

Historia y desarrollo de la pediatría de atención primaria en Aragón

J. Galbe Sánchez-Ventura⁽¹⁾, J. Mengual Gil⁽²⁾, P.J. Membrado Granizo⁽³⁾, J. C. Bastarós García⁽⁴⁾, J. A. Pinilla⁽⁵⁾, Fuentes, C. Villanueva Rodríguez⁽²⁾, B. Navarra Vicente⁽¹⁾

⁽¹⁾ Pediatra CS Torrero la Paz. Zaragoza. ⁽²⁾ Pediatra CS Delicias Sur. Zaragoza. ⁽³⁾ Pediatra CS Seminario. Zaragoza. ⁽⁴⁾ Pediatra CS Torre Ramona. Zaragoza. ⁽⁵⁾ Pediatría Atención Primaria. Jaca (Huesca). ⁽⁶⁾ Pediatra Atención Primaria. Fuentes de Ebro (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 18-21]

*«No camines delante de mí quizás no pueda seguirte.
Tampoco camines detrás pues no te sabré guiar.
Más bien hagamos juntos el camino como amigos»*

ALBERT CAMUS

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) se define como la atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados, socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante la plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. Se describe el desarrollo histórico de la Pediatría de Atención Primaria en Aragón. Se analizan como aspectos principales la calidad de la atención, Coordinación, Docencia, Trabajo en equipo Investigación, Coordinación con hospitales de referencia, Atención continuada y Urgencias, Participación institucional, Medicina comunitaria y Promoción de la Salud Ética, Cuidados paliativos y Retos de futuro.

PALABRAS CLAVE

Atención Primaria de Salud, Pediatría de Atención Primaria, Centro de Atención Primaria.

History and development of the pediatrics of primary care in Aragon

ABSTRACT

Health Primary Care is defined as essential health care based on practical, scientifically founded, socially acceptable methods and available technologies to all individuals and families in the community through full participation and at a cost that community and the country can support. Authors describes the historical development of Primary Care Pediatrics. The quality of care, Teaching, Research Teamwork, Coordination, Emergencies, Institutional Participation, Community Medicine and Health Promotion, Palliative Care and Challenges for the Future.

KEYWORDS

Health Primary Care, Primary Care Pediatrics, Health Primary Care Center.

Correspondencia: J. Galbe Sánchez-Ventura
CS Torrero la Paz. Zaragoza
Teléfono: 976 25 31 00
galbester@gmail.com

Recibido: enero de 2020. Aceptado: enero de 2020.

La Atención Primaria de Salud (APS) según la conferencia de Alma Ata de 1978 es atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados, socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante la plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo y con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación⁽¹⁾.

En 1984 se publica el Real decreto (RD) de estructuras básicas de salud que recoge que la tradicional separación en la organización sanitaria española entre las actividades de prevención y las asistenciales es poco consecuente⁽²⁾. Antes de 1986 la APS se realizaba en consultorios con unas jornadas de 2 horas más atención domiciliaria. La prevención era únicamente las vacunaciones que se realizaban en centros independientes. La medicina hospitalaria para niños se realizaba en el viejo hospital clínico y en la entonces denominada residencia sanitaria y en el hospital nuestra señora de Gracia. A esto había que sumar la pediatría de los hospitales de Huesca, Teruel y Alcañiz. En 1985 cuando se construyen los hospitales de Barbastro y Calatayud completando nuestra red hospitalaria.

En 1968 surgen en España los primeros programas de detección de enfermedades metabólicas neonatales. Los primeros programas de cribado neonatal en Zaragoza datan de 1974, vinieron de la mano de los doctores Tamparillas, Ferrández y Baldellou.

En 1986 se promulga la ley general de Sanidad (LGS) que promueve la educación para la salud, la responsabilidad del individuo sobre su salud, la APS y la investigación en salud. Los nuevos CAP nacen con una filosofía de trabajo multidisciplinar y biopsicosocial⁽³⁾.

Entre 1981 y 2007 la mortalidad infantil ha pasado de 12,5 a 3,5 en 2007 y la neonatal de 8,7 a 2,3 o la perinatal de 14,5 a 3,5 en el mismo período⁽⁴⁾.

LOS INICIOS DE LOS PRIMEROS CENTROS DE APS

La formación MIR recibida era fundamentalmente hospitalaria. No se tenía en cuenta la prevención como una parte específica de la atención prestada. Las consultas masificadas en centros carentes de medios de todo tipo era la norma. Se atendían niños hasta los siete años. La organización de los antiguos consultorios de asistencia primaria era muy diferente y los primeros PAP tuvieron vencer resistencias para introducir la nueva filosofía y las ideas de la APS.

Calidad técnica

No existía una definición de las tareas y cartera de servicio de la PAP⁽⁴⁾. La única función asignada fue la propiamente asistencial y la gestión del proceso de vacunaciones. Enseguida se aprecia la necesidad de disponer de conocimientos específicos. Los centros se hallaban aislados unos de otros. Cada centro disponía entre 1 y 4 pediatras. Se intentó organizar sesiones clínicas que implicaran a varios centros. Alrededor de 1987 aparecen los primeros programas de Salud impulsados: Lactante, preescolar o salud bucodental.

