



## POSICIONAMIENTO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA DE AP SOBRE EL MODELO DE ASISTENCIA INFANTIL

Desde la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) estamos orgullosos de nuestro sistema de atención primaria (AP) con médicos especialistas en Pediatría como puerta de entrada para la atención de niños de 0 a 14 años en el sistema público de salud. Nuestra cuidada atención infantil es envidiada en algunos países de nuestro entorno, donde la primera atención a los niños no se realiza por pediatras.

El Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud y la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad son el marco legislativo de la AP española. En ellos se define la incorporación del pediatra a los centros de salud como puerta de entrada al sistema sanitario público para dar atención integral al niño desde el nacimiento hasta la adolescencia (14 años). La ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE 29/05/2003 en su artículo 12, enumera las prestaciones de la AP citando de forma independiente las atenciones y servicios específicos relativos a la infancia y a la adolescencia.

Se cumplen ahora más de 30 años de la reforma sanitaria realizada en la transición democrática y queremos hacer constar datos recientes publicados sobre la situación de la atención a los niños en algunos países de Europa con otros modelos de asistencia a niños y adolescentes. La AP pediátrica no sigue un patrón uniforme en los diferentes países desarrollados. Aunque en la mayoría de países de Europa la atención pública es mixta (médico de familia/pediatra) o es principalmente llevada a cabo por el pediatra,<sup>1,2</sup> los países con modelo de AP infantil no impartida por pediatras han aumentado en el tiempo. En el 51,7% de los países europeos la edad pediátrica se define como de 0 a 18 años en el primer nivel en asistencial (0 a 14 en nuestra AP).

Sabemos que el modelo actual español<sup>3-5</sup> está amenazado. En nuestro país hay escasez de pediatras para cubrir las 6.400 plazas creadas en los centros de salud de titularidad pública o concertada. Aproximadamente el 30% están actualmente cubiertas por médicos no pediatras. Ante estos datos, mantener el modelo de asistencia pediátrica, basado en la atención directa por pediatras en el primer nivel asistencial, debe ser un objetivo prioritario para la administración sanitaria<sup>6</sup>.

## Estudio de los diferentes modelos de atención pediátrica

### Sistema británico

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<sup>7</sup>. 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.

Otro reciente estudio<sup>8</sup> compara las tasas de mortalidad infantil entre Suecia y Reino Unido encontrando tasas más altas de mortalidad por neumonía, infecciones respiratorias, meningitis, septicemia en recién nacidos, lactantes y niños pequeños en Reino Unido. El mismo estudio se pregunta cómo puede mejorarse la asistencia infantil en Reino Unido, donde mueren niños por no recibir tratamientos adecuados a tiempo.

El primer análisis sobre los incidentes de seguridad pediátricos en centros de salud recogidos a nivel nacional en Reino Unido<sup>9</sup>, se ha realizado en 2015. En él 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 tales 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 AP. 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<sup>10</sup>. Hay más niños

alemanes diagnosticados en el estadio inicial, sin síntomas tumorales evidentes, lo que conlleva un mejor pronóstico del cáncer.

La revista Lancet acaba de publicar (8 de octubre de 2016<sup>25</sup>) datos globales relativos a la mortalidad y salud a nivel mundial 1980-2015. Llama la atención que ocupando Reino Unido el 5º lugar entre los sistemas sanitarios del mundo (frente al 7º de España), 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, y que ésta tasa, entre 1990 y 2015 se haya reducido en Reino Unido en -2,83 por 1.000 (IC 95%: -3,16 a -2,48) y en España en -4,58 por 1.000 (IC 95%: -5,07 a -4,06).

