



¿Qué medidas fortalecen y cuáles debilitan la Pediatría de Atención Primaria? Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi^a, Concepción Sánchez Pina^b, Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva^c, Carmen Villaizán Pérez^d, Eva Suárez Vicent^e, M.^a Dolores Cantarero Vallejo^f, Narcisca Palomino Urda^g, César García Vera^h

Publicado en Internet:
22-marzo-2019

Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi:
pedrojesus.gorrotxategigorrotxategi@
osakidetza.eus

^aPediatra. CS Pasaia San Pedro. Pasaia. Guipúzcoa. España • ^bPediatra. CS de San Andrés. Madrid. España
• ^cPediatra. CS La Cuesta. Tenerife. España • ^dPediatra. CS Sonseca. Toledo. España • ^ePediatra. CS
Burriana II. Burriana. Castellón. España • ^fPediatra. CS de Illescas. Toledo. España • ^gPediatra. CS Salvador
Caballero. Granada. España • ^hPediatra. CS José Ramon Muñoz Fernández. Zaragoza. España.

Resumen

Introducción: La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) ha querido conocer las repercusiones que podrían tener en la continuidad de la actividad pediátrica en el primer nivel asistencial algunas propuestas que se están haciendo desde diversas instituciones.

Análisis realizado: la Junta directiva de la AEPap y el grupo de trabajo profesional han analizado seis propuestas para ver si fortalecen o debilitan a la Pediatría de Atención Primaria. Las propuestas analizadas han sido: 1) prolongación de la edad pediátrica en Atención Primaria; 2) prolongación de la duración de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas; 3) adecuación de las salidas profesionales; 4) adecuación del número de tarjetas individuales sanitarias; 5) aumento de las plazas de médicos internos residentes de Pediatría, y 6) mantenimiento de oposiciones diferenciadas de Pediatría de Atención Primaria y facultativo especialista de área de Pediatría.

Conclusiones: la prolongación de la edad pediátrica en Atención Primaria de los 14 a los 18 años y la prolongación de la duración de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas serían perjudiciales para la continuidad de la Pediatría de Atención Primaria.

Palabras clave:

- Atención Primaria
- Debilidades
- Fortalezas
- Pediatría

Which are the measurements that strengthen and which are the ones that weaken the Primary Care Pediatrics? Stance of the Spanish Association of Primary Care Pediatrics

Abstract

Introduction: the Spanish Association of Primary Care Pediatrics (SAPCP) had wanted to know the repercussions that some proposals that are being made from different institutions could have on the continuity of primary care pediatrics.

Analysis performed: the SAPCP and the professional working group have analyzed six proposals to see if they strengthen or weaken Primary Care Pediatrics. The proposals that have been analyzed are: 1) prolongation of the pediatric age in primary care; 2) prolongation of the duration of the specialty of Pediatrics and its Specific Areas; 3) adjustment of professional opportunities; 4) adaptation of the number of individual health cards; 5) increase in Internal medical residents of pediatrics, and 6) maintenance of differentiated oppositions of Pediatrics of Primary Care and facultative specialist of Area of Pediatrics.

Conclusions: the prolongation of the pediatric age in primary care from 14 to 18 years and the prolongation of the duration of the specialty of Pediatrics and its Specific Areas would be detrimental for the continuity of Primary Care Pediatrics.

Key words:

- Pediatrics
- Primary Care
- Strengths
- Weaknesses

Cómo citar este artículo: Gorrotxategi Gorrotxategi P, Sánchez Pina C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Villaizán Pérez C, Suárez Vicent E, Cantarero Vallejo MD, et al. ¿Qué medidas fortalecen y cuáles debilitan la Pediatría de Atención Primaria? Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:87-93.

INTRODUCCIÓN

Desde diversas instituciones oímos propuestas a favor del modelo pediátrico en Atención Primaria, pero los planteamientos, en ocasiones, son contrarios a corto y a medio plazo con la continuidad de la atención pediátrica en los centros de salud. Se plantean propuestas que, en lugar de fortalecer la Atención Primaria de Salud, la debilitan.

