Cuidados Especiales Ambulatorios Pediátricos. Construyendo políticas sanitarias desde el primer nivel de atención

Outpatient Pediatric Special Care. Developing health policies at the primary level of care

Dr. Pablo Justich^a, Dr. Pablo Cafiero^b, Dr. Aníbal Bordón^c, Dr. Diego Marquiani^c,
Dr. Pablo Manjarín^d y Dra. M. Rosario Williams^c

RESUMEN

En 1978, la Organización Mundial de la Salud definió la atención primaria de la salud como pilar fundamental de la salud global. En los últimos años, a las causas habituales de mortalidad (infecciosas, carenciales) se sumaron las provocadas por enfermedades crónicas y degenerativas. Es posible brindar atención de alta complejidad a pacientes sin recursos adecuados para su supervivencia luego del egreso. El sistema de salud no supo adaptarse a este cambio y mantuvo un modelo fragmentado, reactivo y centrado en la enfermedad.

La "atención primaria selectiva" permite reorientar las bases de la atención primaria según las características de la población. Un grupo de acciones específicas, dirigidas a una población con vulnerabilidades particulares, potencia las virtudes de la atención primaria de la salud.

Se describe el modelo de atención "Cuidados Especiales Ambulatorios Pediátricos" implementado en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 5 de la Ciudad de Buenos Aires.

Palabras clave: atención primaria de salud, cuidado infantil, políticas públicas de salud, enfermedades crónicas, seguimiento.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.e606>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.eng.e606>

- a. Hospital La Vega, Murcia, España.
- b. Servicio de Clínicas Interdisciplinarias del Neurodesarrollo, Hospital de Pediatría "J. P. Garrahan", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- c. Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 5, Hospital Donación "Francisco Santojanni", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- d. Departamento de Urgencias, Hospital Donación "Francisco Santojanni", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
Dr. Pablo Justich:
pablojustich@gmail.com

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 22-1-2019

Aceptado: 6-5-2019

INTRODUCCIÓN

"Salud para todos en el año 2000". Se sabía que era utópico, pero señaló un camino. Alma Ata le dio dirección: la atención primaria de la salud (APS) como pilar fundamental de la salud global.¹ La reformulación de ciertos objetivos, centrados en equidad, justicia social y solidaridad como condiciones básicas novedosas de la nueva estrategia, estaba íntimamente relacionada con cambios necesarios y esperados en la pediatría.²

Desde entonces, sucedieron cambios sociales, económicos, culturales y epidemiológicos que modificaron notablemente la transición de la salud, y, como resultado, surgieron nuevos desafíos que afrontar. El rápido avance del conocimiento y las tecnologías permitieron reducir la mortalidad en situaciones como la prematuridad extrema, cardiopatías congénitas complejas, tumores, etc., con la posterior aparición de las llamadas "nuevas morbilidades" que emergían como consecuencia de dicha supervivencia. La cronificación de estas morbilidades conllevaba un gran impacto sanitario y también dejaba más expuestos a los pacientes con vulnerabilidades asociadas (habituales, económicas, culturales, etc.).

Esta situación fue percibida de forma clara en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N.º 5. Es importante considerar algunas particularidades de su población: es una zona de vulnerabilidad "crítica".³ La mayoría vive bajo la línea de

Cómo citar: Justich P, Cafiero P, Bordón A, Marquiani D, et al. Cuidados Especiales Ambulatorios Pediátricos. Construyendo políticas sanitarias desde el primer nivel de atención. *Arch Argent Pediatr* 2019;117(6):e606-e625.

pobreza, con necesidades básicas insatisfechas (NBI), insuficiencia de agua corriente potable, red cloacal, saneamiento ambiental deficitario, etc. Pertenece a un barrio urbano de la Comuna 8 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), con elevada tasa de población migrante en varias generaciones. Constituye, junto con otros barrios, el grupo con mayores niveles de exclusión socioeconómica, en una ciudad que, paradójicamente, ostenta los niveles más elevados de ingreso per cápita del país. Las tasas de mortalidad, cobertura por el sistema público, etc., de la Comuna 8 contrastan con los indicadores de la CABA (Tabla 1). La coexistencia de estas situaciones contrapuestas genera el fenómeno de polarización epidemiológica,⁴ en la cual existe una convivencia y superposición de la 1^{ra} y la 3^{ra} etapa de la transición epidemiológica. Conviven, en una misma región, cohortes con mortalidad elevada por causas infecciosas (muchas prevenibles), carenciales, con tasa de mortalidad infantil (TMI) elevada y esperanza de vida al nacer (EVN) baja, junto con otro grupo de mayor mortalidad por patologías crónicas y degenerativas, baja TMI y elevada EVN. A su vez, existen centros sanitarios de alta complejidad y recursos suficientes para atender la patología pediátrica compleja, que reducen la mortalidad neonatal e infantil, pero de donde también egresan pacientes de alto riesgo (con secuelas de diverso impacto, necesidad de polifarmacia y/o tecnología para sus cuidados) a un medio sin los recursos socioeconómicos y habitacionales adecuados para su supervivencia. Un ejemplo claro son los prematuros extremos que sobreviven gracias a una muy buena atención perinatal y, luego de

semanas de atención compleja, deben enfrentar situaciones de profundas carencias personales y alimentarias, inclemencias climáticas, múltiples factores de riesgo para infección respiratoria aguda baja (IRAB), insuficiente contención del Sistema Nacional de Salud (SNS), etc. A su gran vulnerabilidad biológica, se les agrega una amplia vulnerabilidad social y económica. El SNS como tal no ha sabido adaptarse a este cambio y ha mantenido un modelo fragmentado, reactivo y centrado en la enfermedad.