## Revisión sistemática española

Una revisión sistemática llevada a cabo por investigadores españoles, demuestra que, en países desarrollados, la atención infantil y adolescente en manos de pediatras presenta un mejor cumplimiento de los programas de vacunación y de las recomendaciones de las guías de práctica clínica de enfermedades de elevada incidencia y prevalencia, en comparación con los médicos de familia o médicos generales<sup>11</sup>. Los pediatras prescriben menos antibióticos, generando menos resistencias a antimicrobianos y ahorrando en medicamentos. El uso adecuado por los pediatras de fármacos, calendarios vacunales y la disminución de derivaciones al hospital son de una gran importancia para las familias y gestores y pueden tener enormes repercusiones sanitarias y no sanitarias.

## Estudio italiano

Un estudio italiano inconcluso realizado sobre gasto incurrido 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<sup>12</sup>. Ese mismo estudio compara la satisfacción de los padres con los pediatras y los médicos de familia y afirma que los padres prefieren de forma abrumadora a los pediatras. Concluye diciendo que los gobernantes no pueden negar este derecho básico fundamental a la asistencia infantil por los profesionales adecuados<sup>13</sup>.

## Declaración de la Academia Europea de Pediatría

La Academia Europea de Pediatría hizo una declaración pública en forma de publicación en Lancet en abril de 2015<sup>14</sup>. Recuerda 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 AP pediátrica es una disciplina académica y científica frente a 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, la comunidad y la cultura. El médico clínico de AP ideal sería un 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 dos ámbitos, AP y hospitalaria, necesita conocimientos específicos en prevención de enfermedades infantiles y adolescentes, de promoción de la salud y de bioética. Además, es necesario un comportamiento empático con los niños y las familias. Estos aspectos son obligatorios para todos los pediatras en formación, en especial para la prestación de servicios a pacientes ambulatorios en la comunidad.

## Discusión y conclusiones

Los padres buscan los mejores profesionales para atender a sus hijos. Si no los encuentran en el sistema público de salud, solo las familias que puedan permitírselo buscarán especialistas en Pediatría fuera del sistema, hecho que generará inequidades en salud infantil.

Es conocido que los niños que viven en la pobreza y los de poblaciones vulnerables presentan peores resultados de salud y riesgos más elevados de mortalidad y morbilidad infantil. Bárbara Starfield centró su interés en el concepto del gradiente social de la salud; esto es, cuanto mayor es la desventaja social, peor es la salud<sup>15</sup>. Prescindir de la atención cualificada que prestan los pediatras a los niños desfavorecidos, incrementaría más la brecha de las desigualdades.

Oímos voces de políticos y gestores amenazando con quitar la figura del pediatra en los centros de salud ante la dificultad de cubrir las plazas. Esta podría ser otra forma más de favorecer la privatización encubierta.

Ya hemos expuesto como el sistema británico<sup>7-10</sup> nos enseña la problemática generada por una sanidad pública sin pediatras. Es un modelo que por historia presume de la AP, creemos que sólo relativo a adultos ya que, en relación a los niños, comparativamente ofrece mayores tasas de mortalidad infantil por septicemia, meningitis, neumonía, asma, infecciones respiratorias, todas ellas prevenibles con un correcto diagnóstico y tratamiento precoz. Está documentado hasta un 75% más de ingresos por asma infantil que podrían prevenirse. Ofrece peor supervisión y control de niños con enfermedades crónicas como asma, epilepsia, diabetes. Se comprueba un mayor riesgo de retraso en el diagnóstico de diversos tipos de cáncer en niños.

Los políticos y gestores nacionales y autonómicos responsables del buen funcionamiento del sistema público de salud suelen tener intereses a corto plazo. Para paliar el déficit de pediatras en AP proponen medidas organizativas sencillas, no adecuadas para las familias, como bajar la edad de permanencia en los cupos de los pediatras desde los 14 años a los 7 años de edad o la creación de la figura del pediatra consultor.

Bajar la edad de permanencia en Pediatría hasta los 7 años no soluciona el problema, ya que la frecuentación infantil es inversamente proporcional a la edad. Las consultas de Pediatría se nutren principalmente de lactantes y niños menores de 3 años. El déficit de pediatras y la carga asistencial para atender a estos niños sería el mismo. Además, actualmente ya es posible que los niños de 7 a 14 años sean atendidos por médicos de familia o por pediatras en AP, pero la realidad es apabullante y es excepcional que los padres elijan a estas edades a un profesional no pediatra.

