

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Begoña Domínguez Aurrecoechea. Pediatra CS de Otero Oviedo  
Carlos Valdivia Jiménez. Pediatra Centro de Salud Los Boliches Málaga

### INTRODUCCIÓN

El estado de salud es un indicador fundamental del bienestar social y condición imprescindible para el desarrollo económico de un país. La sanidad es además un motor de creación de riqueza y empleo sostenible. La salud es un bien estratégico que en estos momentos está sometido a una gran politización.<sup>1</sup>

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, es un sistema de cobertura universal. Las competencias en materia de salud están traspasadas en su totalidad a las comunidades autónomas (CCAA) desde finales de 2002; esta descentralización dio lugar a 17 consejerías o departamentos de sanidad constituidos por una Consejería que ejerce las funciones de fijar la política sanitaria y de administración y un servicio de salud que lleva a cabo la prestación asistencial de manera que quedan diferenciadas las competencias entre planificación y provisión de servicios.

El Ministerio de Sanidad y Política Social conserva la autoridad sobre determinados ámbitos, como la legislación relativa a medicamentos, y es el garante de que la prestación de los servicios de salud se realice en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional. El órgano que ostenta la máxima responsabilidad en la coordinación del SNS (entre las CCAA y la Administración General del Estado) es el Consejo Interterritorial (CISNS), que está constituido por la Ministra de Sanidad y por los 17 consejeros competentes en materia de salud de las comunidades autónomas. Las decisiones del CISNS se adoptan por consenso y se plasman exclusivamente en recomendaciones.

La esperanza de vida en España se sitúa entre las más altas del mundo (82,2 mujeres y 77,8 en el caso de los hombres). En las últimas décadas los avances tecnológicos y biofarmacológicos están permitiendo que enfermedades antes mortales se cronifiquen e incluso curen, al mismo tiempo que la movilidad geográfica de la población, la inmigración, el creciente envejecimiento de la población, el aumento de familias monoparentales, el debilitamiento de las redes familiares, el consumismo y el modo de vida sedentario, favorecen la aparición de nuevas enfermedades o viejas que estaban erradicadas.

La infancia es percibida con frecuencia como un grupo de población con escasas necesidades y problemas de salud, que precisa poca atención y recursos, lo que la hace casi invisible en la planificación de servicios.

En general, no se tiene en cuenta que se trata de un período de desarrollo muy vulnerable tanto desde el punto de vista físico como psicosocial, y que responde positivamente a factores protectores; siendo preciso abordar la infancia como una etapa de la vida con necesidades y problemas de salud específicos.<sup>2</sup>

### EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

**El real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud y la Ley General de Sanidad de 1986** consolidan el “nuevo modelo de la atención primaria” caracterizada por la existencia de una demarcación geográfica y poblacional (Zona de Salud); la estructura física y funcional para la asistencia: el Centro de Salud y el equipo responsable de la atención en el que se incluye a los pediatras.

**El Real Decreto 1575/1993 regula la libre elección de médico y pediatra** en el ámbito del Área de Salud y se fija por primera vez el cupo óptimo de pediatras (rangos entre 1250 y 1500) siendo posible superar en un 20% la cifra máxima si se garantiza que no va en detrimento de la calidad asistencial. La edad pediátrica queda ampliada a los 14 años aunque los

padres de los niños de entre 7 y 14 años podrán elegir libremente a un Pediatra o un Médico de Familia para la atención de sus hijos.

La reforma de la atención primaria dio lugar a la transformación de los ambulatorios tradicionales en Centros de Salud (CS) y al establecimiento de un nuevo marco de actuación definido por el trabajo en equipo multidisciplinar, la referencia a un territorio y población concretos, el aumento del tiempo de atención y la integración de las actividades asistenciales con las de prevención, promoción de la salud y rehabilitación.

A la AP se incorporaron un gran número de pediatras muy cualificados, formados a través del emergente sistema MIR, lo que condicionó una atención a la infancia renovada, que permitió el manejo de patologías que hasta entonces eran atendidas en el ámbito hospitalario y ampliar la oferta de servicios en el primer nivel de atención.

La pediatría de AP proporciona una asistencia sanitaria próxima a los niños y sus familias, teniendo en cuenta las características de su entorno, partiendo de una visión global de la medicina en la que el objeto fundamental no es la enfermedad sino la población infantil en todas sus etapas.

### **Fortalezas y debilidades**

La universalidad, la gratuidad, la accesibilidad y la continuidad en los cuidados unido a la cercanía geográfica de los centros de salud y consultorios a los domicilios de los pacientes, junto con la satisfacción de los usuarios recogida en el barómetro sanitario<sup>3</sup>, son fortalezas del Sistema de Salud Pública.

En el lado opuesto, la falta de planificación y organización, la falta de definición de perfiles de los profesionales y el mantenimiento del hospitalcentrismo son condiciones que han producido un estancamiento en el desarrollo de la AP y desencadenado una falta importante de motivación entre los profesionales.

La accesibilidad ilimitada tanto geográfica como horaria, da respuesta más a las demandas que a proporcionar una adecuada prestación sanitaria, la ocupación del territorio responde más a decisiones político-electoralista que a necesidades reales de salud convirtiendo estas fortalezas en auténticas debilidades del sistema.

Falta además, una política explícita cuyo objetivo sea la efectividad: el sistema hace muchas cosas que no son útiles, que producen gastos importantes, entretienen a muchos trabajadores y no tienen impacto en salud. No prima el análisis de la efectividad sobre la satisfacción de los ciudadanos. Se ha favorecido la dependencia de los pacientes y no la educación en autocuidados y falta coordinación con otros niveles asistenciales y sociosanitarios.

### **La Financiación:**

En España el SNS es un sistema de cobertura universal financiado mediante impuestos. Los servicios son gratuitos en el punto de prestación excepto los medicamentos en los que se debe participar con una aportación del 40% salvo algunas excepciones y pensionistas. La financiación de un servicio se interpreta como indicador de la importancia real que se le atribuye.

El gasto sanitario en España ha seguido la tendencia al alza internacional alcanzando el 9,5% del Producto Interior Bruto en 2009, pero se mantiene por debajo de la media europea, situándose aún lejos de países como Alemania, Francia y Suiza (tabla I) o del 17,4 % de EEUU<sup>4</sup>. Las CCAA administran el 89,8% de los recursos sanitarios y la administración central el 3%

En el año 2009 el 73,6% del gasto sanitario se paga con fondos públicos y un 26,4% es sufragado directamente por los ciudadanos (principalmente copago por recetas, atención dental y productos ópticos<sup>5</sup>). Situando el gasto público en sanidad de España no solo por debajo del Reino Unido sino también de Alemania, Francia, Suecia e Italia.

El Porcentaje del gasto total de salud destinado a los servicios primarios era en el año 2007 de 14,53% frente al 50,54% de los servicios de atención especializada<sup>6</sup>. (tabla II)

Los países con su sanidad más orientada a la atención primaria presentan con mayor probabilidad mejores grados de salud y menores costes parecería pues lógico que la atención

primaria fuese el eje de la política sanitaria lo que está muy lejos de la realidad en lo que respecta al presupuesto que no solo no se incrementa sino que desciende en los últimos años.

## **RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS**

Elemento básico en atención primaria es partir del conocimiento de la cantidad y características de la población a atender. El conocimiento de los recursos físicos (centros de salud y consultorios), permite desde un punto de vista estadístico conocer el grado de oferta y aproximarnos al grado de dispersión de la población; posibilita, además, visualizar el grado de accesibilidad física. El conocimiento de proporciones de población asignadas a diferentes profesionales, permite valorar la evolución de los recursos disponibles y su adaptación a estándares de planificación establecidos<sup>7</sup>.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con 2.914 centros de salud y 10.202 consultorios locales. En los centros asistenciales públicos dedicados a la atención primaria de salud trabajan 34.126 médicos (27.911 médicos de familia y 6.215 pediatras) y 27.433 enfermeros.<sup>8</sup>

No existe aún un registro nacional de profesionales.

La densidad de médicos por 1000 habitantes (en activo, no solo licenciados) no ha variado del 2000 a 2005 es de 3,5 similar a la del resto de países de la UE. La densidad de enfermeras es de 4,9 y se sitúa entre las más bajas de la UE.

La población de 0 a 14 años era en el 2008 de 6.815.082. Entre los años 2001 y 2008 se ha producido un incremento del 36,1% en el tramo de edad de 0 a 4 años.

El número total de pediatras (año 2008) era de 9130 en el sistema público de salud y el de pediatras de AP era de 6215 y su distribución por CCAA se expone en la (figura 1). La ratio media de pediatras/ tarjetas sanitarias de 0 a 14 años es de 1.029 (tabla III) por lo que para obtener una ratio de 1/1000 faltarían en España 560 pediatras. Resulta imprescindible hacer un estudio por CCAA y áreas o distritos de salud y plantear la necesidad de un reparto adecuado de recursos con ratios que valoren no solo la cantidad de población atendida sino también la pirámide de población, la dispersión geográfica; la situación económica y cultural y la dotación de recursos entre los que es fundamental considerar la proporción de enfermeras pediátricas.

La densidad de pediatras por 100.000 habitantes de la red asistencial pública 2007 varía entre 92 (mínima) y 176 (máxima) (figura 2)

El informe Estudio Oferta-Necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)<sup>9</sup> estima que las necesidades de pediatras para el año 2008 eran de más del 2% sobre el total y de no adoptarse ninguna medida la tendencia de necesidades profesionales continuaría creciendo hasta un 5% en 2015 (necesidades de 451 pediatras) y un 14% en 2025. Para el cálculo se ha estimado también la pirámide poblacional de pediatras (figura 3).

Es preciso además considerar que las cifras de pediatras aportadas por el Sistema de Salud (anteriormente citadas) no tienen en cuenta que un porcentaje importante de plazas de pediatría (entre el 0% y el 50%) según las diferentes CCAA no están cubiertas por médicos especialistas en pediatría<sup>10</sup>. Y que la carga de trabajo no cesa de aumentar en los últimos años, mientras que las plantillas no solo no han crecido en consonancia sino que en muchas ocasiones han retrocedido haciendo crónica la situación de déficit de pediatras y enfermeras con trabajo específico en pediatría.