Es decir, si se llevaran a cabo alguna de esas propuestas supondría, en un símil taurino, dar la puntilla al toro de la Pediatría de Atención Primaria, que ya está malherido.

EL PUNTO DE PARTIDA

La situación actual de la Pediatría de Atención Primaria (PAP) es delicada. La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) en 2018 ha realizado un estudio de las necesidades y características de las plazas de PAP en España¹, donde se observa que un 25,1% de los niños no son atendidos por pediatras en el primer nivel asistencial. Como podemos ver en la Fig. 1, aunque la media sea del 25,1%, hay regiones como Castilla-La Mancha (41,18) y Baleares (48,97) que se acercan al 50%, y

regiones tan importantes como Madrid que supera el 30%.

Ante esta situación, hay que tener mucho cuidado con las propuestas que se hacen por las repercusiones que pueden tener sobre la PAP. Analizaremos las sugerencias más frecuentemente referidas, como prolongar la edad pediátrica en Atención Primaria hasta los 18 años, prolongación de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, la adecuación de las salidas profesionales pediátricas a la demanda existente de puestos de trabajo, la adecuación de las tarjetas individuales sanitarias (TIS) con el correspondiente dimensionamiento de las plantillas, aumento de las plazas de médicos internos residentes (MIR) y mantenimiento de las oposiciones diferenciadas entre PAP y facultativo especialista de área (FEA) de Pediatría.

LA PROLONGACIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA DEBILITA LA PAP

No somos partidarios, en el momento actual, de incrementar la edad de atención pediátrica en Atención Primaria hasta los 18 años, porque ello ocasionaría que se duplicara el actual déficit de especialistas de PAP.

Figura 1. Porcentaje de plazas de Pediatría de AP no ocupadas por pediatras¹



El aumento de la edad pediátrica de los 14 a los 18 años, si desde un punto de vista teórico podría ser positivo al incorporar a la Pediatría el periodo de la adolescencia, en la situación actual causaría un grave problema a la PAP. Teniendo en cuenta un cupo estándar de 1000 niños, tendríamos 285 niños más por pediatra. Si queremos mantener el mismo cupo estándar previo de 1000 TSI/PAP, serían necesarios 1880 plazas más de Pediatría, que en el caso de que se crearan no habría PAP para poder ocuparlas con lo que pasaríamos del actual déficit del 25,1% de especialistas en PAP (1650 plazas) a un déficit del 41,6% ($1650 + 1880 = 3530$), con lo que la PAP habría dado un paso decisivo hacia su desaparición (Tabla 1).

Esta postura es la mantenida por la AEPap desde hace más de cinco años².

LA PROLONGACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DEBILITA LA PAP

En lo que respecta a la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, consideramos que para mantener la PAP no se debe actualmente prolongar la especialidad de Pediatría a cinco años, porque se disminuiría la capacidad docente en un 20% y habría un año en el que no habría ningún residente que fuera a Atención Primaria. Los motivos que explican esta preocupación son los siguientes: La capacidad docente actual son 433 residentes de Pediatría. Teniendo en cuenta que a esos residentes se les forma durante cuatro años, la capacidad total de meses de docencia es de $433 \times 12 \times 4 = 20\,784$ meses de docencia.

Si queremos con esos 20 784 meses de docencia dar formación durante cinco años, el número de

residentes que podemos formar será menor: $20\,784 / 12 / 5 = 346$.

Hemos pasado de 433 a 346 (213 plazas menos), con lo que la disminución de la capacidad docente es del 20%.

Si quisiéramos mantener el mismo número de residentes, 433, con cinco años de rotación, serían necesarios $433 \times 12 \times 5 = 25\,980$ meses de docencia.

Este mantenimiento del número de residentes actuales con una docencia de cinco años requeriría un aumento del 25% de la capacidad docente de Pediatría.

A ello hay que sumar, como ya hemos apuntado, que en un año ningún residente acudiría a Primaria, porque no finalizaría la rotación ningún residente, y eso perjudicaría tanto al hospital como a Primaria, pero mucho más a la PAP, con el grave problema previo que tiene.