La figura del pediatra consultor no está legislada, no figura en la ley general de sanidad ni en la ley de estructuras básicas de salud. La entrada al sistema sería entonces a través de un médico no especializado en niños, de manera similar al modelo británico (y, por tanto, con las deficiencias ya denunciadas). En nuestro país ya existen estos pediatras consultores de las múltiples subespecialidades pediátricas y están en los hospitales. Esta nueva figura podría fracasar igual que ya ha fracasado la figura del pediatra de área<sup>16</sup> en las diversas autonomías donde se ha instaurado. También han fracasado ya otras figuras asistenciales intermedias entre el pediatra del hospital y el pediatra de primaria del servicio vasco de salud<sup>17</sup> y de la comunidad de Madrid.

La escasez de pediatras en los centros de salud es un problema que obedece a varias causas. La insuficiente oferta de plazas de Pediatría vía MIR<sup>3,18</sup>, la escasa formación en Pediatría de AP de la mayoría de los residentes<sup>19</sup> con rotaciones en los centros de salud cortas, de uno a tres meses que no siempre se realizan<sup>20</sup>, la necesidad de cubrir plantillas de hospitales de reciente creación, la permanencia de los pediatras recién formados con becas en sus servicios hospitalarios de origen para hacer guardias...

Las plazas de los centros de salud son en algunas ocasiones, poco atractivas para los pediatras recién formados, En algunas comunidades muy pobladas como Madrid y Cataluña con un porcentaje muy elevado de plazas en horario de tarde es mucho más difícil la conciliación con la vida familiar, también los cupos desmesurados, la accesibilidad ilimitada y el escaso acceso a formación frenan el interés de los profesionales por cubrirlos. En algunas autonomías influyentes como Andalucía y Madrid se ha potenciado la figura de la enfermería de familia y comunitaria en contra de la enfermera de pediatría, dejando a los pediatras solos, sin posibilidad de trabajar en equipo, frente a la creciente demanda asistencial<sup>21-23</sup>. Desde la AEPap defendemos la adecuación demostrada por el binomio pediatra/enfermería de pediatría en la atención al niño en el primer nivel asistencial. Al igual que defendemos al profesional de pediatría en la AP pediátrica, defendemos que el personal de enfermería que atiende a los niños en este nivel tenga dedicación exclusiva a la Pediatría trabajando al unísono con el pediatra.

Los pediatras, profesionales médicos polivalentes, pueden elegir por ahora destino en las grandes ciudades con más oferta laboral. Prefieren, en algunas circunstancias, contratos temporales en hospitales privados con guardias, contratos exclusivamente de guardias o trabajar en consultorios privados, con horarios más atractivos y mejor renumerados.

Llevamos años proponiendo diversas medidas desde la AEPap, colaborando en la elaboración de los variados planes asistenciales autonómicos para paliar el déficit de pediatras, planes que, en contadas ocasiones se pusieron parcialmente en marcha.

La AEPap para mejorar la formación en AP de los residentes de Pediatría, ha liderado en la Confederación Europea de pediatras de AP (ECPCP), que reúne a más de 20.000 pediatras de primaria, la creación del plan de estudios específico. Se ha publicado en 2014 como el primer currículum europeo de Pediatría de AP, y se está desarrollando en este momento el modelo *Entrustable Professional Activities* (EPAs). Este currículum ha sido adoptado

por el *Global Pediatric Educational Consortium* (GPEC), organismo mundial responsable de la formación en Pediatría que lo está extendiendo también por países de Hispanoamérica y propone un diseño curricular planteado para conseguir la excelencia en la formación de Pediatría de AP, desde el convencimiento que es el pediatra el profesional que debe ejercerla.

