

INFORME AEPAP

EN RELACIÓN A UNA POSIBLE
AMPLIACIÓN DE LA EDAD DE ASISTENCIA
PEDIÁTRICA HASTA LOS 18 AÑOS
según el
**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE
INFANCIA Y ADOLESCENCIA
2013-2016
(II PENIA)**

INFORME AEPAP
EN RELACIÓN A UNA POSIBLE AMPLIACIÓN DE LA EDAD DE ASISTENCIA
PEDIÁTRICA HASTA LOS 18 AÑOS SEGÚN ESTABLECE EL PLAN
ESTRATÉGICO NACIONAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2013-2016
(II PENIA)

INTRODUCCIÓN

El pasado 5 de abril, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad anunció públicamente en un comunicado el Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA), tras su aprobación por el Consejo de Ministros y que contempla el desarrollo de 8 objetivos y 125 medidas.

Este II PENIA está dirigido a los menores de 18 años de acuerdo con lo previsto en la Constitución Española y en el artículo 1 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN) en el que plantea "se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad"

La AEPAP, como sociedad científica cuya meta principal es la mejora de la salud de la población infantil y adolescente, y que representa al colectivo de pediatras de Atención Primaria, en una primera valoración del II PENIA considera favorable y positivo que el Plan suponga **una priorización de la Infancia y que la posicione en una situación preferente** en un momento socio económico en el que las necesidades de los sectores más vulnerables de la población pueden verse seriamente comprometidas.

Hay dos aspectos novedosos y muy favorables, que contempla el Plan de Infancia y Adolescencia, que son por una parte, **la memoria económica** específica para el desarrollo del mismo, que alcanza los 5.159 millones de euros. Dicha dotación debiera permitir y favorecer que las medidas previstas se conviertan en una realidad palpable y que favorezca la viabilidad del Plan. Y, por otra parte, se propone **un informe sobre el impacto en la infancia** en todos los proyectos de ley y reglamentos, que permitirán dar presencia a este sector de la población en todas las políticas que se desarrollen.

En dicho Plan se plantean **medidas importantes que consideramos un avance para la salud infantil**, como son la creación del registro unificado de Maltrato Infantil, el registro de casos de explotación sexual, el planteamiento un Plan Integral de Atención Temprana y el refuerzo de los sistemas de seguridad para menores en la Red. En este sentido, el Plan plantea la regulación de situaciones de riesgo y desamparo y pretende priorizar el acogimiento familiar sobre el residencial. Este punto también contempla medidas para luchar contra la pobreza infantil y plantea el desarrollo de un Plan Nacional de Inclusión Social.

También se propone un objetivo sobre Salud Integral (Objetivo 7), con medidas que los pediatras de AP consideramos necesarias, como es homogeneizar en todas las comunidades autónomas la edad de acceso al consumo de alcohol en los 18 años.

Además, el Plan presenta como novedad que **"los pacientes menores podrán permanecer en las unidades pediátricas hasta los 18 años y no hasta los 14, como hasta ahora."**

Esta medida ha suscitado dentro del colectivo profesional de pediatras de Atención Primaria una seria preocupación y numerosos interrogantes sobre la idoneidad y su pertinencia en el momento actual.

Es este aspecto, el que justifica el presente informe que tiene como fin trasladar a la Junta Directiva de la AEP las consideraciones que al respecto se han recogido por parte de la AEPap.

Sin embargo, dada la trascendencia del Plan Estratégico Nacional de la Infancia y Adolescencia 2013-2016, éste está siendo objeto de una valoración detenida y detallada por nuestra parte.

Desconocemos el ámbito real de la propuesta y si se plantea de manera exclusiva para unidades específicas hospitalarias en las que ya se está llevando a cabo esta atención, con la intención de legalizarla y normativizarla.

El II PENIA, en su objetivo 7.13.1 plantea: "Impulsar la atención de los menores hasta los 18 años en la hospitalización de las unidades pediátricas" a partir de esta frase no es posible conocer si la intención del plan estratégico es ampliar la edad pediátrica a todos los ámbitos asistenciales lo que contribuiría a garantizar una continuidad en los cuidados.

