



## **DECLARACION 10º ANIVERSARIO**

### ***Situación Actual de la Pediatría de Atención Primaria en España***

En el seno del Equipo de Atención Primaria (AP) e implicada en el trabajo conjunto, la Pediatría de AP (PAP) proporciona una asistencia sanitaria eficiente y humanizada próxima al niño y su familia, 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 el niño en todas sus etapas y situaciones.

El pediatra de Atención Primaria por su formación, por su posición respecto del niño, adolescente y su familia y por la indudable proyección social de su trabajo, es el elemento clave y de mayor responsabilidad dentro del sistema de atención a la salud de la infancia. Comparte con el pediatra hospitalario la población atendida y con el médico de familia la característica de ser la puerta de entrada al sistema sanitario.

### **Las cifras**

- La población de 0 a 14 años en España es de 6.646.726.
- El incremento porcentual de la población de 0 a 4 años entre 2001- 2008 es de un 36,1%.
- El número de centros de Salud en España es de 2.907 con 10,202 consultorios locales.
- El número total de pediatras es de 9.544 de los cuales, 2/3 (6.190) trabajan en AP.
- Feminización de la profesión: el 64% son mujeres, porcentaje que aumenta según disminuye la edad.
- La ratio población infantil/pediatra no es homogénea en las diferentes CCAA., siendo la media de 1 pediatra por cada 1096 niños. Por ello, para llegar a la ratio planteada como adecuada de 1 pediatra por cada 1.000 niños serían necesarios 600 pediatras mas en España, pero la gran diferencia entre ellas, hace imprescindible una adecuada planificación y distribución de recursos.
- Este déficit de pediatras ha sido reconocido por el Ministerio de Sanidad y Política Social y por el Consejo Interterritorial, y es más acusado en zonas rurales.
- Enfermería en pediatría de AP: en 2010 nace el primer programa de formación de la especialidad de enfermería pediátrica, por lo que hasta el momento no existía una formación específica reglada. A partir de los datos recogidos por la AEPap, en la actualidad, los porcentajes de enfermería con dedicación específica a pediatría, oscilan entre un 10 a un 90% en las diferentes CCAA.
- El gasto sanitario total como porcentaje del PIB, sitúa a España en relación con la Unión Europea en el puesto 10 de 13, con un 8,5%. A la Atención Primaria se destina tan solo el 14,09% de todo el presupuesto sanitario.

- Los resultados en salud de la población infantil son buenos, medidos tanto en datos de mortalidad infantil como en coberturas vacunales, que durante la primera infancia superan el 90%, como en la morbilidad de enfermedades infecciosas prevenibles y en la satisfacción de los usuarios. Todo ello a pesar de las bajas inversiones en AP y de la falta de planificación e inadecuada distribución de recursos, lo que nos debe hacer pensar que no debería estar amenazada la sostenibilidad del sistema.
- Los países con una AP de calidad presentan mejores índices de salud, son más eficientes y reparten más equitativamente los recursos de salud. En pediatría de AP se resuelven más del 90% de las demandas de salud de la población.
- A partir de los datos de una revisión sistemática realizada por el Grupo de Pediatría basada en la Evidencia, los autores 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 con el sistema sanitario”*. El Pediatra de AP ofrece una mejor calidad en la atención y menores costes.