Una medida inmediata para corregir esta situación será la elaboración del imprescindible registro de pediatras (su número y distribución) que permita realizar previsiones de las necesidades de especialistas a corto, medio y largo plazo acordes a las necesidades reales de salud y no a las específicas de nuevas unidades o hipertrofia de otras de carácter hospitalario que en muchas ocasiones resultan innecesarias y duplican las actividades ya realizadas en AP.

## **LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PRÁCTICA DIARIA.**

El pediatra de Atención Primaria (PAP) es por su formación, por su posición respecto a los niños y sus familias y por la indudable proyección social de su trabajo, el elemento clave y de mayor responsabilidad dentro del sistema de atención a la infancia.

En la actualidad en nuestro país, el PAP es el primer contacto de los niños y adolescentes con el sistema sanitario, siendo además, un especialista altamente resolutivo que resuelve más del 90 % de las demandas de salud de esta población; supervisa su crecimiento y desarrollo y participa en todas las actividades de prevención, promoción y educación para la salud dentro de los Equipos de Atención Primaria junto a enfermeras y médicos de familia.<sup>11</sup>

Las enfermedades graves y complejas constituyen el foco de atención de los pediatras de los hospitales, mientras que los pediatras de AP dirigen su atención a la prevención y la promoción (educación, hábitos saludables) de la salud infantil, además de la atención directa y continuada a los niños con cualquier tipo de enfermedad.

La pediatría de AP presenta características peculiares: la inespecificidad habitual de los síntomas obliga a realización de exploraciones completas en la mayoría de visitas; la prevalencia de la patología aguda de presentación estacional y con importantes picos de presión asistencial hace que “las agendas de las consultas diarias” no sean fácilmente regulables; la anamnesis ha de realizarse a familiares y cuidadores que acompañan al niño.

La supervisión de la salud de la población infantil precisa de un profundo conocimiento de las variaciones dentro de la normalidad y las estrechas lindes (en muchas ocasiones) entre lo normal y patológico que requieren intervenciones y tratamientos específicos.

En las dos últimas décadas del siglo pasado, se han producido cambios en la situación de salud de los niños producto de los avances de la medicina y la introducción de nuevas tecnologías, que han dado lugar a un incremento de la supervivencia neonatal y de enfermedades graves y a que los problemas crónicos hayan pasado a ocupar la primera línea de actuación. Muchos de estos problemas no pueden ser atendidos en la forma tradicional de una consulta médica, precisando tiempo, “salir fuera de los despachos” y relacionarse con el entorno crítico de los niños (familia, escuela, asociaciones comunitarias), promover dispositivos de atención cercanos y tener una perspectiva intersectorial y global que integre las actuaciones sobre la salud con los sectores educativo y de servicios sociales; así como el uso de tecnologías de la información y comunicación en la atención a los niños y sus familias<sup>12</sup>.

### **La pediatría preventiva**

Una de las principales funciones del PAP es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad aportando consejos acerca de la salud, el ritmo del desarrollo, las características del comportamiento, guías anticipatorias; en esta tarea, se establece una especie de asociación con los padres y las familias en la que los pediatras participan en la crianza y el desarrollo de los niños.

En los 20 años de programas de salud dirigidos a la infancia hemos vivido un crecimiento continuo y desigual de las intervenciones preventivas, tanto en número como en contenidos. A veces, con un excesivo número de intervenciones y actividades categorizadas con el mismo grado de importancia o incertidumbre sobre el nivel de eficacia o impacto en la salud infantil. La actualización de los Programas de Salud Infantil<sup>13</sup> y del Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia<sup>14</sup> tiene en cuenta estos factores, considerando la eficacia de las actividades preventivas que lo componen, y prestan una mayor atención a la valoración del desarrollo evolutivo en todas sus áreas y a los aspectos psicosociales y la atención a las poblaciones de riesgo.

### **Áreas competenciales del Pediatra de AP**

Además de la promoción y prevención lleva a cabo tareas asistenciales a la patología aguda, a la patología crónica y ejerce funciones de coordinación para el manejo de situaciones que requieran la participación de diferentes profesionales y servicios. El perfil del pediatra de AP viene definido en el programa de formación Área de Capacitación Específica de pediatría de AP<sup>15</sup> en el que se describen las competencias precisas para el desarrollo de la actividad diaria.

- *Competencias esenciales:* Comunicación y razonamiento clínico, entrevista clínica; gestión de la atención; calidad y bioética. El pediatra de AP a lo largo de su vida laboral realiza entre 250.000 y 300.000 entrevistas clínicas atendiendo habitualmente problemas de salud poco definidos y en estadios precoces de su evolución que precisan de un

razonamiento clínico adecuado para que partiendo de una queja poco concreta pueda llegar a elaborarse un diagnóstico preciso.

Resulta además imprescindible en las tareas diarias la organización de las consultas mediante una gestión eficaz del tiempo, uso racional de pruebas diagnósticas y recursos terapéuticos, la utilización de otros servicios complementarios, la puesta en marcha de actividades de mejora y la valoración de los aspectos éticos de la profesión. Los PAP somos en la práctica diaria un colectivo competente y de gran capacidad para la micro y mesogestión.

- Competencias en relación con la atención a la población infantil en sus vertientes de promoción de la salud, prevención y detección precoz incluidas las inmunizaciones y cribado de patologías. Atención a la patología aguda y crónica y a niños con factores de riesgo social, cultural minusvalías o maltrato.
- Competencias en relación con la familia y la comunidad
- Competencias en relación con la formación e investigación.

### **El pediatra de AP coordinador de la atención a la salud**

El PAP no es sólo la puerta de entrada al sistema sanitario, es también responsable de la atención sanitaria de la población asignada, coordinando los recursos necesarios y asesorando a los niños y sus familias en sus problemas de salud y en su itinerario de atención por el sistema sanitario, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos

Resulta fundamental el enfoque multidisciplinar de la atención para abordar los problemas de salud y para el trabajo en redes; siendo importante conocer los recursos que comparten la atención a la infancia en la comunidad (otros niveles asistenciales sanitarios, atención temprana, servicios sociales, psicólogos, fisioterapeutas, equipos psicopedagógicos, etc.) y tener una visión más global, desde la perspectiva de la atención comunitaria y la salud pública.

### **La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS)**

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, definió los derechos de los usuarios del sistema sanitario a la protección de la salud al regular, de forma genérica, las prestaciones facilitadas por el sistema sanitario público. Desde entonces, se han producido avances e innovaciones en la atención sanitaria que, aunque se han ido incorporando a la práctica clínica, en muchas ocasiones no han sido objeto de una inclusión formal en el catálogo de prestaciones.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS establece que se consideran prestaciones de atención sanitaria del SNS los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos; y señala, las prestaciones que comprenderá el catálogo.

El Real Decreto 1030/2006<sup>16</sup>, de 15 de septiembre, establece el contenido de la Cartera de servicios comunes del SNS que podrá concretarse y detallarse por orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

#### Servicios de atención a la infancia:

1. Valoración del estado nutricional, del desarrollo pondo-estatural y del desarrollo psicomotor.
2. Prevención de la muerte súbita infantil.
3. Consejos generales sobre desarrollo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables.
4. Educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles.
5. Orientación anticipada para la prevención y detección de los problemas de sueño y de esfínteres.
6. Detección de los problemas de salud, con presentación de inicio en las distintas edades, que puedan beneficiarse de una detección temprana en coordinación con atención especializada, a través de las actividades encaminadas a la:
  - Detección precoz de metabolopatías.
  - Detección de hipoacusia, displasia de articulación de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal, obesidad, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad.

- Detección y seguimiento del niño con discapacidades físicas y psíquicas.
  - Detección y seguimiento del niño con patologías crónicas (asma y obesidad con programas específicos en algunas CCAA)
  - Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad
7. Atención a la salud bucodental: Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental

Los desarrollos específicos de la Cartera de Servicios de AP en las CCAA no han sido homogéneos. En la página web del ministerio<sup>17</sup>, están accesibles las carteras de servicios, sus normas de calidad (que reciben nombres diferentes en cada CCAA) y los programas, protocolos o guías de práctica clínica en los que se sustentan y forman parte de la pléyade de documentos que han aparecido en los últimos años sobre los más variados problemas de salud, con enfoques, metodologías y patrocinios diversos. Las 10 CCAA de las que se tienen datos han incluido en sus carteras las “Revisiones del niño sano”. 7 CCAA organizan los servicios por periodos de edad y 3 en función de los contenidos. Las intervenciones propuestas y los tiempos de su realización también son diferentes según las CCAA.

En los últimos años se han aumentado las necesidades de atención y los servicios ofrecidos a la población pero no se ha ajustado el ratio de habitantes por profesional. Además de en número, la actividad asistencial ha aumentado en contenidos clínicos y en capacidad resolutoria, determinando un modelo de práctica clínica de mayor calidad pero que requiere más tiempo y dedicación por paciente y por consiguiente aumento de los recursos.

### **Enfermería Pediátrica.**

Forma parte junto al PAP de la Unidad Básica de Pediatría de AP constituyendo un modelo de atención fundamentado en la cooperación y en la complementariedad. La enfermería de pediatría, debe tener un papel más relevante en la promoción de la lactancia materna y en el seguimiento del programa de salud infantil, en el cuidado del niño con problemas crónicos, y en las actividades de educación para la salud y de intervención comunitaria.

A este respecto valoramos positivamente la reciente aprobación del programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica, que incluye la rotación específica por Atención Primaria, lo que sin duda va a suponer una mejora considerable en el perfil de competencias de la enfermera en relación con la salud infantil.

### **Evaluación de la actividad de la pediatría de AP**

Hasta hace unos años la atención primaria ha tenido escasa visibilidad dentro del SNS al no haber un sistema de información común que aglutinara los de las CCAA. La creación del Sistema de Información Sanitaria (SIS) a instancias del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad representa un cambio cualitativo al respecto. El SIS<sup>18</sup> es el elemento instrumental responsable de medir los parámetros específicos de la AP través de: el portal estadístico del SIS; Indicadores clave del SNS; el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)<sup>19</sup>; el proyecto BIFAP y el aún en proceso de desarrollo Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

#### **○ Datos extraídos del Informe SIAP:**

En el año 2009 se realizaron 34,7 millones de consultas de pediatría en AP. La distribución de consultas por grupo de edad no muestra variaciones importantes entre 2007 y 2009 (figura 4). El 90% de población con Tarjeta Sanitaria Individual acude a las consultas de pediatría (figura 5).

