



## **SITUACIÓN DE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO. MARZO DE 2007.**

### **Introducción**

La prensa local ha recogido recientemente el malestar de la población por la constatación de que algunas de las plazas de pediatría que oferta Osakidetza no están atendidas por especialistas en pediatría sino por médicos generales o especialistas en medicina familiar y comunitaria. Esta situación no es nueva y, lo que es peor, las perspectivas de futuro no son mejores si no se arbitran soluciones a corto plazo. Las causas de esta situación son varias, vienen de antiguo y afectan a todos los estamentos de la Administración, lo que puede explicar que las responsabilidades se diluyan y nadie asuma como propias las medidas correctoras necesarias. En la década de los noventa había referencias frecuentes a la plétora de médicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), condicionando políticas restrictivas para el acceso a las facultades Medicina. Sin embargo, la tendencia ha cambiado y al igual que ocurre en otros países de Europa la falta de médicos es una realidad.

Hoy en día las plazas que oferta la Universidad para formar médicos parecen estar muy por debajo de las necesidades del país y no solo afecta a la Pediatría sino que es muy probable que a corto plazo afecte a otras especialidades. Pero esta carencia crónica de médicos viene de antiguo y varios países de la Unión Europea llevan años importando especialistas, algunos de España, atraídos por condiciones laborales y económicas mejores que las que aquí disfrutamos. Esta falta de médicos ha hecho que empresas privadas en el ámbito de la Sanidad, y que algunas trabajan concertadas con Osakidetza, hayan traído ya profesionales de Hispanoamérica para responder a sus necesidades.

En el caso concreto de la Pediatría no se conocen:

- las necesidades de especialistas para garantizar una adecuada calidad pediátrica pues el sistema adolece de un Plan Estratégico que contemple las previsiones demográficas,
- las necesidades de pediatras en los hospitales y en la atención primaria,
- la edad media de los especialistas en ejercicio y el reemplazo generacional que precisa,
- los flujos que pueden existir entre la medicina pública y privada y
- los flujos de especialistas entre países, entre otros factores.

El análisis de la situación asistencial pediátrica efectuado por J. Ruiz-Canela y F. Malmierca, publicado en 2.005, reflejaba ya un déficit de pediatras estimado en 570 en atención primaria y 138 en hospitales de la red pública (1). Este informe fue refrendado por las asociaciones pediátricas: Asociación Española de Pediatría (AEP), Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

La asunción de soluciones desde la raíz del problema pasa por el aumento de las plazas en la Universidad y por la mayor oferta de especialistas en Pediatría en las convocatorias para Médicos Internos y Residentes (MIR).

De todos es conocido que la carrera de Medicina tiene una duración de seis años y que la formación MIR son otros cuatro años más por lo que esta solución no sería efectiva hasta dentro de una década. Para agravar la situación, desde el Ministerio se dificulta enormemente la homologación del título de especialista en Pediatría a otros compañeros, generalmente de países americanos, mediante trabas administrativas injustificadas que dificultan el ingreso en nuestro mercado laboral. Se da el caso de que pediatras bien preparados, por estas dificultades para conseguir la homologación de especialista terminan trabajando en la sanidad privada ante la imposibilidad de hacerlo en la pública.

Uno de los riesgos que conlleva esta situación, si no se toman soluciones a corto plazo, es la desaparición del modelo de pediatría de atención integral primaria realizado por pediatras y que ha sido determinante para los buenos datos que ofrece la asistencia pediátrica en este país.

En otros países, como Italia y Estados Unidos de América, también los pediatras están en la atención primaria (AP). Katz (2) reflexiona sobre el modelo europeo de provisión de servicios en AP y encuentra nuestro modelo como más coste/efectivo, ya que implica menos recursos, es más acorde con las particulares necesidades de los niños y disminuye las hospitalizaciones. Otros países como Inglaterra se están planteando crear unidades pediátricas comunitarias. Nuestro modelo de pediatría de atención primaria ejercido por pediatras y una un mayor inversión en Sanidad han demostrado ofrecer los mejores niveles de calidad asistencial para la población infantil.

La AEPap, en diciembre de 2005, ya se pronunció sobre la fragilidad de este modelo cara al futuro si no se abordan de manera eficaz las mejoras necesarias, tanto de personal como de infraestructuras, amén de aportar posibles soluciones a corto plazo (3). A fecha de hoy toda la respuesta recibida ha sido únicamente el reconocimiento por la Administración de una labor realizada desde hace años como es la rotación de residentes de Pediatría por Atención Primaria, dotándola ahora de rango de rotación obligatoria para la formación de todo pediatra.

