

Entrega de la Medalla de Honor del XXIX Memorial

La atención primaria pediátrica: logros y desafíos

H. PANIAGUA REPETTO

Centro de Salud "Dávila". Santander

En primer lugar, quiero expresar mi sincero agradecimiento al Comité del Memorial "Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares" por haberme concedido esta distinción por la que me siento muy honrado. El protocolo de este acto indicaba que quien recibía la medalla debía glosar a sus maestros, a D. Guillermo los primeros años y posteriormente a D. Ernesto. Decía el Prof. Ardura en la inauguración del XXI Memorial del año 2008 que las glosas de los maestros habían evolucionado con naturalidad en función de los vínculos establecidos en vida por los ponentes. Pude conocer a D. Ernesto en los últimos años de su vida. Tiempo no suficiente como para poder añadir algo nuevo a todo lo bueno que sobre él han expresado sus discípulos en los diversos Memoriales celebrados hasta la fecha. Por ello, he creído oportuno hacer hoy algunas reflexiones sobre la atención primaria pediátrica, actividad que me ha ocupado desde mi llegada a Santander, hace 35 años, para trabajar en lo que en ese momento era un Ambulatorio de la Seguridad Social. En esta etapa se han producido importantes cambios que mejoraron ostensiblemente la atención primaria brindada a niños y adolescentes que es de justicia destacar, aunque también se debe reconocer que diversos aspectos de esta actividad pediátrica están aún pendientes de un completo desarrollo.

LA SALUD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ESPAÑOLES

El nivel de salud alcanzado por niños y adolescentes españoles se puede considerar muy alto y puede ser objetivado mediante la tasa de mortalidad infantil. Este valor es considerado un parámetro fiable, no solo de la salud en el primer año de la vida, sino también como referencia de los cuidados sanitarios recibidos durante el resto de la infancia y adolescencia y también indicaría la calidad de los servicios sanitarios en el conjunto de

la población. Esta tasa en España es desde hace años una de las más baja del mundo, 2,83% en el año 2015. Es consecuencia del ingente esfuerzo realizado por la sociedad mediante un progreso socioeconómico sostenido, junto a un histórico y extraordinario desarrollo de la pediatría hospitalaria y el más reciente aporte de la atención primaria pediátrica.

NUEVOS CONCEPTOS EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA

En la década de los 60 del siglo pasado, Haggerty en EEUU, propuso el concepto de "nueva morbilidad" en la atención pediátrica de niños y adolescentes. Indicaba que superados en gran parte los problemas acuciantes que había tenido que resolver la pediatría, consecuencia fundamentalmente de la prevalencia de las enfermedades infecciosas, el pediatra debía atender a otras cuestiones no adecuadamente resueltas hasta ese momento y entre ellas, las referidas al desarrollo, a los problemas de conducta y aprendizaje, adicciones, etc., que eran motivo de preocupación entre pacientes, familiares y educadores.

El Dr. Prandi, en España, acuñó en el año 1969 la denominación de "pediatría extrahospitalaria" para referirse a la pediatría ejercida fuera de los servicios o departamentos de los hospitales, incluyendo las consultas externas hospitalarias. Alentó a los pediatras en los años siguientes a adentrarse en el desafío que suponía la nueva manera de entender la pediatría extrahospitalaria, sugiriendo profundizar en estas cuestiones para intentar resolver los nuevos problemas que presentaba la atención pediátrica. Propició y fomentó, además la formación continuada y la investigación en pediatría extrahospitalaria.

En 1985 el Prof. Sánchez Villares afirmaba en su Editorial en el número 115 del Boletín de la SCCALP que "la asistencia a la infancia sufre notables modificaciones en el presente, que obligan a saber adaptarse a nuevas estructuras, pero salvaguardan-

do lo esencial y buscando incentivos que mantengan el espíritu crítico y el deseo de perfeccionamiento, a nivel hospitalario y extrahospitalario”.

El Prof. Peña Guitián, en la Conferencia de Clausura del XIV Memorial “Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares” celebrada en 2001, instaba a impulsar una nueva pediatría, realizada por un nuevo pediatra, acorde con las necesidades planteadas por la nueva morbilidad.

La Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León no fue ajena a los cambios que se proponían. Al asumir como Director del Boletín en 1985 el Prof. Blanco Quirós, se crearon secciones estables dentro del Sumario de la revista incluyendo una dedicada a Pediatría Extrahospitalaria. La Sociedad dedicó su Boletín Nº 115 de ese año en forma monográfica a la pediatría extrahospitalaria, repitiendo periódicamente publicaciones con temas relacionados con estas actividades pediátricas. En la Asamblea General Extraordinaria del 27 de abril de 1987, al modificar la estructura de su Junta Directiva, la Sociedad incluyó la figura del Vocal de Pediatría Extrahospitalaria.