La actividad de enfermería no es homogénea para los distintos tramos de edad (figura 6) En la figura 7 se compara la frecuentación general por tipo de profesional.

#### **○ Proyecto BIFAP<sup>20</sup>:**

Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria. Es un proyecto estratégico de la AEMPS en colaboración con 10 CCAA. En la actualidad dispone de información anonimizada de 3.435.406 pacientes pertenecientes a 1245 médicos colaboradores activos (1032 Médicos Generales y 213 Pediatras) de toda España (Octubre

2010). Es el único proyecto de ámbito español del que a partir de los registros diarios de las consultas podrían extraerse datos de morbilidad y acerca de la variabilidad en la práctica clínica entre pediatras (figura 8). La morbilidad registrada clasificada por aparatos (codificación diagnóstica CIAP) atribuye al respiratorio alrededor del 40% de las consultas.

## EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN INFANTIL

Es habitual escuchar la frase “la población infantil española goza de buena salud” ¿pero, responde solo a una opinión, existen datos que lo afirmen?, ¿cuáles son los resultados de compararla con otros países?, ¿ha habido cambios en los últimos años? No resulta sencillo encontrar datos que a partir de registros homogéneos y con metodologías similares aporten indicadores que puedan ser utilizados en un diagnóstico de salud. Son múltiples los trabajos publicados acerca de una patología o incluso un grupo de ellas, pero escasos los que aportan datos globales. Se exponen a continuación los datos extraídos de OECD Health Data 2011<sup>7</sup>; de la Encuesta Nacional de Salud 2006<sup>21</sup>; de la base de datos del ministerio de sanidad y del Observatorio de la Infancia<sup>22</sup> que reúnen las características exigidas y posibilitan su comparación en el marco europeo y español.

España presentaba en el 2008 una tasa de natalidad por 1.000 habitantes de 11,37 y en el 2001 de 9,98 y el crecimiento mayor de la población por tramos de edad se ha producido en los menores de 5 años.

El porcentaje de nacidos vivos prematuros pasó de 7,1 en 1996 a 8,3 en 2007 y el de nacidos a término con peso menor de 2,500 de 2,8 en 2006 a 3,5 en 2007.

### Calidad de vida relacionada con la salud en población infantil:

Obtenemos este dato de la Encuesta Nacional de Salud Realizada entre 2006 y 2007 con una muestra de 9122 entrevistas realizadas a madres padres o tutores.

Valora el estado de salud, medio ambiente, estilos de vida y prácticas preventivas y utilización de servicios sanitarios. El tramo de edad que estudia la calidad de vida infantil es entre los 8 y 15 años.

Para su valoración se utilizó el índice de KIDSCREEN-10 que mide la calidad de vida en términos de su bienestar físico, mental y social y permite identificar la población infanto-juvenil en riesgo en términos de su salud subjetiva.

Las puntuaciones se calculan a partir de la media de los datos europeos. Los valores obtenidos están estandarizados con media =50 y desviación típica (DS)=10; así si un grupo puntúa 45, se encuentra a 0,5 DS por debajo (peor calidad de vida) de la media europea.

En España la calidad de vida es de 61,81 situándose por encima de la media Europea y su distribución en las diferentes CCAA se expone en la (figura 9)

La percepción del estado de salud en población infantil: prácticamente el 90% de los encuestados opinan que la salud infantil es buena o muy buena siendo el tramo de edad de entre 5 y 15 años el mejor valorado; por sexo, en la etapa infantil las mujeres perciben mejor estado de salud y a partir de los 15 años se invierte la percepción (figura 10)

### Mortalidad

A pesar de que en los países económicamente desarrollados la tasa de mortalidad infantil ha perdido sensibilidad, para indicar el nivel socioeconómico de la población y su estado de salud, este indicador, sigue siendo imprescindible en cualquier evaluación de la situación sanitaria de una población.

Las tasas de: mortalidad infantil (defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos); mortalidad neonatal (defunciones niños <28 días/ 1000 nacidos vivos) y mortalidad perinatal (defunciones de menores de una semana y muertes fetales tardías por 1000 nacidos vivos y muertos) en España ha continuado reduciéndose a lo largo de la presente década (tabla IV) Por CCAA (Figura 11), la mortalidad oscila entre la cifra más baja en Navarra (2,3) y la más alta en Ceuta (8,8).

La tasa de mortalidad por todas las causas ha disminuido desde 1981 en todos los tramos de edad (tabla V) La mortalidad por tumores malignos también disminuyó pero no se observan grandes variaciones entre los años 2000 y 2007. La mortalidad por neumonía e influenza ha disminuido drásticamente desde 1981 fundamentalmente en los menores de 1 año manteniéndose en cifras muy bajas en los últimos años (tabla VI) Lo mismo que ha sucedido con las tasas de mortalidad por accidentes y otras causas externas (tabla VII)

### **Inmunizaciones**

Las coberturas vacunales de la población infantil son excelentes en las primeras etapas de la vida (en menores de 2 años oscilan entre el 95% y el 98%) bajando significativamente los porcentajes de coberturas a los 14 años (figuras 12 y 13) pero no difieren sustancialmente de las de otros países de Europa (tabla VIII) Por CCAA existen variaciones importantes oscilando la cobertura vacunal Td de refuerzo 14-16 años entre el 40% en Extremadura y el 95,7% en La Rioja (figura 13) ¿Es posible que las bajas coberturas puedan ser atribuidas, al menos parcialmente a problemas de registros? Llama la atención la diversidad de las fuentes de datos para el cálculo de población que utilizan las diferentes CCAA. Las coberturas VPH son menores correspondiendo la mas baja a Andalucía (36,9%)

### **Morbilidad y Variabilidad en la práctica pediátrica en el sistema nacional de salud**

Para obtener datos de morbilidad recurrimos a: la Encuesta Nacional de Salud, a los datos de altas hospitalarias del ministerio y al proyecto BIFAP<sup>19</sup>. La incidencia de enfermedades infecciosas prevenibles es baja y ha disminuido en los últimos años (tabla IX).

De la morbilidad registrada en el proyecto BIFAP (figura 14) extraemos el dato de que 10 diagnósticos son suficientes para clasificar el 50% de las consultas. Otros estudios como el de morbilidad de Asturias<sup>23</sup> plantean que para completar el 100% de los códigos de la consulta hay que recurrir hasta a 500 diagnósticos diferentes. Este estudio realizado de enero a diciembre de 2003 comprende 21.180 registros de niños de 0 a 14 años incluidos en el programa informático OMI-AP seleccionados mediante muestreo por conglomerados monoetápico que acudieron a las consultas de 27 pediatras. Ambos trabajos reflejan la existencia de variabilidad en los códigos diagnósticos registrados. En el de Asturias se incluye la descripción de la variabilidad observada entre los 27 pediatras Se calcularon las tasas de las 10 patologías mas frecuentes y se obtuvo la relación entre episodios observados y esperados para cada uno de los 27 pediatras. Encontrándose que las dos patologías que se comportan de forma más homogéneas son el asma y la otitis, la de mayor variabilidad es la amigdalitis y en variabilidades intermedias se sitúan IRA, Infección intestinal, diarrea, dermatitis atópica y conjuntivitis.

“El Atlas de variaciones en la práctica médica en el sistema nacional de salud”<sup>24</sup> Ha dedicado un atlas a la pediatría pero los dos artículos incluidos se refieren a la variabilidad en las hospitalizaciones y prácticas quirúrgicas no existiendo ninguna referencia específica a la atención primaria. La variabilidad en la práctica médica puede ser atribuida a: diferencias en las pirámides de población y epidemiológicas; a diferentes criterios diagnósticos y en el registro en el programa informático; a diferentes recursos y/o su utilización; a diferencias de formación, o a los incentivos.

Por edades, los diagnósticos que han requerido ingreso hospitalario se distribuyen de manera que la patología respiratoria ocupa un porcentaje importante en todos los tramos de edad siendo la causa de ingreso mas frecuente entre 1 y 4 años (tabla X).

Las enfermedades crónicas sobre las que se ha preguntado en la encuesta de salud, no se comportan de manera homogénea en las diferentes CCAA (tabla XI) y los problemas recogidos sobre salud mental se incluyen en la (tabla XII).



## **Accidentes**

El lugar donde se producen con mayor frecuencia los accidentes infantiles varía con la edad (tabla XIII) siendo el domicilio el situado en primer lugar para los niños de 0 a 4 años y el colegio para el tramo etario de 5 a 15 años. La mortalidad por accidentes de tráfico ha disminuido en los últimos años en España y nos encontramos entre los países de Europa con baja mortalidad (puesto 11 de 24) (figura 15). La tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en España ha disminuido en menores de 15 años en el año 2004 respecto al 2000 (figura 16).

## **Sobrepeso y Obesidad**

Los resultados de la encuesta de salud (población de 2 a 17 años) que define el sobrepeso y obesidad a partir de los puntos de corte de Cole son: sobrepeso 18,7% y obesidad 8,9%.

El estudio “Aladino”<sup>25</sup> es un Estudio de Prevalencia de obesidad infantil realizado en el marco de la estrategia “naos” del ministerio de Sanidad. Incluye a niños y niñas entre 6 y 10 años de ámbito el territorio nacional estratificado por CCAA; el tamaño de la muestra es de 7.923; realizado entre octubre de 2010 y mayo de 2011. Para el cálculo de sobrepeso y obesidad se han utilizado las gráficas de la OMS; los resultados cifran el sobrepeso en el 26,1% y la obesidad en el 19,1%. Existe una relación directa entre el número de horas de permanencia en el ordenador, consola, tv y la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad; también la presencia de tv y ordenador en el dormitorio de los niños aparece como un factor de riesgo de padecer sobrepeso y obesidad.

## **Estilos de vida y utilización de servicios sanitarios**

No practica ningún tipo de ejercicio alrededor del 20% de la población encuestada (población entre 0 y 15 años). El 24% de niños están expuestos al humo de tabaco en su domicilio.