El modelo de asistencia pediátrica en atención primaria por pediatras es una exigencia social que debemos mantener y Osakidetza y el Departamento de Sanidad han sido sensible a ella. Una prueba de esto es el aumento de la capacidad docente de los hospitales de Osakidetza para formar MIR de Pediatría. Desde hace unos años se forman 20 residentes de pediatría por curso, lo que significa la máxima capacidad docente de la red hospitalaria (incluida la rotación MIR por atención primaria que se viene realizando desde hace años), pero se ha visto que esto no ha sido suficiente para compensar las necesidades de una mayor población pediátrica y su cada vez mayor demanda (aumento de las consultas en atención primaria y en los servicios de Pediatría de los hospitales) ni el recambio generacional por jubilaciones en hospitales y centros de salud.

En lo que respecta al modelo asistencial también Osakidetza ha cambiado sus postulados originarios para asistencia a la población rural. Hace más de quince años, en la Comarca Araba, se inició la cobertura asistencial pediátrica con el modelo presente en otros países europeos: atención a los niños por los médicos de familia y remisión a los pediatras consultores por parte de estos para seguimiento de patologías crónicas, consultas de cuidado y promoción de la salud y para interconsultas de problemas agudos. En estos años ha sido notable el incremento de la población infantil en la provincia de Álava pero este hecho demográfico, contrariamente a lo que se pudiera pensar, no ha reforzado el modelo original sino que lo ha cambiado radicalmente. Ahora todos los niños de la zona rural tienen, nominalmente, a diario un

pediatra para consultas programadas y a demanda, aunque esta sea en muchos casos teórica porque los recursos de personal no se han aumentado. Esta situación y criterios también son aplicables al resto de Comarcas de la red de Osakidetza.

Pero esta situación de preferencia clara por parte de las familias a que sus hijos sean atendidos por especialistas en Pediatría también se da en otros países donde la asistencia médica es privada y las posibilidades de elección son mayores como ocurre en Estados Unidos de América, donde además, la atención pediátrica comprende la adolescencia. Allí son cada vez más las familias que optan por la asistencia por pediatras en detrimento de los médicos de familia (4-5).

En nuestro ámbito y según datos del Instituto Vasco de Estadística, Eustat, las consultas de pediatría de atención primaria en 2005 experimentaron un incremento del 4.5 % con respecto a 2004 con un incremento de plazas de pediatría del 1.7% (6).

Sorprendentemente, en países que han sido referencia de la asistencia integral a la población por parte de los médicos generales, desde el niño al anciano, como es el caso del Reino Unido, se están planteando que el modelo británico de asistencia a la población infantil presenta graves carencias, por la complejidad de la atención pediátrica en los países desarrollados, donde al margen de las enfermedades comunes son cada vez más los problemas sociales y de comportamiento, así como por la falta de incentivación económica de las políticas de salud infantil para los médicos generales, amén de la falta de vocación para trabajar con niños en este colectivo.

Hall y Swoden manifestaban recientemente que las alternativas al cuidado de los niños en el Reino Unido será realizada por una nueva generación de pediatras generales, con la colaboración de especialistas de otras disciplinas, desplazando a los médicos de cabecera (7).

Parece claro que si esta situación se administra con pasividad e indolencia, la pediatría de atención primaria ejercida por pediatras perderá su carácter universal y quedará sólo al alcance de los sectores económicamente más favorecidos y que este paso tiene enormes dificultades para su reversibilidad. Garantizar la calidad de la prestación sanitaria pediátrica en el sistema público, y por pediatras, es una demanda social que debería contemplarse como prioritaria.

## Situación actual.

En este listado recogemos la situación a marzo de 2007. Las plazas ocupadas por médicos de familia o médicos generales (MF/MG) hacen referencia exclusivamente a las plazas estructurales. No se contemplan las sustituciones por bajas médicas, permisos, liberación por euskera, etc. Todas esas situaciones están cubiertas por médicos no pediatras.