Durante años, los pediatras del CeSAC N° 5 convivieron con un problema sanitario. La modalidad de atención se repartía entre la demanda espontánea con turnos asignados en el día y las citas programadas. El acceso de los pacientes estaba condicionado a las posibilidades asistenciales del equipo, al orden de llegada y a la asignación de turnos. La población debía adaptarse a este modelo. Los padres de estos pacientes, con mayores demandas de atención y vulnerabilidad, debían “competir” con el resto para asegurarse la atención. Sus posibilidades estaban, habitualmente, mermadas; caían en demanda rechazada o se veían obligados a requerir sobretornos que no siempre podían satisfacerse.

PLANIFICANDO CON UN NUEVO ENFOQUE: Atención Primaria Selectiva

En el año 1999, desde un centro de salud ubicado en uno de los barrios más pobres de la CABA, el Dr. Mario Rípoli brindó otra herramienta fundamental con su trabajo: “atención primaria selectiva”,⁵ que permitió reorientar las bases de la APS según las

TABLA 1. Comparación de la Ciudad de Buenos Aires con la Comuna 8. Indicadores demográficos, sociales y sanitarios

Indicador	CABA	Comuna 8
Población total	3 059 122 hab.	225 737 hab.
Crecimiento vegetativo	2,7	8,7
Hacinamiento	8,70 %	17,20 %
Hacinamiento “crítico”	1,30 %	3,80 %
Hogares con ingresos < a la canasta total	25 %	54,30 %
Única cobertura sanitaria pública	20 %	49,60 %
TMI por 1000 RNV	7,2	9,7
TMI por causas reducibles	4	6,7
TMI por causas difícilmente reducibles	2	1,1
TMI neonatal	5,4	5,8
TMI posneonatal	1,8	3,9
Edad promedio de defunción - Hombres (años)	73,6	66,2
Edad promedio de defunción - Mujeres (años)	81	75

Fuente: Anuario Estadístico 2016 - Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; TMI: tasa de mortalidad infantil; RNV: recién nacidos vivos.

características de la población. Un grupo de acciones específicas, dirigidas a una población con vulnerabilidades particulares, potenciaba las virtudes de la APS. Sin abandonar la prevención primaria y el modelo de acción “integral”, se propusieron acciones “selectivas” ajustadas a la patología prevalente, en especial, en grupos de mayor vulnerabilidad, con acciones de prevención secundaria y terciaria. De este modo, se complementaban las virtudes de la APS con la efectividad de los modelos selectivos.

Dado que las circunstancias “excepcionales” se habían vuelto cotidianas, se optó por asumir un nuevo enfoque: no bastaba con asignar sobretornos indiscriminadamente, sino abordar una problemática compleja desde una perspectiva amplia y proactiva, con recursos formales e informales que permitieran atravesar las fronteras existentes inter- e intraniveles de atención.

El objetivo principal fue minimizar la demanda rechazada de los pacientes con más riesgo y centralizar la atención acercando los diferentes niveles de cuidado del paciente. También, reducir el tránsito redundante entre instituciones, identificando rápidamente las situaciones de riesgo para poder tomar medidas más oportunas.

Como la salud se determinaba en diferentes niveles, nuestra respuesta debía ser sistémica y multidimensional:

- *Determinación social:* reconociendo sus características socioeconómicas e integrando las acciones con los servicios sociales del equipo de salud, manteniendo un contacto más estrecho con los pacientes y sus realidades, y dando mayor adherencia al seguimiento. También, colaborando con la tramitación de asignaciones, subsidios o pensiones que correspondiesen.
- *Determinación institucional/sistema de salud:* ante la precariedad organizativa y la falta de coordinación del sistema, se intentó garantizar la accesibilidad permanente y también las vías de gestión de citas en los diferentes niveles de atención (interconsultas, exámenes complementarios, etc.) simplificando el acceso a estas. Se llevó a cabo un relevamiento completo de patologías asociadas a los grupos de elevada TMI por edad y por causa para poder vincularlas al SNS. Se buscó acercar el sistema a aquellos pacientes con patología crónica o secuelar, con gran dependencia de este y mayores dificultades de accesibilidad.^{6,7}

- *Determinación biológica:* trabajando con los pacientes en función de sus características en la reducción de riesgos (nutricionales, inmunizaciones, detección precoz de patologías o secuelas, seguimiento de patología congénita infecciosa, atención temprana en enfermedades de base genéticas, etc.).

Desde el principio, se apreció que este abordaje no podía ser encarado solo por el Servicio de Pediatría, sino que era necesario un equipo de salud cuya acción debía ser transdisciplinaria e integrar las decisiones entre diferentes disciplinas del equipo (Servicio Social, Antropología, Salud Mental, Nutrición, Pediatría, Enfermería, etc.). Nuestros pacientes “especiales” eran pacientes de todos y se debía funcionar como una red capaz de captarlos, integrarlos y protegerlos.

EL MÉTODO

Fue abordado el problema tomando medidas basadas en el “modelo de mejoras de Langley”.⁸ Se planificó sobre los problemas por resolver; se ejecutaron medidas iniciales basadas en nuestra planificación; se estudiaron los resultados y se actuó en consecuencia. Este enfoque dinámico permitía mejorar el proceso en forma permanente (ciclos planificar-hacer-estudiar-actuar). Nuestra respuesta debía ser resiliente e innovadora.