LA ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA EN ESPAÑA

En el año 1966 se reguló en España la “Asistencia pediátrica pública ambulatoria”, mediante la cual se atendía a los niños hasta los 7 años en los ambulatorios urbanos de la Seguridad Social, realizándose una labor fundamentalmente asistencial en dos horas de consulta. Se extendía así la antigua atención parcial que brindaba el Seguro Obligatorio de Enfermedad a través del “Pediatra-puericultor de zona”. Paralelamente existían los “Pediatras puericultores del Estado” que tenían competencias en salud escolar, guarderías, vacunaciones, etc., intentando en la medida de sus posibilidades, desarrollar funciones de salud pública.

El cambio hacia la actual atención primaria se realiza a partir del Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud y la promulgación de la “Ley general de Sanidad” de 1986. Se crearon los Centros de Salud, que paulatinamente fueron sustituyendo a los antiguos Ambulatorios, con el nuevo modelo de atención primaria y se definieron las competencias del equipo formado por el pediatra y la enfermera pediátrica. En estos Centros se continuó atendiendo a los niños hasta los 7 años pero desde una perspectiva preventiva, además de la asistencial, con un enfoque biopsicosocial y en un marco de trabajo multidisciplinar, a tiempo completo y generalizándose el uso de la historia clínica. Esta atención fue iniciada, por una parte, por aquellos pediatras de los antiguos Ambulatorios que decidieron integrarse en la nueva manera de atención infantil y, por otra, por la mayoría de los nuevos pediatras que, finalizada su formación MIR, no tenían cabida en la atención hospitalaria y con mayor o menor entusiasmo, debieron adaptarse a una atención pediátrica de la infancia para la que no habían sido formados específicamente.

Ocho años después, en 1993, por fin se extendió la atención pediátrica hasta los 14 años que se mantiene en la actualidad en todo el territorio español, a excepción de Cantabria donde la edad pediátrica finaliza a los 16 años desde el año 2005.

Pediatría primaria: treinta años después

En el año 1991 el Prof. Haggerty pronunció la conferencia de clausura de la “V Reunión anual de la Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P.” que se celebró en Santander. Habían transcurrido 30 años desde que propusiera una atención pediátrica diferente. Reconocía en ese momento que los avances en ese campo no habían sido los esperados y que no se habían entendido las múltiples causas de la “nueva morbilidad” y no se las había tratado de forma global.

A fecha de hoy han transcurrido en España treinta años desde que se iniciara la transformación de la atención primaria pediátrica y podemos afirmar que los logros son evidentes debiendo reconocer al mismo tiempo que aún quedan importantes desafíos pendientes. En este tiempo se ha producido un cambio progresivo y constante en la atención ofrecida a niños y adolescentes atendiendo, además del enfermo agudo, a diversa patología crónica previamente atendida en el hospital, con un enfoque que pretende integrar lo biológico con lo psicológico y lo social. Todo ello complementado con actividades preventivas y de fomento de hábitos saludables de vida, realizados fundamentalmente a través de los programas de salud. Así, de manera sistematizada, se valora el crecimiento y desarrollo psicomotor en la primera infancia continuando con el seguimiento de los pacientes hasta la adolescencia. El contacto periódico con los menores permite detectar grupos o situaciones de riesgo potenciando además la educación para la salud, además de posibilitar la detección precoz de diversas patologías.

Merece ser destacada la cobertura vacunal conseguida en España en la infancia, con porcentajes superiores al 96% en las vacunas administradas durante el primer año de vida, valores que se mantienen por encima del 90% a los 6 años. En edades posteriores la cobertura es inferior, vacunándose frente al virus papiloma humano el 73,1% de las mujeres y al finalizar el calendario vacunal, a los 14-16 años, han recibido la dosis de refuerzo frente a tétanos y difteria el 80% de los adolescentes.

INVESTIGACIÓN

La investigación pediátrica ha sido relacionada tradicionalmente con el ámbito hospitalario. Sin embargo, es una de las actividades principales de la atención primaria junto con la asistencial y docente. Pese a ello, su aporte investigador no ha estado acorde con sus posibilidades aunque en los últimos años se puede observar una mayor presencia en publicaciones científicas.

El número de niños y adolescentes que acuden a un Centro de Salud, la variedad y prevalencia de la patología y la posibi-

lidad de seguimientos longitudinales de la población deberían hacer atractiva esta actividad. Es evidente que la carga asistencial es elevada y el apoyo institucional es escaso o nulo pero desde el punto de vista personal es gratificante dedicar tiempo y esfuerzo a la investigación. La posibilidad de realizar estudios multicéntricos puede aportar evidencias que sin duda ayudarán en la práctica clínica diaria.