El 97% de los menores de 4 años ha acudido en alguna ocasión al médico en los últimos 12 meses, el 51% ha acudido a urgencias y cerca del 7% ha estado ingresado.

Tras el análisis de los datos podemos afirmar que es cierta la frase “la población infantil española goza de buena salud” pero no ha sido siempre así, ha mejorado de manera sistemática a lo largo de los últimos años. Es importante un esfuerzo por mantener altas las coberturas vacunales, incrementar las actividades de prevención primaria y secundaria de la discapacidad y la disfunción derivadas de la gran prematuridad, de las malformaciones congénitas, de las enfermedades crónicas (asma, obesidad..o del aumento del riesgo cardiovascular); promover el desarrollo psicológico, cognitivo, del comportamiento social y la prevención de los problemas de conducta en la infancia; promocionar la adquisición de estilos de vida saludables, mejorar los registros diarios en la AP lo que permitirá conocer con mayor profundidad la realidad y seleccionar las intervenciones que hayan demostrado su eficacia en la obtención de buenos resultados en salud; procurar y fomentar el autocuidado en familia y la utilización adecuada de los recursos sanitarios por parte de la población.

## **LOS PEDIATRAS LOS PROFESIONALES MÁS ADECUADOS PAR IMPARTIR CUIDADOS EN SALUD A LOS NIÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Una revisión sistemática realizada por El Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEPap compara la práctica clínica de pediatras (PED) y médicos de familia / médicos generales (MF/MG) en el ámbito de la AP los datos indican que:

Los MF/MG prescribieron más antibióticos que los PED en infecciones del tracto respiratorio superior.

Los PED tuvieron más probabilidades de adherirse a las recomendaciones de guías de práctica clínica sobre el manejo de la fiebre y del trastorno por déficit de atención y una mayor capacidad de resolución para otras enfermedades de elevada prevalencia durante la infancia, como son el asma y la otitis.

La población infantil atendida por PED presentaba porcentajes de vacunación superiores a los de los MF/MG.

Valorando todos los resultados los autores del estudio concluyen que: la asistencia sanitaria proporcionada por pediatras en AP puede suponer un ahorro económico para los sistemas sanitarios y **“parece recomendable mantener la figura del pediatra en los Equipos de Atención Primaria y reforzar su función específica como primer punto de contacto del niño con el sistema sanitario, encontrándose importantes ventajas para la población infantil”**.

Países como el Reino Unido, defensor a ultranza de que la atención primaria (incluida la población infantil) debería corresponder a los médicos de familia, está reconociendo que su modelo presenta graves carencias que se concretan en aumento de la mortalidad infantil<sup>26</sup>

La mortalidad infantil en el Reino Unido es la más alta de Europa en todas las categorías y por todas las razones y etiologías, pero principalmente a causa de enfermedades prevenibles, cuyo diagnóstico depende del acceso fácil y rápido a servicios médicos de Atención Primaria (como neumonía, asma y tumores infantiles sólidos). El 50% de niños diagnosticados posteriormente de infección meningocócica fueron enviados a casa después de la primera consulta. La tercera parte de las hospitalizaciones de corta duración son debidas a patologías que podrían haberse tratado en la comunidad. Los autores del trabajo plantean la necesidad de introducir cambios en un doble sentido: Mejorar la formación de los médicos de familia en pediatría; potenciar la presencia de pediatras en los equipos de atención primaria

## CONCLUSIONES Y NUEVOS RETOS

La pediatría de AP proporciona una asistencia sanitaria eficiente y humanizada próxima al niño y su familia, teniendo en cuenta las características de su entorno, partiendo de una visión global de la medicina en la que el objeto fundamental no es la enfermedad sino el niño en todas sus etapas. Contribuye a los buenos resultados en salud de nuestra población infantil y está considerada como una conquista social.

Se han producido en las tres últimas décadas profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, científicos, tecnológicos y socioeconómicos así como en la manera de vivir y de enfermar. Esta situación plantea nuevas expectativas en salud y la demanda de nuevos servicios por parte de los ciudadanos, lo que condiciona una mayor complejidad en el primer nivel de atención para poder satisfacer una atención sanitaria que ha de ser cada vez más efectiva y de calidad, y motiva nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud.<sup>12</sup>

La preocupación fundamental que han de tener los responsables de la Salud es la de tratar que la población no enferme, esto ayudará a la sostenibilidad económica y financiera por lo que es necesaria una mayor inversión en las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Es preciso un cambio de paradigma de la gestión de enfermedades a la gestión de la salud focalizándose fundamentalmente en la Atención Primaria teniendo en cuenta que el pilar fundamental para lograr el buen funcionamiento del sistema de salud son los profesionales asistenciales (médicos, enfermeras) sin su concurso no hubiera sido posible conseguir el nivel de calidad actual del Sistema de Salud sin su mejora continuada ninguno de los retos es asumible.

Será preciso asegurar la financiación de la AP como eje del sistema sanitario y un consenso político entre el ministerio de sanidad y las CCAA que evite las desigualdades actuales (calendario vacunal, cartera de servicios etc.) y potencien estrategias que sin criterios electoralistas se orienten a la mejora real de la salud.

Es precisa una implicación de los pacientes en su salud y en el buen uso de los recursos sanitarios.

Promover una gestión sanitaria basada en criterios clínicos y científicos. La macrogestión será responsabilidad de expertos que independientemente de criterios políticos gestionarán adecuadamente los recursos teniendo en cuenta también la necesidad de mejora de la situación laboral de los PAP.

Adecuar el número de profesionales (pediatras y enfermeras pediátricas) a las necesidades de salud potenciando la Unidad asistencial Básica de Pediatría formada por pediatra y enfermera pediátrica.

Será preciso poner a la P AP en la agenda de los políticos y plantear una moratoria tecnológica.

Desde el punto de vista organizativo el primer reto es el mantenimiento del modelo actual de PAP formado por la unidad básica pediátrica (pediatra-enfermera especializada en pediatría) entendida como una unidad integrada por profesionales que se complementan. Un modelo que asegure el derecho de las familias a que todos los niños tengan asignado un pediatra de cabecera.

Mejorar la coordinación hospital- ap basada en criterios de consenso común evitando el hospitalcentrismo y la duplicidad de intervenciones sobre la población infantil aumentando la capacidad resolutive del PAP permitiendo que realice las funciones para las que ya ha demostrado estar capacitado. Potenciar el cuidado del paciente crónico por el PAP que será responsable de liderar un marco de atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales.

Desarrollar la figura del Pediatra coordinador de área o distrito sanitario con una implantación aún escasa. Está ya creada en La Comunidad de Murcia, dependiente de Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud. Existe también en Gran Canaria. En Madrid ha sido recientemente creada la figura del Coordinador de Área Sanitaria de pediatras con las atribuciones de pediatra asistencial, no liberado, encargado de supervisar asuntos varios de los pediatras de su zona como la docencia, formación, residentes, rotaciones, protocolos asistenciales, coordinación con el hospital de referencia.

Fomentar la investigación y la participación de la AEPap en la formación y el desarrollo profesional, en la redacción y gestión de guías de práctica clínica; en los órganos consultivos y decisorios de las administraciones sanitarias como el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

---

<sup>1</sup>Ignacio Para Rodríguez-Santana (Redactor y coordinador )Fundación Bamberg. El modelo de Futuro de Gestión de la Salud propuestas para un debate (abril 2011) XXV aniversario de la ley General de Sanidad. [Consultado el 14/07/2011 ]Disponible en

<http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/26042011002306bamberg.pdf>

<sup>2</sup> Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, Peiró-Pérez R, Rajmil L. La salud en la infancia. Gac Sanit 2004; 18 (Supl 1): 39-46.

<sup>3</sup> Barómetro Sanitario 2009 Agencia de Calidad del SNS. Madrid Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria [Consultado el 20/7/2011] Disponible en

<http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

<sup>4</sup>Source: OECD Health Data 2011 [Consultado el 20/07/2011] Disponible en

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

<sup>5</sup> García Armesto, S. Abadía Taira, B.Durán.A.y Bernal Delagao, E. España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición. 2010;12(4):1-240

<sup>6</sup> Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud setiembre 2010 Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [Consultado el 20/07/2011] Disponible en

[http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns\\_docs/InformeC\\_INCLASNS.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns_docs/InformeC_INCLASNS.pdf)

<sup>7</sup> De los Santos Ichaso M<sup>a</sup>,García ArmentoS.Indicadores en atención primaria: la realidad o el deseo. Informe SESPAP 2012. Gac Sanit.2012;26(S):27-35

<sup>8</sup>Sistema de Información de Atención Primaria. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [Consultado el 20/07/2011] Disponible en

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

<sup>9</sup> Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Oferta-Necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025) Actualización del estudio. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. [Consultado el 18/7/2011] Disponible en

[http://www.mspes.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008\\_2025.pdf](http://www.mspes.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008_2025.pdf)

<sup>10</sup> Sánchez Pina C, Palomino Urda N, de Frutos Gallego F, Valdivia Jiménez C, y cols.“Puntos negros”de la asistencia a la población infanto-juvenil en Atención Primaria en España (primera parte) Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13:15-31