POBLACIÓN, RECURSOS, HERRAMIENTAS Y PRIMEROS PASOS

• Población

La Comuna 8 de la CABA contaba con una población de 187 237 habitantes (Encuesta Nacional de los Hogares –ENH– de 2010), de los cuales 59 363 (el 31,7 %) eran niños.⁹ La población estimada en Villa 15 (uno de los conglomerados de mayor densidad censal de la Comuna) superaba los 30 000 habitantes (por las irregularidades habitacionales, esta es una estimación basada en datos demográficos históricos). Actualmente, constan, en nuestras bases, 9745 menores de 18 años, que incluyen nuestro barrio, y una cantidad difícil de cuantificar de pacientes provenientes de barrios aledaños y del conurbano de la provincia de Buenos Aires, lindante con nuestra Comuna.

• Recursos físicos

El CeSAC N° 5, ubicado en el barrio de Villa Lugano de la Comuna 8 de la CABA, fue trasladado a su nueva sede en el año 2004. Con una superficie de 1230 m², cuenta con 35 consultorios, 2 salas de odontología, sala de extracciones de muestra de laboratorio,

vacunatorio, farmacia, sala de rayos, ecografía y un aula para docencia (fuente: CeSAC N° 5).

• **Recursos humanos**

En 2015, se contaba con una plantilla de 70 trabajadores, entre profesionales y no profesionales, detallada en el *Anexo 1*.

• **Creación y aplicación del modelo de atención de cuidados especiales ambulatorios**

Primero, se definió quiénes debían ser incorporados al modelo de atención. Se consideraron, en primer lugar, los diagnósticos más fuertemente asociados a mortalidad infantil.¹⁰ En segundo lugar, se incluyeron aquellos pacientes con patología crónica con mayor necesidad de contacto con el SNS. Se definieron los grupos de riesgo y los criterios de inclusión (*Tabla 2*). Se informó al equipo de salud para que todo paciente que cumpliera los criterios fuera derivado a los responsables del programa para su inclusión y, así, captar la mayor proporción de población diana. Se diseñó una base de datos que incluyó información demográfica, diagnósticos y fecha de inclusión, última visita y próxima cita, así como su fecha de alta y su causa (alta, fallecimiento, traslado, etc.). Se confeccionó una historia clínica *ad hoc* (*Anexo 2*), que se integró a un archivo diferenciado disponible permanentemente en el Servicio. Cada paciente susceptible de ingresar al modelo fue entrevistado y le explicaron las razones de la inclusión, los beneficios y las responsabilidades, y se le preguntó si consentía o no participar.

La aceptación fue del 100 %. (No se solicitó el consentimiento informado por no implicar cambios en los contenidos de su atención ni en la difusión de la información fuera de nuestro Centro). Se definió la política de acceso a la atención, y se reorganizaron las citas para que nuestros pacientes tuvieran garantizada la atención en el 100 % de los contactos con el CeSAC. A partir de su inclusión, podrían acceder a este cada vez que lo solicitaran, identificándose en admisión como pacientes de “Cuidados Especiales Ambulatorios Pediátricos” (CEAP). También se gestionaron cupos en el 2° nivel de atención para satisfacer diferentes necesidades (Neurología Infantil, Seguimiento de Prematuros, Hospital de Día, internación, exámenes complementarios, vacunas especiales, etc.). El equipo de salud en su totalidad, que incluía enfermería, farmacéuticos, trabajo social, generalistas, nutricionistas, administrativos, etc., participó activamente, dando aviso para la inclusión y cambiando el enfoque sobre estos pacientes. Esto posibilitó adecuarse rápidamente a circunstancias específicas, como provisión de medicamentos, fórmulas para recién nacidos, identificación inmediata de los grupos de riesgo para la vacunación en situaciones de epidemia (ej.: gripe H1N1 de 2009), entre otras.

Cuando la organización del programa fue completada, se informó a los diferentes niveles de gestión: Dirección del CeSAC, División Pediatría y Dirección del Hospital Santojanni. En visitas

TABLA 2. Criterios de inclusión al programa de Cuidados Especiales Ambulatorios Pediátricos (a su inicio en el año 2004)

Criterios de inclusión

- Niños con edad gestacional al nacer menor de 37 semanas y menores de 6 años de edad cronológica actual.
- Niños menores de un año de edad y con peso al nacer menor de 2500 g.
- Niños con trastornos moderados y graves del desarrollo neuromadurativo, según criterio clínico.
- Niños con diagnóstico de infecciones connatales en fase de diagnóstico, tratamiento o de control de secuelas.
- Niños con síndromes genéticos o alteraciones congénitas que requieran seguimiento continuo.
- Niños con trasplantes de órganos, patología oncológica, nefrológica crónica, reumatológica, pulmonar crónica, cardiovascular o neuroquirúrgica.

TABLA 3. Distribución por grupo de ingreso al programa (2004-2019)

	Pacientes	Proporción
Grupo 1 (clínicas)	246	26 %
Grupo 2 (quirúrgicas)	60	6,34 %
Grupo 3 (genéticas, congénitas, metabólicas y displasias esqueléticas)	113	11,95 %
Grupo 4 (neurología y neurodesarrollo)	267	28,22 %
Grupo 5 (oncología y trasplantes de órganos)	13	1,37 %
Grupo 6 (recién nacidos de riesgo y prematuros)	247	26,11 %

posteriores, se informó a las autoridades de la Secretaría de Salud y se dio a conocer el proyecto. La respuesta fue favorable en estos niveles.

En marzo de 2004, se inició la atención bajo la modalidad CEAP.

EXPERIENCIA Y SUS RESULTADOS

Entre 2005 y 2018, se atendieron, en el CeSAC N° 5, un promedio de 37787 ($\pm 6348,66$) consultas/año totales; 20 464 ($\pm 3191,6$) correspondieron a consultas/año pediátricas. Las consultas pediátricas representaron el 54,16 % de las totales.

Desde su inicio en marzo de 2004 hasta enero de 2019, fueron asistidos bajo esta modalidad 946 pacientes: 559 (el 59,1 %) varones y 387 (el 40,9 %) mujeres. Estos fueron, a su vez, clasificados en 6 grupos (Tabla 3).

