰ o carencia^{11,12} de médicos. Sin embargo, el futuro de la pediatría no depende tanto de un posible exceso como de la posibilidad de reformar la asistencia sanitaria para apoyar los hogares médicos para los niños. Muchos niños tienen necesidades sanitarias no satisfechas porque no están asegurados o viven en ambientes insanos. Sin una reforma, no podemos alinear el trabajo de los pediatras con las necesidades de los niños. La asistencia sanitaria en este país se basa todavía en la prestación de asistencia aguda y episódica por infecciones y traumatismos. Los médicos reciben sus honorarios principalmente por visitas e intervenciones, e incluso por capitación raras veces pueden orientar realmente sus cupos.

A pesar de estar en cabeza de los gastos sanitarios mundiales, los norteamericanos presentan un peor estado de salud que el de los ciudadanos de otros países desarrollados. Estados Unidos tiene unas tasas más elevadas de mortalidad del lactante e infantil y de conductas de riesgo de los adolescentes, y unas tasas más bajas de vacunación, en comparación con otros muchos países¹³. En un estudio comparativo reciente sobre el estado de salud en Estados Unidos e Inglaterra, se observó que la población británica estaba más sana, incluso después de ajustar los factores conductuales de riesgo¹⁴. Aunque el estudio mostró así mismo desigualdades en el estado de salud según el nivel socioeconómico (NSE) de cada país, lo más importante fue observar que los norteamericanos cuyo NSE es elevado y tienen un excelente acceso a la asistencia sanitaria presentan un peor estado de salud que las personas con un bajo NSE en Inglaterra. Aunque la causa de estos resultados no está clara, es notable que en 1991 Starfield colocara al Reino Unido en primer lugar y a Estados Unidos en el último en cuanto a la asistencia sanitaria en 10 países occidentales industrializados¹⁵. La buena asistencia sanitaria, definida como "aquel nivel del sistema de servicios sanitarios que proporciona acceso al sistema [...] aporta una asistencia personal a lo largo del tiempo, proporciona asistencia para todas las enfermedades, a excepción de aquellas que son extremadamente raras, y coordina o

integra la asistencia proporcionada en otro lugar o por otros”, ejerce una influencia positiva en los costes sanitarios, en una asistencia apropiada y en la evolución de algunos problemas médicos comunes¹⁶. Además, cada vez hay más pruebas de que el comienzo de la enfermedad en la vida adulta guarda relación con la enfermedad en la niñez¹⁷. La influencia de un sistema de asistencia primaria o un hogar médico durante la edad infantil se asocia con un mejor estado de salud del individuo y de la población¹⁸ y puede ejercer una influencia significativa sobre la salud del niño y el adulto.

Lamentablemente, el limitado sistema de asistencia sanitaria de este país se está quebrando. En 2006, el American College of Physicians (ACP) emitió un informe sobre el colapso inminente de la asistencia primaria¹⁹. El ACP señala que, a pesar del gran aumento en el número de personas con procesos crónicos, hay un espectacular descenso en el número de estudiantes que acceden a la medicina interna y a la medicina de familia. Los sistemas de pago Medicare infravaloran los servicios de diagnóstico y tratamiento y habitualmente no abonan las prestaciones que no constituyan visitas o intervenciones. Además, los médicos de asistencia primaria no reciben ningún beneficio de los ahorros generados por las iniciativas dirigidas a mejorar la calidad. Aunque el informe de la ACP va dirigido a la asistencia del adulto, existen problemas similares en la asistencia primaria pediátrica: un aumento en el número de niños con necesidades especiales de asistencia sanitaria, una escasa remuneración por parte de los programas públicos como Medicaid, una falta de pago por las llamadas telefónicas y por la coordinación de la asistencia y una carencia de incentivos económicos para invertir en mejoras y mantenimiento de la calidad asistencial.

