

Retos de la Pediatría actual: Pediatría de Atención Primaria.

Juan Luis Pérez Navero

Presidente de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura

Jefe Servicio Pediatría, Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía

Profesor Titular de Pediatría. Universidad de Córdoba

El Real Decreto 137/1984 y la Ley General de Sanidad 14/1986 definieron las bases de la red actual de atención primaria, regulando el sistema de salud pública en España y el modelo sanitario en el cual el pediatra es la puerta de entrada al sistema de salud de la población infantil y responsable de su atención integral. La reforma de la atención primaria dio lugar a la transformación de los ambulatorios tradicionales en centros de salud, y al establecimiento de un marco de actuación caracterizado por el trabajo en equipos multidisciplinares, con referencia a una población concreta, el aumento del tiempo de atención y la integración de las actividades asistenciales con las de prevención, promoción de la salud y rehabilitación. La Pediatría de atención primaria proporciona una asistencia sanitaria próxima a los niños, adolescentes y sus familias, teniendo en cuenta las características de su entorno, partiendo de una visión global de la medicina en la que el objeto fundamental no es la enfermedad sino la población infantil en todas sus etapas. La universalidad, la gratuidad y la accesibilidad son características del sistema público de salud en atención primaria, junto a la continuidad de los cuidados lo que ha generado una mejora en la calidad asistencial y mayor satisfacción de los usuarios.

Aunque la descentralización del Sistema Nacional de Salud supuso muchas mejoras, actualmente existen importantes diferencias entre las comunidades autónomas como se observa al

analizar las nada homogéneas carteras de servicios, que afectan incluso a las actividades de prevención como es el calendario vacunal. El déficit de pediatras padecido en España no hace sino aumentar estas inequidades. En el conjunto de las comunidades autónomas de España, en torno al 33% de las plazas de pediatría están desempeñadas por profesionales sin formación específica en la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. La mortalidad infantil que es un parámetro de medida de resultados en salud, se encuentra actualmente en España entre los mejores de la Unión Europea. La misma tendencia se observa en la incidencia de enfermedades infecciosas inmunoprevenibles y en las coberturas vacunales. Es por tanto indiscutible la frase «los niños deben ser atendidos por el profesional que ha recibido la formación específica más adecuada».

El Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP y ap realizó una revisión sistemática para analizar qué ventajas aporta la asistencia sanitaria cuando es realizada por pediatras en el primer nivel asistencial. Dicho análisis pretendía responder a la pregunta «¿qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en atención primaria?». Los datos indicaron que los médicos de familia/generales prescribieron más antibióticos que los pediatras para las infecciones de vías respiratorias altas. Los pediatras tuvieron más probabilidades de adherirse a las recomendaciones de las guías

de práctica clínica sobre el tratamiento de la fiebre y del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, y una mayor capacidad de resolución para otras enfermedades de gran prevalencia durante la infancia y la adolescencia, como son el asma, la otitis media y gastroenteritis. La población infantil que fue atendida por pediatras presentaba porcentajes de vacunación superiores a los de los médicos de familia/ generales en todos los estudios que evaluaron estos resultados. Como recoge literalmente un documento reciente de la AEPap sobre el modelo de asistencia infantil “En el sistema sanitario británico la atención de los niños se realiza por médicos generalistas. Recientemente se han despertado las alarmas ante el incremento demostrado de muertes en niños por enfermedades evitables. Las tasas de mortalidad de infecciones como meningitis, neumonías y asma son más altas en Reino Unido que en Suecia, Italia, Alemania y Francia. Las tasas de supervivencia son más bajas en este país para algunos tipos de cáncer infantil y existe peor seguimiento de los niños con enfermedades crónicas. Hay muchos ingresos de niños asmáticos prevenibles y sólo el 3% de los niños asmáticos británicos disponen de planes escritos para prevenir y manejar las crisis de asma. Los niños representan el 25% del cupo de los médicos británicos, pero suponen el 40% de sus consultas, siendo más frecuentadores cuanto más pequeños; esta carga asistencial sería difícilmente asumible por los médicos de familia en el sistema español”. En un análisis realizado en el 2015 sobre los incidentes de seguridad pediátricos en centros de salud recogidos a nivel nacional en Reino Unido, se observa “la asociación de incidentes relacionados con la derivación, tratamiento y el diagnóstico con errores en los conocimientos y en la evaluación diagnóstica. Apuntan que el tratamiento de las enfermedades crónicas pediátricas como la epilepsia, el asma, y la diabetes requieren mejoras y que la mayoría (75%) de las hospitalizaciones por asma infantil se podrían prevenir con una mejor Atención Primaria. El diagnóstico y la evaluación de los niños gravemente enfermos

