



Situación de la Pediatría de Atención Primaria de Andalucía

Análisis de la situación y propuesta de soluciones

1. El pediatra de Atención Primaria, el responsable de la Atención a la Infancia

- 1.1. El derecho a tener un pediatra en atención primaria. No es un privilegio, es una obligación legal.
- 1.2. La equidad en la atención sanitaria a la infancia.
- 1.3. El Pediatra en Atención Primaria no es exclusivo de España.
- 1.4. El Pediatra, el mejor profesional para la atención sanitaria a la infancia en Atención Primaria.

2. Análisis de la situación

- 2.1. Grave déficit de profesionales. 46,79% de los niños andaluces no tienen pediatra. Suerte desigual según lugar de nacimiento.
- 2.2. Envejecimiento de los profesionales de Atención Primaria.
- 2.3. Desequilibrio de los cupos pediátricos asignados. Ejemplo de un distrito.
- 2.4. Influencia de la natalidad en la atención pediátrica en Atención Primaria.
- 2.5. Influencia de las condiciones laborales.
- 2.6. Influencia de la formación de los profesionales sanitarios MIR de Pediatría.

3. Propuestas y soluciones

- 3.1. Mejora de las condiciones laborales.
- 3.2. Reestructuración de la Atención Primaria pediátrica.
- 3.3. Profesionales en formación. MIR de pediatría.



1. El Pediatra, el responsable de la salud infantil

En la actualidad el pediatra de Atención Primaria (AP) es el responsable de proporcionar una atención integral y continuada al niño desde el nacimiento hasta los 14 años y su trabajo se desarrolla en el seno de los Equipos Básicos de Salud, y esto es así desde hace ya muchos años.

El actual modelo de asistencia a la población infantil ha condicionado una mejora en la atención sanitaria a este tramo etario y apostamos por su continuidad, ya que ha demostrado unos excelentes resultados en salud.

“Todos” los niños tienen derecho a ser atendidos por un “pediatra” en las consultas de “Atención Primaria” y a recibir las “atenciones necesarias, preventivas y curativas y de seguimiento de sus patologías crónicas”

1.2. ¿Es un derecho tener un pediatra en Atención Primaria?

El derecho a que todos los niños de España sean atendidos por pediatras en Atención Primaria (AP) tiene tres pilares fundamentales:

- 1- La [Ley General de Sanidad de 1986\(link is external\)](#): dice que una de las características del Sistema Nacional de Salud es la extensión de sus servicios a toda la población.
- 2- El [Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud\(link is external\)](#): dice que los equipos de atención primaria tendrán Médicos de Medicina General y Pediatría.
- 3-El [Real Decreto 1575/1993 por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria\(link is external\)](#): establece que la edad pediátrica es hasta los 14 años, momento al que pasarán al médico de familia.

Estos tres pilares se complementan con otras leyes como la [Ley 14/2010 de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia\(link is external\)](#). Esta ley dice que los niños **tienen derecho** a recibir actuaciones preventivas, con el objetivo de **prevenir** las enfermedades y sus complicaciones y disminuir la exposición a factores de riesgo para la salud; disponer de **vacunaciones**, **cribados neonatales** y **protocolos de seguimiento** de la infancia.

¿Es un privilegio? Vista la situación europea podríamos pensar que el hecho de que los niños en AP sean atendidos por un pediatra es un privilegio. Pero no es así. Nuestras leyes lo avalan. Los pediatras defendemos la atención por pediatras para todos los niños en AP; sin distinción de clases sociales, origen u otras diferencias.

1.2 ¿Qué pasaría si el sistema de salud no ofreciera pediatras en Atención Primaria?

En el caso de que el sistema de salud no diera la oportunidad a todos los niños de tener un pediatra, lo que sucedería es que los padres que tuvieran recursos económicos seguirían acudiendo al pediatra y los padres que no los tuvieran no podrían hacerlo. **Para que haya una igualdad, “equidad”** entre todos los niños andaluces, un factor fundamental es que, todos sean atendidos por un pediatra en atención primaria.