Las instituciones oficiales y científicas pueden jugar un importante papel facilitando y/o potenciando la investigación en primaria. Merece destacar el aporte de La Fundación "Ernesto Sánchez Villares", que ha dedicado desde su constitución en 1998 el 25% de sus Becas de Ayuda a la Investigación a proyectos presentados por pediatras no hospitalarios.

DOCENCIA

Mediante la orden ministerial del 20 de septiembre de 2006 se aprobó el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. Habían pasado 20 años desde la incorporación progresiva de los pediatras formados a través del sistema MIR a los Centros de Salud cuando por fin se reglamentó la rotación obligatoria de tres meses de duración por Atención Primaria en centros acreditados para tal fin. Los nuevos pediatras que mayoritariamente desarrollarán sus actividades profesionales en primaria deberían contar con un sistema de rotación por los Centros de Salud más amplio, durante su último año de residencia, que les permitiera incorporarse a sus nuevas responsabilidades con la mejor formación posible.

LA COORDINACIÓN CON LA PEDIATRÍA HOSPITALARIA

La legislación que en 1984 comenzó a regular las reformas asistenciales esbozaba la realización de los dos niveles de asistencia e indicaba la necesidad de una coordinación con el segundo nivel de atención. En 1986 la Ley General de Sanidad disponía establecer medidas que garantizaran adecuadamente la coordinación de la atención primaria con la hospitalaria.

El marco inicial, en principio adecuado, no fue desarrollado para lograr dicha coordinación. Las sociedades científicas la fueron demandando a los largo de muchos años y lo conseguido fue producto de actuaciones puntuales y situaciones donde las relaciones personales favorecieron su desarrollo. El hecho de que la gran mayoría de pediatras de primaria provengan de la formación vía MIR ha favorecido la relación con la atención hospitalaria.

Es necesario ahondar en una relación fluida entre los dos niveles de atención de una única pediatría, mediante protocolos y guías de prácticas clínicas de actuación y de derivación desarrollados conjuntamente, además de la realización de sesiones que sirvan para poner en común situaciones clínicas a compartir en lo referente a patología urgente, aguda y crónica.

Es necesario que se desarrolle, donde no exista, la figura del coordinador de primaria con la pediatría hospitalaria. Servirá de nexo entre los dos niveles y motivará la implementación de actividades para una adecuada relación que redundará en la calidad asistencial ofrecida a niños adolescentes.

Más dificultosa ha sido, y continúa así, la relación con las especialidades no pediátricas, otorrinolaringología, oftalmología, dermatología, etc. Será fundamental la figura del coordinador, apoyado por los gestores, para revertir esta situación.

Las nuevas tecnologías facilitan la intercomunicación entre el hospital y atención primaria y se ha avanzado mucho en los últimos años, pero deberían desarrollarse medidas que permitan llegar a un intercambio fluido, bidireccional y completo de la información.

FINALIZACIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA

La pediatría, rama de la medicina que atiende al niño y al adolescente hasta finalizar su desarrollo, no ha extendido aún su labor hasta estas edades. Cuando en el año 2005 logramos que en Cantabria se pudiera continuar voluntariamente con esta atención, la respuesta por parte de las familias y los adolescentes fue de una aceptación prácticamente total. Los pediatras, vencidas las naturales reticencias iniciales, también aceptaron de buen grado prolongar su trabajo en la adolescencia, cosa que ocurre actualmente, con un gran nivel de aceptación por parte de pacientes y profesionales.

GASTOS SANITARIOS

La atención primaria en España se realiza con una dotación presupuestaria muy limitada y dista mucho de las previsiones que se hicieron al iniciarse la reforma sanitaria. La inversión en medicina hospitalaria fue acorde con el desarrollo económico español y, sin embargo, en atención primaria no ha aumentado al mismo ritmo y se encuentra en niveles muy por debajo de los esperados en relación a la renta per cápita española y la media europea de inversiones en este rubro. Los últimos datos disponibles muestran que en el periodo 2010-14 la inversión en atención hospitalaria y especializada aumentó el 5,3% y en atención primaria disminuyó el 0,7%

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN LA EDAD ADULTA

Paralelamente a la asistencia sanitaria que disfrutaban los menores en España, de calidad reconocida, existe lo que probablemente sea el mayor desafío al que deberá enfrentarse el pediatra en el siglo XXI. Este será lograr que la mayoría de sus pacientes lleguen a la juventud con hábitos de vida

saludables y evitando practicar conductas de riesgo desde la adolescencia.

Muchos niños, alimentados correctamente durante los primeros años de vida, a lo largo de la infancia y adolescencia van modificando sus hábitos de alimentación y llevan además una vida sedentaria. Estos hábitos de vida no saludable trasladarán a las edades medias de la vida un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, tumorales y metabólicas, provocando un incremento de la morbi-mortalidad en estas edades.

