

Artículo especial

El clínico pediatra en la alta complejidad Un trabajo de campo

Lic. Virginia Schejter*, Dra. Alicia Halac**, Dr. Horacio Lejarraga***,
Lic. Claudia Greco#, Lic. Patricia Alvarez# y Lic. Laura Finkelstein#

RESUMEN

Introducción. En la actualidad no existen trabajos de campo sobre el rol del clínico pediatra en el tercer nivel de atención.

La organización del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", según cuidados progresivos en salas polivalentes, generó interrogantes sobre el rol del clínico pediatra en el trabajo compartido con múltiples especialistas en la asistencia de alta complejidad.

El objetivo del presente trabajo fue conocer las concepciones de clínicos pediatras y especialistas del Hospital Garrahan sobre las funciones, la oportunidad de la interconsulta y los conocimientos requeridos a los clínicos pediatras en ese contexto. **Población, material y métodos.** Se utilizaron métodos de investigación cualitativa, en un estudio de caso, a través de entrevistas individuales focalizadas semiestructuradas a 25 pediatras.

Resultados. Según las concepciones de los entrevistados, las funciones del clínico pediatra en la alta complejidad incluyen el cuidado de pacientes complejos con enfermedades multisistémicas, la organización de la atención de pacientes crónicos y la coordinación de la asistencia e integración del conocimiento durante la internación; además, en el área ambulatoria funciona como consultor, pero no suele desempeñar el rol del médico de cabecera.

Conclusiones. La crisis del rol del clínico en la alta complejidad se instala en un momento histórico en que coexisten las tendencias hacia la especialización y a la integración del conocimiento, en un modelo de organización hospitalaria que tiende al trabajo conjunto de clínicos pediatras y especialistas. Se está formando un nuevo clínico pediatra, entrenado en clínica polivalente de alta complejidad. Las generaciones más jóvenes realizan una asistencia cada vez más interdisciplinaria.

Palabras clave: rol del clínico pediatra, modelo matricial, cuidados progresivos, pediatra internista, internación polivalente, médico de cabecera.

SUMMARY

There are no field studies about the general pediatrician's role in the third level of care. Garrahan Hospital is a high complexity pediatric hospital, organized under the criterion of progressive care. A matrix pattern-based organization model was implemented to solve the tension between the strong tendencies to specialization invading all areas of medicine, and the need of integrating medical actions. The model generated a crisis among general pediatricians working in the hospital. The objective of this study was to evaluate the different ideas of general pediatricians and specialists about their

functions, opportunities and training to fulfil the requirements of their work in the new setting.

Population, materials and methods. Qualitative research instruments were used in a case-study model. Individual interviews with a semi-structured questionnaire were administered to 25 pediatricians.

Results. The interviewed physicians considered that the general paediatrician's functions in a high complexity context are the care of patients with complex multisystemic illnesses, the organization of care of patients with chronic conditions, and the coordination of care and integration of actions during the period of hospitalization. However, they usually do not play the role of a bedside doctor. The general paediatrician acts also as a general consultant in ambulatory medicine.

Conclusions. The professional crisis appears in a historical cross-road of two models of approach to medical problems and actions: the trend to specialization and the attempts to integrate knowledge. The convergence of a group of general pediatricians installed in a new hospital with a matrix pattern-based organizational design, with new roles and responsibilities, produced a crisis of professional performance. They are still working in the process of generating a new profile: a general pediatrician specialized in polyvalent high complexity pediatrics. The young physicians are working in a more interdisciplinary way.

Key Words: general pediatrician role, matrix pattern organization, progressive care, polyvalent hospitalization, bedside doctor, internist.

- * Psicología Institucional, Hospital Garrahan.
- ** Clínica del CIM 73, Hospital Garrahan.
- *** CIM durante el período 1987-1992, Hospital Garrahan.
- # Cátedra I de Psicología Institucional.

Correspondencia:
Virginia Schejter.
Bulnes 1786, 2° piso D.
(1425)Buenos Aires.
s_l@ciudad.com.ar

Aclaración de intereses:
Proyecto de investigación acreditado en la Programación UBACYT 1998-2000.

INTRODUCCIÓN

El rol del clínico pediatra parece estar bien definido en la atención ambulatoria, en salas de internación pediátricas y en unidades de cuidado intensivo. En cambio, no hay en el momento actual experiencia de campo sobre ese rol en la alta complejidad.¹⁻² La apertura en el año 1987 del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", organizado con una internación de 500 camas en salas polivalentes según cuidados progresivos,³ puso en juego y en cuestión el rol del pediatra en este tipo de institución.⁴ Este cuestionamiento consistió en el enfrentamiento de las siguientes condiciones novedosas:

- 1) Asistencia de patologías "nuevas" para el pediatra, que en el modelo tradicional, eran atendidas en salas de especialidades.
- 2) Necesidad de coordinar la participación e integrar las opiniones y propuestas de varios especialistas.
- 3) Necesidad de mantener informadas a las familias sobre las contingencias de una enfermedad con la cual no estaban bien familiarizados.

En este contexto institucional, los clínicos pediatras, procurando mantener un enfoque abarcativo y conociendo el inmenso desarrollo de los conocimientos y tecnologías especializados, vieron cuestionado su rol tradicional y se hicieron las siguientes preguntas:

- ¿Qué debían saber de cada especialidad?
- ¿En qué situaciones debían comportarse como los médicos de cabecera del paciente?
- ¿Cuál era la oportunidad de la derivación o de la interconsulta?
- ¿Cómo se constituían en coordinadores de un equipo de trabajo que no estaba conformado como tal?