1.3 ¿Qué sucede en otros países?

Un argumento que a veces se usa es que hay países europeos en los que no se hace así.

En Europa, un 25% de los niños son atendidos por pediatras en AP como lo hacemos en España. En un 40% de los países les atienden los médicos de familia y en el 35% hay un modelo mixto.

Esta realidad no es válida para ir en contra de la atención a los niños por pediatras en atención primaria.

Austria (558)	Alemania (5.634)	Letonia (765)	Eslovaquia (450)	Suecia (198)
Rep Checa (2.052)	Croacia (1.000)	Lituania (464)	Eslovenia (260)	Finlandia (100)
Chipre (180)	Hungría (1.260)	Luxemburgo (46)	España (6.400)	
Francia (3.000)	Italia (7.500)	Portugal (80)	Suiza (1.250)	

Hay miles de especialistas en Europa. En concreto, en Europa hay 31.000 pediatras de Atención Primaria de 18 países. El desglose es el siguiente:

<https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-relaciones-con-pediatria-europea/ecpcp>

1.4. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para atender a la infancia y adolescencia en Atención Primaria en los países desarrollados?

Es el pediatra. El pediatra es el profesional mejor formado para la atención infantil.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.15324>

Una cosa es que **los médicos especialistas en Medicina de Familiar y Comunitaria se hayan formado dos meses en pediatría** en sus cuatro años de formación, un 0,25% del total, y otra que sean el profesional más formado para la atención infantil como se ha demostrado en un reciente estudio: revisión sistemática **"Paediatricians provide higher quality care to children and adolescents in primary care: A systematic review"** publicada en la prestigiosa revista Acta Paediatrica. (issue 10; vol 109, October 2020).

El pediatra de AP es algo valioso que no podemos permitirnos el lujo de perder.



2. Análisis de la situación

2.1. La Pediatría de AP (PAP) en nuestra Comunidad Autónoma sufre en este momento un grave déficit de **profesionales**, más acusado en las zonas rurales. Esto supone una amenaza para el actual modelo de **ATENCIÓN INFANTIL**, relegando a un segundo plano aspectos **tan importantes como la calidad asistencial**, las expectativas de las familias (no saben que profesional atiende a sus hijos) y las opiniones de los profesionales sanitarios en la solución del problema.

En cuanto a los profesionales sanitarios que atienden a población infantil:

- ✚ **374.545 (37%) de niños/as adolescentes de 0 a 13 años con clave pediátrica** no están siendo vistos por un pediatra. Están siendo vistos por un Médico de Familia o Médico General en función de pediatra.
- ✚ **Además 106.950 niños (10%) no tienen asignación a clave pediátrica alguna (ámbito rural)**
- ✚ **El 47% de niños andaluces de 0 a 13 años están atendidos por Médico/a de Familia o Médico/a general**

Población infantil 0-13 años a 1 enero 2024: 1.121.968

Población Infantil asignada a clave pediátrica (plazas de pediatría): 1.015.018

Población Infantil sin asignación a clave pediátrica: 106.950

Población infantil total sin pediatra alguno: 481.495 (43%)