Las conductas de riesgo que comienzan a aparecer al inicio de la adolescencia pondrán en riesgo la salud y la vida ya en edades tempranas de la vida. Entre ellas destacan la experimentación y el inicio en el consumo regular de tabaco, alcohol y sustancias ilegales y las conductas sexuales de riesgo.

El trabajo diario en la consulta es importante pero no suficiente para evitar estos riesgos ciertos en el futuro de niños y adolescentes. El pediatra puede jugar un importante papel como motivador en las familias, el mundo educativo y la sociedad para intentar actuaciones individuales y colectivas que permitan reducir los hábitos de vida no saludables y las conductas de riesgo en la infancia y adolescencia. De persistir estos, continuarán condicionando negativamente el futuro de una parte importante de la presente generación de niños y adolescentes, además de poner en riesgo seriamente la viabilidad del actual sistema sanitario.

EL FUTURO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA

El trabajo de Katz en 2002 y otros posteriores demostraron con claridad las evidentes ventajas que ofrecía para la salud infantil la atención realizada por pediatras frente a la de los médicos generalistas. En las poblaciones atendidas por pediatras se observa la realización de más actividades preventivas y una mejor cobertura vacunal, además de una inferior tasa de mortalidad infantil. También se encontraron diferencias a favor de la atención primaria pediátrica en diferentes aspectos de la práctica clínica, como el uso de antibióticos, la utilización de pruebas complementarias y en el manejo de patologías y psicopatologías.

Desde la implantación del modelo pediátrico actual se cuestionó su existencia desde determinados sectores médicos. En estos momentos puede afirmarse que es un modelo consolidado y con total aceptación por la sociedad en general y por parte de las familias y los pacientes en particular.

Según los últimos datos disponibles, en el año 2014 existían 6400 plazas de pediatría primaria en España. En el territorio SCCALP eran 491, con un ratio de tarjetas sanitarias asignadas por consulta de 840 en Asturias, 915 en Castilla y León y 1021 en Cantabria. En estas tres Comunidades el número de plazas que

no son ocupadas por pediatras es menor al 10% pero en otras regiones, Madrid, Baleares, Canarias y Valencia oscila entre el 30 y 50%. La falta de pediatras, denunciada desde hace muchos años por las sociedades científicas, puede poner en riesgo esta atención en la infancia y la adolescencia. El aumento de las plazas MIR ofertadas de pediatría a partir del año 2005, no ha sido suficiente para cubrir las necesidades de la atención primaria; y según proyecciones oficiales que llegan al año 2025, continuará un déficit moderado de pediatras consecuencia del crecimiento demográfico infantil y de la imposibilidad de sustituir a todos los profesionales que finalicen su vida laboral.

La atención primaria pediátrica ha demostrado su valía en los últimos treinta años transformando la manera de atender a niños y adolescentes. Quedan desafíos importantes que necesitan un mayor desarrollo, como la investigación, la docencia, la coordinación con el segundo nivel asistencial y lograr que la mayoría de los menores dejen las edades pediátricas con hábitos de vida saludables. El número de plazas MIR ofertadas deben ser incrementadas de acuerdo a las necesidades futuras de la atención primaria y las dotaciones presupuestarias dedicadas a esta atención pediátrica deben ser aumentadas.

Las sociedades científicas deberán continuar jugando un importante papel frente a las autoridades sanitarias defendiendo la atención primaria pediátrica hasta el final de la adolescencia y promoviendo su desarrollo para que prevalezca este modelo de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estadística del gasto sanitario público 2014: principales resultados. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Mayo 2016. Gobierno de España. Disponible en: www.mnsssi.gob.es
2. Haggerty RJ. De la pediatría ambulatoria a la pediatría global. *An Esp Ped.* 1991; 35(S45): 173-82.
3. Instituto Nacional de Estadística, Tasa de mortalidad infantil 2015. Disponible en: www.ine.es.
4. Martínez Suárez V. El futuro de pediatría en España en el siglo XXI. *Pediatr Integral.* 2015; XIX: 9-12
5. Marugán de Miguelsanz JM, Alberola López S. Historia del Boletín de Pediatría. *Bol Pediatr.* 1998; 38: 52-8.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015. Disponible en: www.mnsssi.gob.es.
7. Prandi Farrás F. La investigación en Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Bol Pediatr.* 2000; 50: 23-9.
8. Pueyo MJ, Baranda L, Valderas J, Starfield B et al. Papel del pediatra de atención primaria y coordinación con atención especializada. *An Pediatr.* 2011; 75: 247-52.
9. Silva Rico JC. La investigación en atención primaria. *Pediatr Integral.* 2015; XIX: 449-50.