- 
- <sup>11</sup> Ruiz-Canela J. Tribuna: Pediatría en el modelo de la AP del siglo XXI. Diario Médico, 29 de Octubre de 2.008; 8
- <sup>12</sup> Domínguez Aurrecoechea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud Del siglo XXI Informe SESPAS 2012. GacSanit. 2012;26(S):82-87
- <sup>13</sup> Soriano Faura J, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E, Fernández Rodríguez M, Hijano Bandera F, Martínez Rubio A, Programa de Salud Infantil Edita AEPap- Editorial Ex Libris 1ª Edición Madrid 2009 .621p
- <sup>14</sup> Grupo Previnfad AEPap. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia Editorial Ex Libris 2ª Edición Madrid 2011. 579p
- <sup>15</sup> Domínguez Aurrecoechea B, Fernández –Cuesta Valcarce MA, García Puga JM, García Rebollar C, Gutierrez Sigler MD, Hijano Bandera F y cols Programa de Formación Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria Edita AEPap 1ª Edición Madrid 101p
- <sup>16</sup> Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad
- <sup>17</sup> Cartera de Servicios de Atención Primaria 2010 Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [Consultado el 18/7/2011] Disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap>
- <sup>18</sup> Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Información y estadísticas sanitarias 2010. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [Consultado el 18/7/2011] Disponible en <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>
- <sup>19</sup> Actividad ordinaria en centros de atención primaria Informe resumen evolutivo del sistema nacional de salud 2007-2009. SIAP Instituto de Información Sanitaria Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [Consultado el 18/7/2011] Disponible en [http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe\\_de\\_Actividad\\_Ordinaria\\_Atencion\\_Primeria\\_2007-09.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe_de_Actividad_Ordinaria_Atencion_Primeria_2007-09.pdf)
- <sup>20</sup> Proyecto BIFAP. Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad – AEMPS. [Consultado el 20/7/2011] Disponible en: <http://www.bifap.org/>
- <sup>21</sup> Encuesta Nacional de Salud 2006 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad - Instituto Nacional de Estadística [Consultado el 20/7/2011] Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- <sup>22</sup> Observatorio de La Infancia. La Infancia en cifras Instituto de Infancia y mundo urbano (CIIMU) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2007 [Consultado el 30/7/2011] Disponible en <http://www.observatoriodelainfancia.msps.es/documentos/laInfanciaCifras2.pdf>
- <sup>23</sup> Domínguez Aurrecoechea B, Martín Rodríguez D, García Mozo R. Morbilidad en Pediatría de Atención Primaria en Asturias. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8:21-37.
- <sup>24</sup> “El Atlas de variaciones en la práctica médica en el sistema nacional de salud” Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad - 16 CCAA [consultado 14/07/2011]. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/#>
- <sup>25</sup> Estudio de Prevalencia de Obesidad Infantil “ALADINO” Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad QUOTA RESEARCH, S.A. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad – Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición . [consultado 14/07/2011]. Disponible en [www.msps.es/](http://www.msps.es/)
- <sup>26</sup> Ingrid Wolfe et al. BMJ 2011; 342: d1277

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

### TABLAS

Begoña Domínguez Aurrecochea Peditra CS de Otero Oviedo

Carlos Valdivia Jiménez. Peditra Centro de Salud Los Boliches Málaga

**Tabla I: Gasto total en salud % del PIB**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Alemania</b>	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,6	10,5	10,7	11,6
<b>Francia</b>	10,1	10,2	10,5	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0	11,1	11,8
<b>Grecia</b>	7,9	8,8	9,1	8,9	8,7	9,6	9,6	9,6		
<b>Italia</b>	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7	9,0	9,5
<b>R. Unido</b>	7,0	7,2	7,6	7,8	8,0	8,2	8,5	8,4	8,8	9,8
<b>Suecia</b>	8,2	8,9	9,2	9,3	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	10,0
<b>Suiza</b>	10,2	10,6	10,9	11,3	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4
<b>España</b>	7,2	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,5

Fuente de datos: OECD Health Data 2011

**Tabla II: Gasto sanitario desglosado España año 2007**

<b>Gasto sanitario por habitante</b>	1.971,68
<b>Gasto sanitario público por habitante</b>	1.444,13
<b>Porcentaje del gasto de los servicios primarios de salud</b>	14,53%
<b>Porcentaje del gasto de los servicios de atención especializada</b>	50,54%
<b>Porcentaje del gasto en farmacia</b>	20,70%
<b>Porcentaje del gasto en remuneración de personal</b>	44,67%
<b>Porcentaje del gasto en consumos intermedios</b>	20,87%
<b>Porcentaje del gasto dedicado a conciertos</b>	9,62%
<b>Porcentaje del gasto sanitario destinado a formación de residentes</b>	1,52%

Fuente: Sistema de Información del SNS-Indicadores clave

**Tabla III: Ratios de tarjetas sanitarias por profesional (media, máximo y mínimo)**

	Medicina de familia	Pediatría	Enfermería
<b>máximo</b>	1.865	1.982	3.583
<b>media</b>	<b>1410</b>	<b>1029</b>	<b>1663</b>
<b>mínimo</b>	667	419	874

Fuente: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

**Tabla IV: Evolución de las Tasas de mortalidad infantil, neonatal y perinatal en España**

	Mortalidad infantil	Mortalidad neonatal	Mortalidad perinatal
<b>Año 1981</b>	12,5	8,7	14,5
<b>Año 2007</b>	3,5	2,3	4,5

Fuente: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

**Tabla V: Evolución de las Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes todas las causas por tramos de edad**

Edad	1981	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>&lt;1</b>	1.211,4	448,2	410,3	419,4	403,4	406,5	388,0	368,5	357,0
<b>de 1 a 4</b>	62,7	26,0	24,6	25,4	27,2	22,4	21,7	19,9	20,8
<b>de 5 a 14</b>	29,6	16,2	15,0	14,8	14,7	13,1	12,5	12,1	11,9

Fuente: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

**Tabla VI: Evolución de las Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes Neumonía e influenza según edad**

Edad	1981	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<1	44,7	3,3	0,5	2,2	2,6	0,9	1,5	2,4	1,5
de 1 a 4	3,2	0,3	0,3	0,3	0,6	0,3	0,5	0,5	0,3
de 5 a 14	1,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1

Fuente: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

**Tabla VII: Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes Accidentes y causas externas según edad**

Edad	1981	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<1	39,0	8,2	7,7	7,2	9,5	7,8	6,6	4,8	5,7
de 1 a 4	16,7	7,0	6,7	6,2	6,6	5,4	4,9	4,4	4,9
de 5 a 14	10,3	6,0	4,0	4,1	4,4	4,0	3,6	3,0	2,9

Fuente: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

**Tabla VIII: Cobertura vacunación sarampión % sobre población infantil**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alemania	91,1	91,4	91,3	92,5	93,3	94	94,5	95,4	95,9	..
Francia	84,1	84,6	85,9	86,5	87,1	..	..	87	87	90
Grecia	88	88	88	88	88	..	..	99	99	99
Italia	74,1	76,9	80,8	83,9	85,7	87,3	88,3	89,6	90,1	89,9
R. Unido	88	84,7	84,5	82,3	80,7	83,8	84,9	86,2	85,9	87
Suecia	95,5	94,2	88,5	90,5	93,4	94,5	95,4	96,2	96,2	96,7
Suiza	82	82	82	82	82	86	87	87	90	90
España	95	95	97	98	97,3	96,8	96,9	97,2	97,6	97,5

Fuente de datos: OECD Health Data 2011

**Tabla IX: Evolución de la Tasa de casos declarados por 100.000 habitantes de rubeola, sarampión, parotiditis y tos ferina en España**

	Tasa casos declarados rubeola	Tasa casos declarados sarampión	Tasa casos declarados parotiditis	Tasa casos declarados Tos ferina
Año 1991	83,7	62,81	35,4	21,49
Año 2008	0,3	0,7	3,7	1,25

Fuente: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

**Tabla X: Motivos más frecuentes de ingreso hospitalario por franjas de edad**

	< de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años
Enf. de origen en periodo neonatal	40,3%		
Anomalías congénitas	6,1		
Enfermedades aparato respiratorio	15,9	32,4	16,9
Enf. Infecciosas y parasitarias	6,1	12,1	
Enf. aparato digestivo		9,7	16,2
Lesiones y envenenamientos			14,7

Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2006 INE. Población de 0 a 15 años

**Tabla XI: Enfermedades crónicas diagnosticadas por un medico; distribución porcentual**

	<b>Media</b>	<b>mínima</b>	<b>máxima</b>
<b>Alergia crónica</b>	11,60	4,41 La Rioja	16,38 Canarias
<b>Asma</b>	6,58	3,43 La Rioja	15,28 Asturias
<b>Tumores malignos</b>	0,17	0,0 Varias CCAA	0,74 Navarra
<b>Epilepsia</b>	0,85	0,0 La Rioja	1,73 C. Valenciana
<b>Diabetes</b>	0,24	0,0 varias CCAA	0,63 Baleares

Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2006 INE. Población de 0 a 15 años

**Tabla XII: Salud mental en población infantil media: Strenngths and Difficulties Questionnaire: media y desviación típica (DT)**

	<b>De 4 a 9 años</b>		<b>De 10 a 15 años</b>	
	Media	DT	Media	DT
<b>Síntomas emocionales</b>	1,95	1,97	1,97	2,08
<b>Problemas de conducta</b>	2,12	1,85	1,79	1,78
<b>Hiperactividad</b>	4,59	2,72	3,90	2,72
<b>Problemas con compañeros</b>	1,26	1,58	1,27	1,62

Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2006 INE. Población de 0 a 15 años

