

DOCUMENTO "ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EUSKADI"

Aportaciones del sindicato LAB

Julio de 2018



www.lab.eus

ÍNDICE

Introducción	5
Necesidades de médicos y médicas de familia	7
Punto de partida para la definición de las líneas estratégicas del Departamento de Salud y de Osakidetza para fortalecer la Atención Primaria.....	7
Líneas estratégicas en Atención Primaria	8
Línea estratégica 1. Optimizar aspectos de organización y gestión en el contexto de los Equipos de Atención Primaria (EAP)	8
Línea estratégica 2. Afianzar un modelo de trabajo en equipo en el que cada perfil profesional despliega sus capacidades para complementar las funciones del resto de perfiles profesionales	8
Línea estratégica 3. Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria	10
Línea estratégica 4. Mejorar el atractivo de la Atención Primaria para las y los médicos de familia recién formados y formadas	11
Línea estratégica 5. Consolidar para la Atención Primaria un modelo de refuerzo asistencial para la Atención Primaria eficaz y sostenible	12
Línea estratégica 6. Pediatría en Atención Primaria	12
Conclusiones	13

Introducción

El pasado mes de abril el Departamento de Salud nos hacía llegar este documento, a la vez que lo hacía llegar a todo el personal de Atención Primaria. El documento se presenta como un documento de trabajo a debatir para una nueva estrategia de la Atención Primaria en Euskadi. Sin embargo, no plantea ninguna agenda para el debate ni facilita herramientas para que el personal, incluidos los sindicatos, podamos aportar en dicho debate. Entendemos que se plantean cambios sustanciales en la deriva de la asistencia sanitaria, por lo que nos falta el plan que asegure la participación así como un diagnóstico de salud que acompañe en el diseño de la Atención Primaria que necesitamos.

La estrategia viene a responder, según el Consejero, a los nuevos retos que como sociedad debemos afrontar, resumiendo tales retos en mayor cronicidad y dependencia y nuevas necesidades en materia de personal. Nos llama la atención la nula referencia a las condiciones de vida de las personas como base indispensable para la salud. Lo cual requiere de una estrategia que supera a la estrategia sanitaria pero necesaria, ya que de otra forma no hacemos más que mirar para otro lado, trabajando como parches de un sistema que obvia lo elemental para la salud de las personas. Según avanza el documento y tras describir la Atención Primaria como principal actor del sistema en la provisión de servicios de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad y su potencialidad en cuanto a la salud de la población, aunque hablen en materia de resultados y a coste razonable, se despliegan unas líneas estratégicas que vienen a desdecir lo que en primera instancia se plantea, respondiendo estas a lo que es el fin único de este documento. Solucionar la falta de previsión (consciente o inconsciente) del Departamento para la reposición de personal facultativo médico y de pediatría, descargando las consultas médicas mediante asunción por parte de enfermería y personal administrativo de nuevos roles y frenar el ingreso de pacientes al medio hospitalario. A su vez, otro objetivo del documento es la creación de nuevas **Unidades de Gestión Clínica** que ya denunciábamos por ser fácilmente privatizables y por los criterios economicistas mediante los que se rigen.

Desde LAB entendemos que es una estrategia con una visión totalmente sesgada y muy falta de autocrítica sobre los verdaderos retos de salud y muy lejana a ver la Atención Primaria como base fundamental para la salud de la población. Es totalmente cortoplacista resumir en cronicidad y dependencia los actuales retos en salud o la modificación del patrón epidemiológico, ya que así, dentro de 20 años seguiremos con una población dependiente y crónica. "Una apuesta por la salud integral de las personas" no se puede diseñar sin un diagnóstico de salud en el que tengamos claros cuáles son los determinantes de salud, ni pretender homogeneizar a la población ya que no es lo mismo vivir y trabajar en Gasteiz que en Aia o en Barakaldo, ser hombre o mujer o lo que se quiera ser, ni disponer de más o menos recursos económicos. En cambio, desde LAB sí apostamos por homogeneizar criterios referentes al personal que no hacen más que crear diferencias entre profesionales y dar vía libre para el "colegueo". Así **resulta ilusorio pretender tener una plantilla motivada y participativa cuando se burocratiza y jerarquiza la estructura sanitaria, despojando a los trabajadores y trabajadoras de herramientas de decisión y reflexión, sin tiempos para la formación, sin estabilidad laboral, o querer prestigio para la Atención Primaria cuando tanto estructural, económico incluso ideológicamente la planificación es completamente hospitalcentrista descargando en la Atención Primaria parte de sus tareas.**

