

Propuesta sobre Pediatría de Atención Primaria

PLATAFORMAS EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE CASTILLA Y LEÓN

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. La asistencia al niño enfermo en España	4
1.2. Marco Normativo. La Asistencia Pediátrica en el Sistema Nacional de Salud.	5
1.2.1. Marco Normativo	5
1.3. Calidad Asistencial y Gasto Sanitario en el SNS	8
1.4. La Pediatría de Atención Primaria. Un bien a preservar	10
2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA. CAUSAS Y CONDICIONANTES	11
2.1. Demografía y características del territorio	11
2.1.1. Dispersión geográfica	12
2.1.2. Despoblación y envejecimiento	13
2.2. Principales problemas de salud de la población pediátrica	14
Mortalidad e indicadores de salud	14
Causas de morbimortalidad	14
Otros problemas de salud prevalentes:	15
2.3. La Pediatría en Atención Primaria. Gestión del Sacyl. ¿Hay un modelo?	16
2.3.1. Déficit de Pediatras.	16
Profesionales no especializados en plazas de Pediatría	16
Evolución demográfica de la plantilla de Pediatras de Atención Primaria	18
2.3.2. Castilla y León y las categorías de Pediatría	18
2.3.3. Condiciones laborales.	19
Retribuciones, jornada anual y carrera profesional	19
Sustitución de las ausencias o permisos reglamentarios. Acumulaciones	19
Horario: horarios de mañanas, tardes, deslizante y acabalgado	19
Falta de incentivos para las plazas de difícil cobertura	20
Descanso post-guardia	20
Situación de la enfermería pediátrica	20
2.3.4. La figura del Pediatra de Área	21
Origen y características	21
Problemática (Informe de la SEPEAP, APAPCYL y SCCALP):	22
2.3.5. ¿hay un modelo en Castilla y León para la Pediatría de Atención Primaria?	26
3. PROPUESTAS CON CARÁCTER INMEDIATO	27
3.1. Presupuestarias	27
3.2. Recursos humanos	27
3.3. Mejoras laborales, incentivos y medidas de fidelización	28
3.4. Formación	28
4. PROPUESTAS A MEDIO Y LARGO PLAZO	29
4.1. Modelo de Pediatría de Atención Primaria en CyL	29
4.2. Políticas gestoras en el Sacyl. Participación social y de los profesionales	29
4.3. Aumento presupuestario y orientación del gasto	29
4.4. Medidas en el ámbito estatal y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud	30
5. CONCLUSIONES	31

Propuesta sobre Pediatría de Atención Primaria

PLATAFORMAS EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE CASTILLA Y LEÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. La asistencia al niño enfermo en España

La Asociación Española de Pediatría (AEP) afirma que en España la alta calidad del modelo pediátrico de atención sanitaria se basa en que la atención a los niños en todos los niveles asistenciales es realizada por pediatras. Para la AEP “esto conforma una situación envidiable y es un ejemplo para el resto de países europeos pues este modelo ha demostrado salvaguardar con éxito la salud en todos los ámbitos infanto-juveniles, constituyendo un entorno seguro y estable para las familias”.

A lo largo de la Historia, la población infantil ha sido un sector marginado. En el aspecto sanitario, podemos señalar que la Pediatría contemporánea surge a principios del siglo XIX, debido a las influencias culturales, sociales y científicas de la época, que hacen que el niño sea tratado como tal y no como un adulto.

A finales del siglo XIX la Pediatría adquiere autonomía en la enseñanza médica. En 1876 se funda en Madrid el Hospital del Niño Jesús, el primero exclusivamente pediátrico. En el siglo XX la moderna formación pediátrica se inicia en las Escuelas Profesionales y se consolida con la apertura de hospitales (infantiles, universitarios y de la Seguridad Social), la vertebración del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la instauración del sistema MIR.

El nacimiento y la consolidación de la Pediatría moderna como una disciplina diferenciada obedece a una serie de condicionamientos bastante bien definidos:¹

- El boom demográfico, el desarrollo económico y los avances sociales experimentados tras la Segunda Guerra Mundial en el mundo occidental, con el consecuente crecimiento científico y técnico promovieron el desarrollo de sistemas de asistencia específicos para la población infantil.
- Las peculiaridades derivadas de la asistencia al niño, que reside en los propios atributos biológicos de una época de la existencia humana que va desde el nacimiento hasta la adolescencia, y durante el cual tienen lugar los fenómenos peculiares del crecimiento y maduración evolutiva, en íntima relación con los del

¹ Brines Solanes J. Ensayo sobre el nacimiento y desarrollo de la Pediatría. En: AEP CdS, editor. Valencia; 2002

medio habitual del niño: familiar, escolar y socio-ambiental, del que es inseparable (E. Sánchez-Villares), justificaron la necesidad de una formación diferenciada y específica.

- El enorme progreso de la medicina, caracterizado por un gran desarrollo tecnológico y de los conocimientos médicos, la colectivización de la asistencia sanitaria y la implantación de la medicina preventiva y social

Los últimos 60 años han supuesto un progreso espectacular en el que destaca el desarrollo de las subespecialidades pediátricas y de la Pediatría de Atención Primaria. Actualmente, la subespecialización es una vía incuestionable para hacer avanzar la Pediatría tanto en la clínica como en la investigación y la docencia, sin perder de vista al niño en su integridad.

1.2. Marco Normativo. La Asistencia Pediátrica en el Sistema Nacional de Salud.

1.2.1. Marco Normativo

El referente normativo básico de nuestro sistema sanitario es la Constitución Española.² El artículo 43 consagra como principio rector el Derecho a la Protección de la Salud, cuya tutela corresponde a los poderes públicos. Este artículo se desarrolla en La Ley General de Sanidad (LGS) 14/86 de 25 de abril,³ que establece:

1. Universalización de la asistencia sanitaria e Igualdad sustancial de toda la población en cuanto a prestaciones sanitarias, en el acceso y en el régimen de prestación.
2. El marco territorial, organizativo y funcional del SNS:
 - a. Cada Comunidad Autónoma ha creado un Servicio de Salud integrado, que se coordina a nivel estatal en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
 - b. En cada territorio se delimitan y constituyen las Áreas de Salud (formadas por varias ZBS-zonas básicas de salud- con su centro de Atención Primaria correspondiente así como el Hospital de referencia. La gestión corresponde a la Gerencia Provincial _
 - c. Dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada.

Las funciones desarrolladas por los profesionales de la Gerencia Regional de Salud están reguladas por la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la Ley 55/2003 sobre el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, la Ley 2/2007 del Estatuto Jurídico Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, el RD 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y otras normas de la Comunidad.

² Constitución Española. 1978.

³ Ley General de Sanidad (LGS) 14/86 de 25 de abril.

Además de la tarea asistencial hay otra serie de funciones que quedan relegadas por esta y que apenas se planifican en la jornada de trabajo de los profesionales, como son las funciones investigadora y docente, y la función de gestión y control de la calidad.

En Castilla y León la actividad dependiente de la Gerencia Regional de Salud está determinada por:

- La Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León.
- La ley de Salud Pública y Seguridad Alimentaria de Castilla y León.
- La ley de derechos y deberes de las personas en relación con la salud y su desarrollo y aplicación a través del Plan de garantía 2007-2011.
- Las líneas de actuación prioritarias en materia de salud para el Gobierno de Castilla y León.
- El IV Plan de Salud que se constituye como referencia de la planificación estratégica de salud de nuestra Comunidad Autónoma, cuya evaluación debería permitir avanzar en un mayor conocimiento del nivel de salud de los castellanos y leoneses y de los factores determinantes del mismo, con una vigencia de ocho años..

La descentralización del Sistema Nacional de Salud ha permitido un acercamiento de la administración sanitaria a la población, así como mayores posibilidades de autonomía en la gestión, pero al mismo tiempo plantea el reto de mantener las características del sistema: universalidad, igualdad, financiación pública y equidad (Ley General de Sanidad, 14/1986 de 25 de abril).

Estos y otros principios relacionados con la coordinación están recogidos en la LGS, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud⁴, que concretan los instrumentos de colaboración y establecen la composición y funciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), “con la finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado”.

Esta última cuestión es especialmente importante en nuestra Comunidad, caracterizada por su extensión geográfica, el envejecimiento y la dispersión de su población.

1.2.2. La Asistencia Pediátrica en el SNS y la Pediatría de Atención Primaria

Según la Comisión Nacional de Especialidades Médicas, la especialidad denominada Pediatría y sus Áreas Específicas se define como “la medicina integral del periodo evolutivo comprendido desde la concepción hasta el fin de la adolescencia”. La pediatría se desarrolla en dos grandes áreas (área clínica y área de Salud Infantil) y su campo de acción comprende:

- los cuidados del niño sano: Pediatría Preventiva

⁴ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

- la asistencia médica integral, total y continuada al niño enfermo: Pediatría Clínica
- cuanto atañe al niño sano y enfermo en sus interrelaciones individuales y en la comunidad con el medio físico y humano en que se desarrolla: Pediatría Social.

En la denominación se hace mención a las “áreas específicas” o subespecialidades pediátricas, originadas por la necesidad de actuaciones formativo-asistenciales especializadas en determinadas edades y en ámbitos concretos de diversos aparatos o sistemas del organismo del niño. En la actualidad existen en la Asociación Española de Pediatría (AEP) 19 áreas específicas.

En España la asistencia pediátrica se desarrolla tanto en los hospitales como en la Atención Primaria. El Peditra de hospital deberá atender aquellos problemas que por su complejidad no puedan resolverse en el primer escalón sanitario. Los Peditras de ambos niveles asistenciales deben coordinarse para establecer criterios de derivación y protocolos actuación, realizar actividades formativas y asegurar el adecuado seguimiento de los pacientes.

La demanda de que las especialidades pediátricas se reconozcan, de la misma manera que las de adulto, no es nueva. Desde hace más de 30 años, el colectivo de peditras reclama el reconocimiento de los profesionales que se han ido formando y ejercen como especialistas en 19 disciplinas diferentes (una de las cuales es la Pediatría de Atención Primaria), así como un programa de formación específico para cada especialidad.