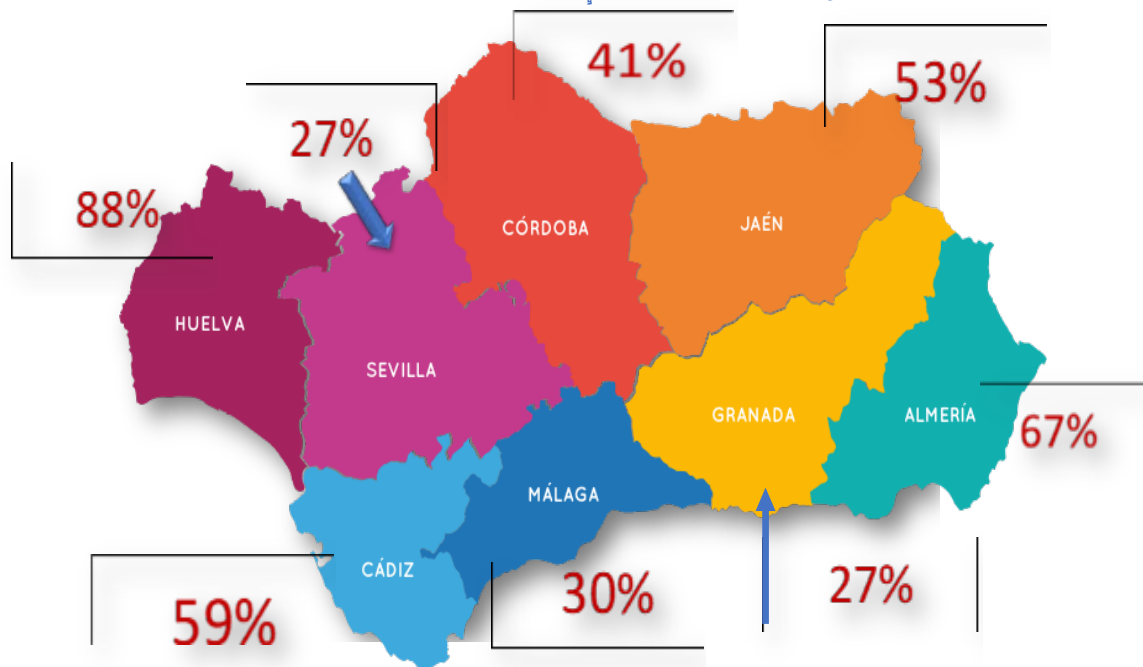
Datos del Portal de transparencia de la Consejería de Salud y Consumo.

Datos del censo de población enero 2024.

***Menores de 14 años “sin pediatra” (1 JUNIO 2024)**

Andalucía

43%





	CUPOS con clave		% Cupos sin pediatra	
	mar-22	jun-24	mar-22	jun-24
Almería	103	102	64%	73,53%
Cádiz	180	183	49%	53,01%
Cordoba	105	103	35%	35,92%
Granada	128	128	17%	25%
Huelva	66	64	68%	85,94%
Jaén	87	90	46%	50%
Málaga	203	198	15%	19,19%
Sevilla	282	275	22%	22,91%
Andalucía	1154	1143	40%	45,69%

Evolución de los cupos pediátricos en Atención Primaria Han ido disminuyendo, y aumentando los cupos sin pediatra. Sin embargo, según informe del consejo andaluz de colegios de médicos han aumentado el número de pediatras en Andalucía (concretamente a nivel hospitalario se han incrementado de forma importante).

Es importante dimensionar también la atención primaria de la misma manera.

Hay 43 claves pediátricas asignadas sin pediatra, vacías.
Hay 47 claves pediátricas asignada con profesional asignado, pero con cupo cero.