Igualmente ocurre con dirigirnos constantemente a la población promocionando tecnología punta, guiarnos por las directrices de las farmacéuticas, no atender a la medicalización de la vida, sin hacer promoción y prevención de forma adecuada, en una sociedad cada vez más consumista, y pretender ser una sociedad empoderada en cuanto su salud, disminuyendo así el consumo sanitario. Una sociedad que tiene que producir sí o sí, a la que se le penaliza por enfermar, necesitada de respuestas inmediatas, donde el cuidado está completamente desvalorizado y relegado a las mujeres. En contraposición se sobrevalora la medicina cuanto más intervencionista sea, cuantas más pruebas técnicas, diagnósticas o medicación se emplee, tanto por la población como por los y las profesionales.

Desde LAB entendemos que la Atención Primaria debe ser la puerta de entrada al sistema de salud. Es el nivel básico e inicial de atención y debe garantizar la globalidad y continuidad de la atención sanitaria a lo largo de la vida de la persona. En cambio, la estrategia de Osakidetza pasa claramente por un cambio de paradigma "desde un rol preventivo como elemento definitorio de la Atención Primaria a un rol más activo en el proceso asistencial" tal y como se observa tras la lectura del documento, donde el espacio para hacer labor comunitaria es puramente anecdótica (de hecho se plantea un enfermero o enfermera comunitaria para varias Unidades de Atención Primaria (UAP) y circunstancial (ya que se analizará un plan piloto para su posterior despliegue).

El documento ve la luz en un momento de bastante movimiento de respuesta por parte de profesionales, sobre todo del personal facultativo que pone sobre la mesa la insostenibilidad de la situación (saturación de consultas, no sustitución, asunción de competencias de especializada...) que además de denunciar las condiciones laborales en las que se está trabajando, denuncian la imposibilidad de trabajar en pro de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud. LAB comparte la urgencia y la necesidad de una estrategia que Osakidetza desperdicia y utiliza en su afán mercantilista. Ya lo dijo Darpón en sus inicios, "más con menos", con el cuento de la insostenibilidad de los sistemas sanitarios, que no buscan más que asumamos el repago, los recortes, la saturación de consultas, listas de espera interminables y un largo etcétera, que buscan adelgazar la sanidad pública para engordar así la privada.

Al valorar las líneas estratégicas, no podemos pasar por alto la terminología empleada, distante y lejana a términos sanitarios, más cercana a empresas de servicios y a una cultura empresarial (buenos resultados, sistema de provisión de servicios...). Tampoco se cuida el lenguaje de género en todo el documento, proyectándose estereotipos que, desde luego, han de eliminarse. A su vez, al hablar de conciliación familiar ha de hacerse en términos de "conciliación y corresponsabilidad".

Por otro lado, la mayoría del documento versa sobre el personal facultativo y enfermería, olvidando de nuevo, salvo unas pocas alusiones, al personal auxiliar de enfermería y al personal no sanitario, totalmente necesario en la Atención Primaria y que también juega un papel determinante en los equipos de trabajo. Un personal que Osakidetza invisibiliza y que va recortando poco a poco en los centros de salud y ambulatorios.