Existen en la actualidad en España y a nivel internacional buenos resultados obtenidos en experiencias de atención pediátrica hasta los 16 y 18 años pero la ampliación de la edad pediátrica de manera generalizada, debería ir precedida de un análisis específico de cada zona de salud del que se derivarían propuestas concretas que en todo caso deberán ir acompañadas de los **recursos necesarios económicos y humanos para su concreción.**

ANALISIS DE SITUACION

La pediatría de Atención Primaria (PAP) proporciona una asistencia sanitaria eficiente y humanizada próxima al niño y su familia, teniendo en cuenta las características de su entorno (familiar, escolar, social cultural...), partiendo de una visión global de la medicina en la que el objeto fundamental no es la enfermedad sino el niño en todas sus etapas. Soluciona más del 90 % de las demandas de salud de esta población y está considerada como una conquista social.

Su objetivo es asegurar una atención integral, poniendo especial énfasis en la prevención, la promoción de la salud y los autocuidados, la rehabilitación y los aspectos psicosociales proporcionando una atención de calidad; y promoviendo ciudadanos más autónomos, menos dependientes del sistema sanitario.

El pediatra de Atención Primaria (AP) es además el eje coordinador y regulador de flujos de la población infantil con patologías crónicas y que precisa la intervención de otros profesionales para la atención a su situación de salud-enfermedad y contribuye a los buenos resultados en salud de nuestra población infantil.

PLANTILLAS DE PEDIATRAS:

En España en la actualidad hay 9.036 pediatras de los que 6.215 son pediatras de AP su distribución por CCAA y ratios/tarjetas sanitarias asignadas no es homogénea y aunque la media es de 1033 (figura 1) oscilan entre un mínimo de 419 y un máximo de 1.900 (figura 2).

Considerando la cifra óptima para la ratio de 1000 tarjetas sanitarias/pediatra, globalmente faltarían 500 pediatras; este número podría ser menor si se realizara una adecuada distribución de los mismos.

En nuestro país la asistencia pediátrica en AP esta basada en la atención directa por parte de pediatras, pero se da la circunstancia de que hay un número variable de cupos pediátricos cubiertos por médicos generales (ver tabla 1) Esta circunstancia, motivada por diversas causas, y bien conocida por la administración sanitaria provoca desigualdades y limita el derecho de las familias a que sus hijos reciban una atención pediátrica en las mismas condiciones y con similares garantías de calidad.

En la tabla 1 se muestran también, los pediatras mayores de 52 años y el cálculo aproximado de pediatras que serían necesarios para que todos los niños de 0 a 14 años pudieran ser atendidos por un pediatra.

La formación de especialistas se realiza en España a través del sistema MIR por lo que sería imprescindible aumentar el número de plazas MIR-de Pediatría para poder cubrir este déficit de pediatras de AP. Las plazas MIR-P convocadas se han mantenido sin cambios en los últimos años (410-413) por lo que el déficit de pediatras de AP (más acusado en zonas rurales), no está siendo subsanado. En la tabla 2 se exponen los datos de la última convocatoria MIR-P

Para el cálculo de las necesidades futuras de pediatras resulta también necesario conocer la edad de los actuales pediatras. La encuesta PAPE llevada a cabo por la AEPap en 2013 recogió 1500 encuestas y respecto a la edad actual de los encuestados, son mayores de 65 años el 0,65% y el 5,6% tiene entre 61 y 65 años lo que significaría que en los próximos 5 años se jubilarán alrededor de 390 pediatras de AP.

ENFERMERAS EN PEDIATRÍA DE AP

La presencia de enfermeras en la pediatría de AP es muy desigual según las diferentes CCAA en la figura 3 se exponen los datos. El porcentaje de enfermeras de los Equipos de Atención Primaria con dedicación a pediatría oscila entre el 10% y el 90% según las CCAA

A partir de la encuesta PAPE anteriormente mencionada conocemos que el 5% de los encuestados no tiene el recurso de enfermería. Tan solo el 33% de los encuestados cuenta con enfermeras que atienden solo a niños, el resto de enfermeras realizan

atención a adultos y población infantil. Respecto al tipo de atención dispensado por este colectivo, prácticamente el 50% tan solo participa en el programa de salud infantil no llevando a cabo seguimiento de enfermos crónicos.

