

## Salvemos la Pediatría de Atención Primaria – 21 propuestas para 2021

### **Las sociedades de Pediatría de AP elaboran una propuesta con 21 medidas para 2021 con el objetivo de “salvar” la Atención Primaria infantil**

- **Los pediatras son los profesionales que mejor atención proporcionan a niños, niñas y adolescentes, pero el déficit en los centros de salud ha hecho que cada vez más menores no tengan acceso a un pediatra de Atención Primaria**
- **AEPap y SEPEAP plantean soluciones como establecer seis meses de rotación obligatoria en AP para los MIR de Pediatría, potenciar la figura del tutor de residentes en centros de salud, especificar el ámbito donde se va a rotar dentro de la especialidad (AP u hospital) y regular los flujos de profesionales desde la administración**
- **Aumentar las plazas MIR de Pediatría y facilitar la conciliación familiar de estos profesionales, también entre las propuestas**

**Madrid, 19 de mayo de 2021.-** El pediatra es el profesional sanitario que mejor atención proporciona a niños, niñas y adolescentes en Atención Primaria. Así lo demuestra una revisión sistemática de 1.150 artículos publicada el año pasado. Además, es el profesional más cercano y en el que más confían muchas familias. Sin embargo, el déficit crónico de estos profesionales en centros de salud de toda España ha hecho que, en la actualidad, muchos menores no tengan asignado un pediatra de Atención Primaria. Para paliar esta situación, las dos sociedades científicas de Pediatría de AP de España -la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)- han elaborado una propuesta con 21 medidas para empezar a implementar en 2021, bajo el título “Salvemos la Pediatría de Atención Primaria”.

Entre las medidas planteadas destaca el aumento de plazas de Formación Sanitaria Especializada (MIR) de esta especialidad, y planificar el recambio generacional, con un registro nacional de necesidades reales de pediatras, así como mejorar las condiciones de ejercicio, de tal forma que sea posible conciliar la vida familiar y profesional y, de este modo, hacer más atractiva la Primaria para los nuevos pediatras. En definitiva, se busca recuperar la pediatría de Atención Primaria, hacerla más atractiva y garantizar la atención de todos los menores por el profesional mejor formado para ello en todos los niveles asistenciales. Éstas son las 21 propuestas:

1. Aumentar el número de plazas MIR de pediatría. Planificar el recambio generacional.
2. Incrementar la presencia de pediatras de AP en la **Comisión Nacional** de la Especialidad (CNE) de Pediatría, para que ésta sea representativa de los profesionales existentes. En la actualidad sólo uno de los 11 miembros de la CNE pertenece al ámbito de la AP. Solicitar que el miembro en representación de los colegios profesionales o de las comunidades autónomas pertenezcan al ámbito de la AP.
3. Crear el Diploma del Área de Capacitación Específica de Pediatría de Atención Primaria para fomentar el adecuado desarrollo del curriculum europeo de formación en AP, reconocido internacionalmente por la Academia Europea de Pediatría y también de sus EPAS (Entrusted professional activities) potenciadas desde el Global Pediatrics Educacional Consortium (GPEC), organismo mundial que regula la formación en pediatría.
4. Crear una comisión nacional o un **registro nacional** de necesidades reales de las diferentes subespecialidades pediátricas, con la intención de regular los adecuados flujos de los nuevos especialistas hacia las áreas deficitarias en pediatras para la población infantojuvenil en las distintas autonomías. Los flujos de profesionales también pueden dirigirse desde las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas favoreciendo el ámbito deficitario.
5. Especificar, dentro del programa de la especialidad, el **ámbito** donde se llevarán a cabo las rotaciones con el fin de evitar la dejación de éstas en el ámbito de la AP.
6. Aumentar de forma obligatoria la **rotación de los residentes de pediatría por AP** a un mínimo de seis meses: dos meses de R1, dos meses de R2 y dos meses de R3, durante los tres primeros años de la residencia. El 60% de los pediatras de este país trabajan en el ámbito de la AP, sin embargo, su formación se lleva a cabo de forma mayoritaria en el ámbito hospitalario. Los pediatras no irán a rotar, ni tampoco a trabajar, en el ámbito de la AP, si no la conocen suficientemente.
7. **Disminuir** la duración de algunas de las **rotaciones obligatorias** muy específicas dentro del hospital, para evitar que esas rotaciones prolongadas limiten la creación de nuevas plazas docentes de pediatría.
8. Potenciar la figura del **tutor del residente** de pediatría desde el centro de salud, con atribuciones equiparables a los tutores de pediatría hospitalarios, además de tener un reconocimiento curricular y retributivo. Los tutores de residentes de AP acudirán de forma obligatoria a las reuniones de la comisión docente mixta interdisciplinar del hospital de referencia.
9. Respetar las **categorías profesionales diferenciadas** de pediatra de AP y de pediatra de hospital (Facultativo Especialista de Área, FEA, de Pediatría) en las oposiciones autonómicas y nacionales según el Real Decreto 184/2015, del 13 de marzo. Priorizar el tiempo trabajado en los centros de salud en los baremos de las oposiciones. El examen debe evaluar, sobre todo, las competencias de AP.
10. Evitar el uso indebido de la figura del pediatra de área, cuando las características demográficas permiten la existencia de plazas de pediatría de AP, y, en la **pediatría rural**, racionalizar el desplazamiento de pacientes o profesionales para mejorar las características de la asistencia