Uno de los argumentos más recurrentes contrario a las especialidades pediátricas es el de que la legalización de las especialidades pediátricas y su establecimiento oficial en los hospitales de referencia podría suponer un incremento en los costes sanitarios.

En el ámbito de la Atención Primaria, la Asociación Española de Pediatría (AEP) cuestiona esta teoría. Afirma que muchos estudios demuestran que la asistencia de los niños y adolescentes por peditras es más eficiente y coste-efectiva, y que cuando los niños son atendidos por peditras especializados el coste por ingresos hospitalarios y atención en urgencias disminuye de forma significativa.⁵

En un estudio publicado en BMJ,⁶ Wolfe et al. ponen de manifiesto que, en términos comparativos, la mortalidad infantil en el Reino Unido, donde decidieron eliminar la presencia de peditras en los centros de Atención Primaria, es más alta que en otros países europeos y que con una adecuada atención en el primer nivel asistencial (AP), las muertes por enfermedades como neumonía, enfermedad meningocócica y asma se podrían haber evitado.

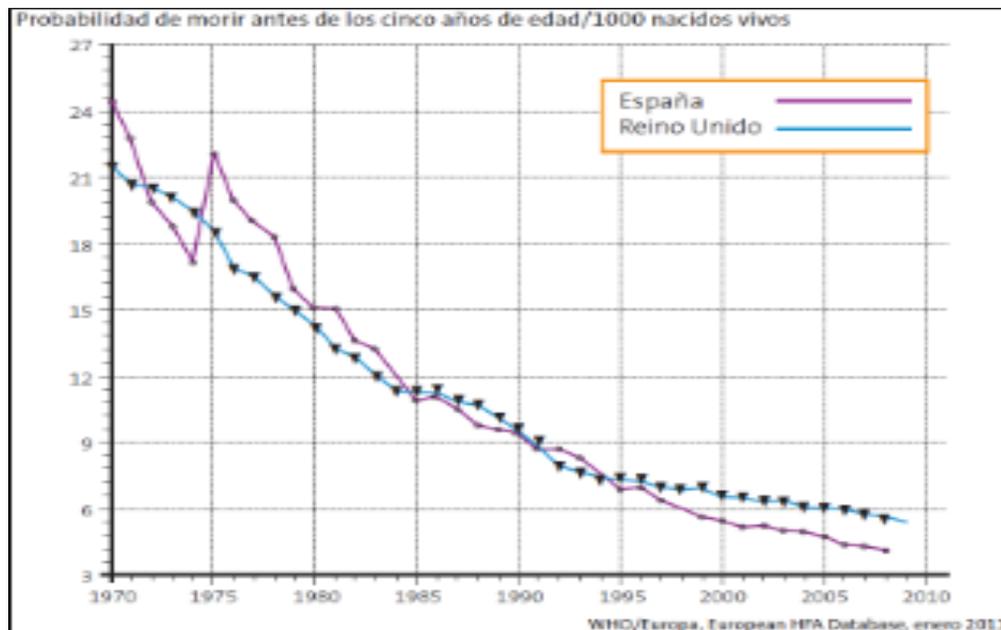
Otros estudios contribuyen a consolidar esta observación; así, por ejemplo, un estudio de Thompson et al⁷ demostró que la mitad de los niños que luego desarrollaron infección meningocócica en el Reino Unido fueron enviados a su casa tras la primera visita a un

5 Asociación Española de Pediatría. Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas. ISBN: 978-84-92848-28-7. Depósito legal: M-41508-2011

6 Wolfe I, Cass H, Thompson MJ, Craft A, Peile E, Wieggersma PA et al. Improving child health services in the UK: insights from Europe and their implications for the NHS reforms. BMJ. 2011;342:d1277

médico de AP. Estos fallos o retrasos diagnósticos, además de la carga personal y familiar a los afectados, supusieron un coste superior a 24 millones de euros en indemnizaciones en los últimos 12 años⁸.

La AEP describe como en los años setenta, la mortalidad infantil en nuestro país era cuatro puntos superior que en el Reino Unido. Tras eliminar la presencia de pediatras en los centros de Atención Primaria las tasas de mortalidad han dado un vuelco y la española se sitúa dos puntos por debajo de la inglesa.



Esta situación ejemplifica que una asistencia pediátrica potente y cualificada permite adecuar los recursos humanos y que cualquier intento de disminuir la eficacia del sistema va indudablemente en detrimento de la salud infantil, y de manera inmediata genera un incremento de los costes sanitarios.

Numerosos países europeos ya incluyen, en mayor o menor medida las especialidades pediátricas, quedando España como uno de los pocos países que aún no han formalizado la labor de estos expertos.

El proceso de reconocimiento de las especialidades pediátricas está amparado por la actual legislación. La AEP subraya que la Ley de Ordenación de las profesiones Sanitarias (LOPS), reconoce la especialidad de Pediatría, y en el nuevo Decreto de Troncalidad, la

7 Thompson MJ, Ninis N, Perera R, Mayon-White R, Phillips C, Bailey L et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. Lancet. 2006;367(9508):397-403.

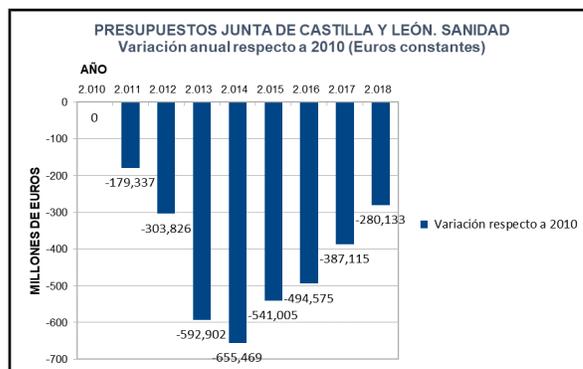
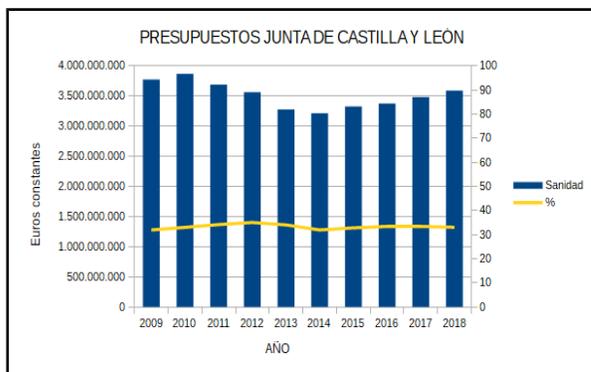
8 Medical Defence Union. GPs face diagnostic difficulties over meningitis. Press release. En: [www.themdu.com/section_GPs_and_primary_care_professionals/topnav_News_3/hidden_Article.asp?articleID=2205&contentType=Media release&articleTitle=GPs+face+diagnostic+difficulties+over+meningitis](http://www.themdu.com/section_GPs_and_primary_care_professionals/topnav_News_3/hidden_Article.asp?articleID=2205&contentType=Media+release&articleTitle=GPs+face+diagnostic+difficulties+over+meningitis); 2010.

Pediatría figura como independiente del tronco común para el resto de especialidades. Por tanto, desde la Asociación Española de Pediatría se insiste en que “existen toda clase de opciones legales para facilitar el reconocimiento de estos profesionales, lo único necesario es contar con decisión política”.

1.3. Calidad Asistencial y Gasto Sanitario en el SNS

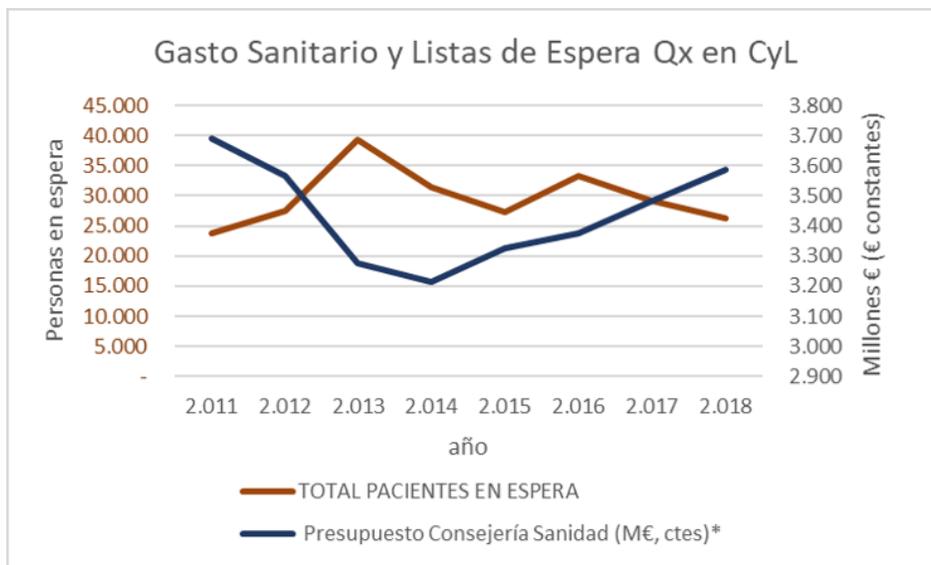
El impacto económico de la actividad sanitaria es importante. Pese al papel del SNS en la cohesión social y redistribución de la riqueza, desde la crisis económica de 2008 hemos asistido a una política de recortes y contención de gasto con gran repercusión en el capítulo de personal y en la capacidad asistencial del SNS.

- En los presupuestos de 2018 aún no se ha recuperado, en euros constantes, la cuantía dedicada en 2010. En estos ocho años, los recortes acumulados se aproximan al presupuesto completo de un año de la Consejería de Sanidad (3.434,36 M€).