La llegada de internet desde los primeros años del 2000 supone un punto de inflexión. Se superó el aislamiento y se establecieron redes de actuación en toda España y estructuras como la Asociación española de pediatría de atención primaria (AEPap), la Asociación aragonesa de atención primaria (ArAPAP), la Revista de pediatría de atención primaria, la red PEDIAP y el inicio de los grupos específicos de trabajo de Prevención (Previnfad, Vías respiratorias, Lactancia materna o vacunas por poner algunos ejemplos en los que pediatras aragoneses fueron elementos importantes en estos proyectos. La creación del instituto Aragonés de Ciencias de la salud a partir de mitad de la década de los 2000 impulsó la creación de documentos usando la metodología de medicina basada en la evidencia así como la elaboración de Guías de práctica clínica como infecciones urinarias, trastornos de espectro autista, lactancia materna en la que también participaron pediatras aragoneses.

Coordinación con los hospitales de referencia

Se basó en la participación en protocolos, sesiones clínicas y vías clínicas desde 1986-87. También el desarrollo de comisiones mixtas de profesionales para organizar y gestionar cuestiones transversales. En los últimos años han sido objeto de programas de mejora de calidad. La calidad de información y coordinación con los hospitales de referencia y con cualquier punto de atención ha mejorado mucho con el desarrollo desde hace unos 10 años de la historia clínica informática unificada que permite disponer de información relevante de forma casi instantánea. Las consultas virtuales son desarrollo de última incorporación desde hace 3 años.

Docencia e Investigación:

La docencia y la investigación han sido una de las preocupaciones de la PAP. Desde 1986 y de una forma informal el hospital infantil de Zaragoza impulsó la rotación de residentes de pediatría por algunos centros de Salud. Algunos

años después se incorporaron a la docencia los residentes del hospital clínico. Hoy es una práctica habitual, reglada y obligatoria la rotación durante al menos 3 meses. Existen tutores de residentes de PAP que participan en los organismos de docencia. Desde hace al menos 10 años hay PAP que ejercen como profesores asociados de la universidad de Zaragoza para la asignatura «Practicum» La docencia es por tanto en nuestros centros una realidad variada y compleja.

La PAP española ha sido capaz de desarrollar un currículum de materias a estudiar en la rotación por PAP. Este currículum ha sido presentado con éxito en diferentes organizaciones internacionales de docencia de PAP y con participación en su elaboración de pediatras aragoneses⁽⁵⁾. Nuestros PAP han tenido desde el principio la vocación de investigar. No existía tradición y parecía que no había materia para la investigación en PAP. Recordemos la frase de Cajal: «No hay tareas agotadas sino hombres agotados en las tareas»⁽⁶⁾. Con todas sus dificultades ha sido una constante las publicaciones de PAP aragoneses en revistas biomédicas y el desarrollo de estudios multicéntricos de gran relevancia⁽⁷⁾.

Participación institucional

La participación institucional de los PAP se produce en el momento que estos se estructuran como sociedad científica en torno a ArAPAP y su sección correspondiente de PAP Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria (SPARS). Es por lo tanto habitual la participación de los PAP en tribunales de oposiciones, comisiones consultoras o de coordinación, grupos de mejora de calidad o de desarrollo de la ISO 9001 así como en diferentes órganos consultivos o de gestión.

ÉTICA, COMUNICACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS

El interés de la ética y la habilidades de comunicación como parte de una PAP de calidad ha sido una de las vocaciones de la PAP desde sus inicios. Es importante también que se considere a la AP como un interlocutor necesario con las unidades de cuidados paliativos siempre escasas de recursos para el desarrollo correcto de sus tareas⁽⁸⁾.

Trabajo comunitario y promoción de la salud

Se han organizado programas de educación en asma en fomento del ejercicio físico, nutrición, grupos de lactancia materna, cursos de parentalidad o talleres de RCP por poner algunos ejemplos. Existieron en su día hace 30 años o más programas de educación para la salud en la escuela

la promovidos desde AP. Existe asimismo un grupo de trabajo de Arapap sobre trabajo comunitario. Estas actividades deberían disponer de una agenda específica dentro de la planificación del trabajo de un PAP.

Atención continuada, urgencias y sustituciones

Tradicionalmente las tareas de relevo de los PAP en vacaciones, sábados o turnos de tarde han sido realizadas por profesionales de otras especialidades relacionadas. Debería promoverse la organización de 4 o 6 centros «potentes» o puntos de atención continuada (PAC) ubicados en los propios hospitales como antesala del servicio de urgencia. De forma que dispongan de una capacidad mayor y desmontar aquellos turnos que son difíciles de cubrir por falta de personal y que no aporten un valor añadido a la gestión de las urgencias.