11. No facilitar **comisiones de servicio** automáticas de Primaria al hospital, para evitar la fuga de pediatras al medio hospitalario. Convocar oposiciones y traslados anuales en AP.
12. Unificar las prestaciones de **Enfermería Pediátrica** en AP entre todas las comunidades autónomas. Las diferencias existentes son injustificables. El objetivo es optimizar el tiempo y recursos: se pueden atender mejor y más población infantojuvenil si se trabaja en equipo con enfermería, puerta con puerta, en proporción 1:1. Formar a enfermería en el cribado de la consulta no demorable. Fomentar el reconocimiento de la Enfermería de Pediatría vía EIR.
13. Incentivar y promover las rotaciones de todos los **estudiantes de Medicina** en las consultas de pediatría de los centros de salud, adecuando el número de créditos ECTS.
14. Impulsar los cambios normativos necesarios, de manera coordinada entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, en materia de **acreditación de profesorado universitaria**, de manera que los criterios se adapten a los estándares de práctica asistencial en el ámbito de la APS y faciliten la incorporación de sus profesionales en los cuerpos de profesorado universitario, tal y como proponía el Plan Estratégico 2019.
15. Incrementar en la **asignatura de Pediatría** el temario correspondiente al ámbito de la AP: la prevención y promoción de la salud infantojuvenil, el programa de salud infantojuvenil, el programa de actividades preventivas en la infancia y adolescencia, la vacunación y la pediatría social entre otras.
16. Aumentar la presencia de pediatras en las gerencias y cargos organizativos intermedios. Crear la figura del **coordinador de pediatría**, pediatras de AP que colaboran con las gerencias locales en la organización de la asistencia infantojuvenil, elegidos entre sus compañeros. Esta figura funciona ya en las comunidades de Madrid, Murcia y Canarias, mejorando la coordinación asistencial entre los centros de salud y también con los diferentes hospitales.
17. Atender de forma coordinada a los **enfermos complejos** entre AP y atención hospitalaria para mejorar la cercanía al pediatra corresponsable de la patología. Propiciar la coordinación con los servicios de cuidados paliativos pediátricos.
18. Compatibilizar los **horarios** de los pediatras de AP con la vida familiar. Recuperar la política de **sustituciones** o, implantar compensaciones económicas dignas cuando se ha de pasar la consulta del compañero ausente en el mismo horario. Habilitar espacios en las **agendas** para la investigación, docencia y para la actividad comunitaria. No hacer contratos precarios, de escasa duración.
19. Incentivar de forma curricular y económica las **plazas de difícil cobertura**. Incentivar a los profesionales únicos por turno, plazas alejadas y turnos de tarde.
20. Posibilidad de acceder a la **cartera de pruebas complementarias** desde AP e incorporar medios diagnósticos necesarios (ecógrafos, test rápidos, autoanalizadores, etc.) en las consultas de pediatría de AP. Mejorar la estructura de espacios físicos, material, edificios, salas de espera, informática, circuitos y mantenimiento de los centros de salud.
21. Reconocimiento institucional de las diferentes **sociedades profesionales nacionales y autonómicas de pediatría**, proporcional a su número de asociados.

**Para más información:**

**BERBÉS**– Gabinete de prensa de AEPap

Rosa Serrano / Mar de las Heras

686 16 97 27 / 678544149

[rosaserrano@berbes.com](mailto:rosaserrano@berbes.com) / [mardelasheras@berbes.com](mailto:mardelasheras@berbes.com)

**Comunicar +** – Gabinete de prensa de SEPEAP

César Jiménez

658 519 779

[comunicacion@sepeap.org](mailto:comunicacion@sepeap.org)