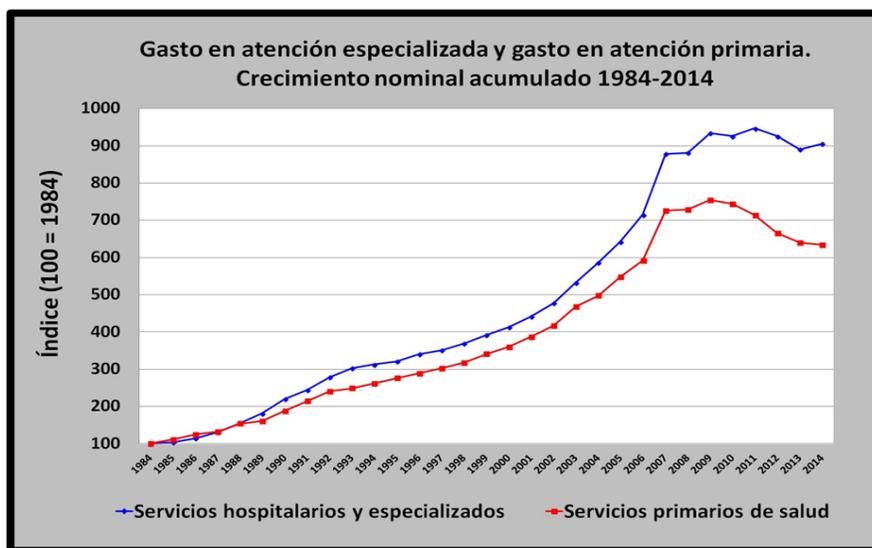


- En su último informe la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) muestra que España lleva dos años disminuyendo su inversión sanitaria respecto a la riqueza nacional (PIB), es decir, que el gasto sanitario aumenta a menor ritmo que el PIB.⁹
- Estas restricciones, que como hemos visto afectan sobre todo a personal, equipamiento e instalaciones, han supuesto una merma en la capacidad asistencial del sistema, que entre otros aspectos se evidencia en las listas de espera.

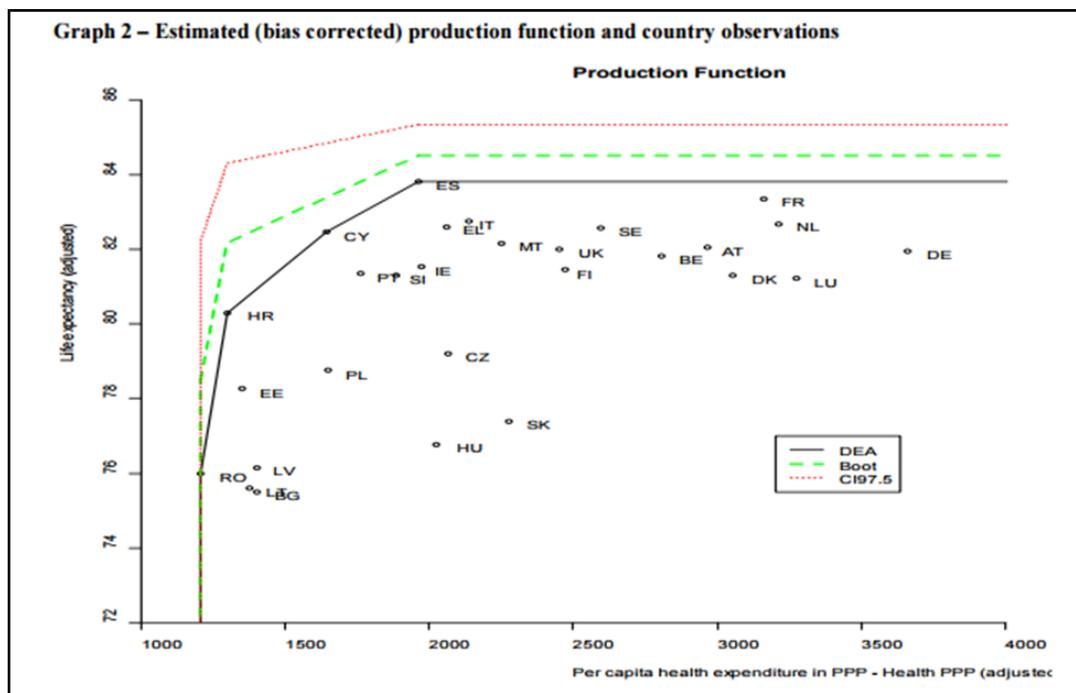
⁹ Jiménez-Martín, S., & Viola, A. A. (2018). Tercer Informe Observatorio de Sanidad de FEDEA. Noviembre 2018 (No. eee2018-26). FEDEA. Disponible en: <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2018-26.pdf>



- Los recortes han afectado en mayor proporción a la Atención Primaria, con lo que llegamos a un escenario de escasez de recursos y de personal en el que no se ha planificado ni asegurado la reposición general de los profesionales.



Pese a los recortes, el SNS español sigue siendo uno de los más eficientes, con resultados equiparables a los de los países mejor situados y con unos costes inferiores al promedio de países de la OCDE.



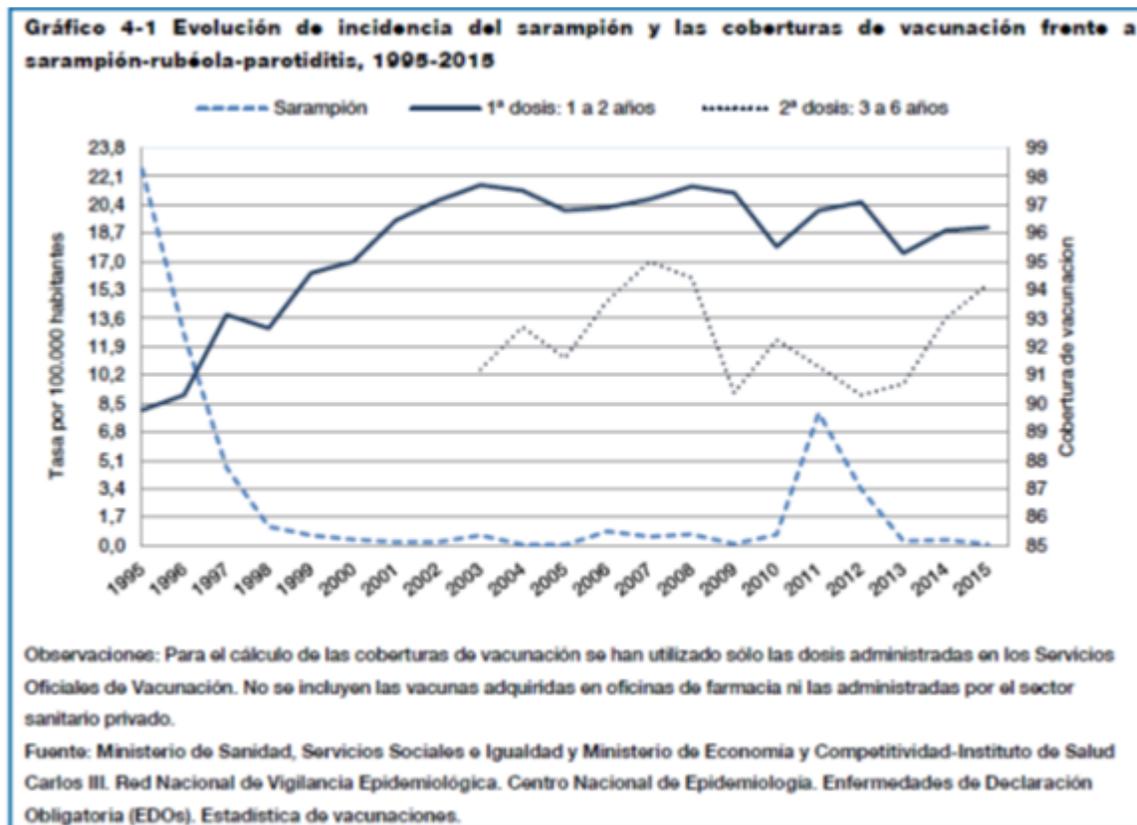
Análisis comparativo de la eficiencia de sistemas sanitarios. Cada país se sitúa en la gráfica en función de su gasto sanitario per cápita y la esperanza de vida de su población. España se sitúa en el punto óptimo, en el que con la máxima esperanza de vida hay menos gasto sanitario. Tomado de: João Medeiros & Christoph Schwierz, 2015. "Efficiency estimates of health care systems," *European Economy - Economic Papers 2008-2015*, 549, Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN), European Commission. <https://doi.org/10.2765/49924>

1.4. La Pediatría de Atención Primaria. Un bien a preservar

En lo que respecta a la calidad asistencial a la infancia (mortalidad, cobertura vacunal...), en España y en Castilla y León se han alcanzado los mejores indicadores de salud de los países de nuestro entorno. Esto da una idea de la calidad y eficiencia de la Pediatría de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

La AEP pone como ejemplo del impacto de este modelo la alta cobertura de vacunación en los primeros años de vida (superior al 95%). Este resultado está claramente relacionado con la actividad de los pediatras de AP, y asegura la protección indirecta de toda la población, a diferencia de otros países europeos donde, para controlar brotes como los del sarampión, han tenido que tomar medidas como la obligatoriedad de la vacunación.

La AEP también afirma que los datos de morbilidad pediátrica de enfermedades graves en nuestro país son mejores que los de otros países como Inglaterra, cuyo SNS ha sido durante décadas una referencia. Así en Gran Bretaña, donde la atención de los niños la realizan médicos generalistas, las tasas de mortalidad de infecciones como meningitis, neumonías y asma son más altas que las registradas en nuestro país; las de supervivencia para algunos tipos de cáncer infantil es más baja, posiblemente asociada con el retraso del diagnóstico, y se constata además un peor seguimiento de los menores con enfermedades crónicas.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2016. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA. CAUSAS Y CONDICIONANTES

2.1. Demografía y características del territorio

2.1.1. Dispersión geográfica

Castilla y León es la Comunidad Autónoma con mayor superficie (94.223 km²). Está compuesta por un total de 9 provincias y 2.239 municipios. El transporte terrestre dentro de la comunidad se ve dificultado por la orografía y el tipo de carreteras (aún no están comunicadas por autovía todas las capitales de provincia). Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la población global referida a 1 de enero de 2016 es de 2.454.455 habitantes (entre 0-14 años es de 297.996 y entre 0-17 años, 358.304),

dispersos en una amplia distribución geográfica. El número de nacimientos en 2016 fue de 16.675 (INE). Si algo define demográficamente a la comunidad es la dispersión y el envejecimiento.