## Demandas y peticiones

- Es preciso situar la Pediatría de AP en la agenda de los políticos, que están obligados a conocer la situación y planificar de acuerdo a las necesidades reales de salud, evitando el corto plazo y los criterios electoralistas. Reconocer el papel fundamental de la PAP en el Servicio Público de Salud reorientándola hacia los aspectos de promoción y prevención, además de la atención directa y continuada a los niños con cualquier enfermedad.
- Redistribución de los recursos, de manera que aumenten los destinados a la pediatría de AP, evitando el hospitalcentrismo y las excesivas inversiones en altas tecnologías.
- Abogamos por el necesario Pacto por la Sanidad y la elaboración de políticas de salud de consenso, comunes a todas las CCAA: calendario vacunal, documento de salud y cartera de servicios únicos; adecuación del número de tarjetas sanitarias (TIS) asignadas a cada profesional; Se hace necesario un acceso libre a pruebas diagnósticas, procurando el aumento de la capacidad resolutive, tendiendo a la unificación de recursos diagnósticos y terapéuticos entre niveles asistenciales y facilitando el acceso libre a Internet.
- Aumento del número de pediatras de AP.
- Revisión de la formación del pre y postgrado, mejorando la formación de los residentes de pediatría en AP. Aumentar el número de residentes de pediatría para contrarrestar el déficit actual que está previsto empeorará con las próximas jubilaciones, manteniendo la calidad del proceso formativo.
- Facilitar la formación continuada y desarrollar Planes específicos de formación para el colectivo.
- Fomentar la Investigación en Pediatría de AP como fuente de conocimiento y desarrollar proyectos multicéntricos con apoyo metodológico suficiente e independiente de la industria farmacéutica.
- Necesidad de enfermería pediátrica o al menos con formación específica en pediatría, procurando cumplir la proporción 1 enfermera-1 pediatra. Contrataciones de enfermería con formación específica.
- Participación en la toma de decisiones: creación de la figura del pediatra coordinador del área y establecimiento de canales estables de colaboración con las Sociedades profesionales.

- Desburocratización, desmedicalización, y fomento de los autocuidados y cuidados en familia a través de campañas divulgativas y fomento de la Educación sanitaria.
- Carrera profesional consensuada, incentivada y evaluada con criterios de eficiencia y calidad.
- Concurso oposición y concursos de traslado anual o bianual.
- Propuestas de mejora organizativas:
  1. Potenciar las Unidades Básicas de Pediatría en los Equipos de AP, integradas por un pediatra y una enfermera (relación 1:1), trabajando de forma complementaria en relación a una misma población.
  2. Potenciar la agrupación de pediatras en unidades funcionales, que redundará en una mejora de la Atención a la población, facilitando la formación continuada y el desarrollo de la investigación.
  3. Avanzar en estrategias coordinación con la pediatría hospitalaria, definiendo y desarrollando las competencias y funciones de cada nivel asistencial.
  4. Creación de la figura del Coordinador de Pediatría de Atención Primaria, responsable de la planificación, coordinación y evaluación de los resultados de la actividad de los equipos pediátricos de AP.
  5. Reorganización de los horarios de manera que permitan la conciliación laboral y familiar de los profesionales.
  6. Premiar la voluntariedad y evitar la obligatoriedad ofreciendo diferentes formas organizativas, como las prolongaciones de jornada voluntarias y adecuadamente remuneradas, igual que se realiza en los hospitales, para el exceso de demanda. Facilitar la permanencia de los mayores de 65 años.
  7. Utilizar la gran capacidad docente de los centros de salud y pediatras de AP para la formación de residentes de pediatría. Se deberá avanzar decididamente en la acreditación de centros y tutores docentes, creando además comisiones de docencia mixtas hospital-AP, que regularan el proceso.

## Conclusiones

Ofrecemos nuestra colaboración para conseguir que todos los niños y niñas de 0 a 14 años tengan asignado un pediatra de cabecera y puedan ser atendidos por estos profesionales, que son los que ofrecen mejores resultados en salud, una mayor seguridad para el paciente y la mejor relación coste/efectividad para la atención sanitaria la población infantil y adolescente.

No aceptaremos respuestas coyunturales que se están planteando por algunas CCAA y que, lejos de ser una solución real a los problemas, son el germen del fin del modelo actual, deseado y anhelado por otros países y que, evidentemente, repercutiría en la pérdida de calidad en la atención a la población infantil.

La crisis no debe ser la excusa para disminuir la calidad asistencial ni hacerla recaer en el eslabón más débil: la población infantil.

**Begoña Domínguez Aurrecoechea**

**Presidenta de la AEPap**

Valencia a 20 de noviembre de 2010