	Cupos Asignados	Edad media	Sexo M	Sexo H	Cupo Medio	Cupos > 1000	Pediatras	No Pediatras	M. Familia	M. Generales	Otras especialidades	Niños Asignados Totales con clave	Niños Con Pediatra (Con Clave)	Niños Sin pediatra (con clave)	Población Infantil Censada	Población Infantil SIN CLAVE	No vistos por Pediatra	% Niños Sin Pediatra Andalucía	NIÑOS CON CLAVE SIN PEDIATRA
ANDALUCÍA	1143	51,05	76%	24%	888	27%	62%	37,80%	15%	22%	1%	1015018	640473	374545	1121968	106950	481.495	43%	37%
ALMERÍA	102	51,05	73%	27%	969	54%	36%	73,53%	15%	49%	8%	103389	36917	66472	110690	7301	73.773	67%	64%
Cádiz	183	50,00	74%	26%	795	3%	47%	53,01%	25%	27%	2%	145404	66693	78711	161670	16266	94.977	59%	54%
Cordoba	103	52,44	73%	27%	847	25%	64%	35,92%	16%	17%	3%	87241	55867	31375	94844	7603	38.978	41%	36%
Granada	128	51,00	70%	30%	882	24%	75%	25,00%	8%	16%	1%	112849	86652	26197	119147	6298	32.495	27%	23%
Huelva	64	47,00	80%	20%	894	36%	14%	85,94%	50%	36%	0%	57224	8395	48829	69779	12555	61.384	88%	85%
Jaén	90	54,00	51%	13%	728	4%	50%	50,00%	16%	34%	0%	65443	33917	31526	72937	7494	39.020	53%	48%
Málaga	198	50,80	81%	19%	1006	48%	81%	19,19%	8%	11%	1%	199109	158823	40286	228350	29241	69.527	30%	20%
Sevilla	275	51,00	81%	19%	888	23%	77%	22,91%	10%	13%	0%	244317	193199	51118	264552	20235	71.353	27%	21%

Del análisis de los datos detectados se puede ver que hay **432 (37,8%)** profesionales no pediatras atendiendo a la población infantil. De estos **175 (15%)** son médicos/as de familia (MF) y **249 (22,8%)** son médicos/as generales (MG). Hay **711 Pediatras (P)** (62%)

También se puede apreciar la variabilidad de cupos, con más del 50% de cupos de más de 1000 en Málaga y Almería, y zonas urbanas con cupos muy bajos en zonas cercanas. Cupos de 1000 y a 500 metros cupos con 450-500 en zonas de Jaén y Cádiz.

62,20%



711 Pediatras

15,31%



175 Médicos/as Familia

22,48%



249 Médicos/as Generales

424

Déficit Pediatras AP

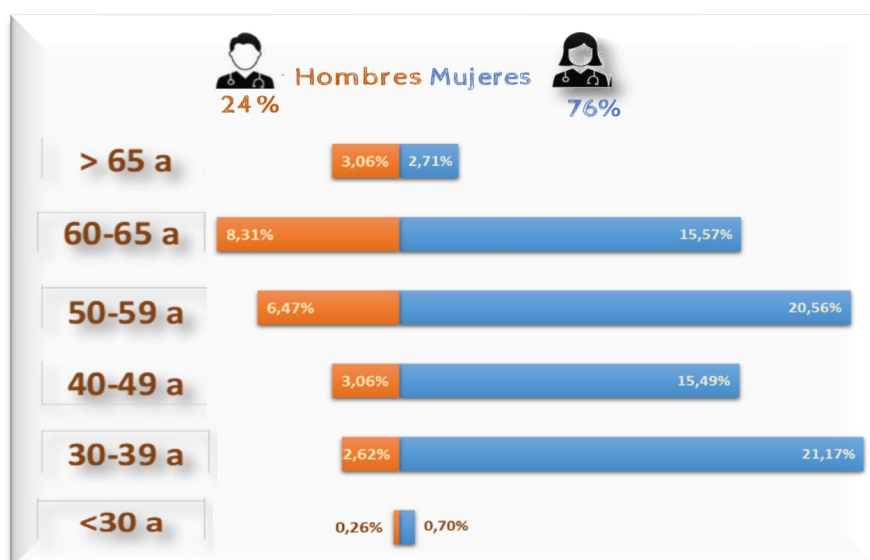
Distribución Profesionales en cupos pediátrico en Andalucía