Unidades: Personas

	1 de enero de 2018
Total	
05 Ávila	160.143
09 Burgos	356.119
24 León	466.030
34 Palencia	161.821
37 Salamanca	333.714
40 Segovia	154.407
42 Soria	89.752
47 Valladolid	520.801
49 Zamora	175.906
Castilla y León	2.418.693

Notas:
Los datos son provisionales desde 1 de Julio de 2017

Fuente:
Instituto Nacional de Estadística

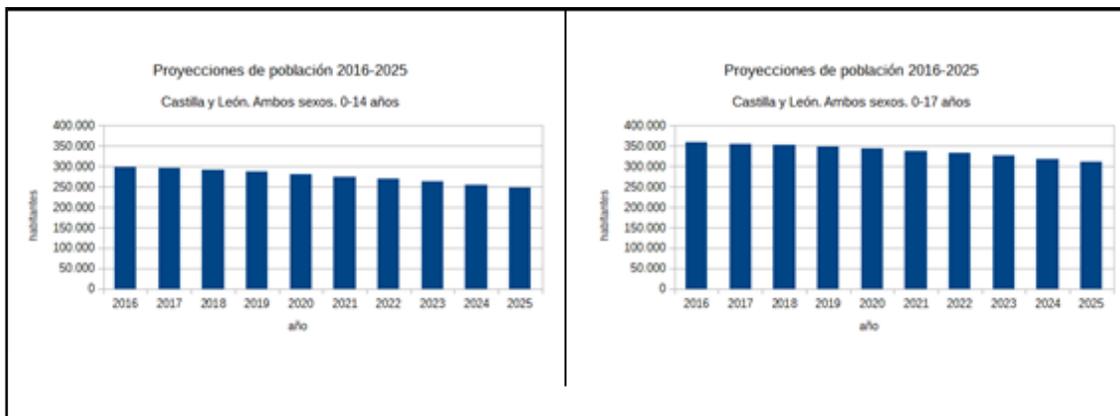
Con datos del año 2017, el 51% de la población de Castilla y León se localiza en municipios de más de 20.000 habitantes, lo que supone un aumento de un 5% respecto al año 1981. Estamos ante la población estrictamente urbana (un total de 1.243.582 habitantes), concentradas en 15 municipios que apenas suponen un 0,7% de todos los municipios de la Comunidad.

El 43,8% de la población castellano-leonesa vive en los 9 municipios de más de 50.000 habitantes que podríamos considerar como las mayores áreas urbanas, un aumento ligero respecto al año 1981. A pesar importancia de la población urbana y su concentración en torno a las principales capitales y centros industriales tradicionales, cabe remarcar el significado geográfico que la población no urbana o rural conserva aún hoy en día en Castilla y León, especialmente en el rango de población de municipios situados entre 1.000 y 10.000 habitantes, un total de 243 que agrupan al 25,6% de la población.

En la actualidad (2017) los municipios de menos de 1.000 habitantes, un total de 1981 suponen el 88,1% de todos los términos municipales de Castilla y León, pero apenas aportan un 17,8% de la población.

2.1.2. Despoblación y envejecimiento

La proyección de población menor de 17 años para nuestra Comunidad hasta el año 2025, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE; herramienta inebase), muestra una situación demográfica con tendencia decreciente.



Proyecciones de población 2016-2025

Resultados provinciales

Población residente a 1 de enero. 0-17 años

Unidades: personas

Ambos sexos

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ávila	24.632	24.279	23.658	23.387	22.942	22.519	22.061	21.533	20.980	20.436
Burgos	56.150	55.890	55.327	54.609	53.945	53.155	52.323	51.302	50.163	49.063
León	62.083	61.536	60.931	60.176	59.386	58.521	57.476	56.393	55.245	54.098
Palencia	22.432	22.390	22.197	22.062	21.877	21.647	21.388	21.077	20.757	20.384
Salamanca	48.739	48.250	47.713	47.087	46.482	45.769	44.957	43.994	43.033	42.096
Segovia	25.449	25.143	24.819	24.434	24.024	23.612	23.153	22.703	22.174	21.634
Soria	13.711	13.561	13.410	13.168	12.973	12.801	12.557	12.329	12.081	11.824
Valladolid	83.435	83.427	83.119	82.451	81.611	80.546	79.158	77.657	75.951	74.074
Zamora	21.673	21.225	20.843	20.357	19.945	19.456	18.925	18.421	17.947	17.433
Castilla y León	358.304	355.701	352.218	347.731	343.188	338.025	331.999	325.409	318.331	311.043
Rioja, La	55.160	54.907	54.484	53.973	53.405	52.715	51.734	50.676	49.597	48.497

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Proyecciones de población 2016-2025

Resultados provinciales

Población residente a 1 de enero. 0-14 años

Unidades: personas

Ambos sexos

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Ávila	20.323	19.952	19.602	19.214	18.746	18.247	17.754	17.239	16.628	16.075
Burgos	46.930	46.539	45.993	45.384	44.559	43.588	42.640	41.523	40.150	39.015
León	51.304	50.760	50.140	49.334	48.480	47.550	46.602	45.461	44.276	43.132
Palencia	18.610	18.500	18.347	18.171	17.941	17.699	17.398	17.123	16.806	16.483
Salamanca	40.275	39.849	39.311	38.665	37.853	37.032	36.227	35.291	34.193	33.302
Segovia	21.128	20.787	20.440	20.041	19.640	19.149	18.641	18.234	17.708	17.243
Soria	11.256	11.108	10.982	10.778	10.590	10.379	10.153	9.920	9.632	9.362
Valladolid	70.532	70.141	69.498	68.502	67.352	65.948	64.328	62.665	60.765	58.992
Zamora	17.638	17.324	16.923	16.472	16.044	15.640	15.190	14.760	14.233	13.762
Castilla y León	297.996	294.959	291.236	286.561	281.204	275.231	268.934	262.216	254.391	247.368
Rioja, La	46.422	46.111	45.653	44.866	43.974	43.031	42.039	40.938	39.701	38.623

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

2.2. Principales problemas de salud de la población pediátrica

Mortalidad e indicadores de salud

La tasa de mortalidad infantil es similar a la media nacional y muestra una clara tendencia descendente en los últimos 10 años. Datos provisionales del INE para 2014 la sitúan en 2.58 por cada 1000 nacidos (2,89 en el total nacional). Otros indicadores del nivel de salud muestran datos excelentes (agua potable, saneamiento, cobertura vacunal >94%, desnutrición...).

Causas de morbimortalidad

Para comprender mejor el estado de salud de la población, es preciso conocer las causas y tasas de muerte, la morbilidad hospitalaria y las enfermedades de declaración obligatoria.

En pediatría las causas de ingreso más frecuentes son:

- Bronquitis y asma, edad <18 sin complicaciones.
- Esofagitis, gastroenteritis y miscelánea trastornos digestivos, edad<18 sin complicaciones.
- Otitis media y otras infecciones ORL, excepto laringotraqueitis, edad 0-17.
- Neumonía simple y pleuritis edad <18 sin complicaciones.
- Infecciones de riñón y tracto urinario edad 0-17.
- Accidentes e intoxicaciones.

En los hospitales que tengan maternidad y servicio de neonatología, hay que añadir:

- recién nacido normal >2,5 Kg sin intervenciones significativas.
- neonato, >2,5 Kg, sin intervenciones significativas con problemas menores.
- neonato, >2.5 Kg sin intervención significativa con problema mayor.
- neonato, >2,5 Kg sin intervención significativa con otros problemas.

Las causas de muerte más frecuentes en pediatría son:

Menores de 7 días:

- prematuridad y bajo peso (50-60%)
- anoxia y trauma obstétrico (10-15%)

7-28 días de vida:

- malformaciones mayores e infecciones (más frecuente)
- RNPT, bajo peso, anoxia y trauma obstétrico

1-12 meses: síndrome de muerte súbita (sobre todo entre 6-12 meses)

Las causas más frecuentes en mayores de un año se exponen en la siguiente tabla (datos INE 2013).

	De 1 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años
001-102 I-XXII.Todas las causas	100	100	100	100
090-102 XX.Causas externas de mortalidad	22,8	18,0	31,1	47,8
009-041 II.Tumores	20,0	39,2	29,5	18,4
050-052 VI-VIII.Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	12,1	13,8	12,4	9,4
083-085 XVII.Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas	11,7	8,3	5,7	3,1
086-089 XVIII.Sintomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (2)	7,6	4,1	1,6	3,4
044-045 IV.Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5,9	4,6	3,1	3,7
001-008 I.Enfermedades infecciosas y parasitarias (1)	5,5	2,8	3,1	1,6
062-067 X.Enfermedades del sistema respiratorio	5,2	0,9	4,1	3,7
042-043 III.Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	3,1	1,8	2,1	1,6
053-061 IX.Enfermedades del sistema circulatorio	2,8	4,1	4,7	6,0
068-072 XI.Enfermedades del sistema digestivo	1,7	0,5	1,0	0,5
082 XVI.Afecciones originadas en el período perinatal	1,4	0,9	0,0	0,5
077-080 XIV.Enfermedades del sistema genitourinario	0,3	0,5	0,0	0,3
046-049 V.Trastornos mentales y del comportamiento	0,0	0,0	0,5	0,0
074-076 XIII.Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,0	0,5	1,0	0,0

Otros problemas de salud prevalentes:

Para una adecuada planificación de los recursos hay que tener en cuenta varias cuestiones epidemiológicas que se han consolidado en los últimos años:

1. Aumento de grupos de población con situación socioeconómica desfavorable, que empieza a repercutir en aspectos de salud infantil: malnutrición, deficientes condiciones ambientales en el hogar (pobreza energética, higiene...).
2. “Reaparición” de enfermedades infecciosas (tuberculosis, brotes de sarampión y tosferina, casos de difteria...).
3. Aumento de la supervivencia y de las necesidades asistenciales de niños afectados de enfermedades crónicas. En 2013, según datos del SNS el porcentaje de niños entre 7 y 8 años con sobrepeso y obesidad era de casi un 43%. Otros procesos como los oncohematológicos, respiratorios o neurológicos también precisan de recursos y cuidados.
4. Ampliación de la edad pediátrica hasta los 18 años, tal y como recoge el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013 -2016 (II PENIA) aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013.

