



A/A. Sr. D. Enrique Delgado
Director Gerente de Atención Primaria de Soria

Madrid, 5 de febrero de 2018

Estimado Sr. Delgado:

Desde la Asociación Española de Pediatría (AEP), asociación madre de todas las sociedades pediátricas de especialidades y regionales de nuestro país y, representando a más de 11.000 pediatras, queremos manifestarle nuestro malestar y desacuerdo firme con las declaraciones que realizó en el Heraldo de Soria el pasado 30 de enero en las que, con motivo de la baja maternal de una pediatra, refería que *"....la atención de los niños tiene que ser llevada a cabo por los médicos de familia..."* y *"...que lo que no puede ser es que la atención de los niños en el medio rural dependa de los pediatras que, principalmente están para el ámbito hospitalario..."*, insistiendo en que *"...la asistencia no se merma, ya que en los centros de salud en los que la pediatra está de baja están los médicos de familia, todos los días, insistiendo en que los niños tienen que ser atendidos por estos facultativos..."*.

Es usted la segunda autoridad sanitaria de nuestro país que, en poco más de un mes, infravalora la necesidad y responsabilidad del **Pediatra de Atención Primaria**, e intenta sustituir engañosamente la capacidad del especialista en pediatría por la de un médico generalista, el médico de familia, profesional al que respetamos y que tiene sus funciones bien delimitadas. Como bien sabrá, esto ha hecho que la alarma haya saltado de nuevo en las sociedades regionales de pediatría de la región y en las dos sociedades de atención primaria nacionales, que han remitido ya un escrito al Heraldo de Soria. Esperamos que esta no sea una directriz desde más altas esferas, sino una casualidad desafortunada.

Nos sorprende que precisamente desde su cargo como Director Gerente de Atención Primaria de Soria no conozca ni la especialidad de Pediatría ni sus áreas de Capacitación Específicas, siendo una de estas la pediatría de atención primaria, tanto urbana como rural. Le recordamos que tanto el pediatra de atención primaria como el pediatra de hospital son ambos especialistas con 4 años de formación específica en pediatría, a diferencia de la formación generalista que tiene el médico de familia, que solo se forma durante unos meses en pediatría.

En estos momentos, en que la calidad asistencial es un valor en alza en nuestro país, es evidente que su propuesta de sustituir a pediatras por médicos de familia en algunas áreas deficitarias de pediatras, redundaría en una **peor calidad en la atención** a los niños y sin duda **traduce una inequidad entre los pacientes** entre las áreas que disponen de pediatras especialistas en atención primaria para atender a los niños.

En el terreno de costes sanitarios, a nadie se le escapa que una plaza de pediatra debe tener el mismo coste económico que una plaza de médico de familia y que el número de pacientes que cada profesional es capaz de atender debe ser muy similar; sin embargo no hay lugar a dudas de que la atención especializada de un pediatra a un niño no es comparable con la atención que puede prestarle un médico generalista, y por eso no aceptamos el menosprecio hacia el vigente modelo de atención pediátrica español, en el que:

"Todos los niños en todos los niveles asistenciales son atendidos por pediatras"

Incluyendo el primer nivel asistencial que es reconocido como el modelo a seguir en Europa por sus beneficios demostrados para la salud de nuestros menores, tanto en morbilidad como en mortalidad, comparándonos con países de nuestro entorno como Gran Bretaña o Italia y, como ya referimos en

nuestra contestación al Ilustrísimo señor Consejero de Sanidad del Principado de Asturias. El mejor ejemplo se encuentra en Gran Bretaña, donde la atención de los niños se realiza por médicos generalistas, las tasas de morbilidad de infecciones como meningitis, neumonías y asma son más altas que las registradas en nuestro país; la tasa de supervivencia para algunos tipos de cáncer infantil es más baja, posiblemente asociada con el retraso del diagnóstico, y se constata un peor seguimiento de los menores con enfermedades crónicas. Los niños representan el 25% del cupo de los médicos generalistas británicos, pero suponen el 40% de sus consultas, siendo más frecuentadores cuanto más pequeños; esta carga asistencial sería difícilmente asumible por los médicos de familia en el sistema español.