Por último, la falta de precisión en cuanto la implementación de nuevos roles, figuras, movilidad de personal, despliegue de procesos ya instaurados cuyas evaluaciones desconocemos, así como plantear acciones que ya están en trámite, deja en evidencia el poco interés por parte de Osakidetza para que sus

profesionales conozcamos de buena mano cuál es su plan creando así muchas dudas y haciendo difícil su valoración y aprobación.

Necesidades de médicos y médicas de familia

Ya en el Plan de Recursos Humanos 2014-2016 se señalaba tal hecho con datos referentes al 2012. El balance negativo al que se hace referencia, es de sobra conocido por el personal que ha sufrido dicha justificación para las coberturas. LAB lleva muchos años denunciando dejación por parte de Osakidetza, la última no asumiendo todas las plazas MIR.

Punto de partida para la definición de las líneas estratégicas del Departamento de Salud y de Osakidetza para fortalecer la Atención Primaria

Compartimos la visión de una Atención Primaria como elemento central y primordial del proceso asistencial. Ya que un sistema sanitario orientado hacia la Atención Primaria dice mucho de una sociedad y es una estrategia política de gran relevancia, puesto que su efecto es claro y relativamente rápido sobre la salud y la calidad de vida. No obstante, Osakidetza niega la crisis de modelo existente, adulando el actual modelo que tan buenos resultados ha dado hasta la fecha (ya nos gustaría conocer tales resultados) a la vez que desvirtúa y menosprecia la visión de la plantilla que a nuestro entender son quienes mejor conocen su labor y a la población a la que atienden.

Además, con gran determinación se olvida de PERFILES profesionales indispensables cada uno o una en su quehacer, para la conformación de lo que son los equipos sanitarios necesarios para una asistencia sanitaria integral que responda a las necesidades de salud. Obvia de forma preocupante el trabajo que se realiza o que se podría realizar desde los servicios de atención a la mujer, la función de la fisioterapia en la prevención y recuperación de la enfermedad o la asistencia social entre otros, considerando únicamente otros tipos de actividades propias de la medicina de familia y la pediatría, recreando un modelo médico-centrista, lejano a la población que reclama nuevas formas de cuidados de la salud.

Osakidetza pierde así la oportunidad de redirigir el actual modelo, donde la Atención Primaria comprenda actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social como actividad central y que además, ahorra dinero. Cortocircuitando de ésta forma la eterna amenaza de la insostenibilidad del sistema y con ella la universalidad y el mantenimiento de un sistema sanitario público.

Por otra parte, nos parece cuanto menos poco serio afirmar que la plantilla de Atención Primaria es fija cuando se aportan datos en los que se incluyen las coberturas de OPEs aún no resueltas y se obvian todas esas plazas estructurales que a día de hoy Osakidetza se niega a publicar en tanto evidencian la necesidad real de plazas

estructurales y la falta de estabilidad de la plantilla (54% de la contratación Temporal en la OSI -Organización de Servicios Integrada- Araba cubren esos puestos).

Por último, lo que sacamos en claro es que se quiere instaurar otro modelo de gestión cuyo objetivo claro es la eficiencia, y para lo cual la falta de personal facultativo viene a justificar los nuevos roles que deberán asumir el personal de enfermería y del AAC (Área de Atención al o la Cliente). Se ahonda así en la diferencia de condiciones del personal médico respecto al resto de trabajadores y trabajadoras, y se abre la libre circulación de trabajadores y trabajadoras de primaria a hospitalaria y viceversa, según las necesidades del modelo que se plantea, evidentemente más centrado en las necesidades de gestión que en las necesidades de las personas.