2.3. La Pediatría en Atención Primaria. Gestión del Sacyl. ¿Hay un modelo?

Es de lamentar que pese al análisis de necesidades de médicos especialistas llevado a cabo por la Consejería en el año 2008, en el que se fijaban los siguientes objetivos para la fidelización de profesionales, ninguno se haya puesto en marcha:

- Mejorar condiciones laborales e incrementar expectativas de desarrollo y promoción profesional.
- Estructuración de un nuevo sistema retributivo.
- Desarrollo Carrera Profesional potenciando desempeño, formación, docencia e investigación.
- Mejora de las condiciones laborales que se ofertan al personal que por necesidades del **servicio deba ser contratado con carácter temporal. (Contratos más estables).**

La última situación de pérdida de profesionales sanitarios en el mundo rural, se ha producido tras la ejecución parcial de la Orden SAN/91/2014 de 13 de febrero por la que se aprueba el plan de Ordenación de Recursos Humanos para la Reestructuración de la Atención Primaria en la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y el Decreto 5/2014 de 13 de febrero por el que se planifican y ordenan las actuaciones necesarias para llevar a cabo la reestructuración de Atención Primaria en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. En total se han amortizado 59 plazas de médicos y 37 plazas de enfermería.

2.3.1. Déficit de Pediatras.

Profesionales no especializados en plazas de Pediatría

La Asociación Española de Pediatría afirma que actualmente el número de pediatras de Atención Primaria disponible en nuestro país se puede calificar de precario ya que, entre el 15-30% de los niños, según las áreas, no dispone de un pediatra de AP para su atención.¹⁰

En 2018 la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) ha publicado una encuesta sobre la situación de la Atención Primaria.¹¹ Los resultados muestran que en Castilla y León, al igual que en otras comunidades, se permite que la asistencia en plazas de pediatría la realicen otros médicos que no poseen la titulación de pediatra.

En nuestra comunidad esta situación afecta sobre todo a las zonas rurales. Hay algunas provincias en las que el porcentaje de plazas sin pediatra es especialmente llamativo:

¹⁰ Posicionamiento de la AEP sobre la situación de la Pediatría de ATENCIÓN PRIMARIA. 27 de abril de 2018. Disponible en:

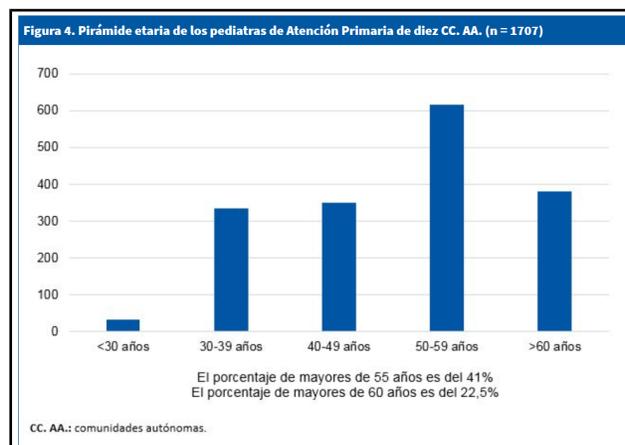
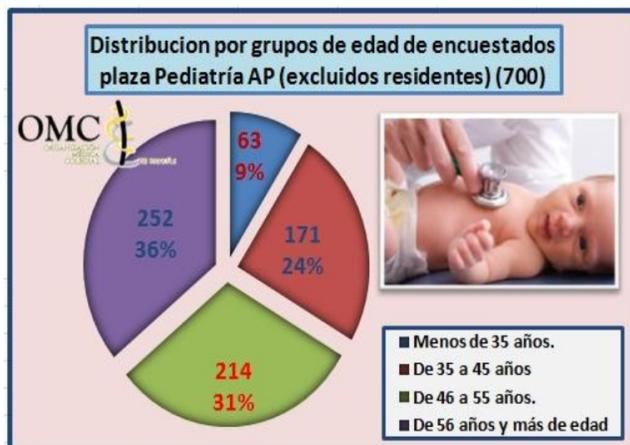
https://www.aeped.es/sites/default/files/20180427_aep_posicionamientopediatriaap.pdf

¹¹ 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.

Salamanca	37	35	4	36	2,7
Segovia	20	11	8	14	30,0
Soria	11	5	6	6	45,5
Valladolid	63	44	20	63	0,0
Va.este		23			
Va.oeste		21			
Zamora	18	12	6	18	0,0
TOTAL CYL	285	211	75	261	8,4

Evolución demográfica de la plantilla de Pediatras de Atención Primaria

El recambio generacional de las plantillas es uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta el Sistema de Atención Primaria. En la encuesta realizada en 2014 por la OMC¹² se señalaba que el 36% de los médicos de AP tenían más de 55 años. Por su parte la encuesta de la AEPAP de 2018 muestra que el 41% de los pediatra de AP tienen más de 55 años (más de 60 años el 22,5%).



Datos demográficos de las plantillas de Pediatras de Atención Primaria según la encuesta de 2014 de la OMC¹¹ (izquierda) y la encuesta de 2018 de la AEPAP¹⁰.

2.3.2. Castilla y León y las categorías de Pediatría

Castilla y León es la única Comunidad Autónoma en la que están unificadas las categorías de Pediatra de Atención Primaria y Pediatra de Hospital. Este hecho provoca problemas en cuanto a:

12 Encuesta sobre la situación del Médico de Atención Primaria en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. OMC. Disponible en: <https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2016/01/ENCUESTA-OMC.pdf>

- La movilidad de profesionales fijos.
- El acceso a un puesto fijo, ya que los ejercicios de las oposiciones no se adecúan al perfil de Atención Primaria.

Hay consenso entre los pediatras de AP y hospitalarios en la crítica a esta situación y la petición de que se separen ambas categorías.

2.3.3. Condiciones laborales.

Además de las características particulares de los pediatras de Área, hay varias cuestiones laborales comunes que contribuyen a desincentivar a los profesionales:

Retribuciones, jornada anual y carrera profesional

En Castilla y León, pese a haberse superado las condiciones de crisis económica que argumentó el Gobierno para aumentar la jornada anual (pasando de 35 a 37,5 horas semanales) y congelar sueldos y carrera profesional, ninguna de estos retrocesos se han recuperado.

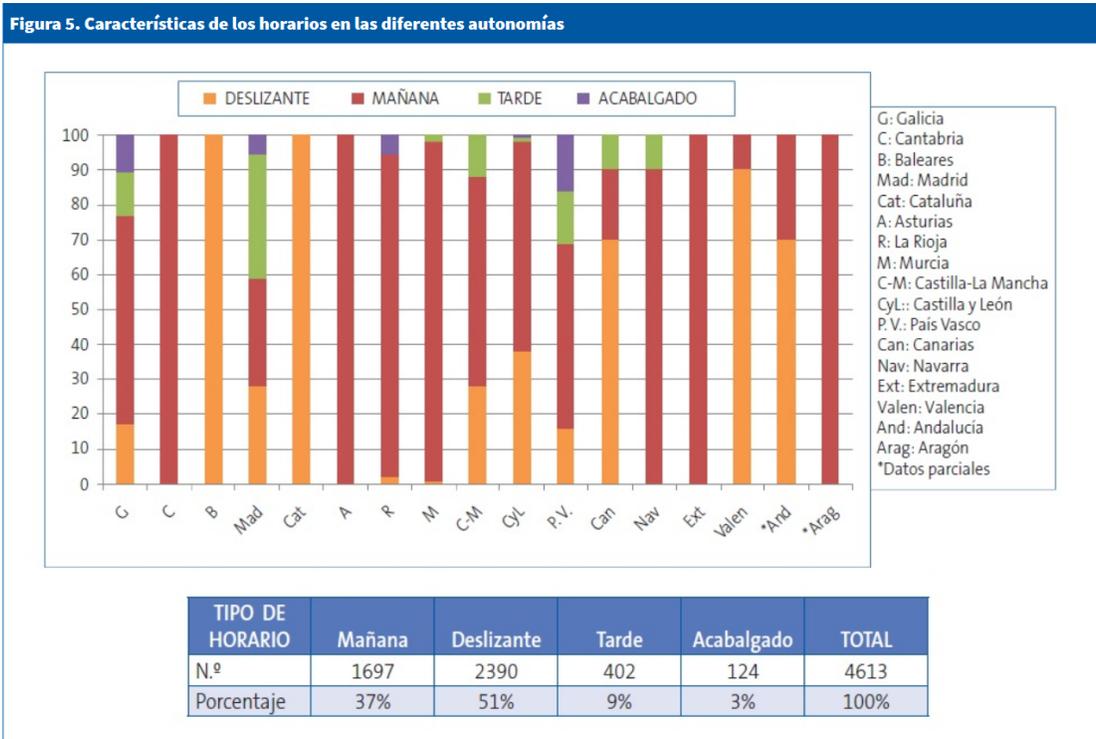
Sin embargo, otras comunidades vecinas de Castilla y León ofrecen mejores condiciones laborales y retributivas. Si se quiere atraer y fidelizar a pediatras es preciso mejorar las que se ofrecen en Castilla y León.

Sustitución de las ausencias o permisos reglamentarios. Acumulaciones

En Castilla y León se sustituye menos del 25% de los días de ausencia, siendo en ocasiones inexistentes, lo que incluso provoca que permisos para formación sean denegados, dificultándose la actualización necesaria en la profesión médica.

Horario: horarios de mañanas, tardes, deslizante y acabalgado

Según la encuesta de la AEPAP en Castilla y León casi el 40% de las plazas son deslizantes (alternan cuatro mañanas y una tarde). Un pequeño porcentaje de las plazas están asociadas a horario de tarde o a horario acabalgado.