**Tabla XIII: Lugar donde se produjo el último accidente últimos 12 meses (%) ambos sexos**

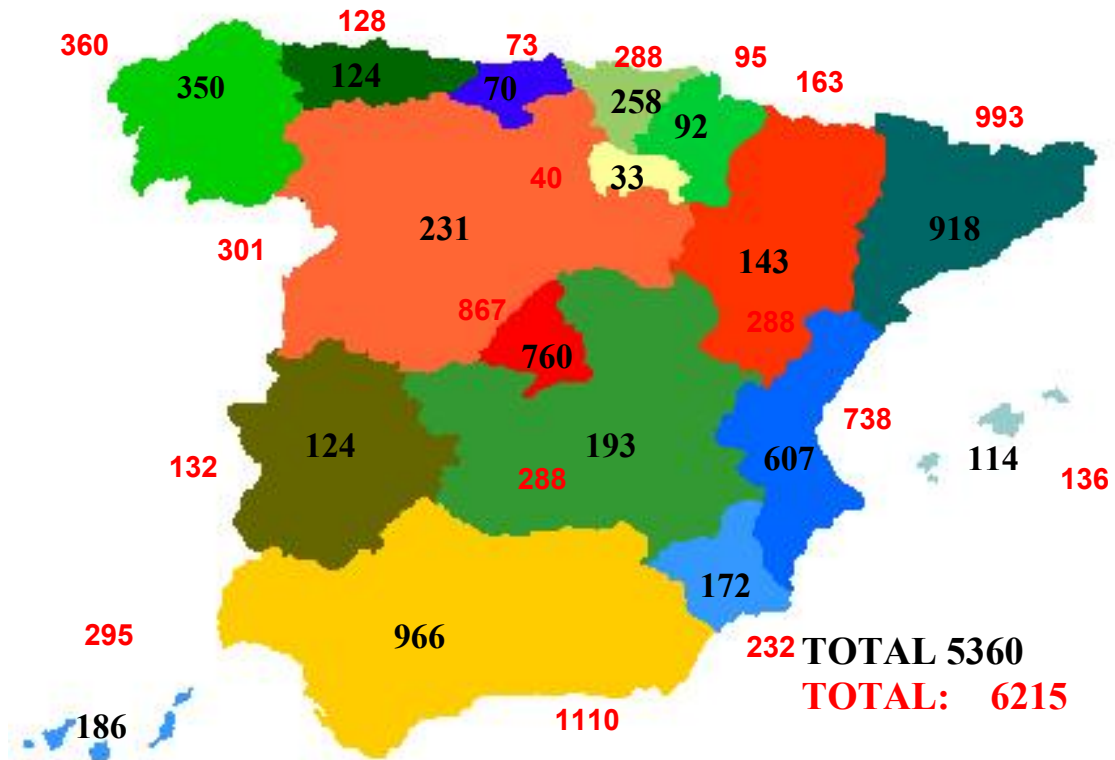
	<b>De 0 a 4 años</b>	<b>De 5 a 15 años</b>
<b>Casa ,escalera, portal</b>	58,84	16,62
<b>Accidente de tráfico</b>	1,62	8,26
<b>Calle o carretera no accidente de tráfico</b>	12,46	27,47
<b>Centro de estudio</b>	11,75	26,01
<b>Otro lugar</b>	15,33	23,64

Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2006 INE. Población de 0 a 15 años

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA FIGURAS

Begoña Domínguez Aurrecoechea Peditra CS de Otero. Oviedo  
Carlos Valdivia Jiménez. Peditra Centro de Salud Los Boliches Málaga

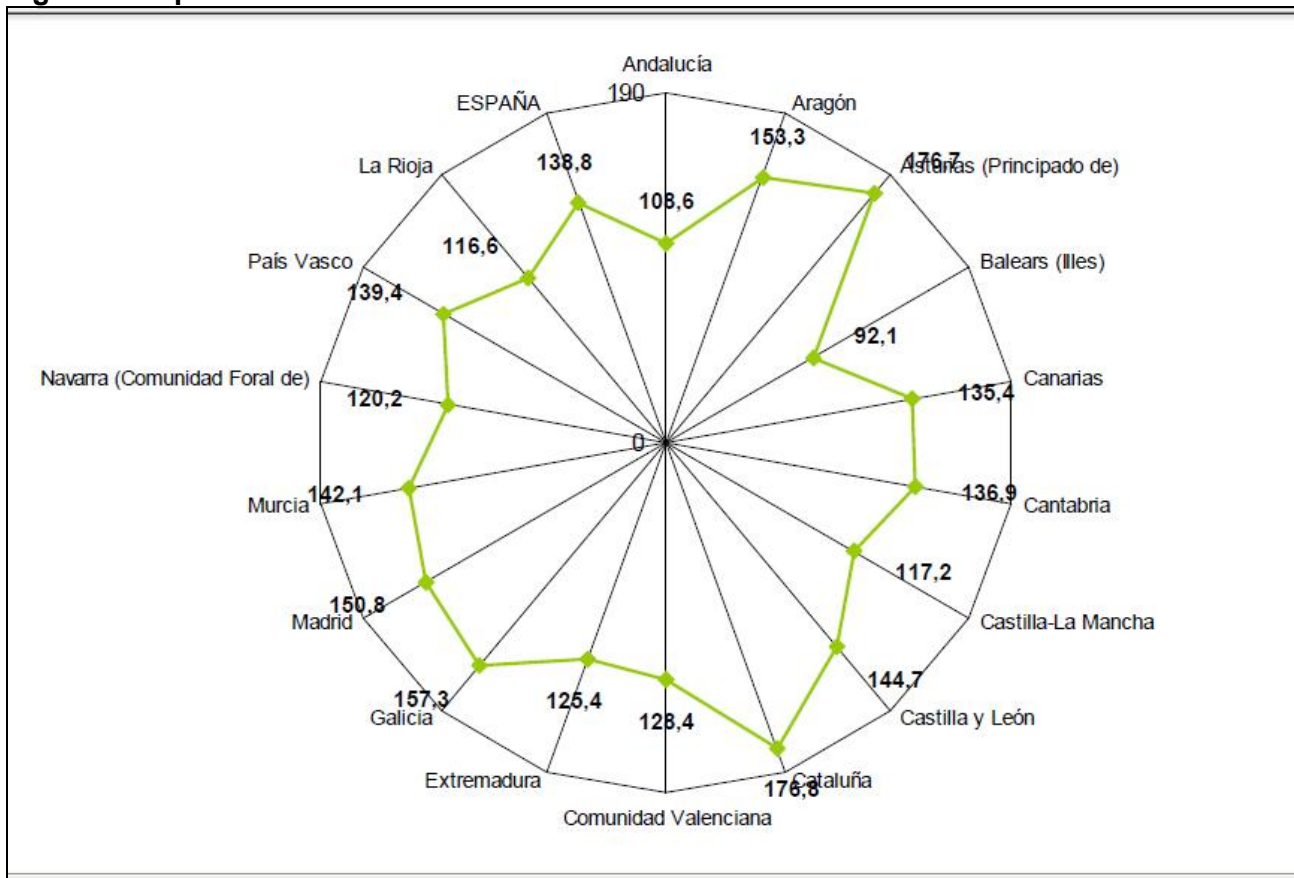
Figura 1 Pediatras de AP en España 2000-2008



Fuente: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

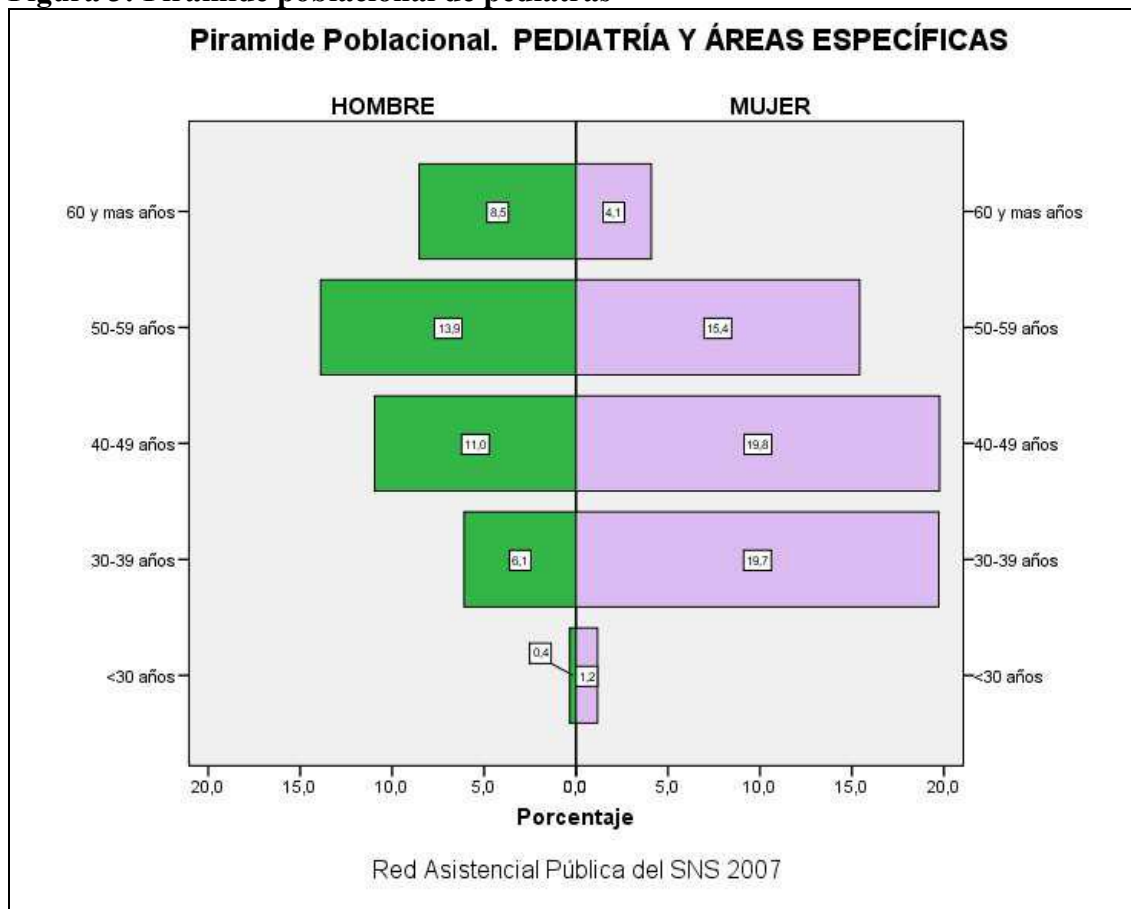


**Figura 2: Especialistas en Pediatría / 100.000 habitantes Red Asistencial Pública 2007**



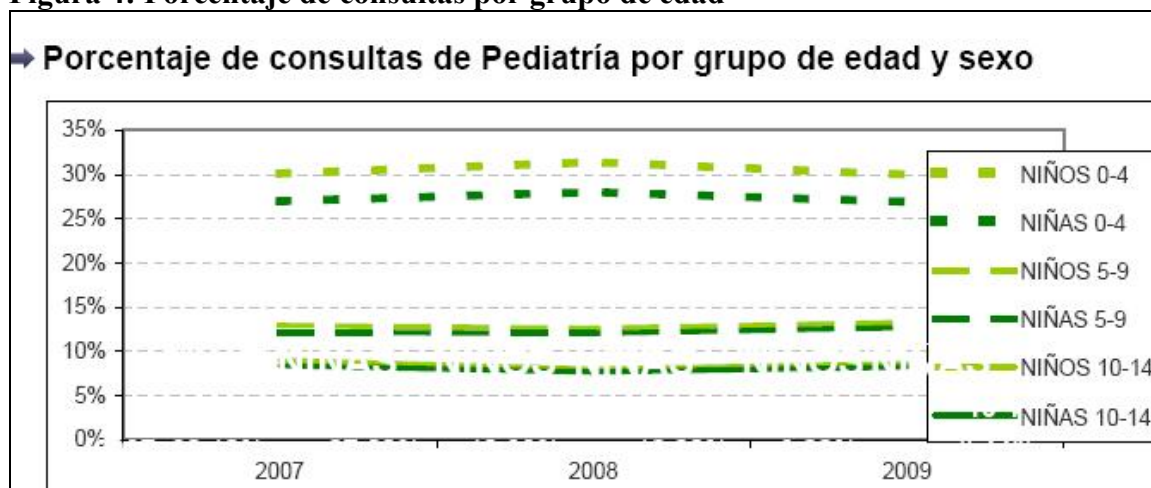
Informe Estudio Oferta- Necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)

