

Señor Director de Atención Primaria:

Desde la **Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Aragón** (ArAPAP, que en este momento cuenta con 161 asociados, la gran mayoría de los pediatras que ocupan las plazas públicas de atención primaria pediátrica), hemos leído con mucho interés y atención el documento elaborado por su Departamento relatando las **“400 medidas”**.

Estando de acuerdo en que la Atención Primaria en su actual configuración puede ser mejorada (aunque no deberían de olvidarse las altas tasas de satisfacción que año tras año manifiesta la población sobre los servicios que médicos y enfermeras impartimos en este nivel de atención), sin embargo nos produce asombro e indignación la, a nuestro juicio, ligereza con que se hacen algunas propuestas sobre las **actividades que los pediatras de atención primaria llevamos a cabo**.

Y es que en el punto 1.3 se propone: “Reducir la **actividad preventiva de escaso valor** (cáncer de cuello de útero, **programa del niño sano**), y reorientar los cribados poblacionales a segmentos con mayor efectividad contrastada: prevención del cáncer colorrectal, etc.”

Y es que siendo este un tema que nos ocupa y preocupa (ha sido por ejemplo motivo de una mesa redonda en el 8º curso de actualización de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria en la que estamos federados, http://cursosaeapap.exlibrisediciones.com/80-Curso-Actualizaci%C3%B3n-pediatr%C3%ADa-2011/g6kx3HggSVW211McBtRclNiJ_ZXWswi_vKWl7_pa1GQ), si bien alguna actividad pueda ser cuestionada, el programa del niño sano (que preferimos actualmente denominar **Programa de Salud Infantil**, en adelante PSI) en su conjunto sigue **siendo defendible**. Y por varios aspectos:

- Al incluir en su documento al PSI como ejemplo de actividad preventiva de escaso valor ¿está realmente ponderada ésta aseveración? ¿en base a qué estudios? ¿pueden ustedes afirmar si es más coste efectivo, por ejemplo, tratar a ingentes segmentos de población con estatinas, frente a promocionar la lactancia materna?

- ¿Son conscientes de las bajas tasas de mortalidad infantil en nuestro país, o de las altas tasas de cobertura vacunal en población pediátrica?. Derivadas en gran medida de actividades de promoción de salud y de prevención de la enfermedad llevada a cabo en dichos programas, podemos sentirnos orgullosos, por ejemplo, de que el brote de sarampión recientemente vivido en nuestra Autonomía ha tenido un impacto ínfimo en población pediátrica.

- Sabemos que en el PSI hay actividades de más o menos valor, y nosotros hace años que venimos haciendo autocrítica y valoración de estas actividades. Una excelente revisión ha sido publicada recientemente por el

grupo PrevInfad (perteneciente al PAPPS) en forma de “Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. PrevInfad.” Editado por Exlibris en 2011, con 512 páginas (más información en <http://www.aepap.org/biblioteca/libros/manual-de-actividades-preventivas-en-la-infancia-y-adolescencia-previnfad>). Sobre propuestas como las hechas en este texto pensamos que sí se puede trabajar en la reorganización del PSI en nuestra autonomía.

- En cualquier caso, aunque haya aspectos mejorables, estamos sorprendidos de que cuestionando la utilidad de algunas actividades concretas del programa (como alguna publicación hizo con el cribado de displasia de cadera con ecografía a todos los recién nacidos) se esté descalificando el programa en su totalidad. Nosotros estamos convencidos de la utilidad del PSI en global y llevado a cabo en atención primaria pediátrica por pediatras y enfermería de pediatría. Una reciente revisión sistemática llevada a cabo desde el Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria mostraba la mejor adecuación de los pediatras frente a médicos generales o de familia para impartir atención primaria pediátrica (http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPoo2J2KDAbNm_nHR4ZULnYS). En este sentido, pensamos que la carga de trabajo del PSI ha de recaer en los colectivos de pediatras y de enfermería de pediatría y aquí sí que es discutible qué actividades realiza cada uno y que número de revisiones asume, aunque hay aspectos del programa que han de ser necesariamente responsabilidad de los pediatras por su formación.

- Recomendamos que se repasen las agendas para comprobar que el porcentaje de tiempo que consume la ejecución de la actividad programada en pocas ocasiones superará el 20-25% de la actividad clínica diaria de los pediatras.

En cualquier caso, **estaríamos dispuestos y encantados de poder reunirnos con ustedes para debatir este y otros muchos aspectos en relación con la pediatría de atención primaria**, por lo que aprovechamos este escrito para solicitarles una entrevista formal.

En Zaragoza a 9 de Febrero de 2012, reciban un saludo

Fdo.: César García Vera
Presidente de ArAPAP
(para contacto, tfno. 610070732; mail: cjgarcia@salud.aragon.es)

SR. DIRECTOR DE ATENCION PRIMARIA DEL SERVICIO ARAGONÉS
DE SALUD

(Se envía copia del escrito al Director Gerente del SALUD)