Pediatría rural y de difícil cobertura

Es uno de los aspectos más complejos y de difícil solución. A finales de los años 90 del siglo pasado se planteó la creación de la figura del pediatra de área que atendían pacientes en diferentes poblaciones a las que se desplazaban atendiendo niños unos días en unos núcleos, otras en otros. La patología pediátrica aguda aguda no quedaba resuelta de forma homogénea. Uno o dos. Si embargo uno o dos días de presencia a la semana no eran suficientes para seguir los procesos agudos que quedaban en manos de los médicos de familia. No se han llegado a implementar medidas de mejora y Aragón dispone hoy de numerosos cupos de pediatría rural de los llamados de difícil cobertura. Las soluciones no son fáciles pasan por incentivar el desempeño de estas plazas en el currículum de los profesionales tanto para carrera profesional o a otros efectos traslados. Es necesario realizar convocatorias de traslado con una frecuencia anual, disponer de días y de formación en diversas unidades docentes así como promover la formación de enfermeras pediátricas. En estas zonas es muy importante la coordinación entre pediatra, enfermera y médico de familia en beneficio de la atención a los niños.

MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA: MEDICINA DE FAMILIA VERSUS PEDIATRÍA

Desde 1978 la pediatría se denomina oficialmente pediatría y sus especialidades. Las subespecialidades siguen hoy sin contar con el marco jurídico adecuado y esto tiene también inconvenientes para la APS. Expertos y distintos grupos políticos y sociedades científicas han discutido si la APS era tarea de pediatras o médicos de familia. En una

revisión sistemática realizada con participación destacada de pediatras aragoneses se llegó a la conclusión que los médicos de familia prescribían más antibióticos para infecciones respiratorias leves. Los pediatras tomaban con más frecuencia decisiones en base a guías de práctica clínica y documentos basados en pruebas en el síndrome febril y en el manejo de los TDHA y tuvieron una mayor capacidad de resolución de enfermedades como el asma o la otitis media. Los pediatras registraban una mayor tasa de vacunación en sus poblaciones atendidas frente a los médicos de familia⁽⁸⁾. Parece más adecuado por lo tanto mantener la figura del PAP como el responsable de la salud de los niños.

Retos actuales y para el futuro

La mejora de las condiciones de vida y de la tecnología biomédica han hecho posible un aumento de la esperanza de vida, en las tasas de mortalidad infantil y neonatal⁽⁹⁾. Las vacunaciones han hecho desaparecer viejas enfermedades y otras muchas han visto disminuida su incidencia o su prevalencia. El diagnóstico prenatal y los programas de cribado neonatal se han ampliado muchísimo. Junto a esto han aparecido nuevos retos y problemas como los problemas de salud mental, el suicidio, las adicciones clásicas como tabaco o alcohol y nuevas adicciones. Nuestros estilos de vida nos enfrentan a una epidemia de obesidad y de riesgos de enfermedad cardiovascular. Seguimos teniendo riesgo de accidentes. La atención a los cuidados de niños con enfermedades crónicas complejas y los cuidados paliativos⁽⁹⁾ requerirán un esfuerzo importante. Existe una preocupación generalizada derivada de la calidad del medio ambiente y de las repercusiones sobre la salud del cambio climático. La sociedad es cada vez más diversa con mayor número de inmigrantes y refugiados que presentan los riesgos derivados de sus diversas procedencias. Estos problemas requerirán actuaciones tanto fuera como dentro de las consultas de pediatría.

AGRADECIMIENTO

A todas las mujeres y todos los hombres, profesionales de diversas disciplinas que han hecho posible la pediatría de atención primaria en Aragón.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe sobre la conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Documentos OMS, Ginebra 1978.
2. Real decreto 137/1984 del 2 de enero sobre Estructuras básicas de salud.
3. Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril de Medidas especiales en materia de salud.
4. Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, García Vera C, Graffigna Lojendio A, Sánchez Pina C, Palomino Urda N, Rodríguez Fernández-Oliva CR, et al. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en España en 2018. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018; 20: e89-e104.
5. EPCP Currículum de formación en pediatría de atención primaria. Lúa Eds, Madrid, 2015.
6. Ramón y Cajal S Reglas y consejos sobre investigación científica. Los tónicos de la voluntad, 1897. Madrid Austral eds, 2011.
7. PAPenREd <https://www.aepap.org/grupos/papenred>
8. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina R, et al. ¿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, 6(24). Publicado en Internet: 31-03-2010.
9. Cuidados paliativos pediátricos en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Madrid 2014.

SIGLAS UTILIZADAS

APS: Atención Primaria de Salud.

CAP: Centro de Atención Primaria.

PAP: Pediatra de Atención Primaria, Profesional de Atención Primaria.

RD: Real decreto.

LGS: Ley General de Sanidad.

ArAPAP: Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria.

SAS: Servicio Aragonés de la Salud.

SPARS: Sociedad de Pediatría de Aragón, Rioja y Soria.

AEPap: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

PEDIAP: Lista de correo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.