LA ADECUACIÓN DE LAS SALIDAS PROFESIONALES FORTALECE LA PAP

Somos partidarios de crear una comisión nacional que regule las necesidades de formación en Pediatría de las distintas subespecialidades pediátricas dependiendo de las posibles salidas laborales para optimizar los recursos. Creemos que los residentes de Pediatría y sus Áreas Específicas deberían elegir a partir del segundo año su itinerario formativo dependiendo de las demandas laborales, de tal forma que el flujo hacia Atención Primaria de Salud (APS) resultara asegurado.

En el momento actual es insuficiente el número de residentes que inician su labor profesional en APS.

Tabla 1. Efecto de la prolongación de la edad pediátrica en el aumento del déficit de pediatras de Atención Primaria

Edad de atención	Déficit previo	TIS/estándar	Plazas de PAP	Déficit (%)
0-14 años	1650 plazas	1000: 71,4/año	6597	25%
0-18 años	1650	1285: 71,4/año	8477	
		285×6597 1000	1880 plazas extra	41,6%

PAP: Pediatría de Atención Primaria.

Un estudio sobre las salidas profesionales de los residentes en los años 2014-2016 (que incluye el 72% del total de las plazas) constató que el 29% (250 de 868 residentes) tuvo como destino profesional la APS, aunque con diferencias según las comunidades autónomas. Este porcentaje fue mayor ($\geq 50\%$) en Canarias, Galicia, La Rioja y Navarra, y menor ($< 25\%$) en Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Madrid y la Comunidad Valenciana. La evolución a lo largo de los tres años estudiados muestra pocos cambios con destinos en APS entre el 25% y el 30%³ (Fig. 2).

Teniendo en cuenta que el 60% de los pediatras trabajan en Atención Primaria y el 40% en hospital, el déficit previo de plazas de Pediatría no ocupadas por especialistas y las jubilaciones de los próximos 10 años, consideramos que el 70% de las plazas de formación de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas deberían ser destinadas a pediatras cuya salida profesional fuera la APS⁴, y el 30% restante a otros aspectos de la Pediatría, como unidades de hospitalización, urgencias o subespecialidades pediátricas.