fueron identificados como áreas problemáticas. Existe evidencia de diferencias en el diagnóstico precoz de tumores renales entre los niños ingleses y alemanes por sus diferentes modelos de asistencia infantil en sus sistemas sanitarios. Los niños ingleses son atendidos por médicos de familia y los niños alemanes por pediatras”. En una publicación reciente en Lancet se indican “datos globales relativos a la mortalidad y salud a nivel mundial 1980-2015. El Reino Unido ocupa el 5º lugar entre los sistemas sanitarios del mundo (frente al 7º de España), sin embargo, la mortalidad en menores de 5 años es de 4,69 por 1.000 nacidos vivos (IC 95%: 4,34 a 5,10), significativamente mayor que la de España: 3,00 (IC 95%: 2,65 a 3,40) fallecimientos por 1.000 nacidos vivos”. Un trabajo italiano sobre el gasto durante tres años consecutivos en una población de 35.000 niños de 6 a 16 años, preconiza “un ahorro de 6,5 millones de euros si la atención se hubiera realizado por pediatras en vez de médicos generalistas. Analiza el gasto generado por ingresos hospitalarios, el gasto farmacéutico y el gasto por pruebas complementarias (analíticas y pruebas de imagen) realizadas”. La Academia Europea de Pediatría indica que “los niños tienen un derecho incuestionable a la salud, la seguridad y el bienestar. Cualquier restricción de la prestación de la atención apropiada sería contradecir el artículo 24 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del niño. La Atención Primaria pediátrica es una disciplina académica y científica responsable de todas las cuestiones que afectan a la salud y el bienestar de los lactantes, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta la edad adulta en el contexto de su familia y la comunidad. El pediatra de Atención Primaria sería el facultativo ideal pediatra, responsable de la provisión de atención integral y continua a lo largo de la infancia, niñez y adolescencia”. La Academia declara que la atención pediátrica en los ámbitos de Atención Primaria y hospitalaria, necesita conocimientos específicos para el tratamiento y prevención de enfermedades infantiles y adolescentes, de promoción de la salud y de bioética”.

En las últimas décadas se han producido cambios profundos en la sociedad española, tanto sociales, económicos como culturales, científicos y tecnológicos que han llevado a la población a percibir de forma diferente la manera de vivir y de enfermar, especialmente en la infancia. Esta situación plantea nuevas expectativas en salud y la demanda de nuevos servicios por parte de los ciudadanos, lo que condiciona una mayor complejidad en el primer nivel de atención pediátrica para poder satisfacer una atención sanitaria que ha de ser cada vez más efectiva y de calidad, y motiva nuevos retos para la organización del Sistema de Salud. Estos cambios también afectan a la morbilidad infantil y a las prioridades de atención en salud infanto-juvenil, planteando nuevos desafíos para la Pediatría. Por todo ello, es fundamental el pediatra de atención primaria, que es el profesional fundamental en este proceso de coordinación de recursos en salud infantil, tanto con los distintos niveles asistenciales sanitarios (atención primaria, urgencias, hospitalización, consultas externas de especialidades pediátricas) como con profesionales de ámbitos diferentes (psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta, centros de atención temprana, maestros y escuela, equipos de orientación psicopedagógica), entendiendo la necesidad de trabajar en un equipo interdisciplinario.

En España hay actualmente unos 11500 pediatras, de los cuales en torno al 65% corresponden a pediatras de atención primaria. En la actualidad, en nuestras CCAA, el pediatra de atención primaria es el primer contacto de los niños y adolescentes con el sistema sanitario, y además es un especialista altamente resolutivo que soluciona más del 90% de las demandas de salud de esta población, supervisa su crecimiento y desarrollo, y participa en todas las actividades de prevención, promoción y educación para la salud, dentro de los equipos de atención primaria junto a enfermeras y médicos de familia. Existe un déficit importante de pediatras de atención primaria que hay que resolver lo antes posible. Así, el número de plazas de Pediatría

de atención primaria en cada una de las provincias andaluzas a marzo 2018 eran: ALMERÍA 102; CÁDIZ 190; CÓRDOBA 96; GRANADA 125; HUELVA 59; JAÉN 88; MÁLAGA 197; SEVILLA 296. Sin embargo, la falta de Pediatras hace que lamentablemente el número de médicos de familia que realiza esa función es cada vez es más elevado: Almería: 59 (57%); Cádiz: 93 (48'95%); Córdoba: 23 (23,9%); Granada: 23(18,4%); Huelva: 32 (54'2%); Jaen: 28 (31'8%); Málaga: 14(7,1%); Sevilla: 65 (21,9%).

