

La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012

Begoña Domínguez Aurrecoechea^{a,*} y Carlos Valdivia Jiménez^b

^a Centro de Salud de Otero, Oviedo, España

^b Centro de Salud Los Boliches, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de febrero de 2011

Aceptado el 2 de agosto de 2011

On-line el 22 de diciembre de 2011

Palabras clave:

Pediatría de atención primaria

Nuevos retos en salud

Trabajo en equipo

R E S U M E N

En la actualidad, en nuestro país, el pediatra de atención primaria es el primer contacto de los niños y adolescentes con el sistema sanitario, y además es un especialista altamente resolutivo que soluciona 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. Asistimos a rápidos y profundos cambios demográficos, sociales, culturales, científicos y tecnológicos, así como de las demandas y expectativas de atención a la salud de los ciudadanos, que deberían reforzar el valor y la capacidad resolutiva de la atención primaria. Estos cambios también afectan a la morbilidad infantil y las prioridades de atención en salud infanto-juvenil, planteando nuevos retos y desafíos para la pediatría de atención primaria, y refuerzan el papel del pediatra en el primer nivel de atención. La atención primaria no es sólo la puerta de entrada al sistema sanitario. Los equipos de atención primaria tienen que responsabilizarse de la atención sanitaria de la población asignada, coordinando los recursos necesarios y asesorando a los ciudadanos en sus problemas de salud y en su itinerario de atención por el sistema sanitario. Se identifica la necesidad de potenciar el trabajo en equipo dentro de los centros de salud, en el que intervenga el personal de enfermería que asuma actividades asistenciales en este tramo de edad. Se trata de impulsar un modelo fundamentado en la cooperación y en la complementariedad. Una reciente revisión sistemática recomienda 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, con importantes ventajas para la población infantil.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Primary care pediatrics in the public health system of the twenty-first century. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

Today in our country, the primary care pediatrician is the first contact between children and adolescents with the health system, being also a highly resolving specialist that addresses over 90% of the health needs of this population, monitors growth and development and participates in all activities of prevention, health promotion and health education within primary care teams with nurses and family doctors. Witnessing rapid and profound demographic, social, cultural, scientific and technological changes as well as the demands and expectations of health care for citizens, which should enhance the value and response capacity of primary care. These changes also affect infant morbidity and health care priorities in child and adolescent, posing new challenges for primary care practice and reinforce the role of the pediatrician in primary care. Primary care is not only the gateway to the health system. Primary care teams have to take responsibility for the care of people assigned to coordinate the necessary resources and advising citizens on their health problems and his itinerary care by the health system. It identifies the need to foster teamwork within the health department involved nursing staff to take care activities in this age group. It aims to foster a model based on cooperation and complementarity. A recent systematic review recommended maintaining the figure of the pediatrician in primary care teams and strengthen their specific role as first point of contact with the child's health care system, found significant benefits for children.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Primary care pediatrics

New challenges in child health

Teamwork

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: begoa.dominguez@gmail.es (B. Domínguez Aurrecoechea).

Puntos clave

- La pediatría de atención primaria proporciona una asistencia sanitaria próxima a los niños y sus familias, partiendo de una visión global e integral de la medicina en la cual el objeto fundamental no es la enfermedad sino la población infantil en todas sus etapas.
- En España hay 9544 pediatras, de los que el 65% desarrollan su labor profesional en atención primaria. En algunas comunidades autónomas, entre un 30% y un 50% de las plazas de pediatría están desempeñadas por profesionales sin formación específica en la especialidad.
- La rotación de residentes de pediatría por atención primaria es imprescindible para su formación, independientemente del ámbito donde desarrollen su futura labor asistencial. La oferta de plazas de médico interno residente (MIR) deberá responder a las necesidades hospitalarias y de atención primaria.
- La revisión sistemática realizada por el Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia recomienda mantener la figura del pediatra en los equipos de atención primaria.
- En el contexto actual se plantean 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.
- Es preciso que se consigan «equipos de profesionales» que compartan una población, en un entorno geográfico delimitado, que la estructura y la organización de los centros de salud posibilite espacios temporales y físicos para el trabajo en equipo y complementario entre el pediatra y la enfermera de pediatría.
- Se propone la creación de la figura del director/coordinador pediátrico de atención primaria, con funciones de planificación, coordinación y evaluación de resultados de la actividad de los equipos pediátricos de atención primaria.
- Defender el actual modelo de asistencia pediátrica, basado en la atención directa por pediatras en el primer nivel asistencial, debe ser un objetivo prioritario para la administración sanitaria.

Introducción

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 investigación y en la planificación de servicios.

En general, no se tiene en cuenta que se trata de un periodo de desarrollo y de alta vulnerabilidad a los riesgos físicos y psicosociales, que responde positivamente a factores protectores; por tanto, es preciso abordar la infancia como una etapa de la vida con necesidades y problemas de salud específicos¹.

El Real Decreto 137/1984 y La Ley General de Sanidad 14/1986 definen y sientan las bases de la actual red de atención primaria, regulan el sistema de salud pública en España y establecen el modelo sanitario en el cual el pediatra es la puerta de entrada al sistema de salud de la población infantil y responsable de su atención integral.

La reforma de la atención primaria dio lugar a la transformación de los ambulatorios tradicionales en centros de salud, y al establecimiento de un nuevo marco de actuación definido por el trabajo en equipo multidisciplinario, la referencia a un territorio y una población concretos, el aumento del tiempo de atención y la integración de las actividades asistenciales con las de prevención, promoción de la salud y rehabilitación².

La pediatría de atención primaria 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.

Características de la pediatría de atención primaria

La atención primaria: fortalezas y debilidades

La universalidad, la gratuidad y la accesibilidad son características del sistema público de salud en atención primaria, y junto con la extensa ocupación del territorio y la continuidad de los cuidados han generado una mejora en la calidad asistencial y en la satisfacción de los usuarios³.

Sin embargo, la accesibilidad ilimitada y la gran dispersión de los centros de salud y de los consultorios con frecuencia responden más a decisiones políticas que a necesidades reales de salud, lo que convierte a estas características teóricamente positivas en auténticas debilidades del sistema.

La falta de definición de perfiles de los profesionales y una insuficiente planificación y organización asistencial, cuyo objetivo sea la efectividad, hace que los profesionales lleven a cabo actividades que ocupan gran parte de su tiempo, consumen recursos del sistema y no tienen impacto en salud.

Esta situación se ve agravada por la escasa inversión económica. La atención primaria recibe tan sólo el 16% del total del presupuesto destinado a sanidad⁴, muy lejos de su peso real en el sistema sanitario.

A la atención primaria se incorporaron numerosos pediatras muy cualificados, formados con el emergente sistema MIR, lo que condicionó una atención a la infancia renovada, que permitió el tratamiento de enfermedades que hasta entonces eran atendidas en el ámbito hospitalario, y ampliar la oferta de servicios en el primer nivel de atención⁵.

No ha habido una apuesta política decidida para completar el modelo de atención primaria como eje del sistema sanitario⁶; se ha potenciado la medicalización de la asistencia y se ha favorecido la dependencia del sistema. Todo ello ha llevado a un aumento de la presión asistencial, y entre los pediatras, igual que ocurre con otros profesionales, crecen el malestar y la insatisfacción.

Pediatras y población atendida

En España hay 9544 pediatras⁴, de los cuales el 65% desarrollan su labor profesional en atención primaria (figs. 1 y 2). El número total de plazas se ha incrementado en los últimos años en un 13%, mucho menos que el incremento porcentual de la población de 0 a



Figura 1. Plazas de pediatría de atención primaria en España, totales y por comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria SIAP. 2008).

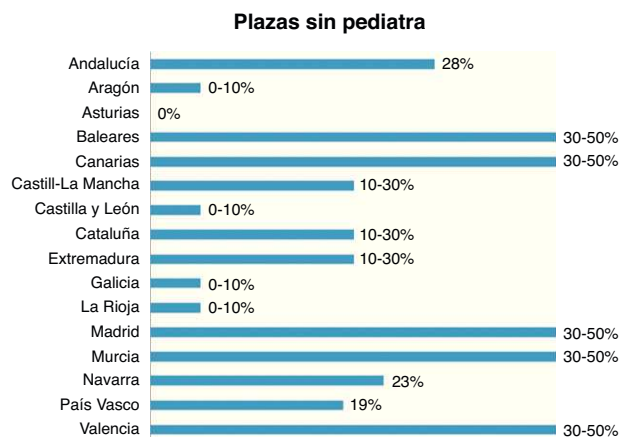


Figura 2. Plazas de pediatría cubiertas por un médico sin título de especialista en pediatría, porcentaje por comunidades autónomas⁵.

4 años de edad (que presenta la mayor frecuentación en las consultas de pediatría), que ha sido del 36,1%⁴.

La descentralización del Sistema Nacional de Salud ha supuesto indiscutibles mejoras, pero a su vez genera profundas diferencias entre las comunidades autónomas, que se concretan en las nada homogéneas carteras de servicios y que afectan incluso a las actividades de prevención más elementales, como es el calendario vacunal, que en nuestro país continúa siendo diferente para los niños según su lugar de residencia, lo cual no responde a criterios científicos sino a decisiones estrictamente políticas.

El déficit de pediatras padecido en España no hace sino aumentar estas inequidades. En algunas comunidades autónomas, entre un 30% y un 50% de las plazas de pediatría están desempeñadas por profesionales sin formación específica en la especialidad⁷.

La mortalidad infantil es un parámetro de medida habitual de resultados de salud, y en España, en la actualidad, estos resultados se encuentran entre los mejores de la Unión Europea, habiendo mejorado de manera significativa en los últimos años (tabla 1). La misma tendencia se observa en la evolución de las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles (tabla 2) y en las coberturas vacunales (tabla 3).

La formación de los pediatras de atención primaria

En los programas de formación de la especialidad de pediatría se contempla desde 1979 la necesidad de que el pediatra se forme en pediatría comunitaria y en el logro de entrenamientos en relación con la atención primaria, pero no es hasta el año 2006 cuando el nuevo programa de la especialidad regula la rotación específica y

Tabla 1

Evolución de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y perinatal en España (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>)

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

Tabla 2

Evolución de la tasa de casos declarados por 100.000 habitantes de rubéola, sarampión, parotiditis y tos ferina en España (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>)

	Rubéola	Sarampión	Parotiditis	Tos ferina
Año 1991	83,7	62,81	35,4	21,49
Año 2008	0,3	0,7	3,7	1,25

Tabla 3

Evolución de las coberturas vacunales (<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>)

	Primovacunación menores de 12 meses	Triple vírica, una dosis entre 12 y 24 meses de edad
Año 1992	83,8	85,1
Año 2007	96,4	97,2

obligatoria de los residentes de pediatría por atención primaria⁸ durante 3 meses.

No obstante, hasta el año 2005, de manera no reglada⁹, en 14 comunidades autónomas se lleva a cabo rotación MIR en pediatría por atención primaria; en el 82% de las provincias españolas se forman MIR en pediatría y el 65% rotan por atención primaria. En el 45% de los hospitales, sus residentes pasan por un centro de salud y 92 equipos de atención primaria acogen MIR en pediatría.

La resolución del año 2006 del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Ministerio de Educación y Ciencia¹⁰ establece los requisitos generales para la acreditación de centros de salud que asuman la formación de especialistas en pediatría y sus áreas específicas. La Comisión Nacional de la Especialidad comienza el proceso en el año 2007, y hasta el momento se han acreditado 251 centros de 12 comunidades autónomas y tutores para la rotación específica en pediatría de atención primaria en Andalucía, Asturias, Toledo y Madrid.

La rotación de residentes de pediatría por atención primaria es imprescindible para su formación, independientemente del ámbito donde desarrollen su futura labor asistencial, para lo que será preciso completar el desarrollo del proceso ya iniciado.

Desde la Asociación Española de Pediatría de atención primaria (AEPap) se ha elaborado el Programa de Formación de «El Área de Capacitación Específica en Pediatría de atención primaria», que desarrolla, amplía y adapta el programa de formación de la especialidad al perfil del pediatra de atención primaria¹¹. La oferta MIR deberá responder a las necesidades de profesionales tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria.

La pediatría de atención primaria en Europa

La atención pediátrica a la población infantil se ha desarrollado de manera heterogénea en los diferentes países a lo largo del tiempo. El tipo de asistencia es pública en más del 80% de los países de la Unión Europea, y hay básicamente tres modelos¹² (tabla 4).

En todos los casos existe apoyo en mayor o menor grado de enfermería y de matronas. El 40% del total de los pediatras trabajan en atención primaria. En 20 de los 29 países, la formación pediátrica es de 5 años o más divididos en 3 años de tronco común y 2 años más de especialidad pediátrica.

En la Unión Europea no está acreditada la especialidad de pediatría de atención primaria. En la actualidad está en fase de redacción del *syllabus* o currículo específico.

Tabla 4

Modelos de asistencia a la población infantil en la Unión Europea¹²

A cargo fundamentalmente de pediatras	Chequia, Eslovaquia, España, Eslovenia, Chipre, Grecia, Israel
A cargo de pediatras y médicos generalistas y de familia	Bélgica, Francia, Lituania, Suiza, Islandia, Luxemburgo, Hungría, Italia, Austria y Alemania
A cargo de médicos generalistas y médicos de familia	Irlanda, Bulgaria, Noruega, Estonia, Dinamarca, Suecia, Holanda, Finlandia, Polonia, Reino Unido, Letonia y Portugal

El profesional más adecuado para la atención a la población infantil

Aunque parece indiscutible la frase «los niños deben ser atendidos por el profesional que ha recibido la formación específica», hay controversia sobre el tipo de profesional más adecuado (pediatras o médicos de familia/generales) para prestar atención sanitaria a los niños en atención primaria. Son pocos los estudios cuyo objeto principal ha sido comparar directamente la práctica clínica de ambos tipos de profesionales.

El Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEPap ha realizado recientemente una revisión sistemática para analizar qué ventajas aporta la asistencia sanitaria cuando es realizada por pediatras en el primer nivel asistencial. Dicho análisis pretendía responder a la pregunta «¿qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en atención primaria en los países desarrollados?»¹³.

El objetivo de este estudio es comparar la atención sanitaria proporcionada por pediatras y por médicos de familia/generales en los siguientes aspectos de la práctica clínica: prescripción de antibióticos; indicación de pruebas diagnósticas; tratamiento de la otitis media, del asma, de la fiebre y de diversas alteraciones psicopatológicas; y realización de actividades preventivas.

Los datos indican que los médicos de familia/generales prescribieron más antibióticos que los pediatras para las infecciones de vías respiratorias altas, pues al ser estos cuadros habitualmente de probable etiología viral, la mayoría de las ocasiones no precisarán tratamiento antibiótico. Los pediatras tuvieron más probabilidades de adherirse a las recomendaciones de las guías de práctica clínica sobre el tratamiento de la fiebre y del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, y una mayor capacidad de resolución para otras enfermedades de gran prevalencia durante la infancia y la adolescencia, como son el asma y la otitis. Además, la población infantil atendida por pediatras presentaba porcentajes de vacunación superiores a los de los médicos de familia/generales en todos los estudios que evaluaron este resultado.

Valorando todos los resultados, los autores del estudio concluyen que «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».

Nuevos retos y desafíos en salud infantil

En las tres últimas décadas se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, científicos, tecnológicos y socioeconómicos, 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.

Estos cambios también afectan a la morbilidad infantil y a las prioridades de atención en salud infanto-juvenil, planteando nuevos desafíos para la pediatría de atención primaria, y refuerzan el papel del pediatra en el primer nivel de atención^{5,14}.

Variaciones demográficas: incremento de la población menor de edad

Los cambios demográficos están relacionados con un incremento de la natalidad y del número de hijos por mujer, y con la disminución de las tasas de mortalidad infantil.

Desde el año 1999, las tasas de fecundidad y natalidad han remontado, al tiempo que se ha incrementado la llegada de personas jóvenes y familias inmigrantes con hijos menores de edad, que contribuyen al rejuvenecimiento demográfico de la población general. Así, entre los años 2001 y 2005, el grupo de población menor de edad aumentó en 300.000 individuos, y se espera un incremento similar para el siguiente quinquenio¹⁵.

Diversidad social y familiar

Los rápidos cambios sociales y familiares que ha experimentado la sociedad española en los últimos años, y una creciente libertad de los ciudadanos para elegir el modelo de relaciones en su vida privada y componer núcleos familiares menos convencionales, son igualmente factores determinantes de las características de la población infantil y adolescente, y de sus estilos de vida.

La movilidad laboral y el hecho de que ambos padres trabajen fuera del hogar hacen que un mayor número de niños asistan a guarderías desde edades muy tempranas, y que los abuelos adquieran un papel creciente en los cuidados de la infancia. Pero también se han dado cambios en el modelo familiar, y así, en nuestra sociedad conviven distintos tipos de familias, de manera que hay un aumento de la población infantil que vive en núcleos familiares menos convencionales¹⁶.

Esta diversidad social ha posibilitado la creación de modelos familiares tan diferentes entre sí como válidos de cara al bienestar y la protección de los niños. El cambio esencial en esta percepción es un reto que la misma realidad social está imponiendo a todos los profesionales, entre ellos a los pediatras. La base de este cambio es pasar de definir la familia desde su composición a definir la familia desde las funciones que debe cumplir para garantizar el desarrollo óptimo de los niños¹⁷.

Nueva morbilidad emergente: una «nueva pediatría»

En las dos últimas décadas del siglo pasado se produjeron cambios en la situación de salud de los niños gracias a los avances de la medicina y a 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^{18,19} (tabla 5).

Esta «nueva pediatría» supone un importante reto para el pediatra de atención primaria, para su formación y también para la forma de desarrollar su actividad asistencial. Muchos de estos problemas no pueden ser atendidos en la forma tradicional de una consulta médica, pues precisan tiempo, salir 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 (teléfono, correo electrónico, Internet...)²⁰.

Un nuevo enfoque para las actividades preventivas

La pediatría preventiva ha tenido que esperar a la transformación de los consultorios en centros de atención primaria para hacer posible el cribado universal de enfermedades y la detección precoz de problemas de salud diversos, el consejo de salud y la promoción de hábitos saludables, y la extensión de los programas de vacunaciones a toda la población.

Entre los nuevos objetivos que se plantean destacan la necesidad de 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

Tabla 5
Problemas de salud emergentes en la infancia¹

Deterioro de la calidad del ambiente	Preocupa el aumento de la incidencia de algunas enfermedades, como el asma o el cáncer, y de diferentes trastornos del desarrollo neurológico que se asocian con la contaminación ambiental.
Obesidad	Diferentes estudios han evidenciado un incremento notable del sobrepeso en la población infantil y juvenil, habiéndose duplicado las tasas en la última década. Alrededor de un 14% de los españoles menores de 18 años padecen obesidad. España es el cuarto país de la Unión Europea en orden de prevalencia.
Salud mental	Más del 20% de los niños españoles padece algún tipo de trastorno que afecta a su vida cotidiana, a la de sus familias y a la de sus profesores y compañeros.
Discapacidades	Es esperable que las prevalencias de discapacidad física y psíquica sigan creciendo como resultado de la mayor supervivencia asociada a la mejor asistencia sanitaria o a las intervenciones de los servicios de cuidados intensivos neonatales.
Estilos de vida	Muchos de los problemas que persisten o se agravan están relacionados con la manera de vivir de niños, niñas y familias, con los llamados estilos de vida, entendidos éstos no sólo como conductas individuales sino como patrones o formas de vivir que se conforman en gran medida por el contexto social y físico en que se vive (hábitos saludables, utilización del tiempo de ocio, etc.).
Adolescencia	Las conductas de riesgo son más frecuentes entre los adolescentes, que además acuden menos a las consultas tradicionales o programadas y usan con más frecuencia los servicios de urgencias.
Inmigración	Las necesidades y las demandas de salud de estos niños procedentes de familias inmigrantes o de adopción internacional difieren en parte de las de la población autóctona, pero deben ser igualmente conocidas y manejadas por el pediatra de atención primaria, a menudo primer nexo de unión entre estas personas y el sistema sanitario.
Maltrato infantil	Aunque no se tienen cifras precisas de la magnitud del problema, se infiere su importancia a través de algunos datos conocidos. Se sabe que la mortalidad por maltrato infantil se ha triplicado entre 1997 y 2001.

crónicas (asma, diabetes...) y del aumento del riesgo cardiovascular, promover el desarrollo psicológico y cognitivo, recomendar estilos de vida saludables y prevenir problemas de conducta en la infancia.

También debe incluirse la promoción de conductas de crianza adecuadas y de una mayor autonomía en los cuidados que dependen de la familia (los autocuidados, las guías anticipatorias), así como la incorporación a los servicios de salud de las familias excluidas socialmente o con riesgo social que presentan mayores dificultades para una utilización adecuada de los servicios de atención primaria y de las actuaciones preventivas.

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 excesivas 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^{21,22} tiene en cuenta estos factores, considerando la eficacia de las actividades preventivas que los componen, y prestan una mayor atención a la valoración del desarrollo evolutivo en todas sus áreas y a los aspectos psicosociales.

Por último, también hemos de considerar que la eficiencia y la efectividad de la práctica preventiva se verán reforzadas cuando se superen algunas de las barreras o dificultades: formación escasa en actividades preventivas y pediatría basada en la evidencia, y en la capacitación en pediatría del desarrollo y del comportamiento; limitación en el tiempo disponible para las actividades preventivas, con cupos de población grandes que obligan a dedicar buena parte de los recursos a la demanda por enfermedad frecuentemente banal; y una escasa coordinación con otros profesionales que atienden la salud infantil.

*El equipo multiprofesional:
compartir la atención de la salud infantil*

El pediatra de atención primaria no trabaja solo, sino que lo hace con otros profesionales implicados en el cuidado de la infancia, y para ello es necesario un trabajo compartido. En primer lugar, con la enfermería de pediatría, que 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^{19,23,24}.

En este marco, valoramos positivamente la reciente aprobación del programa formativo de la especialidad de enfermería pediátrica²⁵, que incluye la rotación específica por atención primaria, lo que sin duda va a suponer una mejora considerable en el perfil de competencias del profesional de enfermería en relación con la salud infantil²⁶.

Es preciso conseguir «equipos de profesionales» que compartan una población, en un entorno geográfico delimitado, que la estructura y la organización de los centros de salud posibilite espacios temporales y físicos para el trabajo en equipo, y que se avance en fórmulas más actuales de gestión que impliquen a cada uno de los miembros del equipo en la respuesta a las demandas de la ciudadanía^{23,24}.

El pediatra de atención primaria como coordinador de la atención a la salud

La atención primaria no es sólo la puerta de entrada al sistema sanitario. Los equipos de atención primaria son los responsables de la atención sanitaria de la población asignada, coordinando los recursos necesarios y asesorando a los ciudadanos en sus problemas de salud y en su itinerario de atención por el sistema sanitario, actuando como gestores y coordinadores de casos y reguladores de flujos.

El pediatra de atención primaria debe profundizar en su papel fundamental en este proceso de coordinación de recursos en salud infantil, tanto con los distintos niveles asistenciales sanitarios como con profesionales de ámbitos diferentes (psicólogo, trabajador social, fisioterapeuta, centros de atención temprana, maestros y escuela, equipos de orientación psicopedagógica, etc.), entendiendo la necesidad de trabajar en un equipo interdisciplinario¹⁸.

En cualquier caso, se acepta la importancia de la multidisciplinariedad para abordar los problemas de salud y para el trabajo en redes, y es importante conocer los recursos que comparten la atención a la infancia en la comunidad y tener una visión más global, desde la perspectiva de la atención comunitaria y la salud pública¹⁵.

Propuestas organizativas para el futuro de la pediatría de atención primaria

Defender el actual modelo de asistencia pediátrica, basado en la atención directa por pediatras en el primer nivel asistencial, debe ser un objetivo prioritario para la administración sanitaria.

En algunas comunidades autónomas, los servicios de salud plantean la necesidad de integración de la pediatría de atención primaria y de atención hospitalaria, con una clara intención de resolver sólo una parte de los problemas relacionados con la atención infantil, más que una voluntad de definir y desarrollar las competencias y funciones de cada nivel asistencial, promoviendo la coordinación entre niveles y la continuidad asistencial.

Creemos necesario impulsar un modelo de atención pediátrica que permita desarrollar y garantizar los siguientes aspectos clave:

- Asegurar el derecho de las familias a que todos los niños tengan asignado un pediatra de cabecera.
- El desarrollo de las unidades básicas de pediatría, en los equipos de atención primaria, cuya característica fundamental sea el trabajo compartido y complementario entre el pediatra y la enfermera.
- Fomentar el trabajo multiprofesional e interdisciplinario priorizando el abordaje de los problemas prevalentes de salud desde una perspectiva comunitaria, y reforzando el papel del pediatra de atención primaria como coordinador de la atención a la salud de la población infantil, de manera que se garantice una respuesta integral a sus necesidades y la continuidad en la atención.
- Se propone el desarrollo de mejoras organizativas que den respuesta a dichas necesidades, como la agrupación funcional de pediatras que trabajan en un ámbito geográfico superior a las zonas de salud, constituyendo los llamados equipos pediátricos de atención primaria. Se propone además la centralización de la atención pediátrica en las zonas rurales dispersas.
- La creación de la figura del director/coordinador pediátrico de atención primaria, con funciones de planificación, coordinación y evaluación de resultados de la actividad de los equipos pediátricos de atención primaria.
- Un tiempo adecuado para cada niño. Es necesario definir y ajustar la relación pacientes/pediatra teniendo en cuenta las pirámides de población, la dispersión geográfica, la morbilidad y las características económicas, culturales y sociales de la población atendida.
- Una situación profesional y laboral digna para los pediatras de atención primaria, con horarios de trabajo que posibiliten la conciliación laboral y familiar, la asistencia a actividades de formación continuada, la docencia y la investigación. La convocatoria periódica de ofertas públicas de empleo y de concursos de traslado podrán asegurar la estabilidad laboral y consolidar las plazas de pediatría de atención primaria.

Contribuciones de autoría

Ambos autores han realizado de manera conjunta la redacción del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A César García Vera y Concha Sánchez Pina, por los datos que nos han aportado, y a nuestros compañeros de la AEPap en el grupo

del modelo: Juan Ruiz-Canela, Juan José Morell, Ana Isabel Díaz Cirujano, Francesc Bargall, María Ángeles Hernández, Gonzalo Sanz y Manel Enrrubia, por el análisis de la pediatría de atención primaria que han realizado.

Bibliografía

1. Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, et al. La salud en la infancia. *Gac Sanit.* 2004;18 (Suppl 1):39-46.
2. Ruiz-Canela J. Tribuna: pediatría en el modelo de la AP del siglo XXI. *Diario Médico*, 29 de octubre de 2008;8.
3. Barómetro Sanitario 2009, Agencia de Calidad del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. (Consultado el 20/1/2011.) Disponible en <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
4. Sistema Nacional de Salud de España 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. (Consultado el 20/1/2011.) Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>
5. Sánchez Pina C, Palomino Urda N, De Frutos Gallego F, et al. «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.
6. Ruiz-Canela J, Martín P. Futuro de la pediatría de atención primaria desde la perspectiva de un pediatra de hoy. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004;6:187-97.
7. Aguilera M. El modelo de atención primaria está agotado: una realidad o un espejismo. En: *Atención primaria de salud: nuevos retos, nuevas soluciones. Informe de la Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria.* Madrid: Grupo Saned; 2009.
8. Orden SCO/3148/2006 de 20 de setiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de pediatría y sus áreas específicas. BOE n°. 246: 35657-66.
9. García Puga JM, Grupo Docencia MIR de la AEPap. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7 (Suppl 1):119-27.
10. Comisión Nacional de Pediatría, sus Áreas Específicas. Reconocimiento de centros de salud de atención primaria como unidades docentes asociadas para la formación MIR-pediatría. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003;5:17-20.
11. Domínguez Aurrecochea B, Fernández-Cuesta Valcarce MA, García Puga JM, et al. Programa de formación del área de capacitación específica en pediatría de atención primaria. 1ª ed. Madrid: AEPap; 101 p.
12. Van Esso D, Del Torso S, Hadjipanayis A, et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child.* 2010;95:791-5.
13. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, et al. ¿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 (Suppl 18):s9-72.
14. Junta Directiva de la AEPap. El modelo de atención al niño. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2005;7:549-56.
15. Brullet C, Roca C. La infancia y la adolescencia en España. Evolución y tendencias demográficas. En: *Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia. Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad.* SIAS 5. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
16. Seminario. Sistemas de salud y calidad de vida en la infancia y la adolescencia: el papel del SNS. Organizado por el Observatorio del SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo (DGACSNS) y la Red sobre Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios - Red IRYSS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 3 de octubre de 2005.
17. Horno P. Las familias como agentes clave de la intervención desde atención primaria. En: *Calidad, género y equidad en la atención integral a la salud de la infancia y adolescencia. Informe Salud Infancia Adolescencia y Sociedad.* SIAS 5. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
18. Morell Bernabé JJ. Coordinación de recursos en salud infantil. En: AEPap, editora. *Curso de actualización en pediatría 2004.* Madrid: Ex Libris Ediciones; 2004, 11.
19. Soriano J. Editorial. Progreso y debilidades de la pediatría preventiva en atención primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004;6:537-421.
20. Valdivia Jiménez C, Palomino Urda N. Es tiempo de reflexión. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2008;10:11-5.
21. Soriano Faura J, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E, et al. Programa de salud infantil. 1ª ed. Madrid: AEPap y Ex Libris; 2009, 621 p.
22. Grupo Previnfad AEPap. *Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.* 1ª ed. Madrid: Ex Libris; 2004, 454 p.
23. Nieto I, Gómez A, Aragón D, et al. Enfermería de familia frente a enfermería de pediatría. *An Esp Pediatr.* 2000;53:395-8.
24. Ruiz Canela J, Morell Bernabé J. Un modelo de atención infantojuvenil. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2009;2:181-2.
25. Programa formativo de la especialidad de enfermería pediátrica. Orden SAS/1730/2010 de 17 de junio. BOE n° 157, de 29/junio/2010. Sec. III: 57251-57276. (Consultado el 14/09/2010.) Disponible en: www.boe.es
26. Domínguez Aurrecochea B, García Rebollar C. Bienvenida al primer programa de formación de enfermería pediátrica. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2010;3:1-2.