POBLACIÓN

La población 0 a 14 años en 2010 es de 6.923.393. Ha aumentado en los últimos 10 años, en mayor proporción en los menores de 4 años que es el colectivo con mayor presión asistencial (figura 4)

A partir de los datos del II PENIA, en España la población entre 0 y 17 años es de 8.348.433

Considerando la ratio media: niños/pediatra de 1000; la atención a la población hasta los 17 años supondría para cada pediatra un aumento aproximado de 250 tarjetas.

ACTIVIDAD DE LAS CONSULTAS DE AP:

En 2011 los pediatras de AP atendieron un total de 28.481.106 pacientes: 16.568.496 pacientes de 0 a 4 años; 7.192.268 de 5 a 10 años y 4.720.342 de 10 a 14 años.

El porcentaje de usuarios distintos atendidos en la consulta ordinaria por los pediatras de AP es del 90%, sin cambios en los últimos años, y mayor que el correspondiente a los médicos de adultos y enfermeras (figura 5)

La carga de trabajo por tramos de edad es mayor en el tramo de entre 0 y 4 (entre el 30% y el 35% del total) años y menor en los niños de entre 10 y 14 años (figura 6)

La frecuentación (número de consultas por habitante) es para los pediatras de 5,2 y para los médicos de adultos de 5,9 (figura 7).

LA SALUD DE LA POBLACION INFANTIL

La mortalidad infantil ha descendido en las dos últimas décadas, pasando de 7,6 en 1990 a 3,2 en 2010 manteniendo su tendencia descendente en los últimos años (figura 8)

Las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes también han disminuido en todos los tramos de edad: < 1 año; de 1 a 4 años y de 5 a 14 años (tabla 3).

Lo mismo ha ocurrido con las tasas de mortalidad por neumonía e influenza pasando de 44,7 para niños menores de 1 año en 1981 a 1,5 en el 2007 (tabla 4)

El cáncer es una enfermedad relativamente infrecuente en la infancia y en la adolescencia. Aún así, el cáncer es la segunda causa de mortalidad infantil, después de los accidentes, en nuestro país.

En el momento actual tanto la incidencia como la prevalencia del cáncer en la edad infantil, está en ascenso, probablemente debido a un mejor y más precoz diagnóstico, así como a los tratamientos utilizados que han disminuido la mortalidad por cáncer en estas edades.

En España se diagnostican aproximadamente 850 casos nuevos cada año. A éstos se añaden otros 500 casos nuevos anuales en edades entre 15 y 19 años. Esto supone una incidencia de un nuevo caso de cáncer por cada 7.000 niños menores de 15 años de edad cada año. Los más frecuentes son las leucemias, seguidos de los tumores del sistema nervioso, linfomas, tumores óseos y sarcomas. Estos tumores suponen el 80% de todos los casos.

Durante las últimas décadas, los avances en las técnicas diagnósticas y en los tratamientos del cáncer infantil han aumentado, de forma espectacular, la supervivencia de estos niños, pasando desde el 52,5% a principios de la década de 1980 a más del 73% a finales del siglo XX. Esto hace que hoy en día, en nuestro país, la curación de muchos de los niños enfermos de cáncer sea cada vez más un hecho habitual. Estos datos de España son similares a los valores de Europa, según el Registro Nacional de enfermedades crónicas

Los motivos más frecuentes de ingreso hospitalario para los menores de 1 año están en relación con la patología del período neonatal. A partir de esa edad es la patología respiratoria la que con mayor frecuencia origina los ingresos en el hospital (tabla 5)

Se mantiene una tendencia globalmente estable en los últimos años en torno a 1 ingreso por asma por cada 1000 menores de 15 años. En el año 2009 se produjeron 0,94 altas hospitalarias por esta causa.

La morbilidad por patologías prevenibles ha disminuido en los últimos años para todas las patologías: tos ferina (figura 9); sarampión (figura 10) y rubeola (figura 11). Observándose un discreto repunte en los dos últimos años en la incidencia de tos ferina y sarampión.