Defender el actual modelo de asistencia pediátrica en España, basado en la atención directa por pediatras en el primer nivel asistencial, debe ser un objetivo prioritario para la administración sanitaria pública. Para ello es imprescindible aumentar las plazas de formación MIR.

La nueva Pediatría supone un importante reto para el pediatra de atención primaria, tanto en su formación como en el desarrollo de su actividad asistencial colaborando con la Pediatría Hospitalaria y las Especialidades Pediátricas. De igual forma muchos de los problemas no pueden ser atendidos en la forma tradicional de una consulta, pues precisan tiempo, salir de los despachos y relacionarse con el entorno crítico de los niños (familia, escuela, asociaciones comunitarias), promover dispositivos de atención cercanos y tener una perspectiva intersectorial y global que integre las actuaciones sobre la salud con los sectores educativo y de servicios sociales, así como el uso de tecnologías de la información y comunicación en la atención a los niños y sus familias (teléfono, correo electrónico, Internet...).

Es imprescindible la estrecha colaboración de todas las sociedades científicas y las administraciones sanitarias para mejorar la atención primaria pediátrica en nuestro medio en aras de prestar la mejor atención asistencia a nuestros niños y adolescentes

Bibliografía

1.- Barómetro Sanitario 2017. Agencia de Calidad del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sani-

- taria. (Consultado el 06/06/2018.) Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2017/RESUMEN_EJECUTIVO_BS_2017.pdf
- 2.- Buñuel Álvarez JC, García Vera C. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en atención primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010; 12:s9-s72
 - 3.- Comisión Nacional de Pediatría, sus Áreas Específicas. Reconocimiento de centros de salud de atención primaria como unidades docentes asociadas para la formación MIR-pediatría. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003; 5:17-20.
 - 4.- Global, regional, national, and selected sub-national levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388:1725-74
 - 5.- Las familias como agentes clave de la intervención desde atención primaria Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia. Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad. SIAS 5. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007
 - 6.- Napoleone E. Primary Care Systems and Costs. Disponible en <http://docplayer.net/2547418-First-international-congress-on-pediatric-primary-care.html>
 - 7.- Orden SCO/3148/2006 de 20 de setiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de pediatría y sus áreas específicas. BOE n°. 246: 35657-66.
 - 8.- Pritchard-Jones K, Graf N, van Tinteren H, Craft A. Evidence for a delay in diagnosis of Wilms' tumour in the UK compared with Germany: implications for primary care for children. *Arch Dis Child*. 2016; 101: 417-20
 - 9.- Rees P, Edwards A, Panesar S, Powell C, Carter B, Williams H et al. Safety Incidents in the Primary Care Office Setting. *Pediatrics* 2015; 135:1027-35
 - 10.- Ruiz-Canela J, Martín P. Futuro de la pediatría de atención primaria desde la perspectiva de un pediatra de hoy. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004; 6: 187-197
 - 11.- Ruiz Canela J, Morell Bernabé J. Un modelo de atención infantojuvenil. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2009:181-182
 - 12.- Sánchez Pina C, Palomino Urda N, De Frutos Gallego F. "Puntos negros" de la asistencia a la población infanto-juvenil en atención primaria en España (primera parte). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13: 15-31
 - 13.- Stiris T, del Torso S, Mercier JC, Barak S, Wettergrem B, Ross-Russell R, Valiulis A, Hadjipanayis A. Improving paediatric care in the community. *European Academy of Paediatrics. Lancet*. 2015;385:1505
 - 14.- Tambe P, Sammons HM, Choonara I. Why do young children die in the UK? A comparison with Sweden. *Arch Dis Child* 2015; 0:1-4
 - 15.- Valdivia Jiménez C, Palomino Urda N. Es tiempo de reflexión. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008; 10: 11-15
 - 16.- Van Esso D, Del Torso S, Hadjipanayis A. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child*. 2010; 95: 791-795.
 - 17.- Wolfe I, Cass H, Thompson MJ, Craft A, Peile E, Wieggersma PA, Janson S, Chambers TL, McKee M. Improving child health services in the UK: insights from Europe and their implications for the NHS reforms. *BMJ* 2011; 342:d1277