Análisis de datos por zonas básicas y distritos

	Huelva			Granada				Córdoba				Cádiz			
	Huelva Costa	Huelva Sierra-Andévalo Central	Huelva Condado-Campaña	Granada Granada Sur	Granada Metropolitano	Granada Norte	Granada	Córdoba Córdoba Norte	Córdoba Guadalquivir	Córdoba Córdoba Sur	Córdoba	Cádiz Bahía-La Janda	Cádiz Campo de Gibraltar	Cádiz Sierra de Cádiz	Cádiz Jerez-Costa Noroeste
Claves con profesional asignado	35	7	22	20	58	15	36	7	19	8	46	74	43	14	52
Edad Media	47,70	52,30	44,40	47,80	50,30	46,20	56,00	54,00	47,00	56,60	56,50	49,40	51,80	49,00	49,50
Pediatras	5	0	4	10	47	4	36	1	8	0	45	50	5	5	26
M.Familia	18	2	12	3	2	5	0	3	3	0	0	14	17	1	13
M. General	12	5	6	7	8	6	0	1	8	8	0	9	20	8	13
Otros	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0

Almería				Sevilla					Málaga					Jaén				
	Almería Alto Alanzora	Almería Almería	Almería Poniente	Sevilla	Sevilla Norte	Sevilla Este	Sevilla Sur	Sevilla Aljarafe	Málaga Málaga	Málaga Costa del Sol	Málaga Valle del Guadalorce	Málaga Axarquía	Málaga Vega	Málaga Serranía	Jaén Norte	Jaén Nordeste	Jaén	Jaén Sur
Claves con profesional asignado	18	46	46	92	39	26	62	56	82	66	17	16	10	7	24	22	31	13
Edad Media	50,38	51,75	54,00	53,00	51,60	42,40	50,50	51,40	52,20	52,40	40,40	49,40	47,00	52,10	50,00	57,20	56,18	49,25
Pediatras	2	24	11	87	25	7	52	41	79	47	15	13	1	5	6	13	17	10
M.Familia	1	7	7	2	6	8	5	7	0	5	1	3	5	1	7	3	3	1
M. General	15	15	20	3	8	11	5	8	3	14	1	0	3	1	11	6	11	2
Otros				0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Puede verse la variabilidad. Zonas básicas con mayoría de pediatras, sobre todo capitales de provincia, con variabilidad importante entre provincias. En algunas zonas básicas ningún pediatra (Huelva sierra, Córdoba sur). En otras prácticamente 100% de pediatras. (Granada, Córdoba, Sevilla, Málaga, Jaén Sur).



Mayores 60	> 60 ped	> 60 MF	> 60 MG
338	222	36	80
32,70%	21,50%	3,50%	7,70%

2.2. Envejecimiento de los profesionales de Atención Primaria.

Edad de los profesionales que trabajan en cupos pediátricos.

Hay un 5,77% mayores de 65 años, a punto de la jubilación. Sobre todo en zonas donde hay más déficit de pediatras los profesionales tienen mayor edad.

Hay un 30% mayores de 60 años, es decir casi un tercio de los profesionales se jubilarán en los próximos años. La mayoría Pediatras. No hay recambio generacional. Los/as MIR de pediatría eligen en su mayoría (76%) trabajar en otro ámbito que no sea la atención primaria (hospital y/o medicina privada) por las mejores condiciones de trabajo.

2.3. Desequilibrio de los cupos pediátricos

Actualmente los cupos pediátricos andaluces con clave pediátrica tienen de **media 884 niños**, cercano a los 800 que se recomiendan para trabajar en unas condiciones óptimas.

Lo que ocurre que **hay desequilibrio en los cupos**: no puede suceder que en centros cercanos en las capitales andaluzas se mantengan cupos de 500, habiendo cupos de 1000 a 500 metros de distancia. Es necesario reorganizar y desplazar las plazas de pediatría donde son necesarias (deshablamiento de los cupos de más de 1500-1600 en zonas de Málaga o Almería, por ejemplo).

No se sostiene que tengan que desplazarse pediatras a localidades con cupos de 100 niños 1 día a la semana, **Asistir a centros para ver 1 o ningún niño 2 horas a la semana, no se sostiene.**

Se deben optimizar los recursos



Actualmente en las consultas de pediatría **hay un 28% de pacientes crónicos** que requieren de un seguimiento adecuado, que no se puede hacer correctamente sin el tiempo ni la formación necesarias.

