



Diez años de AEPap. Parte IV. Un proyecto de futuro

JJ. Morell Bernabé^a, A. Carrasco Sanz^b,
B. Domínguez Aurrecochea^c, J. Ruiz-Canela Cáceres^d

^aPediatra. CS Zona Centro. Badajoz. España.

^bPediatra. CS Potosí. Madrid. España.

^cPediatra. CS Otero. Oviedo. España.

^dPediatra. CS Virgen de África. Sevilla. España.

En nuestro país, más del 60% de los pediatras trabaja en Atención Primaria (AP). La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) representa en la actualidad a cerca de 3000 pediatras de AP, agrupados en 16 asociaciones regionales de ámbito autonómico (todas las comunidades autónomas, excepto Cantabria). Cuando surgió esta asociación hace diez años, el pediatra de AP se sentía aislado, tanto en el

seno de los Equipos de Atención Primaria (EAP), donde se encontraba en inferioridad numérica, como por la escasa atención prestada por parte de las Administraciones, otros profesionales sanitarios y las sociedades científicas que los representaban (incluida la Pediatría)¹.

En este tiempo, la AEPap se ha consolidado como una asociación de carácter científico y profesional, integrada por pediatras que realizan su labor en el primer

Juan José Morell Bernabé, juanjose.morell@gmail.com

nivel asistencial del Sistema Público de Salud y ejercen como “pediatras de cabecera” en los centros de salud, siendo responsables de procurar el máximo estado de salud del niño y del adolescente².

Sus asociados se congratulan de formar parte de una asociación científica moderna y transparente, que facilita un alto grado de participación y ha logrado prestigiar y poner en valor la Pediatría de AP, incluso entre los propios pediatras: desarrollando actividades formativas adaptadas a sus necesidades y fundamentadas en el rigor científico y aplicabilidad práctica, promoviendo la docencia e investigación en este campo y fomentando el uso de nuevas herramientas de comunicación que posibilitan la relación e intercambio de conocimientos y experiencias entre los propios profesionales; lo que ha contribuido a mejorar su autoestima y la sensación de pertenencia a un grupo, y a prestar una atención de mayor calidad a la salud de la población infantil³.

También la AEPap ha conseguido aunar los intereses del colectivo y dar respuesta a diversas inquietudes y expectativas profesionales del pediatra de AP, tanto en relación con la defensa del modelo de atención pediátrica en AP como en aquellas otras que afectan a la organización de su trabajo, por lo que se siente representado.

Después de diez años, podemos afirmar que la AEPap ha alcanzado un grado de madurez notable y constituye un referente institucional de la Pediatría de AP, participando en todos aquellos foros donde se tratan temas relacionados con la salud de la población infantil y adolescente; sus productos tienen también reconocimiento social y ha conseguido respeto y consideración en el seno de la Asociación Española de Pediatría (AEP) (tabla 1).

AEPap: una sección de la AEP

La AEP, fundada en 1949, tiene como fines principales velar por la salud y calidad de vida de los niños y adolescentes, y fomentar el desarrollo de la Pediatría en todos sus aspectos⁴. A lo largo de su historia ha tenido que adaptarse a las circunstancias cambiantes de la Pediatría en España. De un lado, la especialización y el desarrollo de áreas específicas han contribuido a elevar el nivel de calidad de la Pediatría hospitalaria española, pero su función primordial como pediatra de cabecera se mantiene insustituible y, hoy por hoy, más de la mitad de los pediatras españoles trabajan en el primer nivel asistencial.

A pesar de constituir el colectivo mayoritario dentro de la AEP, tradicionalmente, los pediatras de AP se han senti-

do poco valorados y su labor poco reconocida, hasta el punto de que la formación continuada y la docencia de nuestra especialidad estaba íntegramente asumida por los Servicios de Pediatría hospitalarios¹, rara vez se trataban problemas derivados de su ejercicio profesional e, incluso, apenas se tenía en cuenta el número de plazas de Pediatría necesario para cubrir la atención pediátrica en AP.