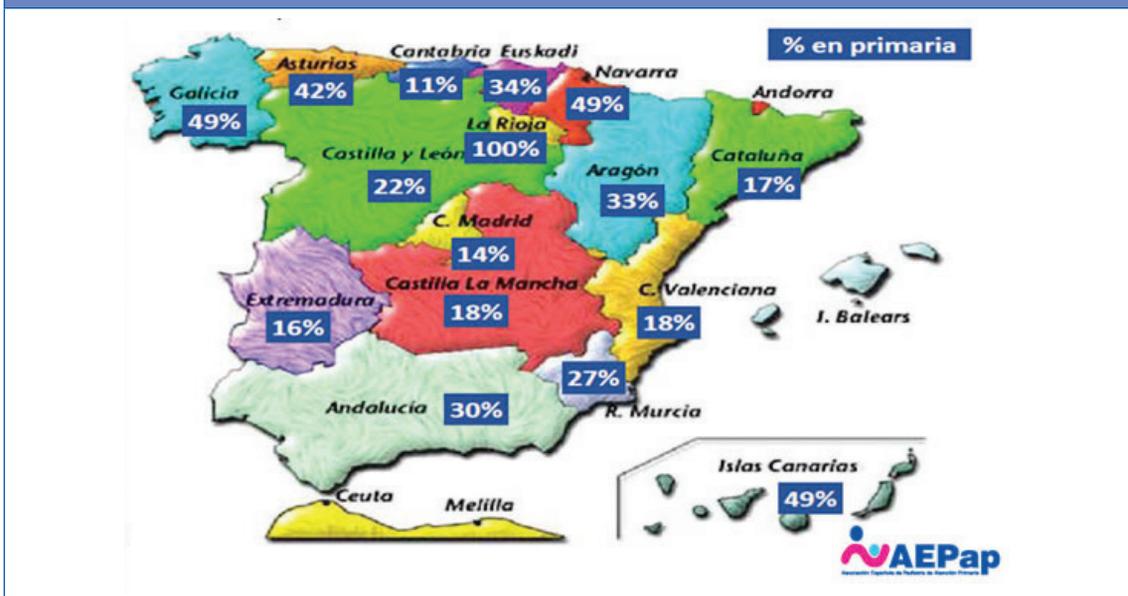
LA ADECUACIÓN LAS TARJETAS INDIVIDUALES SANITARIAS FORTALECE LA PAP

La AEPap ha defendido que el máximo de TIS que podría atender de manera satisfactoria un PAP sería de 1000 TIS/PAP. Pero, en el momento actual, existe un problema estructural de falta de profesionales en Atención Primaria, de forma que no hay coberturas de bajas, ausencias en vacaciones, permisos de formación, etc.

Nuestra propuesta sería solicitar cobertura total de las ausencias, pero dado que no existen sustitutos, cada profesional tiene que asumir los pacientes del compañero. Ante ello habría que adoptar dos medidas.

Por un lado, dado que realizamos un mayor trabajo que cuando solo atendemos nuestro cupo de pacientes, debería haber una compensación económica por el exceso de trabajo. Alguna comunidad, como por ejemplo la cántabra, lo ha establecido en 80 euros diarios a repartir entre los compañeros que se hacen cargo de la atención del pediatra ausente⁵.

Figura 2. Porcentaje de residentes de Pediatría cuyo primer trabajo es en Atención Primaria entre los años 2014-2016³



Por otro lado, para que la asunción del cupo del compañero o parte de él sea posible, habría que tener los cupos con un menor número de TIS para poder realizar la asistencia en condiciones de seguridad para el paciente.

Por ello, se debería realizar una adecuación o dimensionamiento adecuado de la plantilla, con lo que, en la situación actual, no consideremos asumible más de 900 niños por pediatra.

Según los datos del Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y su portal de Atención Primaria (los datos de TIS por pediatra del Ministerio de 2017)⁶, existen siete comunidades con más de 1000 niños por pediatra y doce, además de Ceuta y Melilla con más de 900 (Fig. 3).

Las necesidades de pediatras, para que en todas las comunidades autónoma hubiera menos de 1000 TIS/pediatra, sería de 383 pediatras más y la necesidad de pediatras para que la media de cada comunidad autónoma fuera menos de 900 TIS/pediatra sería de 913 pediatras más.

En la **Tabla 2** se puede observar las necesidades, comunidad por comunidad, para 1000 TIS/PAP y para 900 TIS/PAP.

EL AUMENTO DE LAS PLAZAS MIR FORTALECE LA PAP

A medio y largo plazo es necesario el aumento de formación MIR en Pediatría y en todas las especialidades.

El número actual de MIR de Pediatría es 433. Si la rotación de Primaria, que es de tres meses, se aumentara a seis meses, se podría aumentar la capacidad docente actual en un 6% ($433 \times 3 \text{ meses} = 1299 \text{ meses}$; $1299 / 12 / 4 = 27 \text{ residentes más}$).

Los meses que los MIR de Pediatría rotan por AP en tres meses suponen 1299 meses de formación en los que el MIR se desplaza y deja disponibles plazas de formación en el hospital. Si aumentamos la rotación en Atención Primaria de tres a seis meses supondría un incremento en la capacidad de docencia hospitalaria de 1299 meses, equivalente a poder formar a 27 residentes más. Estos 27 residentes suponen un 6,25% de la capacidad docente.

Es imprescindible aumentar más la capacidad docente, teniendo en cuenta el déficit actual y las necesidades futuras por jubilaciones.