Los centros de salud de la Comunidad Autónoma Vasca presentan la siguiente situación:

### Álava

#### Comarca Araba/Araba Eskualdea

Centro de Salud	Pediatras	MF/MG	Observaciones
Abetxuko-Legutiano	1	0	
Aranbizkarra I	1	1	
Aranbizkarra II	2	0	
Casco Viejo	1	1	
Gazalbide	1	1	El MF atiende una jornada de 4 horas.
Habana	1	0	
Lakua-Arriaga	3	0	
Lakuabizkarra	3	3	Dos MG tienen una jornada de 5 horas cada uno.
Nanclares-Murgia	1	0	
Olaguibel	4	0	
Olarizu	1	1	
Rioja Alavesa	1	0	
Salvatierra-Agurain	1	0	
San Martín	5	1	
Sansomendi	1	2	
Zaramaga	1	1	El pediatra y el MF atienden una jornada de cupo.
<b>Totales</b>	<b>28</b>	<b>11</b>	

#### Total de Álava

Corresponde a la Comarca Araba más Llodio y Amurrio

	Pediatras	MF/MG	% Pediatras	% MF/MG
<b>Álava</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>75.0</b>	<b>25.0</b>

## Bizkaia

### Comarca Bilbao

Centro de Salud	Pediatras	MF/MG	Observaciones
Basurto	2	0	
Begoña	1	0	Un pediatra de cupo
Bolueta-Sagarminaga	1	0	
Bombero Etxaniz	2	1	
Casco Viejo	1	0	
Deusto	3	0	Un pediatra de cupo
Gazteleku	2	0	Un pediatra de cupo
Indautxu	2	0	
Javier Sz. de Buruaga	1	0	
La Merced	1	0	
La Peña	2	0	
Otxarkoaga	2	0	
Rekaldeberri	3	0	
San Adrián	1	0	
San Ignacio	1	1	
Santutxu-El Karmelo	2	0	
Santutxu-Solokoetxe	2	0	
Txurdinaga	2	0	
Zorroza-Alonsotegi	2	0	
Zurbaran	1	0	Pediatra de cupo
Totales	34	2	

### Comarca Interior

Centro de Salud	Pediatras	MF/MG	Observaciones
Abadiño	4	0	
Amorebieta	2	0	
Amurrio-Aiala	2	0	
Arratia	2	0	Un pediatra de cupo
Arrigorriaga	2	1	El MF/MG atiendo una jornada de 4 horas
Basauri	7	0	Un pediatra de cupo
Bermeo	2	0	Dos pediatras de cupo
Durango	4	0	Un pediatra de cupo
Etxebarri	1	0	
Galdakao	5	0	
Gernika	2	0	
Lekeitio-Elantxobe	1	0	
Llodio	3	0	

Markina	1	0
Ondarroa	0	1
<b>Totales</b>	<b>38</b>	<b>2</b>

#### Comarca Ezkeralea-Enkarterri

Centro de Salud	Pediatras	MF/MG	Observaciones
Balmaseda	1	0	
Barakaldo	12	0	Dos pediatras de cupo
Gallarta	1	1	El MF/MG atiende una jornada de 4 horas
Muskiz	1	0	
Ortuella	2	0	
Portugalete	6	0	Un pediatra de cupo
Santurtzi	7	0	Un pediatra de cupo
Sestao	4	0	
Sodupe	1	0	
Trapagaran	2	0	Un pediatra de cupo
Zalla-Sopuerta	2	0	
<b>Totales</b>	<b>39</b>	<b>1</b>	

#### Comarca Uribe-Kosta

Centro de Salud	Pediatras	MF/MG	Observaciones
Algorta	5	1	Un pediatra de cupo
Areetza	4	0	
Astrabudua	2	0	
Erandio	2	0	
Gorliz-Plentzia	2	0	
Leioa	4	0	Un pediatra de cupo
Mungia	3	0	
Sopela	3	1	El MF/MG atiende una jornada de 4 horas
Txoriherri	3	0	
<b>Totales</b>	<b>28</b>	<b>2</b>	

#### Bizkaia

Total de Bizkaia. Corresponde a las Comarcas de Bizkaia menos Amurrio y Lloido más Ermua.