En el presente trabajo describimos las formas en que los pediatras fueron dando respuesta a estas preguntas, en el contexto de sus tareas y responsabilidades cotidianas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para conocer las concepciones de los pediatras (clínicos y especialistas) acerca de las cuestiones enunciadas⁵ se realizó un estudio del caso y se implementaron técnicas cualitativas.

Características de la institución

El Hospital Garrahan está diseñado con un modelo matricial con un organigrama que establece la existencia de dos grandes ramas: una técnica y otra geográfica. Ambas dependen de la Dirección del Hospital. Una rama está conformada por las coordinaciones de los distintos espacios geográficos de atención: internación organizada por cuidados progresivos: CIM (Cuidados Intermedios y Moderados) y unidades de cuidados intensivos (neonatal y pediátricas), atención ambulatoria y centro quirúrgico, roles que son novedosos en tanto implican responsabilidad sobre la conducción de la atención interdisciplinaria en la que participan

profesionales de múltiples servicios. La otra rama está compuesta por los servicios, que poseen saberes especializados, tanto clínicos como quirúrgicos: neurología, oftalmología, cirugía, ortopedia, cardiocirugía, etc., divididos según el modelo tradicional de organización.

Entrevistas a pediatras

Entre los años 1999 y 2000, 12 años después de la inauguración del Hospital Garrahan en 1987, se estudiaron las concepciones sobre el rol del clínico pediatra por medio de entrevistas a tres grupos profesionales del hospital: clínicos pediatras, especialistas clínicos y especialistas quirúrgicos. A su vez, se dividió cada uno de estos grupos en tres generaciones, según el grado de especialización de la medicina en el momento en que comenzaron a ejercer su profesión, partiendo de la hipótesis de que los modelos asistenciales en los que inician los médicos su práctica inciden en el modo de concebir la asistencia y de interrelacionarse con los otros profesionales. Cada grupo se dividió de la siguiente manera: grupo I, médicos que comenzaron a ejercer la profesión en las décadas de 1950 y 1960; grupo II, médicos que comenzaron a ejercer la profesión entre 1970 y 1980, época de fuerte auge de la especialización y grupo III, médicos que la ejercen desde 1987 en adelante. Los médicos se eligieron en forma intencional, dentro del ámbito del hospital.

El método utilizado fue el de entrevistas individuales semiestructuradas focalizadas,⁶ que consisten en situaciones de diálogo con el entrevistado de duración prolongada (entre 60-90 minutos) durante la cual se formularon preguntas dirigidas y de respuestas abiertas acerca de la problemática que se estaba investigando. Esto permitió que se exhibieran en hablar según su experiencia, facilitando la aparición de temas relacionados y el relato de situaciones anecdóticas.

Las preguntas se refirieron a las concepciones de los entrevistados sobre las funciones del clínico pediatra y las diferencias y semejanzas con los roles de los especialistas, la oportunidad en que interconsultan o deberían interconsultar, el modo en que se suelen relacionar con el paciente, la formación que se necesita para ejercer el rol en la alta complejidad.

Para la definición de la muestra se utilizó el criterio de saturación de contenidos: cuando comienzan a repetirse las consideraciones de los diferentes entrevistados, se supone que hay "saturación", que no van a aparecer nuevos contenidos, y se suspenden las entrevistas. El corte se realizó al entrevistar a 25 pediatras: clínicos y especialistas de diferentes generaciones, 5 del grupo I, 10 del grupo II y 10 del grupo III. Si bien los profesionales entrevistados trabajan en el Hospital Garrahan, todos habían trabajado en otros hospitales pediátricos y en algunos casos habían participado de experiencias en otros modelos hospitalarios en el extranjero, por lo que se pudo comparar sus concepciones sobre el rol del clínico pediatra en diferentes modelos organizacionales.

Para el procesamiento y análisis de los datos obtenidos se usó el programa informático NUDIST, diseñado para la categorización de datos relevados a través de fuentes poco estructuradas.⁷

Definición de las funciones del clínico pediatra

La polisemia y ambigüedad con que se definen varias de las funciones desempeñadas hizo necesario definir el significado que se les otorga en esta investigación a cada una de estas seis funciones:

- *Médico de cabecera*: referente médico fundamental para el paciente durante su permanencia en la institución.
- *Coordinación de la asistencia*: articulación de las intervenciones de todos los profesionales, promoción de la comunicación entre ellos, para el logro de acuerdos operativos.
- *Integración del conocimiento*: análisis, síntesis y jerarquización de los problemas del paciente, englobando los puntos de vista de profesionales, pacientes y familiares.
- *Organización del cuidado*: ejecución cotidiana de las medidas prácticas previamente planificadas para concretar las indicaciones.
- *Consultor*: profesional que responde a un interrogante hecho por otro profesional.
- *Información al paciente y su familia*: brindar explicaciones al paciente y sus cuidadores sobre el diagnóstico y las terapéuticas propuestas, los riesgos de cada alternati-

va si las hubiera, y el pronóstico.

Las funciones de coordinación de la asistencia y de integración del conocimiento son difíciles de aislar; por lo tanto, a los fines de este análisis, se consideraron en conjunto.