La AEPap ha elaborado y participa en la fase piloto del proyecto europeo COSI, liderado por pediatras de AP de Alemania y de España sobre indicadores de salud en la población infantil, para poder medir, comparar y mejorar de manera más precisa entre los centros de salud europeos, la calidad de la atención que reciben los niños. Como resultado del proyecto se obtendrán indicadores estandarizados, que permitirán poder comparar las principales variables resultado entre los diferentes modelos de AP pediátrica.

En base a todo lo expuesto previamente, y como alternativa a quienes cuestionan el modelo actual de atención pediátrica, las siguientes serían algunas de nuestras principales propuestas organizativas:

- 1- Cada niño debe tener un pediatra de AP y una enfermera trabajando en equipo, juntos, puerta con puerta, en su centro de salud. Debe respetarse en todas las autonomías el “equipo de asistencia infantil”.
- 2- Incrementar de forma inmediata el número de plazas MIR de Pediatría, hasta alcanzar las necesidades que el modelo de atención infantil español requiere, de manera que todos y cada uno de los niños de 0 a 14 años tengan realmente un pediatra asignado. Asimismo, instar a las CC. AA. a que convoquen de forma regular oposiciones y traslados a plazas de Pediatría de AP (periodicidad idealmente anual, pero nunca superior a 2 años)
- 3- Aumentar la rotación de los residentes de Pediatría por AP y la formación de los pediatras en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en los niños.
- 4- Incrementar la presencia de los pediatras de primaria como profesores asociados en la universidad.
- 5- Cambiar la formación actual de la Comisión Nacional de la Especialidad donde solo uno de los once miembros representa a la Pediatría de AP.
- 6- Aumentar la presencia de pediatras en los puestos técnicos o gestores de las consejerías y gerencias de AP. Hay en nuestro país un pediatra por cada cuatro médicos de familia contratados en el primer nivel asistencial, a pesar de lo cual nuestra representatividad es casi inexistente en el organigrama de las administraciones sanitarias. La figura del coordinador de Pediatría de áreas o distritos sanitarios locales, implementada en las

CC. AA. de Murcia y de Madrid, funciona ya de forma adecuada y deberían potenciarse.

- 7- Mejorar las condiciones laborales para los profesionales sanitarios de los centros de salud<sup>24</sup> haciéndolas compatibles con la familia.
- 8- Como la mayoría de las inequidades en el acceso a recibir cuidados por pediatra ocurren en zonas más deprimidas o conflictivas, así como en las áreas rurales, sugerimos ofertar esas plazas con alguna ventaja profesional (sea económica o curricular).
- 9- Que se perfilen las plazas de enfermería de Pediatría de AP, de atención exclusiva o preferente a los niños, y a las que accedan de forma priorizada personal de enfermería especialistas en Pediatría.
- 10- Priorizar la subespecialidad de Pediatría en AP, puesto que es donde ejercen la mayoría de los pediatras del país.

Ofrecemos desde nuestras 17 [asociaciones federadas](#) presentes en cada autonomía, nuestros 14 [grupos de trabajo](#), y nuestra organización nacional ([www.aepap.org](http://www.aepap.org)) nuestra colaboración a las autoridades sanitarias locales y nacionales para seguir buscando medios con los que optimizar la asistencia sanitaria primaria infantil y del adolescente de nuestro país.