Falta de incentivos para las plazas de difícil cobertura

En Atención Primaria, las plazas rurales, y las pediatrias de Área son las más afectadas por la falta de pediatras. En la actualidad no hay ningún tipo de incentivo (económico, puntos por tiempo trabajado para oposiciones o concurso de traslados, integración en redes y proyectos de investigación, formación y docencia...).

A día de hoy no se percibe por los pediatras que los concursos de traslados sean una realidad consolidada en cuanto a periodicidad anual y oferta de todas las vacantes. Esto hace que se rechacen plazas en sucesivas convocatorias de oposiciones, ya que los candidatos prefieren seguir siendo interinos a obtener una plaza en propiedad sin perspectiva realista de movilidad a medio plazo.

Descanso post-guardia

En general las gerencias de Atención Primaria no autorizan la libranza tras las guardias. Esto desincentiva a trabajar en AP a pediatras jóvenes interesados en mantener competencias del pediatra de hospital mediante la realización de guardias en el/los hospitales de su Área de Salud.

Situación de la enfermería pediátrica

Según la encuesta de 2018 de la AEPAP, en la mayoría de las provincias de Castilla y León la enfermera debe atender a varios cupos de Pediatría, e incluso en Ávila y Soria, atiende a alguno de adultos. A pesar de la creación de la especialidad de enfermería pediátrica en 2005, la repercusión de esa nueva especialidad en la asistencia infantil en Atención Primaria es escasa o nula. La enfermería con especialidad pediátrica no se puntúa en los

baremos de las ope de AP, solo se puntúa si tienen la especialidad de familia y comunitaria.



2.3.4. La figura del Pediatra de Área

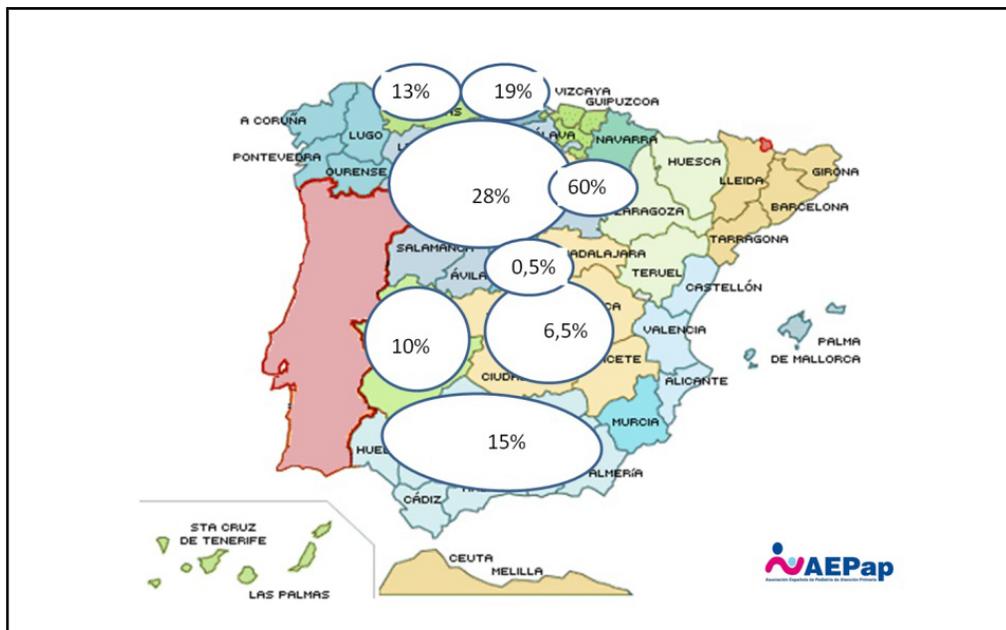
Origen y características

En la resolución que crea esta figura se justifica alegando que en algunas zonas básicas de salud (sobre todo rurales) no existe una población suficiente que justifique disponer de un pediatra. La resolución dispone que puedan agruparse en dos o más zonas para poder disponer de un pediatra. Este asume tareas de consultor y la realización de los controles de salud, con muy precario apoyo de enfermería.¹³

Las Asociaciones de Pediatría opinan que perfil de contratación laboral de Pediatría de Área debería haber desaparecido de toda España. Las comunidades en las que sigue existiendo ese tipo de profesionales son: La Rioja, Castilla-La Mancha, Cantabria, Asturias, Andalucía y Castilla y León.

En Castilla y León, la tendencia es al aumento de esta figura. Según la encuesta de la AEPAP, casi el 30% de las plazas de pediatría corresponden a esta figura (se ha pasado de un 26% en 2014 según datos de la SEPEAP, APAPCYL y SCCALP, a un 28% en 2018).

¹³ Resolución de 23 de julio de 1998, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crea la figura de Pediatra de Área en Atención Primaria, y se ordenan sus funciones y actividades. En: Boletín Oficial del Estado [en línea] [consultado el 19/09/2018]. Disponible en boe.es/boe/dias/1998/08/06/pdfs/A26738-26740.pdf



Esta figura fue concebida como un apoyo a los Equipos de Atención Primaria para dar cobertura pediátrica ocasional y asesoramiento y supervisión a los médicos de familia y asegurar ciertas prestaciones sanitarias, principalmente el desarrollo de las actividades programadas para la población infantil, en las zonas básicas de salud en las que no se dispusiera de médico pediatra.

Sin embargo, paulatinamente las funciones de la categoría de Pediatra de Área de Atención Primaria han ido asimilando las funciones de Pediatra de Equipo, hasta alcanzar una práctica identidad funcional, siendo buena muestra de ello el hecho de que los Pediatras de Área también desarrollan las actividades no programadas y de consulta a demanda directa, conllevando además en muchos casos la responsabilidad de la atención sanitaria que deriva de la asignación de tarjetas sanitarias, e incluso dándose la situación irregular de atender una sola Zona Básica de Salud que reuniría los criterios demográficos suficientes para justificar la presencia de un pediatra de EAP.

En nuestra Comunidad la situación actual es que la mayor parte de las (escasas) plazas de nueva creación son de área a pesar de no cumplir con los criterios de la normativa, además de encontrarse en una situación de precariedad laboral y discriminación respecto a los Pediatras de Equipo, con cargas de trabajo inasumibles, desplazamientos que restan disponibilidad, aislamiento laboral, etcétera, con el consiguiente perjuicio asistencial a la población.

Problemática (Informe de la SEPEAP, APAPCYL y SCCALP):

Las características contractuales, laborales y funcionales hacen que estas plazas no sean atractivas para los profesionales, además de no haber demostrado conseguir para la población una prestación asistencial equiparable a la prestada por los pediatras de

equipo. Prueba de ello son irregularidades como las señaladas en el informe de la SEPEAP, APAPCYL y SCCALP: ¹⁴

1ª) La población asignada en muchas ZBS alcanza la población óptima para dotar al equipo de un pediatra de plantilla, es decir las 600-800 TIS.

La Resolución del 23 de julio de 1998 justifica la creación de una pediatría de área cuando los Equipos de Atención Primaria y sus correspondientes Zonas Básicas de Salud rurales no reúnan los criterios demográficos pertinentes, en este caso se podrán agrupar dos o más zonas para que un médico pediatra desarrolle su labor.

El informe de estas sociedades de Pediatría afirma que se está incumpliendo la norma en bastantes casos, con el detrimento en cuanto disponibilidad del profesional pediatra en cuestión, que sólo está a tiempo parcial. Se da además la circunstancia de que el Pediatra de Área no tiene definidos cupos óptimos, mínimos ni máximos (de hecho no tiene TIS asignadas en la mayor parte de los casos) por lo que la adjudicación de población o número de zonas básicas es arbitraria, a criterio del Gerente de turno.

2ª) Plazas con demarcación exclusiva en una Zona Básica de Salud.

En estos casos el pediatra funciona a todos los efectos como un pediatra del EAP, es decir atiende a pacientes que pertenecen a una única ZBS, con cupos altos y el profesional no se desplaza a otros centros, realizando las funciones propias de un Pediatra de Equipo y no de apoyo a ningún Médico de Familia.

Esta circunstancia enmascara las verdaderas necesidades reales de plazas de pediatras de EAP y desvirtúa nuevamente el espíritu con el que fue creada la figura del pediatra de área.

Un ejemplo manifiesto de esta tendencia es la presencia de Pediatras de Área en equipos urbanos o núcleos rurales con elevada población pediátrica o la intención de algunos Gerentes de asignar plazas de Pediatras de Área en Puntos de Atención Continuada urbanos.

EL informe de 2014 señala que pese a estar en 2007 identificadas 30 plazas de pediatría de área que funcionaban a todos los efectos como pediatrías de EAP, y a la disposición manifestada por la Consejería para reconvertirlas a plazas de equipo, esto no se ha hecho. La tendencia en los últimos años cuando la población pediátrica crece en una determinada ZBS no es crear una plaza de pediatría de EAP, sino incrementar en una segunda e incluso en una tercera pediatría de área esa ZBS.

De forma generalizada, con alguna excepción, el complemento retributivo de las TIS (tarjetas sanitarias) que tiene asignadas el pediatra de área no le son remuneradas, ni a él ni a ningún médico de familia del equipo. La explicación dada en las distintas Gerencias de Atención Primaria consultadas, es que el pediatra de área no tiene derecho

¹⁴ Informe sobre la Pediatría de Área en Castilla y León. SEPEAP, APAPCYL y SCCALP. Valladolid, Octubre 2014.

al mencionado complemento retributivo porque no se contempla la adscripción directa de TIS, sino el complemento en productividad fija según el número de ZBS asignadas: dos, tres o más de tres.

3ª) Las funciones de los pediatras de área exceden en la gran mayoría de los casos de las que les son inherentes a su puesto.

Los pacientes menores de 14 años atendidos por los pediatras de área tienen o deberían tener un médico de familia asignado, el cual debe prestar atención médica en primera instancia al paciente. En el caso de que el médico de familia necesite asesoramiento para el adecuado diagnóstico y seguimiento del paciente, es cuando debe solicitar la participación del pediatra de área correspondiente.