RESULTADOS

1. Análisis del organigrama y del mapa espacial del Hospital Garrahan

El análisis del organigrama que se diseñó en el Hospital (*Figura 1*) permite visualizar la coexistencia entre: 1) aspectos de la organización tradicional que implica autonomía organizativa en cada servicio y 2) el nuevo modelo propuesto. Del análisis de este organigrama se extraen varios hallazgos importantes.

En primer lugar, se observa ausencia de un Servicio de Clínica Pediátrica. Los médicos de clínica, en la práctica, dependen del Coordinador de CIM cuando trabajan en las salas y del Coordinador del Área Ambulatoria cuando trabajan en ésta. Al no haber un servicio de clínica, consecuentemente tampoco hay un jefe de Clínica. En la definición de misiones y funciones, este rol fue adjudicado al coordinador del CIM, de quien se esperaba que cumpliera un doble rol: organizativo (coordinador de CIM) y clínico (jefe de Clínica).

El área de CIM, con 280 camas, constituye el espacio de nuestro mayor interés. Los niños se internan en una sala de CIM de acuerdo con lo crítico de su condición. Un clínico pediatra coordina cada sala y tiene un plantel de enfermería y de clínicos pediatras estables, que poseen una sala de reunión cercana a ella. A esta actividad se integran los especialistas que el niño requiere para su atención. Estos especialistas pertenecen a los distintos servicios explicitados en la *Figura 1*. Cada servicio tiene un espacio físico para sus reuniones en otra zona del hospital y concurren a los CIM para atender a los pacientes internados.

Con este diseño, los servicios tendieron a mantener su autonomía funcional. Dos aspectos organizacionales favorecieron esta tendencia, codeterminando la existencia de una crisis en el rol del pediatra: 1) la separación de los espacios propios de cada grupo, ya que no existía ningún espacio geográfico común a clínicos y especialistas y 2) la dependencia directa de la Dirección del Hospital de los servicios especializados, sin in-

terrelación formal con las coordinaciones de áreas.

La organización matricial propende a la articulación de las actividades de las dos ramas señaladas, pero la continuidad de la vigencia de las concepciones de organización previas y la falta de experiencia de los médicos en el modelo, colaboraron en que los médicos especialistas se sintieran pertenecientes fundamentalmente a sus respectivos servicios, mientras que los clínicos pediatras y enfermeros no dudaron de sus pertenencia a las salas de internación (CIM). De este modo, en los hechos, se mantuvo una organización independiente de las dos ramas.

Estos antecedentes, esta estructura y estas necesidades funcionales fueron algunas de las fuentes de las dificultades para concretar los ideales fundacionales de que los clínicos pediatras coordinaran una atención interdisciplinaria y además asistieran como médicos de cabecera a todos los pacientes que ingresaban al hospital.

2. *Caminos alternativos puestos en práctica por los clínicos pediatras ante los conflictos*

En el contexto descripto, en los primeros

años de funcionamiento del hospital los clínicos pediatras imaginaron diferentes caminos para afrontar su trabajo:

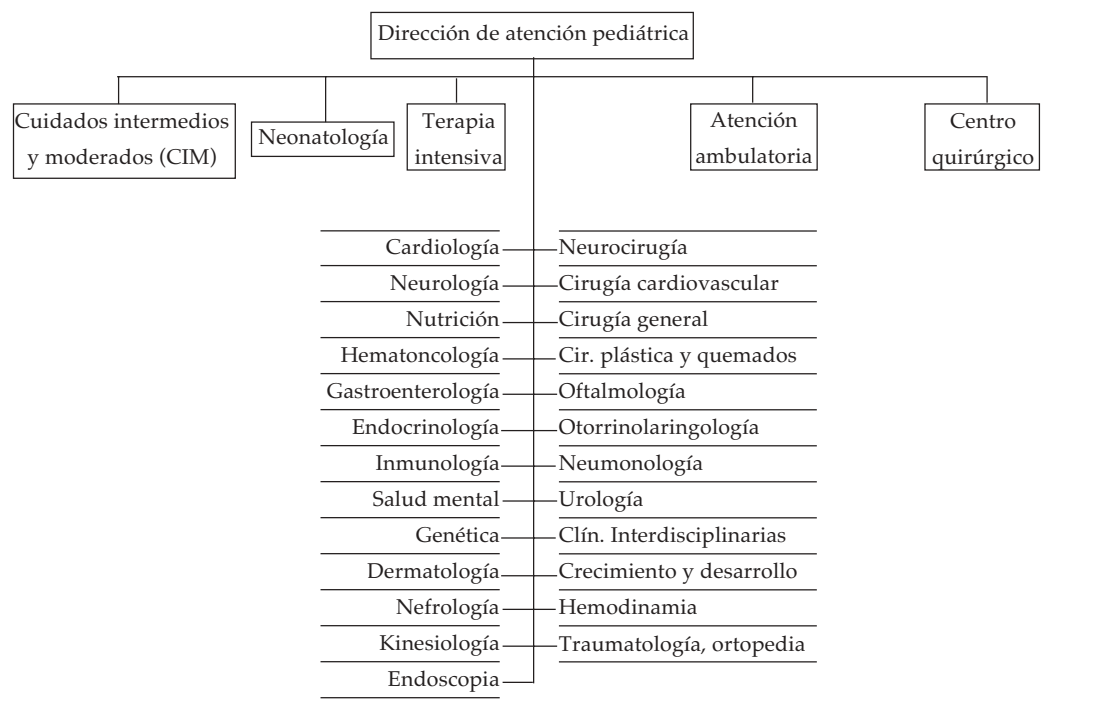
- Profundizar en el conocimiento de todas las especialidades.
- Limitarse a derivar los pacientes al especialista correspondiente.
- Evitar o demorar lo más posible las interconsultas con los especialistas.
- Realizar interconsultas puntuales, sin reflexión conjunta.
- Intentar la atención integral del paciente y la coordinación de las acciones del equipo médico.
- Optar por dedicarse a una especialidad.