En la tabla, se muestra también la cantidad de pacientes por grupo que ingresaron durante dicho período. El ritmo de incorporación de los pacientes durante las primeras semanas se puede observar en la Figura 1. Se registraron, durante estos 15 años, 201 egresos del programa: 101 (el 51,24 %) por ser mayores de 18 años; de ellos, 38 pertenecían al grupo 4. De los prematuros, 93 (el 46,26 %) fueron dados de alta a los 6 años sin secuelas y 39 pasaron al grupo 6. Los abandonados y fallecidos fueron 7 (el 3,48 %).

En la actualidad, se encuentran activos en CEAP un total de 743 pacientes, distribuidos en los 6 grupos mencionados, tal como se refleja en la Tabla 4; se muestran ejemplos de las patologías en seguimiento (Anexo 3).

Como se puede observar al comparar la distribución por grupo de ingreso y la de los

TABLA 4. Distribución de pacientes activos a enero de 2019

	Pacientes	Proporción	Edad (media $\pm$ DE)
Total	743	100 %	9,7 años ($\pm 4,52$)
Grupo 1	221	29,74 %	10,85 años ($\pm 4,16$)
Grupo 2	60	8,08 %	9,32 años ($\pm 4,44$)
Grupo 3	99	13,32 %	9,84 años ($\pm 4,55$)
Grupo 4	268	36,07 %	10,52 años ($\pm 4,22$)
Grupo 5	10	1,35 %	10 años ($\pm 5,44$)
Grupo 6	85	11,44 %	4,26 años ($\pm 1,48$)

DE: desvío estándar.

FIGURA 1. Evolución de ingresos a CEAP por semanas desde su inicio hasta la semana 30. Cantidad de pacientes por semana y acumulados

CEAP: Cuidados Especiales Ambulatorios Pediátricos.

pacientes activos, hay una transferencia de un grupo de elevada incidencia (grupo 6) hacia un grupo de elevada prevalencia (grupo 4) relacionada con la morbilidad asociada a la prematuridad, de gran impacto en nuestra población.

Se intentaron definir, desde el principio, criterios de evaluación de resultados. La adhesión a tratamientos, la variación del puntaje Z de peso o talla, etc., no pudieron ser empleados por la heterogeneidad de las patologías y la población. Fueron considerados como indicadores positivos del modelo que la aceptación a integrarlo fue generalizada, que se obtuvo una tasa de cumplimiento del programa nacional de inmunizaciones muy elevada, que no se observó demanda rechazada significativa y que no constaban reclamaciones formales sobre la calidad o el cumplimiento del programa en el período analizado.

FORMANDO UNA NUEVA GENERACIÓN DE MÉDICOS. HACIA UN NUEVO PARADIGMA

El CeSAC N° 5 cuenta con una extensa experiencia docente. Por allí, rotan alumnos de grado que cursan la materia Pediatría del ciclo Clínico de la carrera de Medicina y rotantes del Internado Anual Rotatorio (Universidad de Buenos Aires –UBA–), así como residentes y concurrentes de Pediatría de distintos hospitales nacionales, de CABA, obras sociales y hospitales privados.^{11,12}

El objetivo de estas rotaciones es aprender, en terreno, la concepción integrada del binomio

salud-enfermedad como un proceso dinámico condicionado por factores socioambientales, culturales y familiares. Se pone énfasis en los aspectos preventivos y de promoción de la salud. Estos lineamientos se definen en el art. 40 de la Ley de Salud de la CABA, en la Ordenanza 40997/86 y sus modificatorias, en el programa de la materia Pediatría en formación de grado y en el marco de referencia de la residencia pediátrica.¹³⁻¹⁶

La participación de los rotantes en la atención de pacientes de CEAP les permite comprender la atención de pacientes de alto riesgo en situaciones antes desconocidas, lo que resignifica el rol de la APS, ya no como una forma de medicina simple, sino como un efector protagónico integrado en un SNS. Esto incluye la experiencia asistencial concreta y el pensamiento estratégico en la APS.¹⁷⁻¹⁹

La experiencia docente con residentes y alumnos permitió crear conciencia de la necesaria conciliación entre la teoría de los problemas prevalentes y la realidad compleja de nuestra población.

SITUACIÓN ACTUAL

Análisis mediante una matriz de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas

Para estudiar la evolución del modelo, se desarrollaron 2 etapas de evaluación, en 2005 y 2013, que permitieron ajustar los criterios de inclusión, depurar bases y mejorar el enfoque asistencial. Se analizó su situación actual, mediante una MATRIZ FODA-DAFO (fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas) (Tabla 5).

TABLA 5. Situación actual de Cuidados Especiales Ambulatorios Pediátricos. Análisis mediante una matriz FODA-DAFO

Análisis INTERNO		Análisis EXTERNO	
Fortalezas		Oportunidades	
<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos con alto nivel de capacitación. Actitud positiva ante el desafío con gran cohesión del personal. Atención integral, enfoque transdisciplinario. Conocimiento de la población. Recursos edilicios y equipamiento adecuado. Costo asequible. 		<ul style="list-style-type: none"> Ampliación de cobertura y accesibilidad (demanda rechazada nula). Buena aceptación social. Participación comunitaria. Efecto multiplicador de otras acciones y políticas. Rápido reconocimiento e identificación de población diana. Posibilidad de sinergismo con redes integradas de servicios de salud (RISS). Docencia en terreno con realidades complejas. 	
Debilidades		Amenazas	
<ul style="list-style-type: none"> Limitaciones para articular con otros niveles de atención. Falta de proyección a otros centros de salud. Limitación de horas con personal <i>ad hoc</i>. Limitaciones administrativas para carga de datos y estadísticas. Disminución de la disponibilidad de horas asistenciales por el aumento de tareas administrativas inherentes al plan. 		<ul style="list-style-type: none"> Rigidez de otros niveles para aceptar la nueva política y programa. Falta de impulso respecto de la administración sanitaria. Dificultad en la vinculación con los diferentes niveles de atención y gestión sanitaria a causa del carácter local del programa. 	