La pediatría ha reconocido con anterioridad que la situación actual de la asistencia primaria en este país no podía subvenir a las necesidades de los pacientes. La “nueva morbilidad”^{20,21} orientó a los pediatras hacia procesos crónicos y del desarrollo, como los trastornos conductuales y emocionales, el estrés funcional, las discapacidades de aprendizaje y las necesidades educativas. Ahora, la “morbilidad del milenio”²², como la violencia, la obesidad, los problemas familiares y la pobreza, orienta a los pediatras a cambiar los ambientes sociales y físicos donde viven los niños. Así pues, para alcanzar el grado óptimo de bienestar físico, mental y social de la infancia, es necesario que los pediatras y los médicos de familia hagan algo más que prestar los servicios asistenciales tradicionales. En 1992, la American Academy of Pediatrics (AAP) adoptó el concepto de hogar médico²³, que expandió los principios de la asistencia primaria hacia los problemas que afrontan los niños y sus familias. El hogar médico se definió como aquella asistencia que es accesible, centrada en la familia, continua, global, coordinada, compasiva y culturalmente eficaz. El objetivo de crear hogares médicos condujo a la elaboración de nuevas normas de la AAP para los pediatras, dirigidas hacia las familias⁵ y la colectividad²⁴.

Recientemente, la ACP²⁵ y la American Academy of Family Physicians (AAFP)²⁶ están adoptando el concepto de hogar médico. Actualmente disponemos de una oportunidad para labrar un consenso entre las sociedades de asistencia primaria –AAP, AAFP, ACP y American College of Obstetrics and Gynecology– en torno al

hogar médico y al futuro de la asistencia primaria en Estados Unidos. Si trabajamos conjuntamente con un mensaje unívoco, tendremos más fuerza para recomendar un sistema de asistencia primaria que proporcione un hogar médico a todos los individuos de Estados Unidos. Podremos entonces luchar para formar coaliciones de médicos y familias, otros grupos de médicos y otros proveedores de asistencia sanitaria, con el fin de lograr un futuro con un mejor estado de salud.

Nuestro sistema de asistencia sanitaria debe ir más allá de las necesidades de un siglo atrás, cuando las infecciones y los traumatismos eran las causas principales de morbilidad y mortalidad, para dirigirse a las necesidades actuales, es decir, tratar los procesos crónicos e influir en los ambientes físico y social. La creación de un sistema sólido de asistencia primaria exige que todos los componentes de un hogar médico sean reconocidos y remunerados apropiadamente, incluidas las llamadas telefónicas y otras comunicaciones electrónicas fuera de hora, la coordinación de la asistencia, los intérpretes, la asistencia a domicilio y la asistencia social. Además, la cobertura universal es un componente decisivo para proporcionar una asistencia global y continuada. El no haber elaborado y mantenido un hogar médico para todos lo estamos pagando ahora en forma de unos gastos sanitarios en aumento y un peor estado de salud.

Phillips et al convocan a la pediatría y a la medicina de familia para que sean compañeros, no competidores, en crear un futuro al estilo de Jacobi de asistencia orientada hacia la colectividad y la protección. Todavía queda una inmensa tarea por realizar en pediatría para que mejore la salud de la nación, tarea que puede ocupar sobradamente al creciente número de pediatras y médicos de familia en las próximas décadas. AAP y AAFP pueden colaborar al abogar por los cambios en Medicaid, en State Children’s Health Insurance Program y en los seguros privados, con el fin de lograr hogares médicos para los niños y ampliar la cobertura sanitaria. En el período de residencia y en la educación médica continuada, mediante la educación conjunta en la asistencia a la familia y en la pediatría y la asistencia primaria extrahospitalarias, es posible lograr que se aprecien los puntos fuertes de cada especialidad y se fomenten las asociaciones con fines de protección. Nuestros niños necesitan pediatras y médicos de familia que proporcionen a cada uno de ellos un hogar médico, en el ámbito de un sistema sanitario que lo mantenga.