3. *Destino final de los médicos clínicos pediatras (asistentes y principales) que ingresaron al Hospital Garrahan en los primeros años*

Se decidió tomar como período de incorporación inicial al intervalo 1987-1992, en el que se inauguraron la totalidad de las salas de internación de cuidados intermedios y moderados CIM con que se cuenta actualmente.

De un total de 80 médicos, la gran mayoría de los clínicos pediatras, 57 (71,2%) continuaron trabajando en el área clínica en que habían ingresado. Seis clínicos pediatras

FIGURA 1. Organigrama del hospital en el área de atención pediátrica



(7,5%) eligieron pasar a una especialidad y otros 6 (7,5%) ocupan actualmente cargos de conducción. No contamos con datos fehacientes de los motivos de la renuncia de 11 (13,75%) para saber si están relacionados con la crisis del rol que investigamos.

4. *Concepciones sobre las funciones de los clínicos pediatras*

Según las concepciones de los entrevistados, las seis funciones mencionadas son ejercidas algunas veces por la misma persona y otras por personas distintas. Respecto a la función de médico de cabecera, los entrevistados coinciden en afirmar que cuanto mayor es la complejidad, mayores son las necesidades de que exista el rol de médico de cabecera y trabajar en forma conjunta. Pero se dan tres situaciones diversas: a) el rol de médico de cabecera lo desempeña el clínico pediatra o uno de los especialistas, b) el rol queda vacante, c) el seguimiento es conjunto y los pacientes tienen “dos médicos de cabecera”: un especialista y un clínico.

Se sistematizaron tres variables que en las concepciones de los entrevistados, inciden en la asunción de las funciones mencionadas: el tipo de patología, el grado de complejidad y el modelo de organización hospitalaria.

4.1. *Asunción de funciones según el tipo de patología*

Los médicos entrevistados opinan que en las enfermedades multisistémicas hay una tendencia a que el clínico pediatra asuma las funciones de organización del cuidado del paciente, coordinación de la asistencia e integración de las distintas opiniones profesionales y a que el médico de cabecera sea un especialista.

Cuando hay un sistema predominantemente afectado que requiere del conocimiento de un especialista, opinan que también el médico de cabecera suele ser el especialista, ya que es el que más conoce del tema. La mayor parte de los especialistas clínicos entrevistados opinan que, cuando la patología afecta predominantemente a un solo sistema, ellos cumplen todas las funciones, porque “son clínicos”. Algunos clínicos pediatras consideran que en esos casos existe un margen de posibilidad de que el diagnóstico se sesgue hacia lo que en

la experiencia de los especialistas clínicos sean las patologías más frecuentes.

En la opinión de los entrevistados, uno de los aspectos novedosos en el desempeño del rol del clínico pediatra se relaciona con la asistencia de pacientes quirúrgicos a los que el pediatra no asistía en el modelo tradicional, salvo descompensaciones clínicas graves. Consideran que en este modelo hospitalario, el clínico pediatra realizó un descubrimiento paulatino y progresivo de un enfoque clínico del paciente con indicación quirúrgica. Los clínicos pediatras opinan que en este marco se fueron capacitando en la evaluación de la pertinencia y mejor oportunidad de la indicación quirúrgica y que esta capacitación la obtuvieron, fundamentalmente, en la práctica cotidiana con los pacientes y en el intercambio con los especialistas quirúrgicos y que la reforzaron con búsquedas bibliográficas para aclarar o complementar la comprensión de problemáticas concretas de los pacientes. También sostienen que en la evaluación prequirúrgica prestan atención a múltiples factores biológicos o psicosociales que pudieran originar comorbilidad y que en función de esta evaluación, instrumentan las medidas necesarias con el objeto de prevenir eventos adversos o de facilitar su resolución. En algunas ocasiones contribuyen al replanteo de la indicación de la cirugía así como del tipo de cuidado intraquirúrgico y posquirúrgico que requiere cada paciente.

4.2. *Asunción de funciones según el grado de complejidad*

Los entrevistados diferenciaron distintas funciones del clínico pediatra según el grado de complejidad de los pacientes, que en el análisis de los resultados se organizaron en:

- El clínico pediatra que asiste la baja complejidad, a quien se le atribuye el rol de médico de cabecera que coordina el tratamiento en caso de que intervengan otros médicos.
- El clínico pediatra que brinda atención ambulatoria en un hospital del tercer nivel de atención, al que consideran un consultor, que responde a la consulta espontánea de los padres en busca de una segunda opinión o a las interconsultas realizadas por clínicos pediatras de atención primaria o por especialistas.

- El clínico pediatra en la internación polivalente de alta complejidad al que consideran organizador del cuidado cotidiano del paciente, coordinador de las intervenciones de varios especialistas e integrador del conocimiento de los distintos profesionales. En ese nivel de atención sostienen que el médico de cabecera es muchas veces un especialista.