Sin embargo esto actualmente es excepcional; los pacientes acuden al pediatra de área directamente sin intermediación del médico de familia, para consultas de cualquier tipo, además de cumplir con sus funciones específicas como son los programas de la cartera de servicios, la educación sanitaria, campañas de vacunación y actividades de promoción de la salud. Todo lo anterior lo debe realizar en parte de su jornada laboral, porque la otra parte la debe seguir realizando en otra ZBS y otra parte viajando.

Como excepción, en Salamanca y Palencia el pediatra de área únicamente cumple las funciones que le son propias (curiosamente en estas provincias hay proporcionalmente menos plazas de pediatra de área a pesar de la dispersión geográfica).

También se observan casos en los que a médicos de familia de área de una ZBS se les adjudican funciones de pediatría de área, para descargar la sobrecarga asistencial de los pediatras de área de la misma, algo que no se corresponde con las funciones del médico de familia de área.

4ª) La asistencia médica del pediatra de área incluye en bastantes casos la atención urgente.

En este caso la norma reguladora antes aludida lo deja claro: el pediatra de área debe prestar asistencia médica tanto ambulatoria como domiciliaria con carácter programado, siendo el médico general del niño, el que preste la atención sanitaria urgente, tanto ambulatoria como domiciliaria.

5ª) Plazas de Pediatría de Área ocupadas por médicos de familia.

Ante la precariedad de estas plazas muchos profesionales recién formados rehúsan realizar este trabajo, y prefieren otros destinos laborales, aunque esto suponga abandonar la comunidad autónoma u optar por trabajar en la medicina privada. Es en esta situación cuando los equipos directivos de Atención Primaria contratan a médicos de familia para trabajar de “pediatras” de pacientes que ya tienen un médico de familia asignado. ¿Es esto una perversión del sistema? ¿Los padres de estos pacientes están al tanto de la situación?

Al margen del comentario particular que esto pueda suscitar, la titulación requerida según la base Tercera de la Resolución del 28 de julio, es la del título de Especialista en Pediatría. La falta de dicha titulación impedirá inexcusablemente efectuar el nombramiento. Una vez más se incumple la norma.

6ª) Planificación arbitraria de las plazas de Pediatría de Área.

Las plazas se organizan sin criterios de dispersión geográfica de las zonas implicadas, lo que redundará en mayores tiempos de desplazamiento del profesional con la consecuente menor disponibilidad del mismo.

La tendencia actual cuando la población pediátrica crece en una determinada ZBS no es crear una plaza de pediatría de EAP, sino incrementar en una segunda e incluso en una tercera pediatría de área en ese equipo, sin justificación en función de la magnitud de la población pediátrica, como indica la norma.

Esta tendencia se ha venido manifestando en las últimas Ofertas Públicas de Empleo: En los últimos años se han ofertado como plazas de Pediatría de Área, plazas en Puntos de Atención Continuada (PAC), donde los pediatras de Atención Primaria realizan turnos de atención continuada modalidad B, indistinta e independientemente de la labor asistencial que se realice en los EAP en que estén ubicados. En ningún caso estas plazas son vacantes puesto que no existen como tal en Atención Primaria para pediatras, solo existen plazas de PAC para médicos de familia en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

7ª) Precariedad laboral del pediatra de Área

Otras consideraciones que pueden hacerse de la dificultad del trabajo del pediatra de área son la inadecuada retribución de estos profesionales, con labores y cargas de trabajo similares a los pediatras de EAP (Equipo Atención Primaria), pero con diferencias considerables en este concepto.

- No existe una cobertura económica real de los desplazamientos que deben efectuar, ni se tienen en cuenta los seguros ante la mayor siniestralidad a la que se ven sometidos como consecuencia de la dispersión geográfica de muchas ZBS.
- Las consultas en muchos consultorios rurales están escasamente equipadas y con poca o ninguna colaboración del personal de enfermería de los equipos en la realización de las actividades programadas del pediatra,

Hay más ejemplos de las dificultades con las que tropiezan a diario estos profesionales para desarrollar su labor y que repercuten en la asistencia:

- La asignación de tareas que no le son propias, sumado a la masificación en algunas consultas, teniendo que realizar desplazamientos a las distintas zonas básicas, supone una sobrecarga asistencial que dificulta la prestación de una asistencia de calidad y la adecuada programación de las actividades preventivas

- En estos casos en los que el pediatra de área asume la atención directa de los niños, ésta no se realiza a diario, debido a los desplazamientos a varias ZBS, con una asistencia a tiempo parcial que no puede garantizar la continuidad asistencial propia de la atención primaria.
- Gran desmotivación de los profesionales por la continua falta de consideración a su trabajo, agresión a sus condiciones laborales y pérdida significativa y progresiva de sus retribuciones en mayor medida que otros trabajadores públicos.
- La dificultad para realizar las funciones formativas, docentes e investigadoras dentro del horario laboral, en mayor medida que otros profesionales.
- El aislamiento y la dispersión dificultan en mayor grado la coordinación con otros pediatras y con otros profesionales (enfermería, pediatras de hospital...), lo que redundará una vez más en una peor calidad asistencial

2.3.5. ¿hay un modelo en Castilla y León para la Pediatría de Atención Primaria?

El modelo descrito en los apartados previos se caracteriza por estar centrado en criterios economicistas y de contención de plantillas, al tiempo que demuestra una nula previsión y planificación de la evolución demográfica de la plantilla.

Esto tiene como resultado la aparición periódica de “crisis” por la falta de profesionales para dar cobertura tanto en ZBS como en hospitales comarcales e incluso en algún hospital provincial. Y la respuesta a dichas “situaciones imprevisibles” es la improvisación.

La Consejería insiste en organizar los recursos ciñéndose a ratios de población atendida por profesional, obviando aspectos como la distancia, la dispersión, el número de consultorios de cada ZBS, la accesibilidad de los mismos...

La unificación de categorías de AP y hospital es una “peculiaridad de Castilla y León cuestionada por los pediatras del Sacyl, tanto hospitalarios como de Atención Primaria. No ha contribuido a mejorar la asistencia ni la distribución de recursos humanos, ni ha demostrado con evidencia científica que mejore resultados asistenciales. Hay mucho por mejorar en la continuidad asistencial de la Atención Primaria con la Atención Hospitalaria y con el ámbito sociosanitario.

Tampoco tiene un aval de evidencia la figura del pediatra de Área. Parece una medida más dirigida a que sobre el papel toda la población pediátrica disponga de pediatra. No importan la accesibilidad real al pediatra ni la calidad real de la asistencia. Y mucho menos las condiciones laborales.

La escasez de la Enfermería con dedicación exclusiva a Pediatría muestra el escaso interés real por el desarrollo de la Pediatría en Atención Primaria. El trabajo en equipo es vital para una asistencia de calidad, tanto en los programas de seguimiento al niño sano, como en la atención a niños con enfermedades crónicas, además de la colaboración para la asistencia a demanda.

En este contexto organizativo, las condiciones laborales no facilitan la llegada y fidelización de profesionales: salarios peores que en comunidades próximas, falta de

incentivos a las zonas de difícil cobertura, falta de sustituciones, acúmulos, dificultades para hacer efectivos los descansos post-guardia, falta de manutención en las guardias, inexistencia de un sistema de traslados periódico y “fiable”, temporalidad...

Tampoco se han promovido otros incentivos profesionales: formación, investigación, programas de salud comunitaria, carrera profesional...

Por último, señalar la mínima voluntad de que haya una participación real, efectiva y mantenida en el tiempo de los ciudadanos en el sistema sanitario. Los consejos de Salud apenas se reúnen, y sus contenidos son mínimos.

3. PROPUESTAS CON CARÁCTER INMEDIATO

3.1. Presupuestarias

Aumento de la partida destinada a atención primaria en los presupuestos de 2018.

1. Capítulo I (personal) y capítulo VI (inversiones).
2. Aumento lineal y porcentual respecto al presupuesto total de la consejería (al menos un 19% en 2019 y un 20% en 2020).
3. Manutención en las guardias,
4. Mejora del parque móvil. Vehículos a disposición de los pediatras. Mejora de la compensación por uso de vehículo propio.

3.2. Recursos humanos

1. Separar las categorías de Pediatra de AP y Pediatra de hospital.
 - Respetar las categorías profesionales diferenciadas de pediatra de AP y de pediatra de hospital en las oposiciones autonómicas y nacionales según el Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo.
2. Convocar oposiciones y traslados anuales en AP.
 - Priorizar el tiempo trabajado en centros de salud en los baremos de las oposiciones de Atención Primaria.
 - El examen debe evaluar las competencias de AP.
 - Regular la movilidad mediante concursos de traslado anuales y de todas las vacantes. No facilitar comisiones de servicio automáticas de primaria al hospital, para evitar la fuga de pediatras al medio hospitalario.
3. Planificación detallada de renovación de plantillas, que incluya previsiones (cronograma de jubilaciones) y medidas para su reemplazo.

4. Fin de las amortizaciones encubiertas. Ofertar a bolsa todas las vacantes. Sustituir todas las ausencias.
5. Aumento de plantilla de Licenciados especialistas en Pediatría. Ordenación de los recursos pediátricos en Atención Primaria:
 - Potenciar equipos.
 - Evitar el uso indebido de la figura del pediatra de área. Integrar l@s profesionales de Área en Equipos y planificar la reconversión de las plazas de Área a plazas de Equipo.
6. Aumentar la plantilla de Enfermería Pediátrica. Las sociedades de Pediatría de Castilla y León (APAPCYL y SCCALP) y la SEPEAP afirmaban en su informe de 2014 que más de la mitad de los niños no tienen enfermera de pediatría en los centros de salud y si existe es compartida con otros profesionales. Apostaban por el trabajo en equipo y la necesidad de que pediatra y enfermera formen una unidad funcional que potencie el trabajo de la enfermera de pediatría. Señalaban que la cartera de servicios infantiles demuestra indicadores más altos de calidad y cantidad de actividad y servicios hacia la población infanto-juvenil en las zonas donde hay enfermería con dedicación preferente a la infancia.