RICHARD J. PAN, MD, MPH
Department of Pediatrics, University of California, Davis,
Sacramento, California, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Phillips RL, Bazemore AW, Dodoo MS, Shipman SA, Green LA. Family physicians in the child health care workforce: opportunities for collaboration in improving the health of children. *Pediatrics*. 2006;118:1200-6.
2. Shipman SA, Lurie JD, Goodman DC. The general pediatrician: projecting future workforce supply and requirements. *Pediatrics*. 2004;113:435-42.
3. Goodman DC. The pediatrician workforce: current status and future prospects. *Pediatrics*. 2005;116(1). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/116/1/e156
4. Cull WL, Yudkowsky BK, Shipman SA, Pan RJ; American Academy of Pediatrics. Pediatric training and job market trends: results from the American Academy of Pediatrics

- third-year resident survey, 1997-2002. *Pediatrics*. 2003;112:787-92.
5. Schor EL; American Academy of Pediatrics, Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*. 2003;111(6 pt 2):1541-71.
 6. Freed GL, Nahra TA, Wheeler JR. Which physicians are providing health care to America's children? Trends and changes during the past 20 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:22-6.
 7. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Workforce. Pediatrician workforce statement. *Pediatrics*. 2005;116:263-9.
 8. Council on Graduate Medical Education. Improving Access to Health Care Through Physician Workforce Reform: Directions for the 21st Century – Changing the Physician Supply, Increasing Minority Representation in Medicine, Reforming Medical Education. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Health Resources and Services Administration; 1992.
 9. Weiner JP. Forecasting the effects of health reform on US physician workforce requirement: evidence from HMO staffing patterns. *JAMA*. 1994;272:222-30.
 10. Lohr KN, Vanselow NA, Detmer DE; Institute of Medicine, Committee on the US Physician Supply. The Nation's Physician Workforce: Options for Balancing Supply and Requirements. Washington, DC: National Academy Press; 1996.
 11. Cooper RA, Getzen TE, Laud P. Economic expansion is a major determinant of physician supply and utilization. *Health Serv Res*. 2003;38:675-96.
 12. Council on Graduate Medical Education. Physician Workforce Policy Guidelines for the United States, 2000-2020. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration; 2005.
 13. Stein RE, Stanton B, Starfield B. How healthy are US children? *JAMA*. 2005;293:1781-3.
 14. Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP. Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA*. 2006;295:2037-45.
 15. Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy. Nueva York, NY: Oxford University Press; 1992.
 16. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38:831-65.
 17. Wadsworth ME, Kuh DJ. Childhood influences on adult health: a review of recent work from the British 1946 national birth cohort study, the MRC National Survey of Health and Development. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1997;11(1):2-20.
 18. Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics*. 2004;113(5 suppl):1493-8.
 19. The impending collapse of primary care medicine and its implications for the state of the nation's health care: a report from the American College of Physicians, January 30, 2006 [consultado 3/7/2006]. Disponible en: www.acponline.org/hpp/statehc06_1.pdf
 20. Haggerty RJ. Community pediatrics: past and present. *Pediatr Ann*. 1994;23:657-8, 661-3.
 21. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The new morbidity revisited: a renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care. *Pediatrics*. 2001;108:1227-30.
 22. Satcher D, Kaczorowski J, Topa D. The expanding role of the pediatrician in improving child health in the 21st century. *Pediatrics*. 2005;115(4 suppl):1124-8.
 23. American Academy of Pediatrics, Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee. The medical home. *Pediatrics*. 2002;110:184-6.
 24. American Academy of Pediatrics, Committee on Community Health Services. The pediatrician's role in community pediatrics. *Pediatrics*. 1999;103:1304-7.
 25. Barr M, Ginsberg J. The advanced medical home: a patient-centered, physician-guided model of health care. Policy monograph of the American College of Physicians, January 22, 2006 [3/7/2006]. Disponible en: www.acponline.org/hpp/statehc06_5.pdf
 26. Martin JC, Avant RF, Bowman MA, et al. The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med*. 2004;2(suppl 1):S3-32.