Los entrevistados relatan que las familias de pacientes con patologías clínicas graves o crónicas que requieren tratamientos prolongados, como por ejemplo, las enfermedades oncológicas o nefrológicas, depositan su confianza en el saber del especialista clínico, quien ocupa la función de médico de cabecera. Dicen también que muchos pacientes llegan a un hospital de alta complejidad a solicitar una consulta con un especialista, participando del imaginario social que valoriza más la palabra del especialista y no aceptan ser atendidos solamente por un clínico pediatra.

4.3. *Asunción de funciones según el modelo de organización institucional*

Los entrevistados acuerdan que el modelo organizacional del Hospital Garrahan colabora en determinar las funciones del clínico pediatra.

En el modelo tradicional organizado por salas especializadas, consideran que el médico de cabecera es el especialista y que en cambio, el clínico pediatra es llamado ocasionalmente como consultor o no participa. Pero consideran que en la sala polivalente del modelo matricial, el clínico pediatra se ocupa durante la internación de la organización del cuidado del paciente y suele cumplir, además, las funciones de coordinación de la asistencia y de integración del conocimiento.

La mayor parte de los entrevistados opina que la presencia constante de clínicos pediatras en la internación facilita que los pacientes estén cuidados y contenidos, en contraposición a lo que suele ocurrir en el modelo tradicional, en el que los pacientes internados en salas especializadas suelen quedar a cargo de enfermería durante la mayor parte del día. Además, creen que el contacto cotidiano con el paciente favorece la toma de decisiones, brindando nuevos elementos diagnósticos y optimizando las condiciones de tratamiento. Sin embargo, algunos de los clínicos pediatras entrevistados consideran que es fundamental

una mayor participación de las especialidades en el cuidado cotidiano del paciente, tanto en el área ambulatoria como de internación. Otros entrevistados tienen la expectativa de que con el aumento de la experiencia de trabajo con este modelo organizacional, algunos aspectos del monitoreo del paciente puedan ser realizados por otros actores, como enfermeros o médicos residentes adecuadamente entrenados.

En la asistencia ambulatoria, los entrevistados plantearon que hay diferencias según los distintos ámbitos en los cuales ésta se desarrolla. En la Emergencia, Hospital de Día o Consultorio de Mediano Riesgo, el modelo de organización a cargo de clínicos pediatras es semejante al de la sala de internación polivalente en la que cumplen las funciones de coordinación de la asistencia e integración del conocimiento. En los consultorios externos, en cambio, la asistencia se fue organizando en consultorios independientes de clínicos pediatras y de especialistas, que interconsultan entre ellos según el modelo tradicional, exceptuando el trabajo asistencial en varios equipos interdisciplinarios programados en los que participa frecuentemente un clínico pediatra.

Es importante remarcar que los entrevistados afirman que el proceso asistencial de cada paciente ambulatorio varía según quién reciba la consulta inicial y asuma la coordinación del tratamiento. Hay acuerdo en las opiniones de los entrevistados sobre que, en los casos en los que el clínico pediatra interviene desde el inicio, su función es tener una primera visión amplia, definir los problemas, hacer un diagnóstico diferencial con las consultas pertinentes y orientar la demanda.

La función de informar al paciente y su familia, en la opinión de los entrevistados, es asumida independientemente de las variables que incidían en las otras funciones. Los clínicos pediatras opinan que ellos tienden a tener un acercamiento que propicia el diálogo, pero consideran conveniente implementar estrategias de información conjunta con los especialistas a fin de dar un respaldo mayor al paciente y a su familia. Además, algunos de los especialistas clínicos se sienten involucrados en la información y la atención de los aspectos afectivos y sociales de los pacientes de su especialidad con patología crónica.

5. Concepciones sobre la oportunidad de la interconsulta

En general, los entrevistados consideran que la oportunidad de la interconsulta es variable y depende tanto de habilidades y saberes, como de normativas institucionales. Pero existe una diferencia importante entre la opinión de los clínicos pediatras que empezaron a ejercer la profesión en el momento de gran auge de la especialización y la de los que lo hicieron en los últimos quince años en el contexto de un modelo institucional que promueve la integración de las diferentes miradas disciplinarias. Los primeros tuvieron una mayor tendencia a opinar que el clínico pediatra se puede hacer cargo del paciente en su totalidad y puede acotar los pedidos de interconsulta, mientras que los clínicos pediatras que comenzaron a ejercer la profesión en el nuevo modelo hospitalario enfatizan la necesidad del trabajo conjunto y la responsabilidad compartida. Opinan que es riesgoso, tanto que los cirujanos decidan en forma aislada sobre actos quirúrgicos en patologías complejas, sin conocer o evaluar contextualmente a los pacientes, como que los clínicos pediatras resuelvan el diagnóstico y las primeras indicaciones en la emergencia de pacientes potencialmente quirúrgicos ante la ausencia de cirujanos.

Algunos de los entrevistados afirman que, con frecuencia creciente, los cirujanos discuten y consensúan con clínicos pediatras y con especialistas clínicos la pertinencia y oportunidad del acto quirúrgico, la preparación prequirúrgica y los cuidados posquirúrgicos.