A partir de la Encuesta Nacional de Salud realizada entre 2006 y 2007 (población de 0 a 15 años); las patologías crónicas diagnosticadas con mayor frecuencia son: Alergia crónica y asma seguidas de tumores malignos, epilepsia y diabetes (tabla 6)

La población valora muy positivamente el trato recibido por el profesional sanitario en AP (médicos generales y pediatras- barómetro sanitario – figura 12)

A partir de la referenciada Encuesta Nacional de Salud, la percepción del estado de salud es buena o muy buena en el 90% de los encuestados y la calidad de vida es de 61,8 situándose por encima de la media Europea (50)

EL PEDIATRA EL MEJOR PROFESIONAL PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA EN PAÍSES DESARROLLADOS

Existe controversia sobre el tipo de profesional más adecuado –pediatras (PED) o médicos de familia/generales (MF/MG) – para prestar atención sanitaria a niños y adolescentes en AP. Son pocos los estudios cuyo objetivo principal ha sido comparar directamente la práctica clínica de ambos tipos de profesional. Hasta la fecha, tampoco se ha efectuado ninguna revisión sistemática (RS) que haya profundizado en este aspecto.

Mientras que en Estados Unidos se constata una tendencia creciente a que los niños sean visitados en AP principalmente por PED (entre 1980 y 2000 el porcentaje de niños controlados por PED se incrementó desde un 56,2% hasta un 64,2%, mientras que los

controlados por MF/MG disminuyeron desde un 33,7% hasta un 23,9%), en Europa se ha sugerido que existe una asociación entre asistencia sanitaria infantil en AP proporcionada por PED y una disminución de la mortalidad infantil en aquellos países cuyo sistema sanitario incluye la provisión de cuidados a niños y adolescentes por parte de estos profesionales en el primer nivel de atención.

Con el objeto de clarificar el estado de la cuestión, y dada la inexistencia de una RS sobre el tema, se planteó el presente estudio que tiene como objetivo comparar la atención sanitaria proporcionada por PED y MF/MG en los siguientes aspectos de la práctica clínica: 1) prescripción de antibióticos (ATB); 2) indicación adecuada de pruebas diagnósticas; 3) manejo de la otitis media (OMA); 4) manejo del asma; 5) manejo del síndrome febril; 6) manejo de diversos trastornos psicopatológicos y 6) realización de actividades preventivas.

Los datos indican que los MF/MG prescribieron más antibióticos que los PED en infecciones del tracto respiratorio superior, siendo estos cuadros habitualmente de probable etiología vírica, lo que hace que en la mayoría de las ocasiones no precisen su uso.

Los pediatras tuvieron más probabilidades de adherirse a las recomendaciones de guías de práctica clínica sobre el manejo de la fiebre y del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad, y una mayor capacidad de resolución para otras enfermedades de elevada prevalencia durante la infancia y la adolescencia, como son el asma y la otitis.

Los pediatras presentan una indicación más adecuada de pruebas diagnósticas (radiografías etc.), derivan menos a otros especialistas, siendo más resolutivos y hacen más actividades de prevención/promoción.

Además, la población infantil atendida por pediatras presentaba porcentajes de vacunación superiores a los de los MF/MG en todos los estudios que evaluaron este resultado.

Valorando todos los resultados, los autores del estudio concluyen que: **"parece recomendable mantener la figura del pediatra en los Equipos de Atención Primaria y reforzar su función específica como primer punto de contacto del niño con el sistema sanitario"** (ampliación del texto en Anexo).

COMPARATIVA CON EUROPA

La definición de la edad pediátrica en el nivel de atención primaria varía en Europa. La mayoría (15 países) definen la edad pediátrica hasta los 18 años y el 48% restante se distribuye desde un mínimo de 14 años (17%) hasta el máximo de 19 años en 10%.

En muchos países se extiende hasta la edad adulta para ingresos hospitalarios o para cuidados especializados (ej. enfermedades crónicas). De los 11 países con edad pediátrica de menos de 18 años, 8 de ellos tienen ampliada la edad hasta 18 años o incluso más en caso de hospitalización (figura 13).

España con una mortalidad infantil de 3,2 figura entre los países con menor mortalidad infantil de Europa estando tan solo por debajo 6 países. De entre ellos, el gasto en

salud pública per cápita es mayor que el de España en todos excepto en Eslovenia Portugal y la República Checa (ver tabla 7).

El Reino Unido considerado como ejemplo paradigmático en la atención al niño por parte de los MF/MG reconoce que su modelo presenta graves carencias y plantea la necesidad de introducir cambios en su Sistema Nacional de Salud. Wolfe I et al. BMJ 2011;342:bmj.d1277

La mortalidad infantil del Reino Unido es de 4,2 situándose por encima de España, Alemania, Francia, Italia, Dinamarca etc. (figura 14) y ha aumentado en los últimos años. Su gasto en salud pública per cápita es de 3433 y el de España de 2267.