El Pediatra es el profesional mejor formado para la atención de estos niños.

Además, **es fundamental la enfermera pediátrica** para el trabajo en equipo y atención adecuada a esta población. Sin enfermería pediátrica no se pueden hacer programas tan importantes como programa salud infantil y adolescente (PSIAA), Plan Integral de Obesidad Infantil (PIOBIN), ni seguimiento adecuado de pacientes crónicos (28% en los cupos pediátricos en la actualidad). Es grave que no se cumplan las condiciones anunciadas (1 enfermera cada 890 TIS) que se anunciaron en enero 2023 y que dependiendo de la zona básica de cada distrito se tenga o no enfermera de pediátrica, sin explicaciones, con una desatención a la infancia, utilizándose a estas profesionales en otros ámbitos de la atención.

Desde la estrategia de infancia y adolescencia aprobada en el parlamento como “ley” de obligado cumplimiento debería reclamarse que se cumpla con la incorporación de la enfermería pediátrica en ratio 1:1 como se indicó, pues de otra forma **el deterioro de la atención a la infancia supondrá un varapalo en la salud infantil en Andalucía.**

2.4. ¿La reducción de la natalidad solucionará el problema de falta de profesionales?

La natalidad infantil en los últimos 12 años se ha reducido un 40% en Andalucía.

Eso no significa que se necesiten menos profesionales para la atención infantil, menos pediatras.

No. El número de niños es el óptimo aún con ese descenso (800 de cupo por profesional) para una atención de calidad si se cubriesen las plazas de pediatría, con pediatras.

Se está además comprobando que ese descenso no soluciona el problema de déficit de profesionales.

2.5. Condiciones laborales

- **Retribuciones:** las retribuciones de los profesionales de Atención Primaria son un 25% menores que los profesionales que trabajan en ámbito hospitalario, por el factor **FRP**, COMPLEMENTO ESPECÍFICO: Destinado a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad. **Agravio comparativo hospital/primaria, con profesionales de igual titulación, responsabilidad y dificultad técnica, dedicación y peligrosidad.**

CENTRO	PUESTO DE TRABAJO*	SUBG R**	NIVEL	SUELDO (x12)	COMPL. DESTINO (x12)	C. ESPECÍFICO D.I. (x12)	FRP (x12)	TOTAL MENSUAL	P. Adicional JUN-DIC (DI+ FRP)x 2	TOTAL EXTRA x 2	TOTAL ANUAL	C.R.P.*	TOTAL
HOSP.	F.E.A.	A1	N.24	1.300,87	683,75	916,77	794,57	3.695,96	1.711,34	1.486,51	50.747,22	6.744,81	57.492,03
HOSP.	COORD. MEDICO INTRAH. TRASPLANTE	A1	N.24	1.300,87	683,75	916,77	794,57	3.695,96	1.711,34	1.486,51	50.747,22	6.744,81	57.492,03
HOSP.	MED. RECUR. AVANZ. Y CUIDADOS PALIATIVOS	A1	N.24	1.300,87	683,75	916,77	794,57	3.695,96	1.711,34	1.486,51	50.747,22	6.744,81	57.492,03
CTIC	MEDICO FAMILIA CENTRO TRANS. TEL. Y CELUL.	A1	N.24	1.300,87	683,75	916,77	794,57	3.695,96	1.711,34	1.486,51	50.747,22	6.744,81	57.492,03
HOSP.	MEDICO DE ADMISION Y DOCUM. CLINICA	A1	N.24	1.300,87	683,75	916,77	794,57	3.695,96	1.711,34	1.486,51	50.747,22	6.744,81	57.492,03
HOSP.	MEDICO DE FAMILIA S.C.U.	A1	N.24	1.300,87	683,75	916,77	794,57	3.695,96	1.711,34	1.486,51	50.747,22	6.744,81	57.492,03
HOSP.	TEC. SUP. NUTRIC. Y CONTROL ALIMENTOS	A1	N.24	1.300,87	683,75	392,83	682,04	3.059,49	1.074,87	1.486,51	41.836,64	5.573,28	47.409,92
DIST.	MEDICO DE FAMILIA S.C.U.	A1	N.24	1.300,87	683,75	955,62	107,93	3.048,17	1.063,55	1.486,51	41.678,16	6.721,84	48.400,00
DIST.	MEDICO PEDIATRA EBAP	A1	N.24	1.300,87	683,75	955,62	107,93	3.048,17	1.063,55	1.486,51	41.678,16	6.721,84	48.400,00
DIST.	MEDICO ODONTOSTOMATOL. EBAP	A1	N.24	1.300,87	683,75	955,62	107,93	3.048,17	1.063,55	1.486,51	41.678,16	6.721,84	48.400,00
HOSP/DIST.	MEDICO DEL TRABAJO	A1	N.24	1.300,87	683,75	955,62	107,93	3.048,17	1.063,55	1.486,51	41.678,16	6.721,84	48.400,00
DIST.	TECNICO SALUD AT.PRIMARIA	A1	N.24	1.300,87	683,75	1.015,69	88,55	3.088,86	1.104,24	1.486,51	42.247,82	4.992,26	47.240,08