6. Concepciones sobre la formación requerida

Se afirmó que la asistencia cotidiana de pacientes de alta complejidad en forma interdisciplinaria condicionó un intenso intercambio y una capacitación específica que condujo a que actualmente los clínicos pediatras, según palabras de uno de los entrevistados, "no sean los mismos médicos que eran antes", ya que esta experiencia ha enriquecido su formación y su capacidad para discutir alternativas y riesgos en la toma de decisiones. Según las respuestas de los entrevistados, para la asistencia en la alta complejidad, la capacidad que se requiere a un clínico pediatra es que tenga criterio clínico, producto de la combinación del conocimiento con la experiencia.

DISCUSIÓN

El método usado en este trabajo responde a las técnicas de investigación cualitativa, métodos propios de las ciencias sociales.⁵ Consiste esencialmente en el reconocimiento de unidades de sentido que no son pasibles de ser organizadas cuantitativamente, sino que se prestan a la organización en diferentes categorías. Las concepciones de los pediatras sobre las funciones de un clínico en la alta complejidad, se reflejan mejor por entrevistas en profundidad semiestructuradas que por una encuesta con respuestas cerradas.^{5,6}

En la bibliografía se han usado diferentes modos de designar al pediatra general que ha expandido su accionar al tercer nivel de atención. En el Hospital Garrahan se lo llama "clínico pediatra" y en otros medios: "pediatra generalista académico",^{8,9} "consultor especializado en pediatría general"¹⁰ y en la medicina del adulto: "médico internista".^{11,12} El médico del que hablamos no es el pediatra del primer nivel de atención, ni tampoco es un terapeuta (y ha habido advertencias sobre los riesgos de que se transforme en tal).¹³ En realidad, el rol del clínico pediatra en el tercer nivel de atención es una práctica médica nueva para la que no existe aún una designación particular. Con este nuevo rol, que está poco definido y escasamente explorado en la literatura pediátrica, surge una nueva rama de la Pediatría, en la que el clínico pediatra expande lo que fueron sus espacios de intervención previos.⁹

Autores que han participado en debates sobre el futuro de la Pediatría¹³ y sobre el tipo de capacitación a brindar a los pediatras¹⁴ reconocen la diferenciación entre distintos tipos de pediatras: por un lado, pediatras generales dedicados a la atención primaria y por otro, pediatras generales que se ocupan del segundo y tercer nivel de atención, al que varios autores califican de consultor. Dicen, además, que los segundos se ocupan de muchos de los cuidados que hasta ahora realizaban los especialistas.

La asistencia de alta complejidad en salas polivalentes puso en evidencia la variedad de funciones que requiere la atención de pacientes complejos y la ausencia de precisión que existía en 1987, momento de la inauguración del Hospital Garrahan, sobre la distribución de esas funciones entre clínicos pediatras y especialistas. Los

modos de asunción de las diferentes funciones asistenciales ha sido la resultante de una disputa institucional por la delimitación de las incumbencias de cada rol, por la "propiedad" del paciente y consecuentemente, por el poder profesional de cada subgrupo institucional.¹⁵

Los entrevistados en esta investigación afirmaron que las funciones del clínico pediatra en el tercer nivel de complejidad incluyen el cuidado de pacientes complejos con enfermedades multisistémicas, la organización del cuidado de pacientes crónicos y la integración del cuidado provisto por múltiples especialistas, además de considerar que en la atención ambulatoria funciona como consultor tanto de especialistas como de pediatras de atención primaria.^{8,9} Gianantonio, en coincidencia con estas ideas, sostenía que el pediatra internista "es el pivote de convergencia conceptual y práctica de los múltiples especialistas que ejercen la medicina curativa; es el médico del paciente y su familia, que dirige y armoniza las tareas diagnósticas y terapéuticas y facilita el diálogo entre disciplinas".¹⁶ Entre las recomendaciones de un taller sobre el rol del "pediatra general consultor" el American Board of Pediatrics¹⁷ también afirma que el pediatra debe ser el organizador del cuidado del paciente con enfermedades crónicas.

En síntesis, en el ámbito de la alta complejidad, los clínicos pediatras, trabajando junto con los especialistas, ocupan el rol de coordinadores de la asistencia e integradores del conocimiento, pero no suelen desempeñar el rol del médico de cabecera. Las relaciones entre clínicos pediatras y especialistas expresan el conflicto de dos modelos de pensamiento y de acción diferentes, tanto en la medicina como en otros ámbitos de la ciencia y la cultura: la tendencia a la especialización y los intentos de integración del conocimiento.

A pesar de las ideas mencionadas, frecuentemente en la práctica de los centros del tercer nivel de complejidad, los especialistas ven a los pacientes en diferentes horarios, con escasa comunicación y, muchas veces, con conflictos entre ellos.⁸ En función de esto, los familiares suelen recibir diferentes mensajes sobre aspectos fragmentados, sin una interpretación abarcativa de la evolución y el pronóstico. En cam-

bio, los clínicos pediatras suelen tener una mirada panorámica del conjunto, un conocimiento del crecimiento y el desarrollo, así como del impacto emocional de la enfermedad en el niño y su familia y un acercamiento al paciente, por lo que cumplen la función de comunicar, coordinar y evaluar prioridades.¹⁸ Carapinheiro¹⁹ agrega que los especialistas muestran muchas veces poco interés en hacerse cargo del cuidado cotidiano de pacientes con problemas clínicos y sociales.