Aunque estas cuestiones estuvieron presentes a la hora de poner en marcha el proyecto AEPap, esta asociación no se cuestionó, ni colectiva ni individualmente, trabajar al margen de la AEP ni en otro sentido que no fuera aunar esfuerzos en pro de la salud de la población infantil y adolescente junto con el resto de especialistas pediátricos de nuestro país.

Por eso, cuando en octubre del año 2000 Juan Ruiz-Canela, como representante de los pediatras de AP de Andalucía, recibió la propuesta de introducir temas de Pediatría de AP en el 50.º Congreso de la AEP que se iba a celebrar en Cádiz en el año 2001, todos los integrantes de aquella incipiente coordinadora AEPap tuvieron claro que era la oportunidad de esforzarse y mostrar el nivel profesional de los pediatras que trabajaban en AP.

Otros motivos, que luego se mostraron interesados, hicieron que no solo participáramos en las mesas y ponencias de aquel Congreso; la vorágine electoral en el seno de la AEP trajo como consecuencia que, por primera vez, dos pediatras de AP formasen parte de la nueva junta directiva de la AEP: Juan Ruiz-Canela como vicepresidente de AP y Carlos Díaz como director de su página Web, dos profesionales de gran prestigio y valía ya contrastada; y lo más importante para todos nosotros, que la recién creada AEPap fuese admitida como sección de la AEP en su Asamblea General.

No obstante, desde el principio percibimos que esta alianza "política" tenía costes de dependencia que no estábamos dispuestos a conceder, ya que conducían a minimizar los objetivos básicos que llevaron al colectivo de pediatras de AP a crear esta asociación. Hubo, incluso, el intento de anular el registro de nuestro nombre y logotipo y de obstaculizar la puesta en marcha del Curso de Actualización que debía ser la seña de identidad de AEPap (formación práctica, de calidad e independiente de agentes externos).

Aun así, la AEPap alcanzó un acuerdo de colaboración con la AEP para trabajar conjuntamente por el desarrollo de

un Congreso único de la Pediatría en nuestro país en el que tuvieran cabida todos los pediatras y todas las especialidades pediátricas; y en el año 2004, en el 53.º Congreso de la AEP se incluyó un programa específico de la AEPap con talleres de búsqueda bibliográfica, lectura crítica de artículos y entrevista clínica, una mesa redonda sobre cooperación internacional y una conferencia sobre la situación de la Pediatría de AP en Europa, en la que intervino el eminente pediatra Manuel Katz.

De esta forma, llegamos a organizar nuestras primeras reuniones anuales y a celebrar nuestras asambleas dentro del Congreso de la AEP (Murcia 2005, Valencia 2006). Pero el carácter imperativo de algunos cerró pronto un "idilio" que había sido ficticio, porque no nos parecíamos en nada, y la AEPap llegó incluso a ser excluida del organigrama de la AEP.

Lejos del desánimo, nuestra joven asociación se mantuvo firme y siguió trabajando sin renunciar a sus propuestas, que fueron calando en el colectivo y convirtiéndose en referentes dentro de la Pediatría española de los últimos años. Supo seguir creciendo y esperar su momento, porque los ideales y los fines que mueven ambas asociaciones están por encima de las per-

sonas; llegaron nuevos tiempos y la AEPap recuperó el lugar que le correspondía dentro de la AEP, aportando a la casa común lo mejor de su trabajo, desarrollando nuevas actividades, aunando esfuerzos por la defensa del modelo de Pediatría de AP y colaborando con otras sociedades científicas y especialidades pediátricas.

En esta línea, muchos pediatras miembros de la AEPap colaboran ahora con la AEP, dentro de sus comités y grupos de trabajo, así como en la redacción del plan estratégico de la Pediatría, la programación del congreso de la AEP o en diversos temas de interés común; destacamos por su relevancia que:

- La AEP ha asumido como publicación oficial la prestigiosa revista *Evidencias en Pediatría*, nacida del Grupo Pediatría Basada en la Evidencia de la AEPap, en la que participan también numerosos pediatras hospitalarios y de otros países.
- Junto con otras especialidades pediátricas, se ha hecho frente común para la defensa de la Pediatría como especialidad troncal.
- Se sostiene que la Pediatría es una especialidad mixta y que, por ello, la Pediatría de AP debería estar representada en la Comisión Nacional de la Especialidad.

- Asimismo, se trabaja por la capacitación específica de la Pediatría de AP, primer paso para considerarla especialidad pediátrica; se ha conseguido la rotación obligatoria de los MIR de Pediatría por AP y se han dado los pasos para acreditar centros de salud y pediatras de AP como tutores docentes, hasta ahora inexistentes en nuestro país.
- Más aún, la especialidad de Pediatría de AP no está acreditada en Europa y la AEPap se ha ofrecido para colaborar activamente en la redacción del sílabo o catálogo de AP europeo.
- La AEP apoya el mantenimiento del modelo español de pediatras en AP como responsables de la atención a la salud de la infancia y adolescencia en el primer nivel asistencial, que ha demostrado ser un modelo eficiente, con resultados en intervenciones en salud⁵, y ampliamente aceptado por las familias y la población general; y referente para otros muchos países de nuestro entorno europeo.

Todas estas actuaciones son fruto del trabajo colaborativo que mantienen la AEP y la AEPap, junto con la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP), sociedad

científica de ámbito nacional que, en el seno de la AEP, trabaja para promover el estudio de la Pediatría extrahospitalaria (centros de salud, ambulatorios, consultorios públicos y privados, consultas externas de hospitales, etc.)⁶. Y han hecho frente común ante la difícil situación actual de déficit de pediatras, especialmente en AP, derivada de una mala planificación y de la escasa atención política que se presta a la AP en general, para que se adopten medidas estructuradas consensuadas y muy meditadas que no puedan comprometer la calidad asistencial que se presta en nuestro Sistema Nacional de Salud a la población infantil y adolescente⁷.

Colaboración con otras sociedades

La AEPap también ha trabajado desde sus inicios por mantener vías de comunicación y fortalecer la colaboración con las diferentes sociedades científicas de AP y con las Administraciones sanitarias, tanto a nivel nacional como autonómico, participando en todas aquellas actividades relacionadas con la atención a la salud infantil y el desarrollo de la AP. Ejemplos diversos podemos encontrar en el campo de la prevención y promoción de la salud, la investigación epidemiológica, los planes de calidad, las guías clínicas, la cartera de servicios, los

sistemas de información, etc.; y en los diversos foros de debate sobre la situación de la AP, como la estrategia AP21, la Plataforma "10 minutos" o, más recientemente, el Foro de médicos de AP (integrado por las sociedades españolas de AP-SEMG, semFYC y SEMERGEN, las de Pediatría [AEPap y SEPEAP], además de la Organización Médica Colegial y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos).

La relación con la SEPEAP tiene, indudablemente, un significado especial, ya que ambas asociaciones comparten ámbito de actuación e intereses comunes. Y aunque existen diferencias en sus planteamientos primarios, las dos participan sumando esfuerzos en numerosas iniciativas colaborativas de formación, investigación, a nivel institucional y, por supuesto, en la defensa del modelo de Pediatría en AP; existiendo la idea conjunta de que es posible encontrar un camino común.

También es singular la relación que mantenemos, especialmente en nuestro ámbito de trabajo, con la Enfermería Pediátrica, con quien compartimos la atención integral de la salud a la población infantil en el ámbito de la AP. Aunque en la actualidad hay una gran variabilidad regional en la implantación de Enfermería con dedicación específi-

ca a Pediatría en la composición de los EAP, en la AEPap se tiene el convencimiento que un modelo asistencial que debería consolidarse es el de la Unidad Básica de Pediatría integrada por un pediatra y una enfermera (1:1), que contara con la participación activa del trabajador social y el apoyo específico de la Unidad Administrativa, para garantizar una adecuada accesibilidad y la calidad de los servicios de Pediatría de AP en todas sus áreas de competencia⁸, tanto en el terreno asistencial, de prevención y promoción de la salud, educación para la salud e intervención comunitaria.

Para ello, es necesario que los enfermeros/as adquieran el máximo nivel de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes), con formación y dedicación específicas, para dar respuesta a las necesidades de salud de la infancia. Y, así, consideramos una buena noticia que se haya publicado el primer programa de la especialidad de Enfermería Pediátrica y que incluya la rotación de siete meses por AP⁹.

En este sentido, muchas asociaciones regionales federadas en la AEPap han dado cabida a la Enfermería con dedicación pediátrica en sus reuniones y actividades formativas desde hace años, y en los EAP donde existen unidades pe-

diátricas formadas por enfermera y pediatra se constata un mayor grado de satisfacción entre profesionales y las familias.

El modelo es la Pediatría de AP

El modelo de atención pediátrica existente en España es referente para otros países europeos. Y una revisión sistemática reciente sobre "¿Quién es el profesional sanitario más adecuado para la provisión de cuidados sanitarios a niños en Atención Primaria?" apoya la afirmación de que parece recomendable mantener la figura del pediatra en los EAP y reforzar su función específica como primer punto de contacto del niño con el sistema sanitario⁵.

De otro lado, la Pediatría de AP ha adquirido en los últimos años las más altas cotas de capacitación y cualificación profesional, y ha desempeñado un papel relevante en los logros alcanzados en nuestro sistema sanitario en relación a la universalización de la asistencia, la accesibilidad, la capacidad resolutoria, los resultados en salud y el reconocimiento social.

Sin embargo, el reto más importante de la AEPap en la actualidad consiste en la defensa del actual modelo de Pediatría de AP, en el que el pediatra participa de la responsabilidad de proporcionar una atención integral y continuada

a la población infantil desde el momento del nacimiento hasta el fin de la adolescencia, y donde se resuelven más del 90% de las demandas de salud de esta población⁸.

Actualmente, la Pediatría vive inmersa en una situación trascendente y delicada, y uno de los problemas más acuciantes que padece es el del déficit de especialistas, una realidad que se hace más patente en AP y, más aún, en las zonas rurales. De acuerdo con el "Informe sobre Oferta y Necesidades de Médicos Especialistas", elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Pediatría, junto con la Medicina de Familia y Comunitaria, son las dos especialidades con mayor necesidad de profesionales en nuestro país¹¹. Esto supone una amenaza para el actual modelo de asistencia infantil, relegando a un segundo plano aspectos tan importantes como la calidad de la asistencia pediátrica, las expectativas de las familias y las opiniones de los profesionales sanitarios.

La AEPap es consciente de las debilidades del sistema sanitario y de las dificultades intrínsecas de garantizar su sostenibilidad en la situación actual, pero también de que tenemos que asegurar al máximo el mantenimiento de la calidad asistencial que se ha venido ofreciendo a la población pediátrica en los últimos

años y defender el derecho de que todo niño pueda tener su pediatra de cabecera. Por ello, reclama a las autoridades sanitarias que no adopten soluciones críticas y de emergencia y que planteen un debate político y social para redimensionar la AP y adoptar medidas estructuradas y muy meditadas sobre la atención pediátrica en nuestro país⁷.

Para paliar el déficit de profesionales, las sociedades pediátricas defienden que es necesario ampliar la oferta de plazas de la especialidad en el sistema MIR y el número de hospitales y centros de salud acreditados para la docencia, fidelizar a los facultativos formados en nuestro sistema sanitario para que no acaben emigrando a otros países o regiones, agilizar el proceso de homologación del título de médico y de especialista a profesionales de países extracomunitarios y permitir el retraso en la edad de jubilación.

Pero también parece claro que la proporción de pediatras hospitalarios y de AP no se corresponde en su distribución con los problemas más prevalentes de salud en el niño en países desarrollados. Parece necesario que la Pediatría hospitalaria asuma funciones de un nivel alto de especialización y redireccionar las nuevas generaciones de pediatras hacia la AP, asumiendo una mayor complejidad en su trabajo derivada de

su capacidad resolutoria y su proximidad al niño y su familia para abordar el seguimiento de patologías crónicas y problemas psicosociales, y la intervención comunitaria.

En este sentido, es necesario potenciar el trabajo compartido y complementario de las unidades básicas de Pediatría, integradas por pediatra y enfermera, dotando de más funciones a la Enfermería Pediátrica⁸.

Y una mayor racionalidad en la distribución de los recursos contribuirá a la sostenibilidad del sistema sanitario. En nuestro país, el 80% de la población habita ciudades de más de 20 000 habitantes; en muchas poblaciones pequeñas no hay un número suficiente de niños y la atención por pediatras se hace insostenible. Por otro lado, la mejora de las comunicaciones viales permite asegurar la accesibilidad, aunque se concentre a los pediatras en cabezas de comarca¹⁰.

Los pediatras de AP deben sacudirse el temor al cambio, proponer alternativas flexibles en la organización de la actividad para optimizar los recursos existentes, incrementar la calidad y eficacia de la atención pediátrica, promover equipos de pediatras con base asociativa e implicarse en la gestión clínica. Así parece operativa la creación de la figura de Coordinador de Pediatría de AP como

responsable de la planificación, la coordinación y los resultados de la actividad de los equipos pediátricos de AP en áreas geográficas de referencia¹⁰.

Finalmente, también es necesario mejorar las condiciones laborales y profesionales en AP. La sobrecarga asistencial que los pediatras soportan desde hace tiempo provoca en los nuevos pediatras cierta resistencia a trabajar en AP. La falta de apoyo de los demás profesionales del EAP, las dificultades para sustituir las ausencias (asuntos propios, vacaciones, formación continuada), el sobredimensionamiento de los cupos y la falta de criterios para establecer una ratio adecuada en Pediatría han contribuido a esta falta de motivación para trabajar en AP. De otro lado, la jubilación masiva de los pediatras hospitalarios, junto con las referidas condiciones desfavorables de la AP, ha condicionado la falta de flujo de pediatras recién formados hacia AP. Además, el elevado grado de feminización de nuestra profesión obliga a tomar medidas que flexibilicen la jornada laboral y permitan conciliar la vida familiar y laboral¹².

Pediatría de AP y AEPap: un futuro de proyectos

El nuevo programa formativo de la especialidad contempla la rotación

obligatoria de los residentes de Pediatría por AP. Los futuros pediatras deben conocer la calidad del trabajo que se hace en el primer nivel asistencial y las posibilidades de realización profesional y personal que ofrece trabajar como pediatra de cabecera. La AEPap ha elaborado un programa de formación para el Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria; por su parte, la Administración sanitaria debe tener claro que el centro de salud ha de ser el punto de destino preferente de los pediatras que cada año culminan su formación.

El camino está dibujado. La AP en general y de forma específica la Pediatría de AP están aún por desarrollar. El futuro depende en parte de la voluntad política y el compromiso social y de los profesionales para valorizar nuestro primer nivel asistencial.

La AEPap tiene también ante sí un futuro de proyectos; el reto consiste en conquistar a los pediatras jóvenes, interesarlos en las posibilidades y capacidades de promoción profesional en el ámbito de la Pediatría de AP, e incorporarlos a las actividades y grupos de trabajo de nuestra asociación.

Bibliografía

1. Buñuel Álvarez JC. La soledad del pediatra de Atención Primaria: causas y posibles soluciones. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999;1:37-41.
2. Estatutos. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Madrid, 18 de junio de 2004 [consultado el 23/02/2011]. Disponible en www.aepap.org
3. Morell JJ, Ugarte R. Resultados de una encuesta online sobre valoración del trabajo realizado por la AEPap en sus 10 primeros años. Noviembre-diciembre 2009 (no publicados).
4. Buñuel Álvarez JC. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12(Supl 18): s9-s72.
5. Estatutos de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. [consultado el 23/02/2011]. Disponible en www.sepeap.org/index.php?menu=403
6. Tribuna. Frente común ante la amenaza a la calidad asistencial pediátrica. *Diario Médico*, 9 de noviembre de 2010 [consultado el 23/02/2011]. Disponible en www.aepap.org/pdf/diariomedi_co_9_nov.pdf
7. Ruiz Canela J, Morell Bernabé JJ. Un modelo de atención infantojuvenil. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2009;2(4):181-2.
8. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. BOE núm. 157; martes 29 de junio de 2010: 57251-76.
9. Ruiz-Canela J. El modelo de Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12(supl 19):s139-48.
10. Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025). Ministerio de Sanidad y Consumo. Diciembre 2008 [consultado el 23/02/2011]. Disponible en www.msps.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008_2025.pdf
11. Valdivia C, Palomino N. La Pediatría de Atención Primaria en Andalucía: análisis de la situación y propuestas de futuro. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12(supl 19):s167-78.
12. Programa de Formación. Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria. AEPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. 1.ª edición. Madrid: Exlibris Ediciones, S.L.;2010.



Tabla 1. Declaración 10º aniversario (AEPap) (Continúa...)**Situación Actual de la Pediatría de Atención Primaria en España**

En el seno del Equipo de Atención Primaria (EAP) e implicada en el trabajo conjunto, la Pediatría de Atención Primaria (PAP) 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 y situaciones.

El pediatra de AP, por su formación, por su posición respecto del niño, el adolescente y su familia, y por la indudable proyección social de su trabajo, es el elemento clave y de mayor responsabilidad dentro del sistema de atención a la salud de la infancia.

Comparte con el pediatra hospitalario la población atendida y con el médico de familia la característica de ser la puerta de entrada al sistema sanitario.

Las cifras

- La población de cero a 14 años en España es de 6 646 726.
- El incremento porcentual de la población de 0 a 4 años entre 2001 y 2008 es de un 36,1%.
- El número de centros de salud en España es de 2907, con 10 202 consultorios locales.
- El número total de pediatras es de 9544, dos tercios de los cuales (6190) trabajan en AP.
- Feminización de la profesión: el 64% son mujeres, porcentaje que aumenta según disminuye la edad.
- La ratio población infantil/pediatra no es homogénea en las diferentes CC.AA., siendo la media de un pediatra por cada 1096 niños. Por ello, para llegar a la ratio planteada como adecuada de un pediatra por cada 1000 niños, serían necesarios 600 pediatras más en España, pero la gran diferencia entre ellas hace imprescindible una adecuada planificación y distribución de recursos.
- Este déficit de pediatras ha sido reconocido por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y por el Consejo Interterritorial, y es más acusado en zonas rurales.
- Enfermería en Pediatría de AP: en 2010 nace el primer programa de formación de la especialidad de Enfermería Pediátrica, por lo que hasta el momento no existía una formación específica reglada. A partir de los datos recogidos por la AEPap, en la actualidad, los porcentajes de Enfermería con dedicación específica a Pediatría, oscilan entre un 10 y un 90% en las diferentes comunidades autónomas.
- El gasto sanitario total como porcentaje del PIB sitúa a España, en relación con la Unión Europea, en el puesto diez de 13, con un 8,5%. A la AP se destina solo el 14,09% de todo el presupuesto sanitario.
- Los resultados en salud de la población infantil son buenos, medidos tanto en datos de mortalidad infantil como en coberturas vacunales, que durante la primera infancia superan el 90%, y en la morbilidad de enfermedades infecciosas prevenibles y en la satisfacción de los usuarios. Todo ello a pesar de las bajas inversiones en AP y de la falta de planificación e inadecuada distribución de recursos, lo que nos debe hacer pensar que no debería estar amenazada la sostenibilidad del sistema.
- Los países con una AP de calidad presentan mejores índices de salud, son más eficientes y reparten más equitativamente los recursos de salud. En PAP se resuelven más del 90% de las demandas de salud de la población.
- A partir de los datos de una revisión sistemática realizada por el Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia, los autores concluyen que "parece recomendable mantener la figura del pediatra en los equipos de AP y reforzar su función específica como primer punto de contacto con el sistema sanitario". El pediatra de AP ofrece una mejor calidad en la atención y menores costes.

Demandas y peticiones

- Es preciso situar la PAP en la agenda de los políticos, que están obligados a conocer la situación y planificar de acuerdo a las necesidades reales de salud, evitando el corto plazo y los criterios electoralistas. Reconocer el papel fundamental de la PAP en el Servicio Público de Salud reorientándola hacia los aspectos de promoción y prevención, además de la atención directa y continuada a los niños con cualquier enfermedad.

Tabla 1. Declaración 10º aniversario (AEPap)

- Redistribución de los recursos, de manera que aumenten los destinados a la PAP, evitando el hospitalcentrismo y las excesivas inversiones en altas tecnologías. Abogamos por el necesario Pacto por la Sanidad y la elaboración de políticas de salud de consenso, comunes a todas las comunidades autónomas: calendario vacunal, documento de salud y cartera de servicios únicos; adecuación del número de tarjetas sanitarias (TIS) asignadas a cada profesional; se hace necesario un acceso libre a pruebas diagnósticas, procurando el aumento de la capacidad resolutive, tendiendo a la unificación de recursos diagnósticos y terapéuticos entre niveles asistenciales y facilitando el acceso libre a Internet.
- Aumento del número de pediatras de AP.
- Revisión de la formación del pre- y postgrado, mejorando la formación de los residentes de Pediatría en AP. Aumentar el número de residentes de Pediatría para contrarrestar el déficit actual que está previsto empeorará con las próximas jubilaciones, manteniendo la calidad del proceso formativo.
- Facilitar la formación continuada y desarrollar planes específicos de formación para el colectivo.
- Fomentar la investigación en PAP como fuente de conocimiento y desarrollar proyectos multicéntricos con apoyo metodológico suficiente e independiente de la industria farmacéutica.
- Necesidad de Enfermería Pediátrica, o al menos con formación específica en Pediatría, procurando cumplir la proporción 1 enfermera:1 pediatra. Contrataciones de Enfermería con formación específica.
- Participación en la toma de decisiones: creación de la figura del pediatra coordinador del área y establecimiento de canales estables de colaboración con las sociedades profesionales.
- Desburocratización, desmedicalización, y fomento de los autocuidados y cuidados en familia a través de campañas divulgativas y fomento de la educación sanitaria.
- Carrera profesional consensuada, incentivada y evaluada con criterios de eficiencia y calidad.
- Concurso oposición y concursos de traslado anual o bianual.
- Propuestas de mejora organizativas: 1) Potenciar las Unidades Básicas de Pediatría en los Equipos de AP, integradas por un pediatra y una enfermera (relación 1:1), trabajando de forma complementaria en relación a una misma población. 2) Potenciar la agrupación de pediatras en unidades funcionales, que redundará en una mejora de la atención a la población, facilitando la formación continuada y el desarrollo de la investigación. 3) Avanzar en estrategias de coordinación con la Pediatría hospitalaria, definiendo y desarrollando las competencias y funciones de cada nivel asistencial. 4) Creación de la figura del coordinador de Pediatría de AP, responsable de la planificación, coordinación y evaluación de los resultados de la actividad de los equipos pediátricos de AP. 5) Reorganización de los horarios de manera que permitan la conciliación laboral y familiar de los profesionales. 6) Premiar la voluntariedad y evitar la obligatoriedad ofreciendo diferentes formas organizativas, como las prolongaciones de jornada voluntarias y adecuadamente remuneradas, igual que se realiza en los hospitales, para el exceso de demanda; facilitar la permanencia de los mayores de 65 años. 7) Utilizar la gran capacidad docente de los centros de salud y pediatras de AP para la formación de residentes de Pediatría. Se deberá avanzar decididamente en la acreditación de centros y tutores docentes, creando además comisiones de docencia mixtas hospital-AP, que regularán el proceso.

Conclusiones

Ofrecemos nuestra colaboración para conseguir que todos los niños y niñas de cero a 14 años tengan asignado un pediatra de cabecera y puedan ser atendidos por estos profesionales, que son los que ofrecen mejores resultados en salud, una mayor seguridad para el paciente y la mejor relación coste/efectividad para la atención sanitaria a la población infantil y adolescente.

No aceptaremos respuestas coyunturales que se están planteando por algunas comunidades autónomas y que, lejos de ser una solución real a los problemas, son el germen del fin del modelo actual, deseado y anhelado por otros países y que, evidentemente, repercutiría en la pérdida de calidad en la atención a la población infantil.

La crisis no debe ser la excusa para disminuir la calidad asistencial ni hacerla recaer en el eslabón más débil: la población infantil.

Valencia a 20 de noviembre de 2010