Aquí pueden consultarse las retribuciones.

https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.sspa.juntadeandalucia.es%2Fservicioandaluzdesalud%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fsinfiles%2Fwsas-media-sas_normativa_mediafile%2F2024%2Fresoluciones_retribuciones_subida_con_anexos.pdf

Además, las retribuciones de los médicos andaluces están entre las últimas de las españolas, y de las europeas (véase informe de D. Vicente Matas en el documento del foro de médicos de Atención Primaria)

https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Factualidadmedica.es%2Fwp-content%2Fuploads%2F819%2Fsp01%2Fpdf%2Fam_819_spl01.pdf

- **No se cubren las ausencias de profesionales ni se remuneran (no hay sustitutos) los acúmulos de cupos adecuadamente. Contratos mes a mes en muchas ocasiones.**
- **Organización de la consulta:** no hay limitación de agendas real, los pacientes “sin cita” que acuden hay que atenderlos (sin ser verdaderas urgencias). Se acumulan los cupos por ausencias de otros/as profesionales, con agendas sin fin. **Cuando médico/as en formación vienen a hacer su rotación en Atención Primaria ven estas dificultades y huirán de un futuro estar en esta situación.**
- **Traslados/OPEs:** sistemáticamente no se ofertan las plazas en zonas urbanas a pediatras que llevan años trabajando en ámbito rural, impidiéndoles injustamente el traslado o poder optar a ellas vía oposición. Esto lleva a que muchos/as profesionales decidan acceder al hospital para mejorar su situación laboral y económica.
- **Carrera profesional:** es muy difícil acceder a la carrera profesional en la situación en las consultas de atención primaria en cualquier ámbito, más en el rural. Misión imposible nivel excelente.



2.6. Formación de los profesionales sanitarios MIR de Pediatría.

Solo el 24% de los MIR que terminan Pediatría fijan su trabajo en Atención Primaria.

Difícilmente querrán trabajar en las condiciones descritas, con peor retribución y sobre todo si solo están 2, a lo sumo 3 meses conociendo la atención primaria en su rotación curricular.

3. Propuestas y soluciones

3.1. Mejora de las condiciones laborales. INVERTIR EN SALUD en PROFESIONALES

Es necesario y urgente mejorar las condiciones laborales, profesionales, retributivas y las cargas de trabajo para hacer atractivo a los nuevos médicos especialistas, trabajar en Andalucía y no marchar a otras comunidades o países, con condiciones mucho más atractivas. Es muy urgente planificar a corto medio plazo.