En los hospitales tradicionales, las incumbencias de cada especialidad rara vez son puestas en cuestión. Por el contrario, en una organización nueva como la que describimos en este trabajo, el ejercicio de los roles estuvo sujeto a diferentes interpretaciones y valoraciones y se mantuvo en constante negociación. En el Hospital Garrahan, todos los roles requirieron una redefinición, planteándose una tensión entre la necesidad de integración en el trabajo propuesta en la organización matricial y la conservación de las modalidades asistenciales previas. Esta situación presentó dificultades tanto para los clínicos pediatras como para los especialistas, pero estos últimos no sintieron tan cuestionada la valoración social y académica de su rol.

Los especialistas, que poseen el dominio de técnicas de diagnóstico complejas e invasivas, suelen conducir las instituciones de alta complejidad y descreer del juicio de los clínicos.⁸ A pesar de que, en el caso del Hospital Garrahan la conducción está a cargo de clínicos, de todos modos inicialmente se han valorado de manera diferente la práctica clínica y la especializada. Este conflicto entre especialistas y clínicos ya ha sido descrito en otros trabajos²⁰ que afirman que el reconocimiento a la tarea del clínico depende del tiempo que éste dedique a la asistencia, de su actitud y de su disponibilidad. En el Hospital Garrahan, la contratación de tiempo completo de los profesionales y la designación de los clínicos pediatras a cargo de las salas polivalentes, ayuda a que éstos últimos dediquen tiempos prolongados a la asistencia de los pacientes.

El modelo instalado en este hospital representó una experiencia inédita en la Argentina. La organización en salas polivalentes no es la primera en nuestro país ya que

hay otras experiencias, como la del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires y la del Servicio de Pediatría del Sanatorio Güemes, ambas instituciones privadas con menor número de camas y de especialistas que el caso estudiado. Estas características diferentes no permitieron realizar una comparación con el rol del clínico pediatra en otras instituciones.

La falta de experiencia local en el modelo y la imposibilidad de tener una conceptualización acabada de él, han sido seguramente causas coadyuvantes a la crisis vivida por el clínico pediatra con la apertura del hospital. La magnitud de la problemática, que involucra la interacción cotidiana de especialistas y clínicos pediatras en un modelo nuevo, indujo a la conducción del Hospital a incorporar desde la inauguración, a un equipo consultor en psicología institucional cuyo objetivo fue colaborar en la integración interdisciplinaria. El tema tratado es un campo de investigación e intervención no abordado anteriormente desde la psicología institucional y sólo tangencialmente desde otras ciencias sociales.

El trabajo de descubrimiento y construcción de este rol en la clínica interdisciplinaria ha sido muy esforzado. La escasa definición de los límites de su intervención, en el contexto de un conocimiento inabarcable, planteó a los clínicos pediatras dos desafíos: la tolerancia a la imprecisión de su rol y la incorporación de la idea del trabajo interdisciplinario como inseparable de la asistencia de pacientes complejos. Merece enfatizarse que en el presente trabajo, la alternativa de los pediatras de elegir una especialidad clínica fue elegida por muy pocos de ellos (apenas el 7,5%). La mayor parte de ellos afrontó la crisis intentando la construcción de un nuevo rol a partir de la experiencia, sin demasiadas guías ni programas explícitos.

Es frecuente que la participación de muchos especialistas en los hospitales de alta complejidad produzca una falta creciente de coordinación de la asistencia y una dilución de la responsabilidad de cada médico, dificultades que aumentan en relación con la mayor complejidad de los casos, con el mayor número de especialidades intervinientes y el mayor tamaño de la institución.^{18,21,22} Al respecto, Adler y Korsch⁸ afirman “cuando los problemas son de todos, no son de na-

die”. Los clínicos pediatras del Hospital Garrahan se encontraron ante condiciones como las mencionadas y con una estructura organizativa que les otorgó una alta responsabilidad en la concreción del objetivo de integración de la asistencia.

De las opiniones de los entrevistados y de la bibliografía sobre el tema se desprende que la incorporación del clínico pediatra a la asistencia de pacientes complejos aporta a la atención de una mirada más amplia sobre ellos y que se ha ido conformando un tipo de clínico pediatra que no es simplemente un “derivador” de pacientes, sino que participa cada vez más, de la reflexión general sobre el paciente, con opiniones propias de su nueva experiencia y del intercambio con especialistas.²³⁻²⁵

En función de los resultados de las entrevistas podemos afirmar que las nuevas prácticas de los clínicos pediatras los han perfilado como clínicos pediatras especializados en la clínica polivalente compleja o en clínicas especiales –hematológica, quirúrgica, hepatológica, neumonológica (roles que, en algunos casos, no existían anteriormente)– y en ambulatorio, en el seguimiento de pacientes crónicos, así como en la función de consultores de pacientes complejos.

Es importante resaltar que este “clínico especializado” realiza, en este Hospital, funciones diferentes a las de los especialistas clínicos (oncólogos, hepatólogos, cardiólogos, etc.), aunque existen funciones que ejercen indistintamente unos u otros. Estos dos roles se han constituido como tales en el seno de contextos institucionales con distintos ideales asistenciales. El especialista clínico se desarrolló en el contexto de una alta valoración del conocimiento especializado y se dedicó al estudio en profundidad de un aspecto de los pacientes y, en cambio, el clínico pediatra especializado en la alta complejidad en el que se centra esta investigación, surge como respuesta al ideal de mantener una visión integral del paciente, a pesar de que la complejidad de su patología requiera de la intervención de especialistas, médicos y de otras disciplinas, o justamente porque la intervención de muchos profesionales pone en riesgo un enfoque global.