Figura 3. Semáforo de la asistencia pediátrica según el número de TIS/pediatra en cada comunidad autónoma⁶

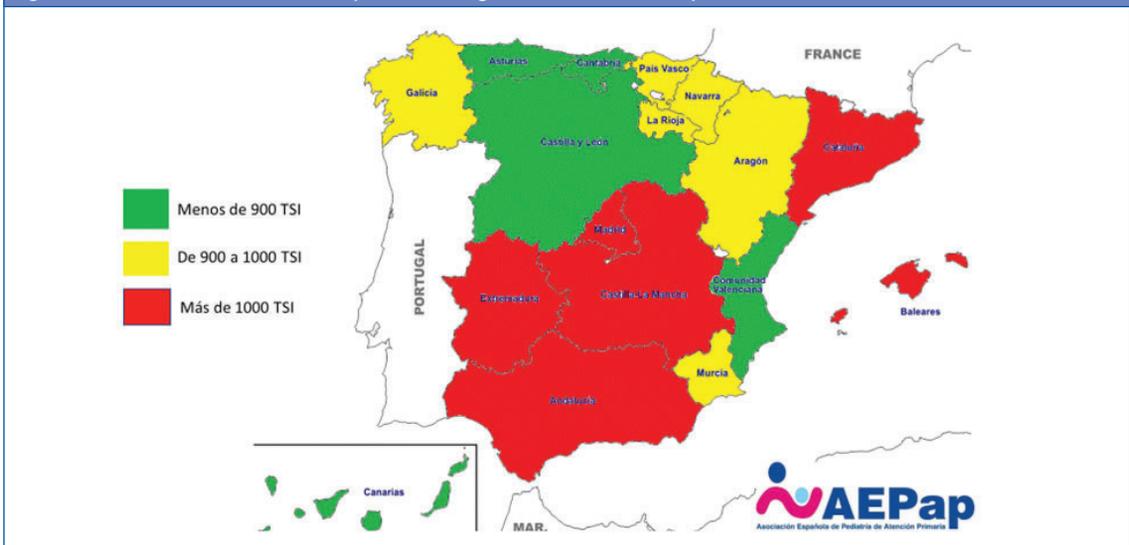


Tabla 2. Comunidades con más de 1000 niños/pediatra y pediatras necesarios para compensarlo/necesidad de pediatras para cupo medio de 900 niños⁶

Comunidad	Plazas PAP	N.º TIS	N.º PAP para 1000 TIS/PAP	PAP necesarios	N.º PAP para 900 TIS/PAP	PAP necesarios
Andalucía	1218	1042	1187	48	1318	198
Aragón	182	989			200	18
Asturias	127	812				
Baleares	143	1113	159	16	177	34
Canarias	317	848				
Cantabria	92	872				
Castilla y León	281	896				
Castilla-La Mancha	255	1057	270	15	300	45
Cataluña	1030	1139	1173	143	1303	273
Comunidad Valenciana	803	889				
Extremadura	136	1043	142	6	158	22
Galicia	327	941			342	
Madrid	920	1162	1069	149	1188	268
Murcia	241	963			258	17
Navarra	106	939			110	4
País Vasco	339	918			364	7
La Rioja	44	939			46	2
Ceuta y Melilla	24	1284	30	6	34	10
Total	6506		6900	383	7420	913

PAP: pediatras de Atención Primaria; TIS: tarjeta individual sanitaria.

Si consideramos una cifra teórica mínima de 530 residentes de Pediatría/año, podríamos pasar de 433 a 460 por el aumento del 6% de la capacidad docente que conlleva el incremento del tiempo de la rotación por AP. El resto, 70 residentes, necesarios para llegar a la cifra teórica de 530 dependería del incremento de un 15% de la capacidad docente hospitalaria.

EL MANTENIMIENTO DE LAS OPOSICIONES DIFERENCIADAS DE PAP Y DE FEA DE PEDIATRÍA FORTALECE LA PAP

En las Ofertas Públicas de Empleo (OPE) se deben respetar las categorías de PAP y de FEA de forma diferenciada, de acuerdo con el Real Decreto 184/2015 de 13 de marzo que establece el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías del personal estatutario en los servicios de salud^{7,8}.