DISCUSIÓN

Programas, planes o políticas

Durante las últimas décadas, se implementaron numerosos planes y programas destinados a resolver diferentes problemas sanitarios. En su mayoría, fueron impuestos desde niveles centrales en forma vertical y paralela, sin participación comunitaria y con una gran desarticulación entre ellos.²⁰ La fragmentación organizacional, con coexistencias de subsistemas sin coordinación e integración, elevaba los costos por duplicación y por transacción, lo que generaba diferentes calidades de prestación.²¹ Esto ocurría ante la ausencia de un SNS, racional, planificado, integrado, bien ejecutado, centrado en los pacientes y con participación comunitaria. Como respuesta a estos problemas, se modificó el concepto hacia la construcción de redes de salud.²²

Durante la última década, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha difundido un concepto renovador en tal sentido. Convertir los sistemas actuales en redes integradas de servicios de salud (RISS), entendidas como “una red integrada de servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.²³ Este concepto supera al de redes de salud, ya que hace hincapié en el funcionamiento integral y se basa en sistemas de APS que mejoren la accesibilidad, la equidad, la calidad y la eficiencia para dar respuestas favorables a la población. Un ejemplo práctico para entender esta idea lo constituye el “modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC)”, que establece una estrategia nacional para el abordaje de una nueva realidad epidemiológica de un modo integral desde la APS y articulada con los diferentes niveles.²⁴ Esto es un nuevo paradigma para nuestro país, cuyo sistema de atención médica funciona, en gran medida, de un modo opuesto al de una red.

Tomando como ejemplo esta experiencia, se cree que la tendencia es que los programas autónomos se reemplacen por verdaderas políticas y que una organización eficaz y racional gobierne la salud.

CEAP ha sido creado con el mismo espíritu que las RISS y, por ello, del mismo modo que MAPEC, puede aplicarse como una política dentro de dicho sistema, potenciado por las herramientas de información que la nueva propuesta nos brinda. CEAP es una política sanitaria. Establece un modelo de atención

orientado según el riesgo de mortalidad y brinda un marco ampliado de vigilancia epidemiológica de salud infantil en cada unidad geográfica. El CeSAC es la puerta de entrada y también el principal articulador de la atención del paciente.

Nuevos desafíos

La dinámica sanitaria debe acompañar a la social y epidemiológica. Ante una realidad cambiante, deben emplearse los recursos sumados a los avances tecnológicos. La integración de la historia clínica digital, la telemedicina, los simuladores de docencia, etc., pueden colaborar al desarrollo de una mejor APS.²⁵

La información debería centrarse en el paciente y su entorno, e identificar los grupos de riesgo, generar prioridades, establecer alertas y recordatorios que activen las acciones de las diferentes disciplinas y las hagan interactuar, establecer recomendaciones, generar comunicación entre los actores del sistema.

Debilidades

La falta de un adecuado soporte de información y de posibilidad de mantenerlo actualizado dificultaron la presentación de análisis estadísticos más minuciosos. Quedarán como un área para desarrollar en futuras evaluaciones.

CONCLUSIONES

Reconocer a los niños en riesgo, identificarlos y supervisar su atención, asegurar una accesibilidad universal y una articulación adecuada con otras disciplinas y diferentes niveles de atención parece el camino más directo hacia la reducción de la mortalidad infantil, la mejora en la promoción y protección de la salud y, por ello, hacia una sociedad más justa. El éxito de esta misión radica en una organización con coherencia asistencial y conocimiento claro de la realidad sanitaria de nuestros niños. ■

Agradecimientos

Al personal del CeSAC N° 5, que supo sumar su esfuerzo para que se pudiera llevar a cabo. A la Dra. Graciela Spatz y a la Lic. Alicia Cattaneo, que nos aportaron siempre una mirada generosa y superadora. Al Dr. Mario F. Rípoli, que comenzó con nosotros este proceso y este trabajo, pero que, fundamentalmente, nos enseñó a entender la atención primaria pediátrica de un modo humano, generoso y con rigurosidad académica.