Podemos concluir que los clínicos pediatras se ocupan ahora de aspectos de la asis-

tencia de la que venían ocupándose exclusivamente los especialistas y llenan una brecha no cubierta por otros profesionales en algunas patologías, desarrollando una experiencia y un saber particulares. Estos clínicos pueden mantener una comprensión abarcativa de los componentes biológicos, emocionales y sociales del cuidado de la salud y la enfermedad, además de una comunicación con los padres de los pacientes y con los otros médicos que participan de la asistencia. Las condiciones generales del pediatra, cualquiera sea su orientación, están bien definidas,²⁵ pero la experiencia del Hospital Garrahan ha contribuido a una mejor definición de un nuevo perfil en este hospital de alta complejidad con un rol integrador, que se forma y se define a partir de la experiencia y de las necesidades surgidas en la práctica hospitalaria actual.¹¹ El fenómeno es sólo una muestra más del carácter dinámico del ejercicio de la medicina que “ha vivido constantemente en crisis, ambigüedad, incertidumbre, conflicto y adaptación”. Es necesario seguir planteándose “los interrogantes que se han repetido por más de un siglo sobre su identidad y el rumbo de su práctica”.¹¹ ■

BIBLIOGRAFÍA

- Schejter V. Rol del médico pediatra y su relación con los especialistas. Especificidad de la mirada clínica. Claves en Psicoanálisis y Medicina 1999; IX (15/16): 86-95.
- Dal Bó A. Organización de los Servicios Médicos. En: O'Donell JC. Administración de Servicios de Salud. Tomo I. Buenos Aires: Ed Docencia, 1995: 225-238.
- Trentadue J. (Comentario): Lo que todo pediatra debe conocer acerca del trasplante de pulmón. de Faro A. Correo de la SAP 2001; 2: 24-25.
- Schejter V. La Psicología Institucional en las Organizaciones de Salud. En: O'Donell JC. Administración de Servicios de Salud. Buenos Aires: Ed Docencia, 1997: 301-308. [Tomo II].
- Maxwell JA. Qualitative research design. An interactive approach. Applied social research methods. London: Sage Publications, 1996: 41; 63-85.
- Saltalamacchia H. La historia de vida: Reflexiones a partir de la experiencia de una Investigación. Puerto Rico: Ed Cijup, 1992: 87.
- Huberman M, Miles M. Manejo de datos y métodos de análisis. En: Dezin NK, Lincoln YS. Handbook of Qualitative Research. California: Sage Publications, 1994.
- Adler R, Korsch B. American Academy of Pediatrics. Pediatric Generalists in an Academic Setting. Pediatrics 1985; 76 (2):307.
- Listernick R, Tanz RR, Davis AT. Carving a niche. The general academic paediatrician as consultant. Part I: The referring physicians and their patients. Philadelphia: J.B. Lippincott y Part II: Academic, financial and educational concerns. Clin Pediatr 1988; 27 (11): 519-523.
- St Geme JW Jr. American Academy of Pediatrics. In search of wonder and wisdom: Pediatrics in transition. Pediatrics 1985; 76 (2): 308-310.
- Espinosa Brito A. Medicina interna ¿Qué fuiste, qué eres, qué serás? Conferencia Inaugural VII Congreso de Medicina Interna, II Encuentro de Sociedades Iberoamericanas de Medicina Interna y III Seminario Internacional de Hipertensión Arterial. Cienfuegos, Cuba, Noviembre 1998.
- Salvatore A. La formación del Internista. Análisis y Propuestas. Revista Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata 1998; 1 (1): 37-43.
- Nadler H, Evans W (Editorial). The Future of Pediatrics. AJDC 1987; 141:21-27.
- Cleveland W, Brownlee R. American Board of Pediatrics. Future training of pediatricians: Summary report of a series of conferences sponsored by the American Board of Pediatrics. Pediatrics 1987; 80, (3): 451-457.
- Bourdieu P. Los usos sociales de la ciencia. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000: 11-37.
- Gianantonio, C. Comentarios sobre salud infantil y pediatría. Arch.argent.pediatr 1994; 92 (5): 257.
- Recommendations of the Workshop on the General Consultant Pediatrician. En: Cleveland W y Brownlee R. American Board of Pediatrics. Future training of pediatricians: Summary report of a series of conferences sponsored by the American Board of Pediatrics. Pediatrics 1987; 80 (3): 455.
- St Geme J. Summary of Remarks. En: Cleveland W, Brownlee R. American Board of Pediatrics. Future training of pediatricians: Summary report of a series of conferences sponsored by the American Board of Pediatrics. Pediatrics 1987; 80 (3): 453.
- Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto, Portugal: Edições Afrontamento, 1993: 216.
- Villamil F. Desarrollo de programas de trasplante hepático en Latinoamérica. 2003 [Comunicación personal].
- Malfé R. El espacio institucional. Revista Argentina de Psicología 1989; 39: 89-92.
- Palazzoli M. Al frente de la organización. Buenos Aires: Paidós, 1988: 66-93.
- Blanco O. Papel del pediatra. Arch.argent.pediatr 2003; 101 (2): 106-112.
- Dal Bó A. Comentarios a propósito de la organización asistencial del Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Medicina Infantil 2004; 11 (1): 1-3.
- Schejter V, Halac A, Fernandez Ruiz A, Grenoville M, Barrenechea M. La interdisciplina. Pensar y hacer juntos. Medicina Infantil 2004; 11 (1): 47-57.