Mejoras retributivas

- **Equiparación** salarial a los profesionales hospitalarios.
- **Incentivar económica y curricularmente** las plazas de difícil cobertura. Buscar soluciones imaginativas. Pero con fecha de caducidad, no mantener eternamente a los profesionales en estas plazas.
- **Remunerar los acúmulos de consulta** de ausencias de otros profesionales en el mismo horario o distinto adecuadamente.
- **Facilitar acceso a plazas mediante traslados /OPE.** Ofertar todas las plazas disponibles, no ofertar solo las de difícil cobertura como se está haciendo. Muchos pediatras de AP optan por irse al hospital al no poder trasladarse a mejores zonas.
- **Limitar agendas realmente.** Mediante Sistema de triaje/acogida de enfermería, inexistente en pediatría.
- **Acceso a la carrera profesional:** Por antigüedad, como en resto de comunidades del territorio nacional.
- **Mejorar la visibilidad de la Pediatría en Atención Primaria.** No se reconoce, no se valora la labor del pediatra, que se ha visto aislado dentro de los Equipos de Atención Primaria y apenas ha recibido apoyo del resto de profesionales del mismo. No se tienen en cuenta dentro del equipo, ni para formación, para objetivos (testimoniales), y en contadas ocasiones se consulta para organización de agendas. Crear figura de coordinador pediátrico de distrito.
- **Uso adecuado de los servicios sanitarios por parte de los usuarios:** Campañas dirigidas a usuarios para que hagan buen uso de los servicios sanitarios: solicitud de citas innecesarias, no acudir a citas, etc. Plan de comunicación.

3.2. Restructuración de la Atención Primaria pediátrica.

- **Centralizar los servicios de Pediatría de localidades distantes o de plazas que atienden varias localidades** pequeñas, priorizando la atención en el centro de salud de cabecera, optimizando los recursos y evitando desplazamientos a los profesionales durante la jornada laboral. Todos los usuarios tendrían acceso a PEDIATRA, la atención a pie de casa no se entiende hoy día. Hay que optimizar los recursos. Esto se aplicaría en zonas concretas, pues hay zonas bien dimensionadas que no precisarían cambios.
- **Agrupaciones de pediatras.** Configurando centros con mayor número de profesionales pediatras o exclusivamente de atención pediátrica (experiencias en Madrid, Azuqueca de Henares y Canarias).
No tiene sentido desequilibrios de cupos en zonas cercanas geográficamente. En ámbito urbanos se pueden agrupar en centros pediátricos (según distancias). **Cada sitio requiere una solución.**
Hay zonas urbanas que podrían disminuir el número de pediatras sin problema de exceso de cupos, y desplazar esas plazas a otras zonas que los precisen. Sin embargo, hay zonas con cupos de 1200-1500 niños, que deberían dotarse de nuevas plazas reorganizándose los cupos mejor.
- **Valorar Unidades/servicios de pediatría de atención primaria,** con “coordinador/a” por zona o distrito que gestionara recursos de forma autónoma, valorando y priorizando la atención en zonas con concentración de profesionales, con medios humanos y técnicos y ofreciendo la mejor atención pediátrica a la población. Este funcionamiento no sería igual en todas las zonas dada la variabilidad geográfica y asistencial.

3.3. Profesionales en formación. MIR de pediatría.

El **aumento de plazas MiR** de Pediatría podría paliar a medio plazo algo la situación, pero para ello hay que mejorar las condiciones laborales, si no se estarán formando para trabajar en otro ámbito. (76% lo hacen)

Aumentar de forma obligatoria hasta mínimo 6 meses la rotación por Atención Primaria, para conocer como es realmente el trabajo, con los aspectos de dificultad, pero también conocer la gran labor que el profesional Pediatra de Atención Primaria puede hacer. **Aumentar el número de tutores MIR en atención primaria.**