	Pediatras	MF/MG	% Pediatras	% MF/MG
<b>Bizkaia</b>	<b>137</b>	<b>7</b>	<b>95.1</b>	<b>4.9</b>

## Gipuzkoa

### Comarca Gipuzkoa Este

Centro de Salud	Pediatras	MF/MG	Observaciones
Alza	2	0	
Amara-Berri	3	0	
Amara-Centro	1	0	
Astigarraga	1	0	
Beraun	2	0	
Bidebieta	1	0	
Egia	2	0	
Getaria-Zestoa	1	0	
Gros	2	0	
Hernani	2	1	
Hondarribia	2	0	
Intxaurrenondo	2	0	
Irun-Centro	3	1	
Irun-Dumboa	3	0	
Iztietia	3	0	
Lasarte	3	0	
Lezo	1	0	
Loiola	1	0	
Oiartzun	2	1	
Ondarreta	4	0	
Orio	1	0	
Parte Vieja	1	0	
Pasai Antxo	1	0	
Pasajes de San Pedro	2	0	
Urnieta	1	0	
Usurbil	1	0	
Zarautz-Zumaia	4	1	
<b>Totales</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	

### Comarca Gipuzkoa Oeste

Centro de Salud	Pediatras	MF/MG	Observaciones
Alegia	1	0	
Andoain	2	0	
Anoeta	1	0	
Aretxabaleta	1	0	
Arrasate	2	1	
Azpeitia	2	0	

Azkoitia	2	0	
Beasain	2	0	
Bergara	2	0	
Billabona	1	0	
Deba	1	0	
Eibar	2	0	
Elgoibar-Soraluze	2	0	
Ermua	3	0	Un pediatra con reducción de 1/3 de jornada.
Eskoriatza	1	0	
Ibarra	1	0	
Legazpia	1	0	
Lazkao	1	0	
Mutriku	1	0	
Oñati	1	0	
Ordizia	1	1	
Tolosa	2	0	
Torrekua	1	0	
Zumarraga	2	0	
<b>Totales</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	

Total de Gipuzkoa

Corresponde a las dos comarcas de Gipuzkoa menos Ermua

	Pediatras	MF/MG	% Pediatras	% MF/MG
<b>Gipuzkoa</b>	<b>85</b>	<b>6</b>	<b>93.4</b>	<b>6.6</b>

### Comunidad Autónoma del País Vasco

Datos globales

	Pediatras	MF/MG	% Pediatras	% MF/MG
<b>CAPV</b>	<b>255</b>	<b>24</b>	<b>91.4</b>	<b>8.6</b>



## Propuestas

Al objeto de conseguir una adecuada atención a la población infantil de la CAPV proponemos:

- Realización de un plan estratégico, estatal y autonómico, que analice las necesidades de pediatras, tanto de atención primaria como hospitalaria, y que aporte recursos económicos y de personal para garantizar una adecuada asistencia pediátrica.
- Mejorar las condiciones laborales, especialmente de los pediatras interinos, para que el ejercicio de la pediatría sea atractivo en la CAPV
- Aprovechar la capacidad docente máxima de los hospitales de la CAPV, contemplando la rotación por atención primaria
- No poner trabas administrativas injustificada a pediatras de otros países, especialmente de habla hispana, para que puedan homologar sus títulos.
- Importar pediatras de otros países, con carácter urgente, hasta garantizar un adecuado reemplazo generacional consecuencia de la puesta en marcha del plan estratégico.
- Contar con la colaboración de las sociedades pediátricas (Asociación Española de Pediatría AEP, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, AEPap, Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría, SVNPy Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria, AVPAP) para el análisis y resolución de los problemas expuestos.

## Referencias

1. Ruiz-Canela Cáceres J y Malmierca Sánchez F. Necesidades de pediatras de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S 145-155
2. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J y Ehrich JHH. Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training. Pediatrics 2002;109;788-796
3. Junta Directiva de la AEPap. El modelo de atención al niño (editorial). Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:549-566.
4. Freed GL, Nahra TA y Wheeler JRC. Which Physicians are Providing Health Care to America's Children? Trends and Changes During the Past 20 Years. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004;158:22-26.
5. Ferris TG, Saglam D, Stattford RS y cols. Changes in the daily practice of primary care for children. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998;152:227-233.
6. Eustat. Estadística Extrahospitalaria Pública en 2005. [http://www.eustat.es/ele/ele0004100/not0004176\\_c.html](http://www.eustat.es/ele/ele0004100/not0004176_c.html)
7. Hall D y Sowden D. Primary care for children in the 21st century. General practitioners must adapt to the changed spectrum of illnesses. BMJ 2005;330:430-1

Marzo de 2007