Día de la Pediatría, 5 de octubre de 2016

#### Referencias bibliográficas:

1. Van Esso D, del Torso S, Hadjipanayis A, Biver A, Jaeger-Roman E, Wettergren B, et al; Primary-Secondary Working Group (PSWG) of European Academy of Paediatrics (EAP). Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child*. 2010;95:791-5.
2. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JHH. Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training *Pediatrics* 2002;109:788-796.
3. Ruiz-Canela Cáceres J, Malmierca Sánchez F. Necesidades de pediatras de AP. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 Supl 1:S 145-155.
4. Ruiz Canela J, Morell Bernabé JJ. Editorial: un modelo de atención infanto-juvenil. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2009;2(4):181-2.
5. Ruiz-Canela Cáceres J. El modelo de Pediatría de AP. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12 (Supl 19):s129-s138.
6. Domínguez Aurrecoechea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de AP en el sistema público de salud del siglo xxi. *Informe SESPAS Gac Sanit*. 2012;26(S):82-87
7. Wolfe I, Cass H, Thompson MJ, Craft A et al. Improving child health services in the UK: insights from Europe and their implications for the NHS reforms. *BMJ* 2011;342:d1277
8. 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. doi:10.1136/archdischild-2014-308059
9. Rees P, Edwards A, Panesar S, Powell C et al. Safety Incidents in the Primary Care Office Setting. *Pediatrics* 2015;135(6):1027-35
10. Pritchard-Jones K, Graf N, van Tinteren H, et al. Evidence for a delay in diagnosis of Wilms' tumour in the UK compared with Germany: implications for primary care for children. *Arch Dis Child*-2015-309212
11. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en AP en países desarrollados? Revisión sistemática *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12:(Supl 18): s9-s72
12. Napoleone E. Primary Care Systems and Costs. [Consultado el 10/07/2016] disponible en <http://docplayer.net/2547418-First-international-congress-on-pediatric-primary-care.html>
13. Del Torso S *BMJ Re: Back to red: allowing specialists to provide primary care would be a step backward for Poland* 2014

14. 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 Apr 18;385(9977):1505. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60745-0.
15. Rajmil L. Enseñanzas de Barbara Starfield. An Pediatr 2011;75:229-31
16. Gorrotchategi Gorrotchategi, P. Marco legal de la pediatría de AP y sus consecuencias para la atención infantil. Form Act Pediatr Aten Prim 2015;8(3):107.
17. Gorrotxategi Gorrotxategi, P. Influencia de las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas del País Vasco en la posible desaparición de la Pediatría de AP. Bol S Vasco-Nav Pediatr.2014,46:33-37.
18. Reflexiones y propuestas de la Asociación Española de Atención Primaria ante la convocatoria MIR. Grupo Docencia AEPap 2014. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/mir\\_ped\\_aepap.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/mir_ped_aepap.pdf)
19. García-Puga JM, Villazán-Pérez C, Domínguez-Aurrecochea B, Ugarte-Líbano R, Grupo Docencia MIRAEPap. ¿Qué opinan pediatras y residentes de pediatría sobre la rotación por AP? An Pediatr (Barc). 2009;70:460-6.
20. Hernández Delgado M J, Sánchez Pina C, Hernando Helguero P, Lorente Miñarro M, Carrasco Sanz A, Rodríguez Delgado J et al. La formación de los residentes de Pediatría a debate: resultados de la encuesta realizada a pediatras colaboradores docentes en la Comunidad de Madrid. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 Sep [citado 2016 Jul 25];14(55): e13-e18. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322012004400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012004400004&lng=es)
21. Sánchez Pina C, Palomino Urda N, de Frutos Gallego E, Valdivia Jiménez C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Miranda Berrioategortua I, y cols. Puntos negros de la asistencia a la población infanto-juvenil en AP en España (primera parte). Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13: 15-31.
22. Sánchez Díaz MD, García Vera C. La encuesta "PAPE": panorámica de la Pediatría de AP en nuestro país. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2013;(22):35-42.
23. Cascón Criado E, Bejarano López A, Lorente García Mauriño AM, Olivares Ortiz J, Pavo García MR, García-Onieva Artázcov M, Hernández, Guillén R, García Aguado J. "Más sombras que luces" [citado 2016 Jul 25] Disponible en <http://www.ampap.es/2015/08/24/encuesta-ampap-2014/>.
24. Hernández Guillén R, Domínguez Aurrecochea B, Sánchez Cordero N. Condiciones de trabajo de los pediatras de AP. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014; 16:21.e1-e18.



25. GBD 2015 Child Mortality Collaborators. Global, regional, national, and selected subnational 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.