**Figura 3: Pirámide poblacional de pediatras**



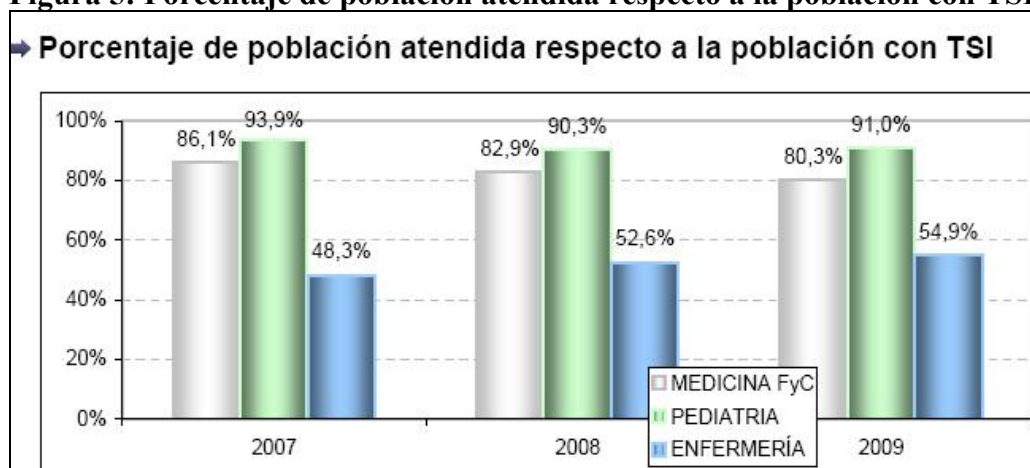
Informe Estudio Oferta-Necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)

**Figura 4: Porcentaje de consultas por grupo de edad**



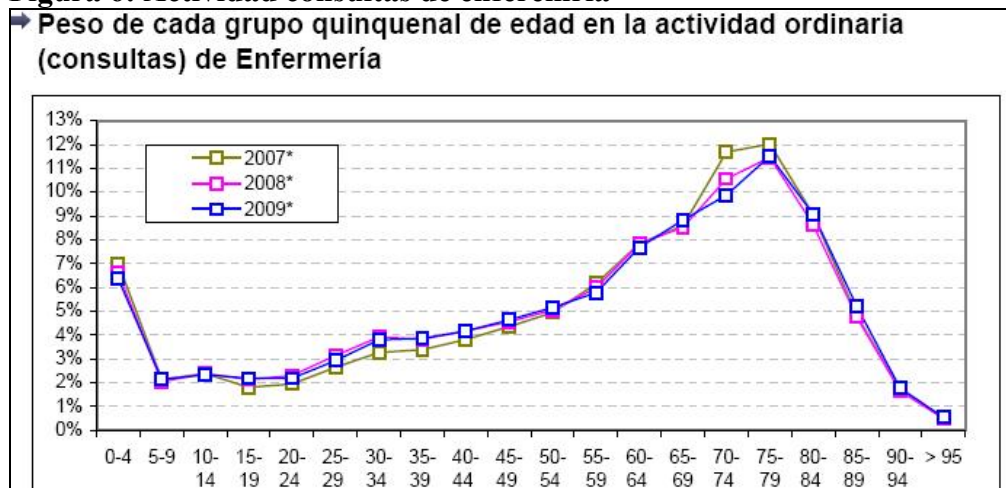
Fuente :Informe SIAP 2007-2009

**Figura 5: Porcentaje de población atendida respecto a la población con TSI**



Fuente: Informe SIAP 2007-2009

**Figura 6: Actividad consultas de enfermería**



Fuente: Informe SIAP 2007-2009

**Figura 7: Frecuentación general por tipo de profesional**



Fuente: Informe SIAP 2007-2009

**Figura 8 Distribución de diagnósticos por capítulos CIAP: Registros comparativos un colaborador / total de pediatras BIFAP (213 de 10 CCAA)**

CAPÍTULO CIAP		Último Año de Registro	
		% Colaborador	% BIFAP Pediatría
A	Problemas generales e inespecíficos	11,2	9,7
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	0,8	0,8
D	Aparato digestivo	10,2	14,5
F	Ojos y anejos	4,5	4,3
H	Aparato auditivo	5,7	7,6
K	Aparato circulatorio	0,6	0,6
L	Aparato locomotor	5,6	4,7
N	Sistema nervioso	1,1	1,4
P	Problemas psicológicos	1,4	1
R	Aparato respiratorio	42,5	39,9
S	Piel y faneras	9,9	10,9
T	Sistema endocrino, metabolismo y nutrición	2,6	1,6
U	Aparato urinario	1,4	0,8
W	Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	0	0,1
X	Aparato genital femenino y mamas	0,5	0,7
Y	Aparato genital masculino y mamas	1,7	1,1
Z	Problemas sociales	0,4	0,2

Fuente: Proyecto BIFAP julio 2011

**Figura 9: Calidad de vida relacionada con la salud en población infantil**

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA 2006

1.7. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN POBLACIÓN INFANTIL

Media y desviación típica según sexo y comunidad autónoma

Población de 8 a 15 años

	MEDIA	DESVIACION TÍPICA
<b>AMBOS SEXOS</b>		
TOTAL	61,81	13,08
ANDALUCÍA	66,07	13,58
ARAGÓN	63,00	14,08
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	60,62	10,89
BALEARS (ILLES)	57,74	13,03
CANARIAS	57,93	9,96
CANTABRIA	57,10	11,97
CASTILLA Y LEÓN	65,28	12,71
CASTILLA-LA MANCHA	60,92	13,36
CATALUÑA	58,21	11,60
COMUNIDAD VALENCIANA	60,97	13,15
EXTREMADURA	67,42	11,71
GALICIA	57,48	11,17
MADRID (COMUNIDAD DE)	63,00	13,36
MURCIA (REGIÓN DE)	58,35	13,57
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	57,56	11,85
PAÍS VASCO	61,59	11,36
RIOJA (LA)	52,56	7,92
CEUTA Y MELILLA	62,27	11,70

Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 2006

**Figura 10: Valoración positiva del estado de salud por tramos de edad**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España 200

**Figura 11 Tasa de mortalidad infantil según comunidad autónoma España 2001y 2007**

	2001	2007
<b>Total</b>	<b>4,1</b>	<b>3,5</b>
Andalucía	4,6	4,1
Aragón	5,0	3,8
Asturias	5,4	5,9
Baleares	5,4	2,7
Canarias	5,2	4,0
Cantabria	1,9	3,5
Castilla y León	2,6	3,2
Castilla-La Mancha	4,0	3,4
Cataluña	3,3	2,6
Comunidad Valenciana	3,7	3,5
Extremadura	4,4	3,3
Galicia	3,6	3,3
Madrid	3,8	2,8
Murcia	5,5	3,9
Navarra	3,0	2,3
País Vasco	3,4	4,3
La Rioja	5,4	3,4
Ceuta	3,1	8,8

Fuente: <http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

**Figura 12: Coberturas vacunales Triple vírica**

Niños de 1 a 2 años vacunados con una dosis de Sarampión-Rubéola-Parotiditis (SRP) y niños vacunados con segunda dosis de 3 a 6 años, 2010.

CC.AA	SRP-Primera dosis				SRP-Segunda dosis		
	Población	Fuente	nº dosis	%	Población	nº dosis	%
Andalucía	95.161	SIGAP	92.748	97,5	93.459	80.034	85,6
Aragón	13.062	IAE	13.061	100,0	12.343	11.808	95,7
Asturias	8.221	INE	8.149	99,1	7.914	7.682	97,1
Baleares	11.991	EBAP	11.741	97,9	10.792	9.874	91,5
Canarias	18.365	ISTAC	17.473	95,1	20.573	19.114	92,9
Cantabria	5.545	ICANE	5.601	101,0	5.453	5.328	97,7
Castilla y León	20.695	INE	20.007	96,7	20.219	19.173	94,8
Castilla La Mancha	21.398	Tarjeta Sanitaria	20.422	95,4	21.199	19.785	93,3
Cataluña	90.862	IDESCAT	81.230	89,4	83.464	77.621	93,0
C. Valenciana	54.730		52.760	96,4	54.778	52.186	95,3
Extremadura	10.326	CIVITAS	9.966	96,5	10.417	9.277	89,1
Galicia	23.276	IGE	23.048	99,0	22.330	21.522	96,4
Madrid	75.553	Metabologpatias	72.637	96,1	68.830	66.585	96,7
Murcia	18.683	Registro nominal	17.873	95,7	17.104	14.265	83,4
Navarra	7.149	Padrón Municipal	6.692	93,6	6.897	6.411	93,0
P. Vasco	-		-	-	-	-	-
Rioja	3.347	Registro de vacunas	3.285	98,1	3.267	3.126	95,7
Ceuta	1.165	CIVITAS	1.370	117,6	1.061	823	77,6
Melilla	1.266	INE	1.234	97,5	1.128	904	80,1
<b>TOTAL</b>	<b>480.795</b>		<b>459.297</b>	<b>95,5</b>	<b>461.228</b>	<b>425.518</b>	<b>92,3</b>

CIVITAS: Sistema Información Poblacional  
 EBAP: Escuela Balear de Administración Pública  
 INE: Instituto Nacional de Estadística  
 ISTAC: Instituto Canario de Estadística. Registro Drago  
 IDESCAT: Instituto de Estadística de Cataluña  
 IAE: Instituto Aragonés de Estadística  
 IGE: Instituto Gallego de Estadística  
 SIGAP: Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria  
 NOTA: Las coberturas superiores al 100% se deben a la inclusión en el numerador de niños vacunados que no figuran como residentes de esa Comunidad.  
 (-) No hay datos disponibles

Fuente: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

**Figura 13: Coberturas vacunales dosis refuerzo DTPa y Td 2010**

Cobertura de vacunación de dosis de refuerzo DTPa y Td, 2010.