3.3. Mejoras laborales, incentivos y medidas de fidelización

1. Equiparación salarial con otras comunidades.
2. Jornada de 35 horas.
3. Garantizar el descanso post guardia.
4. Acúmulos: sólo si no hay posibilidad de sustitución pese a haberla ofertado. Límite mensual y anual. Remunerar los acúmulos.
5. Incentivar las plazas de difícil cobertura: carrera profesional, puntos por tiempo trabajado, complemento económico, posibilidades reales de formación e investigación.
6. Incentivar a los profesionales únicos por turno, plazas alejadas, turnos de tarde.
7. Facilitar la movilidad de l@s profesionales. Concurso abierto y permanente real (anual y de todas las vacantes).
8. En las OPEs, que las vacantes ofertadas sean de equipo (reconvertir las de Área si es preciso)

3.4. Formación

La formación de los profesionales de Atención Primaria debe contemplarse en tres niveles:

- Estudios de Medicina y Enfermería: la formación en el campo de A. Primaria debe tener visibilidad con un espacio específico, dotado de medios y docentes adecuados.
- Formación postgrado. En la formación MIR la pediatría de A. Primaria debe ser considerada como una subespecialidad pediátrica que requiere un tiempo de formación adecuado.
- En el ejercicio de la profesión, se debe considerar como parte del trabajo la asistencia a cursos de actualización, asistencia a sesiones clínicas de los equipos de A. Primaria de la ZBS, sesiones conjuntas con pediatras del ámbito hospitalario, y todo aquello que contribuya a incrementar los conocimientos.

4. PROPUESTAS A MEDIO Y LARGO PLAZO

4.1. Modelo de Pediatría de Atención Primaria en CyL

1. Potenciar la figura del Equipo de Pediatría en Atención Primaria. Todo pediatra debe pertenecer a un equipo, en el que compartir trabajo, formación, un proyecto de salud para la población, desarrollar programas de salud comunitaria y de investigación. >En ese sentido, se propone centralizar los servicios de Pediatría de pueblos distantes o de plazas que atienden varias localidades pequeñas, priorizando la atención en el centro de salud de cabecera, optimizando los recursos y evitando desplazamientos innecesarios a los profesionales durante la jornada laboral.
2. Por tanto se insiste en reconvertir las plazas de Pediatra de Área de Atención Primaria a plazas de Pediatra de Equipo de Atención Primaria
3. Se considera imprescindible implementar sistemas de mejora de la accesibilidad de los pacientes a los recursos sanitarios. Se propone organizar un sistema de Transporte a la demanda. La reorganización indicada en los dos puntos previos condicionaría gravemente la equidad si no se asegura lo señalado en este tercer punto.
4. Adecuación de recursos humanos a las fluctuaciones estacionales de la población en el medio rural.
5. Continuidad de la Atención Primaria con la Atención Hospitalaria y con el ámbito sociosanitario. Hacer más atractivo el trabajo del pediatra de AP, con una responsabilidad compartida de enfermos crónicos con el hospital que capacite al pediatra de AP y posibilite su mayor desarrollo. Se incluyen aquí posibles rotaciones por el hospital siempre organizadas adecuadamente.

4.2. Políticas gestoras en el Sacyl. Participación social y de los profesionales

1. Transparencia
2. Participación de la comunidad. Revitalizar los consejos de Salud.
3. Aumentar la presencia de pediatras en las gerencias y cargos organizativos intermedios. Crear la figura del coordinador de Pediatría: pediatra de AP que colaboran con la correspondiente gerencia en la organización de la asistencia infantil, elegido por sus compañeros.
4. Participación real de los profesionales.

4.3. Aumento presupuestario y orientación del gasto

1. Mayor peso de la Atención Primaria (al menos recuperar el 20% del presupuesto de la Consejería).
2. Potenciar los recursos propios (personal e inversiones). Plan de mantenimiento y renovación de instalaciones.
3. Control y reorientación del gasto farmacéutico

4.4. Medidas en el ámbito estatal y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

1. Plan para la renovación generacional de plantillas.
 - Estudios de Medicina:
 - Adecuar el número de plazas de Medicina. Aumentar el número de estudiantes que se forman en las facultades de Medicina.
 - Incrementar la presencia de pediatras de AP como profesores de la universidad, creando plazas específicas.
 - Incentivar y promover las rotaciones de todos los estudiantes de medicina en las consultas de los pediatras de los centros de salud, adecuando el número de créditos ECTS.
 - Formación Sanitaria Especializada (MIR y EIR)
 - Aumentar el número de plazas MIR y EIR de Pediatría.
 - Incrementar la capacidad docente MIR y EIR para Pediatría. Financiar todas las plazas acreditadas.
 - Aumentar la presencia de pediatras de AP en la Comisión Nacional de la especialidad de Pediatría (Solo pertenece a AP uno de sus once miembros).
 - Potenciar la figura de tutor de apoyo con reconocimiento retributivo y curricular.

- Aumentar de forma obligatoria la rotación de los MIR de Pediatría por AP a un mínimo de 6 meses. Dos terceras partes de los pediatras de este país trabajan en los centros de salud, sin embargo, su formación se lleva a cabo de forma mayoritaria en el ámbito hospitalario. Los pediatras no irán a trabajar a AP si no la conocen. Potenciar la figura de tutor de residentes además de tener un reconocimiento retributivo y curricular.
- 2. Regular incompatibilidades del personal sanitario (sobre todo dirección, jefaturas y cargos intermedios)
- 3. Equilibrar la relación con farmaindustria.
- 4. Medidas para recuperar y mejorar la equidad. Fin del copago (sobre todo para la población más vulnerable).

5. CONCLUSIONES

1. En España la alta calidad del modelo pediátrico se basa en que **la atención a los niños en todos los niveles asistenciales es realizada por pediatras**. Sin una Atención Primaria pediátrica fuerte y bien cohesionada con la A. Hospitalaria la asistencia sanitaria a la población pediátrica estará seriamente dañada.
2. En este documento se exponen las fortalezas de la atención pediátrica, que incluyen profesionales con una motivación muy alta para desempeñar la atención al niño en el primer nivel asistencial.

Pero también se exponen las debilidades, derivadas de las características geográficas y demográficas y agravadas por la errónea gestión y planificación de la Junta. Hay escasez de medios en los centros de salud (con infraestructuras mal conservadas), y circunstancias laborales precarias de los profesionales (no sólo en lo económico sino también, como ha quedado expuesto, en otros aspectos). Todo esto daña gravemente el cuidado de los pacientes, en este caso de nuestros niños, desdeñando su enorme impacto no solo en tiempo real sino para el futuro de nuestra comunidad.

3. España, y Castilla y León, lleva casi una década de recortes en Sanidad. Pese a la mejoría económica, en los dos últimos años ha disminuido la inversión sanitaria respecto a la riqueza nacional (PIB). Las restricciones, afectan sobre todo a **personal, equipamiento e instalaciones**. Los recortes han afectado en mayor proporción a la Atención Primaria.
4. En Castilla y León, al igual que en otras comunidades, existe un porcentaje cada vez más amplio de plazas de pediatría de **Atención Primaria sin cubrir por pediatras**, atendidas por médicos que no poseen la titulación de pediatra. Esta situación afecta sobre todo a las zonas rurales. Hay algunas provincias en las que el porcentaje de plazas sin pediatra es especialmente llamativo: 14% en Ávila y León y 30% en Segovia y el Bierzo y 45% en Soria.

Esta **carencia de profesionales** puede atribuirse a **varias causas**: la falta de reposición de las jubilaciones de pediatras, el estancamiento de la oferta de plazas MIR de Pediatría, la falta de atractivo de las plazas de AP para los nuevos pediatras, una población cada vez más demandante, condiciones laborales caracterizadas por horarios prolongados sin incentivos así como el incremento de puntos de difícil cobertura como pueden ser las zonas rurales. Pese al análisis de necesidades de médicos especialistas llevado a cabo por la Consejería en el año 2008, en el que se fijaban los objetivos para la fidelización de profesionales, ninguno se ha puesto en marcha.

5. Castilla y León es la única Comunidad Autónoma en la que están unificadas las **categorías de Pediatra de Atención Primaria y Pediatra de Hospital**. Este modelo no ha demostrado mejores resultados. En cambio es un elemento que desincentiva la llegada de profesionales a Castilla y León. Provoca problemas en cuanto a la movilidad de profesionales fijos y el acceso a un puesto fijo, ya que los ejercicios de las oposiciones no se adecúan al perfil de Atención Primaria. Hay consenso entre los pediatras de AP y hospitalarios en la crítica a esta situación y la petición de que se separen ambas categorías.
6. Hay que **mejorar el modelo** suprimiendo la figura del pediatra de Área, potenciando equipos de Pediatría y facilitando la accesibilidad a la atención sanitaria a toda la población (tanto urbana como en zonas rurales).
7. Si se quiere **atraer y fidelizar a pediatras** es preciso mejorar las condiciones laborales que se ofrecen en Castilla y León. Además, se deben incentivar las plazas de difícil cobertura (compensaciones curriculares, económicas, formativas, docentes e investigadoras).

PLATAFORMAS EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE CASTILLA Y LEÓN

Que está compuesta por: *Anhelo Plataforma por la Sanidad en Aguilar y comarca, Asociaciones Vecinales de Aranda de Duero, Plataforma pro-Sanidad Pública en Astorga y comarca, Plataforma por la Sanidad Pública de Burgos, Asociación Defensa Sanidad Pública de Benavente y Comarca, Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública del Bierzo y Laciana, Plataforma Pro-Hospital de Guardo, Plataforma por la Sanidad Pública de León, Plataforma por la Sanidad Pública en Las Merindades, Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública de Palencia, Plataforma por la Sanidad Pública de Salamanca, Mesa en Defensa de la Sanidad Pública de Segovia, Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública de Valladolid, Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública "Valle de Santullán", Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública en el Valle del Tiétar, Plataforma en Defensa de la Sanidad Rural de Villadiego y Comarca, Movimiento en Defensa de la Sanidad Pública de Zamora.*