REFERENCIAS

1. OMS/UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS: 6-12 de Septiembre 1978. [Acceso: 15 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>.
2. Ramonet M. Repensar y acordar los Objetivos de Salud Materno-Infantil en la reforma de la Atención Primaria de la Salud. Una propuesta desde la Pediatría. *Arch Argent Pediatr*. 2008; 106(6):486.
3. INDEC. Mapa: Variación relativa de la población por Comuna entre 1991 y 2010. *Poblac B Aires*. 2016; 13(23):20.
4. Frenk J. Transiciones: vidas, instituciones, ideas. *Salud Pública Méx*. 1997; 9(2):144-50.
5. Rípoli M. Atención Primaria Selectiva: Una experiencia pediátrica urbana. Buenos Aires: EUDEBA; 1999.
6. Cafiero P. Desarrollo infantil y sus alteraciones. En Sociedad Argentina de Pediatría. *PRONAP*. 2008; 1:60-6.
7. Cafiero P. Puesta al día en discapacidad intelectual: Conceptos generales y aspectos diagnósticos. En: *Jornadas Nacionales de Discapacidad en Pediatría*. Del 2 al 4 de julio de 2015. Ciudad de Buenos Aires. [Acceso: 15 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/Discapacidad/caferio.intelectual.pdf.
8. Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, et al. The improvement Guide: A practical approach to enhancing organizational performance. San Francisco: Jossey-Bass; 1996.
9. Dirección General de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Hogares 2010. Población total por sexo e índice de masculinidad, según en años simples y grupos quinquenales de edad, Comuna 8. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. [Acceso: 8/8/2018]. Disponible en <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=46907>.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Resultados de la propuesta para el análisis de las muertes infantiles. En *¿Por qué mueren los niños? Tres experiencias*. Buenos Aires: UNICEF, 2000. Págs.45-56.
11. Cafiero P, Marquiani D, Rípoli M. Formación de residentes en el primer nivel de atención: Una experiencia de trabajo. *Med Soc (En línea)*. 2010;1(1). [Publicación discontinuada. Artículo disponible a través del autor corresponsal].
12. Abramzón M, Bonazzola P, Dubkin S, Findling L, et al. Las residencias del equipo de salud: Desafíos en el contexto actual. Buenos Aires: OPS, Secretaría de Salud, UBA, Instituto Gino Germani; 2003. [Acceso: 15 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/resid_equipo_salud.pdf.
13. Comisión Consultiva de Pediatría. Marco de Referencia para la formación en Residencias Médicas especialidad. Pediatría. Buenos Aires: Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional. 2010. [Acceso: 17 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/acreditaciones/adjuntos/pediatrica.pdf>.
14. Unidades Docentes y Académicas hospitalarias. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina-UBA. PIP Programa Integrado de Pediatría. [Acceso: 17 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.fmed.uba.ar/departamentos_y_catedras/departamento-de-pediatrica/programa-de-la-materia.
15. Ciment G, Mendes Diaz A. Ecodesarrollo, calidad de vida y salud. Buenos Aires: Mimeo; 1984.
16. Bello J, De Lellis M. Modelo social de prácticas de salud. Comportamientos familiares para el cuidado y recuperación de la salud. Un aporte a las intervenciones a nivel local. Buenos Aires: Proa XXI; 2001.
17. O'Donnell A, Carmuega E. Hoy y mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina. Buenos Aires: CESNI; 1998.
18. Moreno E, Crivelli V, Kestelman N, Malé M, et al. Guía de programación local de actividades de salud materno infantil. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2000.
19. Subcomisión de Acreditación de Residencias. Evaluación del primer ciclo de acreditación de residencias. *Arch Argent Pediatr*. 2001; 99(6):542-4.
20. La Red Comunitaria. En Dabas E, Casserly P, Lemus J. *Salud Social y Comunitaria. Salud y Redes*. Módulo 9:43. [Acceso: 10 de agosto de 2018]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001034cnt-modulo_9_salud-redes.pdf.
21. Roses M. Palabras de cierre. En *"Conferencia internacional de salud para el desarrollo: derechos, hechos y realidades: de alma ata a la declaración del milenio: Buenos Aires 30/15"*. 17 de agosto de 2007. Buenos Aires, Argentina.
22. Rovere M. Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública / AMR, Instituto Lazarte; 1999. [Acceso: 12 de agosto de 2018]. Disponible en <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-121.pdf>.
23. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington D.C: OPS; 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4. [Acceso: 16 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=213-aps-redes-integradas-servicios-salud-conceptos&category_slug=sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307.
24. González G, Laspiur S, L'Hopital C, Valenti L, et al. Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles modelo MAPEC Programa, orientaciones y recursos para el equipo docente. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2016. [Acceso: 16 de marzo de 2018]. Disponible en: http://msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000905cnt-mapec_docentes_2016.pdf.
25. Fernández Ruiz Al. Haciendo el hoy, proyectando el futuro. *Med Infant*. 2017; 24(4):360.

ANEXO 1

Recursos humanos disponibles en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N.º 5

Personal	Cantidad	Condición
Personal administrativo	7	Personal estable
Técnica en Farmacia	1	
Enfermería	8	
Antropóloga	1	
Farmacéuticas	2	
Nutricionistas	2	
Odontología	2	
Anatomía Patológica	1	
Obstetricia	2	
Psiquiatría	1	
Psicología	7	
Trabajadora social	5	
Psicopedagoga	1	
Médicos pediatras	13	
Médicos clínicos	3	
Médicos generalistas	6	
Médicos tocoginecólogos	6	
Médicos ecografistas	2	
Residentes de Pediatría	25	Rotaciones trimestrales
Otros residentes	26	Rotaciones de formato variado

Fuente: CeSAC N.º 5 (2014).

ANEXO 2

HISTORIA CLÍNICA - CONSULTORIO DE ALTO RIESGO

H. C. No.:

Nombre y apellido:

Fecha del 1.º control: / /

Domicilio:

DNI:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Cobertura médica:

Nº. de afiliado:

Pediatra de cabecera:

Centro:

Antecedentes perinatales:

Gesta ☐ Para ☐ Cesáreas ☐ Abortos ☐

Embarazo controlado: sí/no Desde (fecha): / / Cantidad de controles:

Lugar de control:

Antecedentes: Hipertensión ☐ Diabetes ☐ Tabaco ☐ Fármacos/tóxicos ☐

(Maternos) Traumatismos ☐ Cirugías ☐ Infecciones ☐

Otros:

Antitetánica: ☐ Cantidad de dosis: Duración del embarazo: sem.

Serologías del embarazo: VDRL () / / Toxopl. () / /

Hepat. B () / / HIV () / / Chagas () / /

Otras: () / / () / /

PARTO:

Comienzo: espontáneo ☐ inducido ☐ Lugar de nacim.: htal.