CC.AA	DTPa refuerzo 4-6 años			Td refuerzo 14-16 años		
	población objeto	nº dosis	%	población objeto	nº dosis	%
Andalucía	79.362	65.813	82,9	80.261	62.683	78,1
Aragón	12.343	12.323	99,8	11.364	9.117	80,2
Asturias	7.613	7.125	93,6	7.324	6.180	84,4
Baleares	10.792	8.519	78,9	7.787	6.999	89,9
Canarias	20.597	16.769	81,4	20.431	10.568	51,7
Cantabria	5.453	5.156	94,6	4.529	3.881	85,7
Castilla y León	20.219	19.145	94,7	20.144	16.189	80,4
Castilla La Mancha	21.199	19.785	93,3	20.151	17.378	86,2
Cataluña	81.420	67.578	83,0	64.231	52.862	82,3
C. Valenciana	54.351	52.061	95,8	47.902	42.465	88,6
Extremadura	10.417	7.229	69,4	11.042	4.473	40,5
Galicia	21.900	21.068	96,2	21.156	17.545	82,9
Madrid	68.830	66.333	96,4	56.500	48.643	86,1
Murcia	17.104	14.265	83,4	15.422	10.833	70,2
Navarra	6.786	6.894	101,6	5.764	5.276	91,5
P. Vasco	-	-	-	-	-	-
La Rioja	3.066	3.029	98,8	3.044	2.913	95,7
Ceuta	1.061	668	63,0	1.031	552	53,5
Melilla	1.128	694	61,5	1.072	743	69,3
<b>TOTAL</b>	<b>443.641</b>	<b>394.454</b>	<b>88,9</b>	<b>399.155</b>	<b>319.300</b>	<b>80,0</b>

(-) No hay datos disponibles

Fuente: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

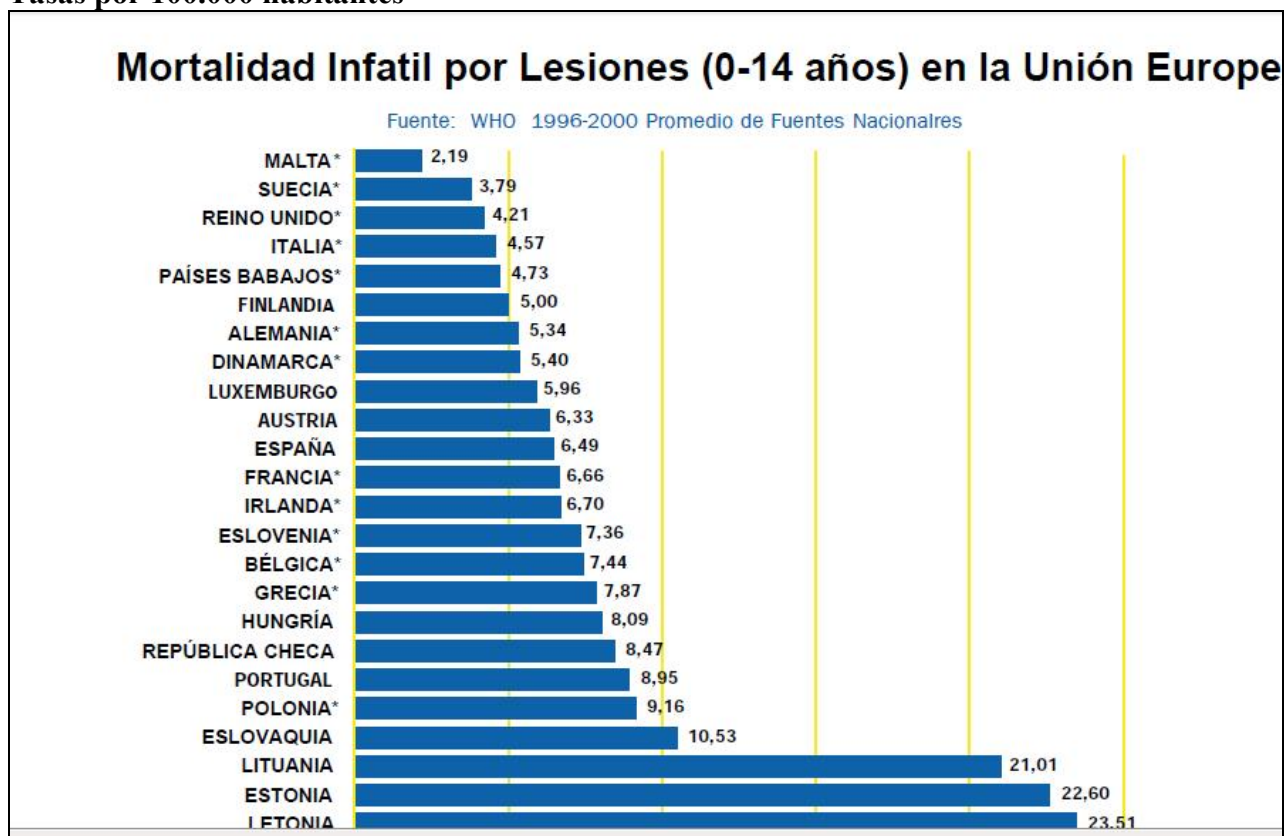


**Figura 14: Los 10 Diagnósticos más frecuentes registrados por: un médico colaborador (columna 1) y el total de pediatras del proyecto BIFAP (columna 2)**

10 CIAPS MÁS FRECUENTES									
MEDICO COLABORADOR					BIFAP				
	CIAP	DESCRIPCIÓN	NUM	%		CIAP	DESCRIPCIÓN	NUM	%
1	R74	INFECC RESPIRATORIA AGUDA SUPERIOR	7.035	22,3	1	R74	INFECC RESPIRATORIA AGUDA SUPERIOR	1.259.129	23,7
2	R76	AMIGDALITIS AGUDA	2.254	7,1	2	H71	OTITIS MEDIA/MIRINGITIS AGUDA	261.730	4,9
3	H71	OTITIS MEDIA/MIRINGITIS AGUDA	2.057	6,5	3	A03	FIEBRE	257.250	4,8
4	D73	INFECCIÓN INTESTINAL INESP/POSIBLE	1.088	3,4	4	D73	INFECCIÓN INTESTINAL INESP/POSIBLE	196.353	3,7
5	A77	OTRAS ENFERMEDADES VIRALES NE	917	2,9	5	R76	AMIGDALITIS AGUDA	187.752	3,5
6	R78	BRONQUITIS/BRONQUIOLITIS AGUDA	895	2,8	6	R05	TOS	175.594	3,3
7	R77	LARINGITIS/TRAQUEITIS AGUDA	793	2,5	7	R72	FARINGITIS/AMIGDALITIS ESTREPTOC	157.721	3
8	A03	FIEBRE	710	2,2	8	A97	SIN ENFERMEDAD	126.259	2,4
9	F70	CONJUNTIVITIS INFECCIOSAS	706	2,2	9	R77	LARINGITIS/TRAQUEITIS AGUDA	98.613	1,9
10	R72	FARINGITIS/AMIGDALITIS ESTREPTOC	642	2	10	A77	OTRAS ENFERMEDADES VIRALES NE	98.556	1,9
TOTAL			17.097	53,9	TOTAL			2.818.957	53,1

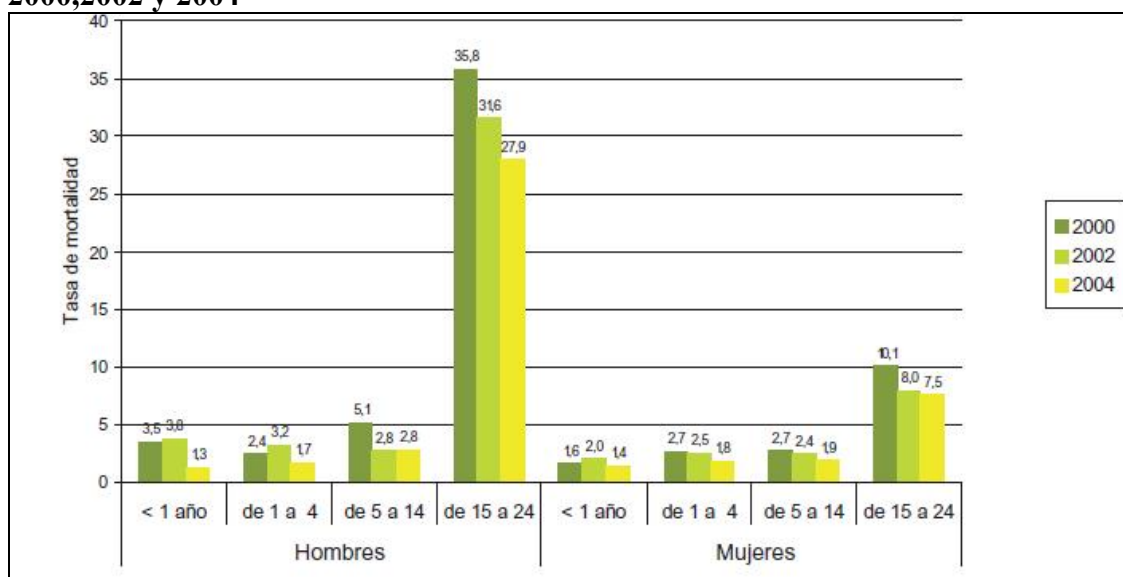
Proyecto BIFAP julio 2011

**Figura 15: Mortalidad infantil por lesiones (0 a 14 años) en la Unión Europea  
Tasas por 100.000 habitantes**



Fuente: WHO 1996-2000

**Figura 16: Tasa de Mortalidad por accidentes de tráfico según edad y sexo España 2000,2002 y 2004**



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo