

Mesa Redonda: Retos en Pediatría de Atención Primaria

Situación laboral de la Pediatría en Atención Primaria

M. GARRIDO REDONDO

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud La Tórtola. Valladolid.

Durante los últimos años, existe una preocupación sobre la situación de la Pediatría en Atención Primaria (AP) provocada por las dificultades para conseguir cubrir las plazas de pediatra en los centros de salud por especialistas en Pediatría y el hecho, relativamente frecuente, de que estas estén atendidas por otros profesionales. No hay más que ver los titulares que aparecen una y otra vez en la prensa denunciando esa falta de cobertura y las respuestas cortoplacistas de las distintas administraciones ante una situación cada vez más difícil y que vienen a demostrar el error de concepto que tienen nuestros dirigentes e incluso muchos compañeros sobre lo que es la AP y el papel de los pediatras en ella.

¿DE DÓNDE VENIMOS?

En el aspecto sanitario, la Pediatría contemporánea desarrolla su base científica fundamental a finales del XIX^(1,2), época en la que en nuestro país ya destaca un criterio de pediatría preventiva y social, en relación con el clima socio-sanitario existente que marcó la lucha para intentar reducir el alto índice de morbilidad y mortalidad infantil. Los hitos que marcan el inicio de la pediatría contemporánea son la creación de los hospitales pediátricos, el primero en nuestro país fue el del Niño Jesús, así como la aparición de las cátedras de la especialidad, dando autonomía en la enseñanza médica a la pediatría. Se celebra en esa época el primer congreso español de Pediatría con el lema “protegido

a los niños”⁽³⁾ que refleja la fuerte implicación social y de la protección a la infancia de los primeros pediatras.

En el ámbito asistencial a mediados del siglo XX, la asistencia en “el Seguro” (Seguro Obligatorio de Enfermedad, SOE) era principalmente de tipo ambulatorio, con “cupos” y la hospitalización se hacía en las Residencias, al contrario que en EEUU y en Europa, donde existía una cultura sanitaria de grandes hospitales, y donde empezaban a nacer las subespecialidades pediátricas. En la España de posguerra la falta de recursos potenció la medicina ambulatoria, que tuvo la contrapartida de que mejorasen las condiciones higiénico-sanitarias en los hogares, que la población acogiera las vacunas y que se concediera importancia a la medicina de primer nivel y preventiva. España fue precursora en Europa de la atención a la infancia a nivel ambulatorio por parte de especialistas en Pediatría y Puericultura. Esto se refleja en la instauración en el SOE (Seguro obligatorio de enfermedad) la figura del pediatra de zona, con niños menores de 7 años adscritos.

La atención primaria sienta sus bases tras la conferencia de Alma-Ata de 1978, integrando en nuestro país a los pediatras en los centros de salud desde sus inicios, como se refleja en las normas legislativas en que se basa nuestro modelo sanitario y en las que se define la incorporación del pediatra a los centros de salud con atención independiente a la del adulto^(4,5).

Por tanto, nuestro modelo destaca por la presencia de los pediatras en el primer nivel asistencial desde sus inicios.

Correspondencia: Dra. Mercedes Garrido Redondo
Correo electrónico: mgarri2@telefonica.net

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN CRISIS

La Atención Primaria se caracteriza por la universalidad, la gratuidad, la accesibilidad y la continuidad de cuidados y ha generado una mejora en la calidad asistencial y en la satisfacción de los usuarios.

Sin embargo a lo largo del tiempo se han ido acrecentando las dificultades en este nivel que no se ha sabido o no se ha querido afrontar y revertir: una accesibilidad ilimitada que ha llevado a la sobrecarga del sistema; una falta de definición de perfiles de los profesionales que, junto a una insuficiente planificación y organización asistencial, 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; una planificación de distribución de centros sanitarios (hospitales comarcales, centros de salud y consultorios) que con frecuencia responden más a decisiones políticas que a necesidades reales de salud; y la falta de una apuesta decidida por parte de la Administración de considerar realmente a la Atención Primaria como eje y no solo como puerta de entrada al sistema de salud.

Esta falta de apuesta por la AP se refleja en la escasa inversión económica. La atención primaria recibe un presupuesto muy lejos de su peso real en el sistema sanitario. Las consecuencias las sufren desde hace años los pacientes y los propios profesionales. Cargas de trabajo desmesuradas, acúmulos casi diarios por falta de sustituciones, consultas masificadas, demoras excesivas, etc.

Un informe realizado por la OMC en 2016⁽⁶⁾ recoge la pérdida de inversión sanitaria en AP año tras año. Entre los años 2010 y 2014, mientras que en la inversión sanitaria pública total se recortó el presupuesto un 10,7% en Atención Primaria el recorte fue muy superior, en concreto el 14,7%. Globalmente, la inversión en Atención Primaria supuso solo el 14,6% del total en el año 2014.

Una imagen que muestra la evolución del crecimiento del gasto en atención primaria y en atención especializada es la famosa serpiente que abre la boca del médico Navarro Juan Simó, en su blog Salud, dinero y AP⁽⁷⁾ ha ido publicando, año tras año esta figura que muestra el crecimiento acumulado del gasto en atención especializada y del gasto en atención primaria desde 1984, año de la reforma, hasta 2016 en el conjunto del gasto sanitario público. Cada año que pasa, el gasto en Atención Especializada (AES) ha ido creciendo más (o decreciendo menos) que el gasto en Atención Primaria (APS). Si nos ceñimos al gasto sanitario del SNS, el de las 17 CC.AA., vemos que entre 2009 (año de máximo gasto sanitario) y 2016, la brecha entre el gasto en APS y el de AES en el SNS se ha ido incrementado y ha pasado de

una diferencia de 13 puntos en 2009 a una diferencia de 45 puntos en 2016.

Respecto a la evolución del peso de cada partida funcional (atención especializada, primaria, farmacia de receta y resto) en el conjunto del gasto sanitario público desde que se conocen datos (1960) hasta 2016 vemos que el gasto en especializada hospitalaria ha ido absorbiendo toda la parte que cede el de farmacia de receta, el de atención primaria y el resto del gasto sanitario.

En lo que respecta al gasto de personal en el SNS⁽⁸⁾, la brecha también se ha ampliado en estos años y ha pasado de una diferencia de 9 puntos en 2009 a una diferencia de 24 puntos en 2016, aunque las diferencias entre CC.AA. son importantes.

Esos recortes progresivos, que han afectado en mayor proporción a la Atención Primaria, han llevado a un escenario de escasez de recursos y de personal en el que además no se ha planificado ni asegurado la reposición general de los profesionales.

LOS PEDIATRAS Y LA CRISIS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Tras la reforma de la AP se incorporaron a ella numerosos pediatras cualificados y formados con el emergente sistema MIR, renovando la atención a la infancia y ampliando la oferta de servicios en el primer nivel de atención. Sin embargo, no han sido ajenos a la situación de crisis de la AP que hemos comentado⁽⁹⁾. El deterioro de las condiciones de trabajo, que hace poco atractiva la especialidad, junto a la insuficiente oferta de plazas de formación MIR en Pediatría han motivado un déficit de profesionales que no ha hecho más que aumentar las inequidades y poner en peligro el modelo de asistencia pediátrico.

En este contexto se han ido publicando diversos informes por parte de la Administración, Colegios Profesionales y Sociedades Científicas que ponen cifras a esta situación.

Déficit de profesionales

En el año 2018 se llevó a cabo por parte de la Asociación de pediatría de atención primaria, AEPap⁽¹⁰⁾, una encuesta dirigida a todos los profesionales médicos de las consultas de PAP a través de los vocales de sus asociaciones federadas. Los resultados muestran que en la mayoría de CCC.AA. hay médicos no especialistas en plazas de pediatría, siendo el 25,1% a nivel global, pero con diferencias importantes entre comunidades. Si se realiza el análisis por provincias los resultados son muy diferentes. Hay comunidades en las

TABLA I. PLAZAS DE PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CASTILLA Y LEÓN. DATOS ELABORADOS POR LA ASOCIACIÓN DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CASTILLA Y LEÓN (APAPCyL).

Área Salud	2019					2021				
	Pediatras de EAP	Pediatras de Área	No pediatra	No cubierta	Déficit	Pediatras de EAP	Pediatras de Área	No pediatra	No cubierta	Déficit
Ávila	14	6	2	0	10%	15	5	2	0	10%
Burgos	35	8	3	7	23%	36	7	5	2	16%
Bierzo	17	1	5	2	39%	17	1	6	3	50%
León	24	11	3	1	11%	27	8	1	0	3%
Palencia	15	4	0	3	15%	15	4	0	1	5%
Salamanca	35	4	0	0	0%	36	4	0	0	0%
Segovia	11	8	5	1	26%	14	6	7	1	40%
Soria	5	5	4	0	40%	5	5	3	0	30%
Valladolid Este	24	10	1	0	3%	26	8	1	0	3%
Valladolid Oeste	21	11	0	1	3%	22	10	0	0	0%
Zamora	12	6	1	0	5%	12	6	0	2	11%
Total	213	74 (25,78%)	24 (8,36%)	15 (5,22%)	14%	225	64 (22,14%)	25 (8,65%)	9 (3,11%)	11%

EAP: Equipo de Atención Primaria.

que el porcentaje de médicos no pediatras es bajo, pero sin embargo tiene alguna de las provincias con un porcentaje elevado de no pediatras, en las que el déficit supera el 40%.

En Castilla y León esta situación afecta sobre todo a las zonas rurales. Hay algunas provincias en las que el porcentaje de plazas sin pediatra es especialmente llamativo: 14% en Ávila, 13% en León (cerca del 30% en el Área del Bierzo), 30% en Segovia y 45% en Soria.

Durante el mes de diciembre de 2019 desde la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León (APAPCyL) se actualizaron las cifras del déficit de pediatras, recogiendo no solo las plazas cubiertas por no especialistas sino también plazas no cubiertas por ningún profesional (y por tanto con atención a esos niños acumulada por otros compañeros), que también se han revisado con los últimos traslados y cambio de plantillas orgánicas a finales de febrero de 2021 y en las que podemos observar la preocupante situación de algunas áreas como El Bierzo, Segovia y Soria, a pesar de que globalmente se ha reducido el porcentaje. (Tabla I).

Hay que destacar que, en Atención Primaria, las plazas rurales, y las pediatrías de Área son las más afectadas por la falta de pediatras y, a pesar de las propuestas de las Asociaciones científicas, en la actualidad no hay ningún tipo de incentivo para que sean ocupadas:

A ese déficit de profesionales actuales hay que añadir las previsiones en función de las características demográficas de los profesionales que trabajan en AP. Varios trabajos lo analizan: en una encuesta realizada por la OMC en el año 2015⁽¹¹⁾ se observó que, de los pediatras encuestados, los de 56 y más años eran la mayoría (36%) seguidos por el grupo de 46 a 55 años con el 31%. De los resultados de la encuesta ya se sugería que los Servicios de Salud tendrían que reaccionar pronto ante el importante número de jubilaciones en pocos años.

En el trabajo realizado por AEPap⁽¹⁰⁾ se recogieron también los datos completos de edades de los pediatras de diez comunidades autónomas, entre ellas Asturias, Cantabria y Castilla y León. Estos datos nos indican que, una cuarta parte aproximadamente de los pediatras de esas comunidades tenían en 2018 más de 60 años y un 40% más de 55, indicando la apremiante necesidad de recambio en un breve plazo de tiempo. Los resultados del estudio AEPap son comparables y coincidentes con los datos recogidos del estudio nacional de la OMC realizado en 2017, en el que los profesionales mayores de 55 años representaban el 41%.

Sin embargo, es de destacar la diferencia etaria entre los profesionales de AP y hospital. En un estudio demográfico realizado por los Colegios de médicos de Castilla y León durante el año 2019⁽¹²⁾ se muestra una pirámide de edad en

Pediatría Hospitalaria con una distribución más similar a la clásica pirámide progresiva, con una base ancha que corresponde a una estructura poblacional eminentemente joven y con adecuada proyección de crecimiento. Muy diferente es la pirámide de la Pediatría de Atención Primaria, más parecida a una pirámide estacionaria, con un colectivo de profesionales más maduro.

Estas dos distribuciones comparadas dejan claro que las jubilaciones previstas en los próximos 15 años tendrán un mayor impacto en la Pediatría de Atención Primaria que en el ámbito hospitalario, que según este trabajo será del 50% a 15 años.

Similares conclusiones observamos en el informe realizado por el MSBSC⁽¹³⁾ con la estimación de oferta y demanda de las diferentes especialidades hasta 2030 y que mostraba que, en el caso de las dos especialidades vinculadas a atención primaria, MFyC y Pediatría, se preveían tensiones de reposición a corto plazo. Algunos de los informes de las comunidades autónomas específicamente se referían además a los problemas de contratación de pediatras para atención primaria pero no en hospitales y, de igual forma, que sucede con la pediatría sugieren que los médicos de familia buscan destinos profesionales fuera de la atención primaria como urgencias de hospital, unidades de paliativos en atención especializada, etc. y que en definitiva estábamos ante un problema de “modelo” de la AP y no solo demográfico.

Sobrecarga asistencial

Ese déficit de pediatras empeora aún más la situación de colapso y sobrecarga asistencial que viven las consultas de atención primaria. En la encuesta realizada médicos de AP, durante el año 2015 por parte de la OMC⁽¹¹⁾, se analizaron entre otras cuestiones las cargas de trabajo de los médicos, muy relacionadas con el cupo asignado, con el número total de tarjetas, con la distribución por edad de estas y también con la dispersión geográfica del municipio en el que realiza su trabajo. De los pediatras encuestados a nivel nacional, el 56,2% tenían cupos entre 1.001 y 1.500 tarjetas, entre 1.501 y 2.000 el 9,9% y superaban las 2.000 el 1,5%. Es decir, más del 67% tenían cupos superiores a 1000 tarjetas, teniendo en cuenta que las sociedades científicas estiman un cupo óptimo en 800-1000 tarjetas para una asistencia de calidad.

Con una frecuentación para Pediatría de 4,92 según datos del Ministerio, y si los cupos tienen una composición por edad similar a la media nacional, podríamos esperar que un cupo de 1.001 TIS atendiera diariamente unas 20 consultas, en el caso de 1.500 TIS las consultas serían unas 29 diarias y para 2.000 TIS llegaría a 40 consultas/día. Esta estimación

no tiene en cuenta que en el caso de los pediatras se acumula el trabajo de los pediatras ausentes por cualquier motivo y no sustituidos, por lo que podemos decir que según estas estimaciones el 67,6% de los pediatras encuestados tendrían entre 20 y más de 40 consultas/día en situaciones normales, que aumentarían en periodos de incremento de demanda y vacaciones. Sin embargo, las cargas de trabajo declaradas por los encuestados eran algo diferentes: más del 15% de los 703 pediatras encuestados en condiciones normales asumían más de 40 visitas diarias y en situaciones de incremento de demanda y periodos de vacaciones el porcentaje se incrementaba hasta el 49,3%.

El papel de la enfermería pediátrica

En esta situación de déficit de profesionales y sobrecarga asistencial tampoco tenemos fácil la colaboración por parte de la enfermera de pediatría.

En el trabajo realizado por AEPap⁽¹⁰⁾, que analizaba la presencia de la enfermería pediátrica en las consultas de pediatría, se observó que, a excepción de Andalucía donde no existe la figura de enfermería pediátrica, en la mayoría de las provincias y regiones la enfermera debía atender a varios cupos de pediatría, e incluso a alguno de adultos. En la mayoría de las provincias de Castilla y León la enfermera comparte varios cupos de pediatría, e incluso en Ávila y Soria, atiende a alguno de adultos. La conclusión es clara: a pesar de la creación de la especialidad de enfermería pediátrica en 2005, la repercusión de esa nueva especialidad en la asistencia infantil en Atención Primaria es escasa o nula.

La figura del pediatra de Área

Otro de los problemas a los que nos enfrentamos los pediatras en el primer nivel asistencial, es la figura laboral del pediatra de Área, perfil de contratación laboral que debería haber desaparecido de toda España al no cumplir con los objetivos para los que se creó.

Se instauró en un momento determinado⁽¹⁴⁾ para cubrir plazas rurales en las que la atención principal de los niños la realizaban los médicos de familia y el pediatra realizaba la labor de consultor y la realización de los controles de salud, con muy precario apoyo de enfermería. Las comunidades en las que en 2018⁽¹⁰⁾ seguía existiendo ese tipo de profesionales comprendían: La Rioja, Castilla-La Mancha, Cantabria, Asturias, Andalucía y Castilla y León, con porcentajes del 6,5 al 60%. Llama la atención el alto porcentaje en La Rioja, 60%, que ocupa el primer puesto y le sigue Castilla y León, segunda en porcentaje (28%) y la primera en números absolutos, con 76 profesionales en 2018.

Todas las Asociaciones de Pediatría⁽¹⁵⁾, incluida SCCALP, se han mostrado contrarias a mantener este perfil de contratación laboral de Pediatría de Área, por el uso indebido que se ha hecho de esta figura por parte de los distintos gestores. Esta figura fue concebida como un apoyo a los médicos de familia en las zonas básicas de salud en las que no se dispusiera de médico pediatra por no tener un cupo suficiente y atendiendo por tanto a varias zonas de salud. Sin embargo sus funciones se han ido asimilando las funciones de Pediatra de Equipo, con atención directa de los menores, excediendo en la gran mayoría de los casos las funciones que les son inherentes a su puesto, a pesar de no tener asignadas las tarjetas sanitarias y atendiendo más de una zona de salud que por sí sola ya cumpliría criterios demográficos para tener un pediatra de equipo, lo que resta disponibilidad a la atención.

La planificación de las plazas de Pediatría de Área además ha sido arbitraria, organizadas sin criterios de dispersión geográfica de las zonas, que lleva a mayores tiempos de desplazamiento del profesional y por tanto también a menor disponibilidad.

Se da también la situación irregular de atender una sola Zona Básica de Salud incluso en zona urbana, lo que enmascara las necesidades reales de plazas de EAP, además de encontrarse en una situación de precariedad laboral y discriminación respecto a los pediatras de Equipo, con cargas de trabajo inasumibles, desplazamientos que restan disponibilidad y no permiten la continuidad asistencial diaria, aislamiento laboral, consultas poco equipadas y sin apoyo de enfermería, etcétera, con el consiguiente perjuicio asistencial a la población y falta de motivación de los profesionales para incorporarse a estas plazas.

SOLUCIONES AL DÉFICIT. EL PAPEL DE LA FORMACIÓN

En esta situación con problemas estructurales tan importantes como la falta de pediatras de Atención Primaria, es necesario analizar cómo se está realizando la gestión en recursos humanos, que entre otras cuestiones depende del número de especialistas en formación, así como el destino final de estos profesionales al terminar su periodo formativo.

Respecto al primer aspecto, el número de plazas MIR de pediatría, a pesar del déficit de especialistas, no se ha incrementado de forma significativa. En concreto, en la convocatoria actual el aumento en términos absolutos de plazas es de 10 en toda España, que supone un aumento del 2%.

Si se analizan los datos por Comunidades Autónomas, hay diez en las que el número de plazas convocadas para residentes de Pediatría es igual al del año anterior. Hay 7 comunidades autónomas que aumentan entre 1 y 3 residentes, e incluso en el País Vasco disminuyen en 2 el número de plazas de pediatría convocadas.

El aumento de plazas MIR es uno de los puntos fundamentales defendidos por las Sociedades científicas para afrontar el déficit de pediatras actual y el que seguirá en los próximos años debido a la previsión de jubilaciones de pediatras y en este sentido el aumento del 2% en las plazas es claramente insuficiente.

Sin embargo, tenemos que tener claro que el aumento en el número de plazas totales no va a solucionar el déficit en el ámbito de la Atención Primaria, si no se hace una adecuada gestión de los recursos humanos, haciendo que la oferta MIR responda en alguna medida a las necesidades de profesionales tanto del ámbito hospitalario como de atención primaria en cada momento. La realidad nos demuestra que no existe una apuesta decidida por regular las necesidades de formación en función de las necesidades asistenciales reales y orientadas a las demandas laborales, que asegurara en este momento un flujo preferente hacia la atención primaria de salud, optimizando los recursos.

Vamos a ver cuáles son las salidas profesionales de los pediatras recién formados y si se adecúan a las necesidades actuales. En un trabajo realizado por el grupo profesional y la vocalía MIR de la AEPap en 2018⁽¹⁶⁾ se recogieron datos de las salidas laborales del 75,7% de los residentes a nivel nacional (1.263 residentes) entre los años 2014 a 2017, observando que solo una cuarta parte de los MIR que terminan dedican su labor asistencial a la Atención Primaria. La situación en las diversas comunidades autónomas muestra notables diferencias entre unas y otras, con una media del 27,94%.

La elección de Atención Primaria en el transcurso de esos años disminuyó del 30,77 al 24,5%; igualmente disminuyeron los trabajos en hospitalización o consultas hospitalarias que descendieron de un 43,8 a un 32,85%, mientras que la realización de guardias o cobertura de Urgencias ha aumentado y también ha subido el porcentaje de los que se dedican a la medicina privada. La conclusión de estos resultados es clara: el porcentaje de residentes que acude a Atención Primaria es insuficiente y el trabajo de pediatra está siendo de peor calidad, con aumento de los contratos temporales de guardias y urgencias y también el porcentaje de residentes que se dirigen hacia la sanidad privada.

Una encuesta realizada a los especialistas en formación por el grupo de trabajo MIR de la AEP⁽¹⁷⁾, con 603 respuestas, solo un 25% contemplaban el acceso a AP como su priori-

dad, en línea con lo que vemos en la realidad al finalizar ese periodo de formación, aunque el 51% consideraría trabajar en zonas rurales si mejorasen las condiciones laborales.

Pero un aspecto clave para que los MIR se planteen la salida laboral hacia la AP está relacionada en gran medida con su formación, y a pesar de que hace 15 años que se desarrolló el programa formativo de la especialidad de Pediatría y Áreas Específicas, en muchos casos no se cumplen las características legales de la rotación en primaria. Así en una encuesta a residentes realizada por AEPap⁽¹⁸⁾ se interrogó sobre las características de la rotación por AP, en la que solo un 15% declaraban haberla realizado en los dos periodos de rotación establecidos y un 30% rotaba menos de 3 meses. Un 98% de los residentes opinaban que es necesaria la rotación por atención primaria y más del 50% consideraban que el tiempo de rotación adecuado sería 4 meses. En la encuesta del grupo de trabajo MIR de la AEP obtuvieron resultados similares y es de destacar la necesidad por su parte de incrementar el tiempo de rotación hasta los 4-6 meses.

Con estos datos podemos decir que la rotación actual en AP es corta y limitada, lo que evidentemente va a influir en el escaso conocimiento sobre la AP.

En los programas de formación de la especialidad de pediatría se contempla la necesidad de que el pediatra se forme en pediatría comunitaria y en el logro de entrenamientos de las competencias propias de la atención primaria. Sin embargo, la realidad es una formación excesivamente enfocada hacia la asistencia hospitalaria y, dentro de esta, a la superespecialización, que dificulta mucho la adaptación de estos pediatras al trabajo en la AP, muchas veces frustrados por no poder aplicar competencias complejas y especializadas, y no se les ha enseñado la importancia de la AP y su impacto fundamental sobre la salud de la población. Todo ello se refleja en el desequilibrio entre los profesionales que se necesitan y la formación que se proporciona⁽¹⁹⁾.

LOS RETOS

En esta situación es necesario enfrentar los retos que tiene nuestra especialidad en Atención Primaria.

El primer reto está relacionado con la defensa del modelo sanitario que tenemos y los cambios que necesita⁽²⁰⁾. En los últimos años se oyen voces cuestionando nuestra presencia en este nivel asistencial y, aunque es difícil hacer comparaciones entre los modelos de los distintos países, parece que un modelo con pediatras en el primer nivel asistencial presenta ventajas respecto a otras formas de atención infantil^(21,22).

El segundo reto, por tanto, es la necesidad de mejorar este modelo y que es obvio tiene que pasar por una mayor financiación, un cambio de organización asistencial de la Atención Primaria, mejorando las condiciones laborales de los profesionales, así como dar el protagonismo que se merece al pediatra de AP dignificando su figura e incrementando su presencia en los diferentes ámbitos de decisión (universidad, docencia, gestión...).

Por último, no podemos olvidar que también es necesario un cambio en el enfoque de la formación y este sería el tercer reto: formar a los residentes de pediatría en las competencias necesarias para el trabajo en AP, sabiendo que el 90% de las patologías infantiles pueden ser resueltas y seguidas por el pediatra en la atención primaria y que las cuestiones relacionados con determinantes sociales y ambientales de la salud, así como las actividades preventivas y comunitarias van a tener una repercusión clara en la salud de la población infantil de forma complementaria y coordinada con las actuaciones igualmente necesarias de la asistencia hospitalaria y superespecializada.

Evidentemente queda camino por recorrer, pero el primer paso es tener claro que cualquier crisis es una oportunidad para hacer cambios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brines Solanes J. Ensayo sobre el nacimiento y desarrollo de la pediatría. Serie M (Manuals) nº 39. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2002.
2. Zafra Anta MA, García Nieto V. Historia de la Pediatría en España. *Pediatr Integral*. 2015; 19: 235-42.
3. Ponte Hernando F, Zafra Anta M, Fernández Menéndez JM, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Bassat Q, Fernández Teijeiro JJ, de Arana Amurrio JI, García Nieto V, Grupo de Historia y Documentación Pediátricas de la Asociación Española de Pediatría. Tal como éramos. En el centenario del Primer Congreso Español de Pediatría de Palma de Mallorca (1914-2014). *An Pediatr (Barc)*. 2014; 80: 404.e1-e8.
4. Real Decreto 137/1984 sobre Estructuras Básicas de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574> [Fecha de consulta 4-4-2021].
5. Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499> [Fecha de consulta 4-4-2021].
6. Informe de la OMC sobre la situación actual de la Atención Primaria en España (2014-2015). 2016. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/pagina/archivos-adjuntos/ap-espana-hoy_2.pdf [Fecha de consulta 4-4-2021].
7. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Sexto año en UCI de la APS española y epicrisis. Disponible en: <https://>

- saludinerop.blogspot.com/2018/07/sexta-ano-en-uci-de-la-aps-espanola-y.html [Fecha de consulta 4-4-2021].
8. Simó J. Blog Salud, Dinero y Atención Primaria. Serpientes Autonómicas, 1995-2018. Disponible en: <http://saludinerop.blogspot.com/2020/06/serpientes-autonomicas-1995-2018.html> [Fecha de consulta 4-4-2021].
 9. Domínguez Aurrecochea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo xxi. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26(S): 82-7.
 10. Gorrotxategi Gorrotxategi P, García Vera C, Graffigna Lojendio A, Sánchez Pina C, Palomino Urda N, Rodríguez Fernández-Oliva CR, et al. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en España en 2018. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2018; 20: e89-e104.
 11. Encuesta sobre la situación del Médico de Atención Primaria en España en 2015 y las consecuencias de los recortes. Vocabla de Atención Primaria OMC 2016. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/encuesta_medicos_ap_resultados_generales_14_01_16.pdf [Fecha de consulta 4-4-2021].
 12. Demografía Médica en Castilla y León. Desequilibrios actuales y previsión de futuro. COMCYL 2019. Disponible en: http://www.colegiosmedicoscastillayleon.com/pdf/demografia/CCMCYL_2019.pdf [Fecha de consulta 4-4-2021].
 13. Barber Pérez P. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionofertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf> [Fecha de consulta 4-4-2021].
 14. Resolución de 23 de julio de 1998, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crea la figura de Pediatra de Área en Atención Primaria, y se ordenan sus funciones y actividades. Disponible en: <https://boe.es/boe/dias/1998/08/06/pdfs/A26738-26740.pdf> [Fecha de consulta 4-4-2021].
 15. Informe sobre la pediatría de Área En Castilla y León. APAP-CyL, SEPEAP y SCCALP. Valladolid. Octubre 2014.
 16. Álvarez Casaño M, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Castillo Campos L, Cámara Otegui A, Martín Moya R, Fuentes Redondo T, et al. Salidas laborales de los residentes de Pediatría. Datos del periodo 2014-2017. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2019; 21: 247-53.
 17. Encuesta general para residentes de pediatría. Reunión grupo MIR AEP. 66º Congreso AEP. Zaragoza. Junio 2018.
 18. Álvarez Casaño M, Castillo Campos L, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, García Uzquiano R, Igarzábal Irizar A, Berridi Etxeberria A. ¿Qué opinan los residentes de la rotación por atención primaria? 66º Congreso AEP. Zaragoza. Junio 2018.
 19. Mora Gandarillas I. Formación MIR: ¿es necesaria una revolución? *Bol Pediatr.* 2019; 59: 170-3.
 20. Junta Directiva de la AEPap. Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) sobre el modelo de asistencia infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016; 18: e239-45.
 21. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB, 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 Prim.* 2010; 12: s9-72.
 22. Aparicio Rodrigo M, Carrasco Sanz A, Sánchez Pina C, Villaizán Pérez C, Fernández Rodríguez M, Orejón de Luna G, Aizpurúa Galdeano P, Pettoello-Mantovani M. The role of pediatricians in providing greater-quality care for children: An ongoing debate. *J Pediatr.* 2020; 231: 303-304.e1.