La mortalidad en el Reino Unido causada por enfermedades como Neumonía y asma es más alta que en otros países europeos y podría haberse evitado con una adecuada atención en el primer nivel asistencial Ingrid Wolfe et al. BMJ 2011; 342: d1277

Solo el 3% de los niños con asma reciben instrucciones claras sobre cómo tratar las exacerbaciones. El 75% de las hospitalizaciones por asma infantil serían evitables con una Atención Primaria mejor.

www.asthma.org.uk/all_about_asthma/publications/the_asthma_divide.html;2007

El 50% de los niños posteriormente diagnosticados de meningitis fueron enviados a casa después de la primera consulta y estos fallos supusieron un coste superior a 24 millones de € en indemnizaciones en los últimos 12 años. ThompsonMJ et al Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. Lancet.2006;367 (9508):397-403.

El trabajo publicado en la Región de Molise Italia con sistema mixto de atención a la población infantil (PED-MF/MG), apoya el dato de que el gasto sanitario es mayor (40 € más al año por niño) cuando la atención primaria es dispensada por los MF/MG.

CONCLUSIONES y propuestas AEPap

- El importante déficit de pediatras que existe en todo el territorio nacional, impide que todos los niños puedan ver satisfecho **su derecho a ser atendidos por profesionales con competencias específicas en pediatría, lo cual debiera ser una prioridad para las administraciones sanitarias.**
- Los datos previamente expuestos se plantean a modo de un primer análisis y a partir de los mismos se constatan los **buenos resultados en salud, la satisfacción de los pacientes y los mejores resultados obtenidos por los PAP en comparación con los MG** (ejemplo más evidente en el Reino Unido) a pesar de los importantes déficits de pediatras.
- La AEPap considera que en estos momentos de crisis económica y recortes sistemáticos llevados a cabo en el sistema público de salud, **no se cumplen las condiciones necesarias para plantear el debate de una posible ampliación de la edad pediátrica en nuestro país, de forma generalizada en todos los ámbitos asistenciales.**

- En el momento actual, **la prioridad de la pediatría de Atención Primaria** se centra en **asegurar el actual modelo**, basado en la presencia de pediatras en el primer nivel asistencial, encargados de la atención directa de la población infantil de 0 a 14 años, proporcionando respuestas de calidad a sus necesidades de salud.
- Toda modificación de la edad pediátrica debe ir precedida de un análisis específico y riguroso de las necesidades de salud de la población y dotada de los recursos necesarios tanto humanos como económicos.
- Edad 14- 16 años: Como parte del análisis y conocimiento de la realidad, es preciso tener en cuenta que la situación no es homogénea en todas las CCAA y que existen en España pediatras de AP que cuentan con una buena formación específica y los recursos necesarios, que les habilitan para atender habitualmente a población hasta 16 años. Nuestra propuesta es que partiendo de esas experiencias se establezcan iniciativas que se lleven a cabo de manera voluntaria por parte de pediatras y pacientes, bajo protocolos y pilotajes específicos. Estas iniciativas podrán ser evaluadas y permitirán hacer nuevas propuestas basadas en resultados en salud.
- La prolongación de la edad hasta los 18 años nos parece **una mejora importante para los pacientes de unidades pediátricas específicas con graves enfermedades**, lo que ya viene siendo una realidad y que contribuirá a reforzar la continuidad asistencial de dichos pacientes, permitiendo el seguimiento por los mismos profesionales.
- Aunque la situación actual no permite generalizar la ampliación de la edad pediátrica es preciso tener en cuenta que
 - Se habrán de habilitar los recursos necesarios para garantizar la equidad y la continuidad asistencial de los enfermos crónicos de entre 14 y 18 años que vayan a ser atendidos por pediatras en los hospitales
 - Será precisa la elaboración de guías y protocolos para las patologías que como (trastornos del desarrollo, patologías oncológicas etc.) requieran un seguimiento por parte de los pediatras de AP hasta los 18 años.
- Al mismo tiempo se plantea como absolutamente necesario el **potenciar las unidades básicas de pediatría en los equipos de AP**, integradas por pediatras y enfermeras de pediatría, trabajando de forma conjunta y complementaria en relación a una misma población.

28 abril de 2013

Junta directiva AEPap