En el momento que se realizaran convocatorias únicas de Pediatría, serían los gestores hospitalarios los

que decidirían el puesto de trabajo a ocupar por los profesionales de Pediatría, con el riesgo que ello conlleva de una disminución de los efectivos para la APS.

Un aspecto importante también para el mantenimiento de la Pediatría en la APS es que se priorice el tiempo trabajado en centros de salud en los barrios de las oposiciones para Atención Primaria. El examen debe evaluar las competencias de AP. No se pueden facilitar comisiones de servicio automáticas de AP al hospital, para evitar la fuga de pediatras al medio hospitalario. Se debe evitar el uso indebido de la figura del pediatra de área, puesto funcional que pensamos desde nuestra asociación que debería desaparecer⁹.

Además, debería haber una armonización en todas las autonomías en cuanto a los servicios sanitarios ofertados, asegurando la cohesión y la equidad del Sistema Nacional de Salud, ya que de otra forma se produciría una discriminación dependiendo de la región española donde residan las familias¹⁰.

CONCLUSIONES

Debilitan la PAP:

- Prolongar la especialidad de Pediatría.
- Prolongar la edad de atención pediátrica en Atención Primaria.

Fortalecen la PAP:

- Aumento de las plazas MIR.
- Aumento de la rotación por Atención Primaria de los residentes.
- Oposiciones diferenciadas de PAP y de FEA de Pediatría.
- Adecuación de las tarjetas sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gorrotxategi Gorrotxategi P, 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.
2. Informe AEPap en relación a una posible ampliación de la edad de asistencia pediátrica hasta los 18 años (2013). En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 20/03/2019]. Disponible en www.aepap.org/actualidad/noticias-externas/informe-aepap-sobre-ampliacion-edad-pediatrica
3. Castillo Campos L, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Cámara Otegi A, Muñoz Calonge A, Lasa Aranzasti A, Laka Iñurrategi A. ¿A dónde van los residentes cuando terminan su periodo de formación? En: *Revista Pediatría Atención Primaria* [en línea] [consultado el 20/03/2019]. Disponible en <https://pap.es/articulo/12568/a-donde-van-los-residentes-cuando-terminan>
4. Cámara Otegi A, Gorrotxategi Gorrotxategi P, García Pérez R, Lizarraga Azparren MA, García Ulazia G, Lasa Aranzasti A. ¿A dónde van los residentes de Euskadi cuando terminan su periodo de formación? *Bol Soc Vasco-Nav Pediatr*. 2017;118:12-6.
5. Acuerdo de salida de la huelga en el ámbito de la Pediatría del Servicio Cántabro de Salud. 20 de noviembre de 2017. En: Confederación Estatal de Sindicatos Médicos [en línea] [consultado el 20/03/ 2019]. Disponible en www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/11/Doc_salida_huelga.pdf
6. Portal estadístico del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad [en línea] [consultado el 20/03/2019]. Disponible en <http://pestadistico.inteligen.ciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/Informe.aspx?IdNodo=23508>
7. Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. En: *Boletín Oficial del Estado* [en línea] [consultado el 10/03/2019]. Disponible en www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-3717-consolidado.pdf
8. Gorrotxategi Gorrotxategi P. Marco legal de la Pediatría de Atención Primaria y sus consecuencias para la atención infantil. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2015; 8;107-9.
9. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Valls Durán T, Sánchez Díaz MD, Peix Sambola MA, Suárez Vicent E, Junta Directiva de la AEPap. Influencia de las formas de organización en la asistencia a la población infantil en España. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018;20:e39-e53.
10. Sánchez Pina C, Palomino Urda N, de Frutos Gallego E. Dieciséis formas de atención al niño y al adolescente. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2011;4;66-8.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AEPap: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **APS:** Atención Primaria de Salud • **FEA:** facultativo especialista de área • **MIR:** médico interno residente • **OPE:** Ofertas Públicas de Empleo • **PAP:** Pediatría de Atención Primaria • **TIS:** tarjetas individuales sanitarias.