Por ello no alcanzamos a comprender por qué no se procuran, de una vez, más plazas de pediatras para cubrir las necesidades que esta especialidad requiere, en lugar de médicos de familia, que sin duda tienen una labor excelente para la población general, pero que ninguna familia preferiría que a su hijo le atienda un generalista antes que un especialista en pediatría. El Pediatra es el que tiene la preparación y titulación oficial de ser el específicamente formado y preparado (al menos durante 4 años) para la mejor atención de la población infanto-juvenil. Tal como refieren las sociedades regionales en su escrito *“tampoco entendemos razonable que se disimule la inadecuada gestión de las Administraciones ante el problema del déficit de pediatras, reclamado durante años, y que se menosprecie la asistencia del pediatra de atención primaria, que mantiene en ocasiones condiciones laborales muy precarias.*

El propio Ministerio de Sanidad en su propuesta de “Oferta y Necesidad de Especialistas Médicos en España 2010-2025” incide en que la Pediatría es una especialidad con déficit de especialistas para los próximos 15 años, secundario a las jubilaciones previstas de pediatras de atención primaria y ya plantea el problema del recambio generacional. No parece que hasta el momento actual se hayan tomado medidas correctoras para paliar ese déficit, ya anunciado.

Un aspecto en el que tampoco han debido de reparar desde las autoridades sanitarias, es el **impacto enorme y beneficios en aspectos de Salud Pública que aporta al sistema la Pediatría de Atención Primaria**, quizás el verdadero “Pediatra de Familia” al incidir decisivamente en aspectos preventivos determinantes como: estilos de vida saludables, obesidad, hábito deportivo, riesgo cardiovascular, integración familiar, solidaridad, adaptación social y cultural, respeto al medio ambiente, fracaso escolar, maltrato, violencia de género, adicción a nuevas tecnologías, hábitos de riesgo, consumo de tóxicos, inicio de relaciones sexuales... por no hablar de la vigilancia de la **cobertura vacunal de la población pediátrica y adolescente**, con el actual riesgo de re-emergencia de enfermedades erradicadas, como sarampión, que acontece en países vecinos como Francia y sin duda no comparable al que pueda ejercer un médico de familia que no tiene la complicidad con el menor adquirida de muchos años de trato, ni la cercanía y la confianza con la familia. El ejemplo tangible de esta situación es la excelente cobertura vacunal en población infantil y la baja cobertura en población adulta joven.

La población infanto-juvenil de estas décadas representa, inevitablemente, el adulto, es decir la de población activa en las dos décadas siguientes. Las autoridades sanitarias responsables de invertir en salud y, especialmente en promoción de la salud y prevención de conductas y hábitos de riesgo, deben reconocer que **proporcionar los mejores profesionales, los pediatras, para atender a los niños y adolescentes es la manera de asegurar la salud física y psíquica de los adultos diana** que determinarán el modelo y el desarrollo del país.

A todas luces es necesario aumentar las plazas de pediatras en el sistema de formación MIR, ofertar plazas de pediatras de atención primaria con estabilidad del puesto de trabajo y mejorar las condiciones laborales y acompañarlo con el diseño de modelos de atención innovadores y más eficientes, incluso incentivando la ocupación de plazas de difícil cobertura para pediatras en poblaciones rurales, centralizando la atención pediátrica en zonas con mayor población infantil y facilitando su acceso desde las zonas más dispersas y poco pobladas. La solución no está en recambiar los pediatras por médicos de familia, que bastante responsabilidad asumen ya con atender a la población mayor de 18 años, el coste económico es el mismo pero la calidad asistencial y la equidad se resienten y sin duda lo más importante, el resultado de salud de la población española activa de las próximas décadas depende de ello y por ende nuestro modelo de país desarrollado.

Somos conscientes de la preocupación creciente de las familias compartida por los profesionales cuando se minimizan problemas de este calado, procurar la mejor atención de sus hijos por expertos, por parte de las autoridades sanitarias y que obliga a los pediatras a rebatir opiniones muy desafortunadas y que ponen en riesgo nuestro excelente modelo nacional de atención pediátrica. Hasta que se arbitren soluciones, los pediatras de atención primaria serán fieles al compromiso de atención a los niños y a las familias que es su objetivo último.

La Asociación Española de Pediatría con todas sus Sociedades Regionales y Sociedades de Especialidades filiales, nos ponemos a su disposición, así como de Instituciones, Autonomías, Consejerías de Sanidad y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para trabajar conjuntamente en salvaguardar nuestro modelo de atención infanto-juvenil, responsabilidad de todos, pero que defendemos a ultranza los especialistas en pediatría; para procurar un diseño eficiente que procure el número necesario de nuevos pediatras, reponga razonablemente las jubilaciones de los profesionales y garantice un trabajo excelente y con equidad para todos los niños de nuestro país

Reciba un cordial saludo,

María José Mellado

Presidente de la Asociación Española de Pediatría (AEP) en nombre del Comité Ejecutivo