Finalización: vaginal ☐ forcipal ☐ cesárea ☐ **Causas:**

Presentación: cefálica ☐ podálica ☐ otras:

RN () EG

Ruptura de membranas _____ Liq. amniótico _____

Peso al nacer: g Talla al nacer: cm P. craneal: cm

Apgar: / Edad gestacional: semanas

Alta: Caída del cordón: FEI:

Complicaciones:

Grupo y factor. PCI de la madre
Grupo y factor. PCD del niño

Familigrama y antecedentes familiares:

Enfermedades prevalentes

1-

2-

3-

4-

Antecedentes personales patológicos:

INMUNIZACIONES

Edad	BCG	Cuádruple	Doble	Sabin/Salk	Triple viral	Hepatitis B	Otras
Al nacer							
2 meses							
4 meses							
6 meses							
12 meses							
18 meses							
Ingr. escol.							
16 años							

Alimentación:

Lactancia exclusiva ☐ Duración: Lactancia + complem. ☐ Tipo:..... Cantidad:.....

Alimentación artificial. ☐ Tipo: Cantidad: Fe ☐ Dosismg/kg/día Desde:.....

Alimentación complementaria. Edad de inicio: Vit. ACD ☐ Desde:

Tipo de preparaciones:

Lugar: Casa ☐ Guardería ☐ Comedor barrial. ☐ Caja: ☐

ANTROPOMETRÍA

[illegible][illegible]

CONSULTORIO DE ALTO RIESGO

Criterio de ingreso:

Fecha de ingreso al programa:

Derivado por el siguiente:

PATOLOGÍA RESPIRATORIA: ☐ SÍ - ☐ NO					
<u>Diagnóstico:</u>	☐ SDRt	☐ EMH	☐ NMN	☐ SALAM	☐ HPPRN
Otros:					
<u>Tratamiento:</u>	☐ Halo:	días	☐ CPAP:	días	☐ ARM: Máx. MAP:
días.					
☐ Maduración pulmonar:		☐ Surfactante:		dosis:	
<u>Complicaciones:</u>	☐ NMTx	☐ Est. laríngea	☐ Atelectasia	☐ Otros:	
<u>Displasia broncopulmonar:</u>	☐	Tratamiento:	☐ O ₂ :	☐	
Fármacos:					
<u>Apneas:</u>	☐	☐ Centrales	☐ Obstructivas	☐ Mixtas	☐ Secundarias
<u>Comentarios:</u>					

HIPERBILIRRUBINEMIA: ☐ SÍ – ☐ NO			
<u>Incompatibilidad:</u>	☐	Tipo:	☐ ABO ☐ Rh ☐ Subgrupo
<u>Bilirrubina:</u>	Total/indirecta	Máxima:	mg Horas de vida:
<u>Luminoterapia:</u>	☐	Días:	
<u>Exanguinotransfusión:</u>	☐	Cantidad:	
<u>Comentarios:</u>			

TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS: ☐ SÍ – ☐ NO			
<u>Policitemia:</u>	☐	<u>Hto. máx.:</u>	<u>Hemodilución:</u> ☐ <u>Cantidad:</u>
<u>Otras patologías:</u>	☐ CID ☐ Plaquetopenia	☐ Trombosis	☐ Hemorragias <u>Otras:</u>
<u>Tratamientos:</u>			

ANEMIA: ☐	Hto./Hb. mínimo:	Edad:	Transfusiones: ☐	Cant.:
Hto/Hb. alta:				
EPO: ☐	Semanas:			
PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR: SÍ – NO				
Trastornos: ☐ Shock ☐ Bradicardias ☐ Taquiarritmias ☐ Hipertensión ☐ Insuf. cardíaca				
Otros:				
Fármacos: ☐ Indometacina ☐ Drogas vasoactivas ☐ Diuréticos ☐ Indom./ibuprofeno				
Cuáles:				
Complic. transit.: <u>Ductus</u> ☐ Cierre: espont. - farmacológico – quirúrgico				
HPPRN: ☐				
Tipo de tratamiento: Halo – ARM – ARF AF – NO inhal. – Surfact.				
Cardiopatía congénita: ☐ Cuál:				
Ecocardiografías: / / . Resultado:				
/ / . Resultado:				
/ / . Resultado:				

INFECCIONES: SÍ – NO				
Tipo: ☐ Connatal ☐ Intransocomial	Cuál:			
TORCHS: ☐ Toxo. – ☐ Rubéola – ☐ Chagas – ☐ Sífilis – ☐ HIV ☐				
Sospechada/confirmada				
Sepsis: ☐	Temprana – Tardía	Germen:	Tratamiento:	
Comentarios:				

ALTERACIONES DIGESTIVAS: SÍ-NO
--

ALTERACIONES METABÓLICAS: **SÍ – NO**

☐ Hipoglucemia ☐ Hiperglucemia ☐ Hiponatremia ☐ Hipernatremia ☐ Hipocalcemia ☐ Hipokalemia

☐ Hiperkalemia ☐ Acidosis metabólica ☐ Hiperamoniemia ☐ Otras:

Comentarios:

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS: SÍ – NO

☐ Trast. succión degluc. ☐ Hipotonía ☐ Hipertonía ☐ Convulsiones ☐ Parálisis

☐ Paresias ☐ Otras:

Hidrocefalia: ☐ DVP ☐

HIC ☐ Grado **Leucomalacia periventric.** ☐ Grado

Medicación:

Ecogr. cerebral: / / . Resultado:

 / / . Resultado:

 / / . Resultado:

 / / . Resultado:

Ex. neurol. a las 40 semanas: Normal Dudoso Anormal

Comentario:

ALTERACIONES AUDITIVAS:

SÍ-NO

Evaluación auditiva prealta: sí-no**Método:****Fecha:****Resultado:**

Fact. de riesgo: ☐ Familiar sordo – ☐ TORCHS – ☐ Malf. craneofaciales – ☐ Menos de 1500 g – ☐ Hiperbilirrubinemia c/exanguinotransfusión. –

☐ Fcos. ototóxicos – ☐ Meningitis bacteriana – ☐ Apgar 1" entre 0 y 4 – ☐ Apgar 5" entre 0 y 6 – ☐ ARM más de 5 días –

☐ Síndromes genéticos c/hipoacusia

OEA ☐ fecha: Resultado:

PEAT ☐ fecha Resultado:

Comentarios:**ALTERACIONES VISUALES: SÍ-NO****Malformaciones** ☐**Cuál:****Cataratas:** ☐**Ref.**rojo: ☐**Ojo izq. ROP:****Grado****Plus:** ☐**Láser** ☐ **Coment.:****Ojo der. ROP:****Grado****Plus:** ☐**Láser** ☐ **Coment.:****Controles:** 1.^{ero} / / . Result.:2.^{do} / / . Result.:3.^{ro} / / . Result.:4.^{to} / / . Result.:5.^{to} / / . Result.:**Fecha del próximo control:** / / .**Alta oftalmológica:** / / .**Comentarios:**

DATOS DEL EGRESO HOSPITALARIO

Fecha en que cumple 40 semanas: / / .

Fecha de egreso:

Edad cronológica:

Edad corregida:

Al alta: Peso: g ()
cm ()

Talla: cm ()

Per. craneal:

Alimentación al alta: Pecho ☐
ml/kg/día

Mixta ☐

Artificial ☐

Cuál:

Medicación al alta:

1) dosis cada h

2) dosis cada h

3) dosis cada h

4) dosis cada h

5) dosis cada h

Otros tratamientos:

Laboratorio al alta:

Hto.:

Hb.:

Retic.:

Na⁺:

K⁺:

Cai+:

Calcio:

Fósforo:

FAL:

Got:

Gpt:

Prot.

tot.: Alb.:

Otros:

Diagnósticos al egreso:

1)

2)

3)

4)

Estudios pendientes:

I)

IV)

II)

V)

III)

VI)

Consideraciones iniciales del seguimiento y plan de estudios:

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Fecha: / / . Firma y sello

EVOLUCIÓN

Nombre y apellido:

H. C.:

FECHA

/ /

Edad cronológica:

Edad corregida:

- PESO:

Pc.()

- TALLA Pc ()

P. C.

Pc ()

Estado de las vacunas:

Desarrollo neuromadurativo:

Alimentación: Pecho ☐ Mixta ☐ Fórmula ☐ Tipo:

Cantidad:

ml. Cada:

h. Total:

ml/kg/día.

Semisólidos

Sólidos

Suplementos:

☐ **Fe:**

☐ **Fólico:**

☐ **ACD:**

☐ **Vit. D:**

☐ **Calcio:**

☐ **Fósforo:**

☐ **Otros:**

¿Recibió información preventiva para la edad (accidentes, estimulación, etc.)?

☐

Examen físico (datos +):

Diagnóstico:

Trae resultados de

Solicito lo siguiente para la próxima visita:

-
-
-

Tratamiento e indicaciones:

1)

2)

3)

4)

5)

6)

Citado el día / / .

.....
Firma y sello

ANEXO 3

Ejemplos de patologías atendidas en Cuidados Especiales Ambulatorios Pediátricos

- **Grupo 1:** Bronquitis obstructiva recurrente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica posviral, bronquiectasias, absceso pulmonar, malformación adenoidea quística, tetralogía de Fallot, comunicación interventricular, *ductus* arterioso persistente, comunicación interauricular, miocardiopatía dilatada, retinitis pigmentaria, cataratas congénita, estrabismo grave, ambliopía, artritis reumatoidea juvenil, espondilitis anquilosante, focomelia, enfermedad celíaca, reflujo gastroesofágico grave, hipotiroidismo congénito y autoinmune, vitiligo, fiebre reumática, síndrome urémico hemolítico, síndrome nefrítico, síndrome nefrótico, reflujo vesicoureteral, agenesia renal, ureterocele.
- **Grupo 2:** Onfalocele, higroma quístico, fístula traqueoesofágica, fisura labio-alvéolo-palatina, atresia duodenal, membrana yeyunal, gastrosquisis, atresia de vías biliares, síndrome de Alagille, cavernoma de la vena porta, enfermedad de Hirschsprung.
- **Grupo 3:** Down, Klinefelter, Stickler, Williams, Sotos, neurofibromatosis 1, Prader-Willi, fragilidad del cromosoma X, Poland, Sturge-Weber, asociación VATER, alcoholismo fetal, osteogénesis imperfecta, displasia cleidocraneal, discrepancia de miembros, craneosinostosis (Apert, Pfeiffer, trigonocefalia), mielomeningocele, lipoma de raquis, Dandy-Walker, artrogrifosis, diabetes tipo I y II, hipercolesterolemia familiar.
- **Grupo 4:** Hipoacusia neurosensorial, encefalopatía crónica no evolutiva, diplejía espástica, epilepsia, hidrocefalia, distrofia de Duchenne, retraso madurativo, retraso mental, trastornos de aprendizaje, trastorno generalizado del desarrollo, parálisis cerebral.
- **Grupo 5:** Leucemia linfoblástica aguda, retinoblastoma, linfoma, craneofaringioma, tumor de órbita, tumor de tálamo.
- **Grupo 6:** Prematurez extrema, bajo peso y muy bajo peso al nacer, infecciones congénitas (sífilis, toxoplasmosis, citomegalovirus, Chagas, HIV, rubéola), retinopatía del prematuro.