Líneas estratégicas en Atención Primaria

Línea estratégica 1. Optimizar aspectos de organización y gestión en el contexto de los Equipos de Atención Primaria (EAP)

En primer lugar y para poder tener una opinión al respecto, habría que concretar más sobre el Consejo Asesor: su composición, participación del personal, participación social, y metodología, ámbito de decisión,... a lo que añadiríamos que la participación de agentes externos en dichos consejos para liderar la oferta preferente nos crea cierta inquietud. Podemos estar de acuerdo en la necesidad de crear grupos de trabajo que aseguren la participación de las personas trabajadoras para la revisión de todo lo referente a la gestión de la Atención Primaria ya sean contratos programa, oferta preferente, circuitos asistenciales, revisiones de protocolos....

Vemos bien que se produzcan cambios en las agendas de medicina y enfermería, pero además de modificar la tipología de las consultas, obligatoriamente habría que introducir en las agendas espacios para realizar trabajo comunitario.

Línea estratégica 2. Afianzar un modelo de trabajo en equipo en el que cada perfil profesional despliega sus capacidades para complementar las funciones del resto de perfiles profesionales

Esta línea estratégica nos crea muchas dudas. Estando totalmente de acuerdo en un modelo de trabajo en equipo, y por el que LAB también apuesta (de ahí nuestra propuesta LOREA, Ley de Ratios y Equipos Asistenciales), nos preocupa la falta de concreción de Osakidetza al respecto. No creemos que corresponda al personal del AAC (Área de Atención al o la Cliente) realizar triage de la demanda asistencial. En cualquier caso, la propuesta requiere un serio y análisis y debate previo.

En cuanto al desarrollo de las líneas estratégicas de enfermería, observamos que Osakidetza ha tardado mucho en ver el valor añadido del personal de enfermería en Atención Primaria y por supuesto, vemos importante redimensionar la función de este colectivo conocedor del proceso asistencial de las personas a lo largo de su vida.

No nos parece determinante facilitar la elección de profesional de enfermería por parte de la ciudadanía. En algunos sitios la figura de enfermería va ligada a dos o más cupos de profesionales médicos, pero en otras muchas organizaciones esa figura va ligada a un solo cupo, con lo que pensamos que se rompe el equipo y la continuidad de cuidados. A este equipo, tal y como hemos señalado antes, habría que sumar al menos los siguientes perfiles profesionales: fisioterapeutas, personal trabajador social y servicio de atención a la mujer, sin olvidar otros que en el documento no se mencionan como son el personal auxiliar de enfermería, en algunos casos el personal celador y otros que podrían valorarse.

En el documento se habla de numerosos perfiles de enfermería que nuestro sindicato no ve necesarios. El planteamiento que hace Osakidetza hace dudar de la profesionalidad del personal de enfermería que hasta ahora ha venido trabajando en los Centros de Salud y se inventa nuevas figuras para hacer "otras funciones" que parece que el personal actual no estaba realizando o realizaba mal. De cualquier manera, si el trabajo que han realizado los y las EGCAs (Enfermera o Enfermero Gestora de Competencias Avanzadas), EPAs (Enfermeras o Enfermeros de Práctica Avanzada) y demás inventos, ha funcionado, Osakidetza debería aportar dichos informes, para poder defender con mayor rigor su planteamiento.

No vemos por qué los y las enfermeras de Consultas Externas deben hacer el seguimiento de los y las Pacientes Pluri-Patológicos. Debería ser la enfermería referente la que se ocupase de esas personas.

El enfoque general de personal de enfermería referente de pediatría y personal referente de adultos es el que nos parece más adecuado. Por otro lado, proponemos que sea la persona referente de pediatría la que atienda a la niña o niño sano en su entorno, es decir, en los centros escolares de su barrio o pueblo y realice los controles de salud que hasta hace poco venían realizándose desde Salud Escolar: educación para la salud dirigida a esos grupos de edad y vacunación. Con la retirada progresiva de este servicio en los centros de estudio, hemos observado que se pierden en el camino escolares que no se vacunan porque no acuden a los centros de salud. Y por otro lado, ¿alguien piensa que una niña, niño o adolescente sana va a acudir a un centro de salud a hacer educación para la salud sobre alimentación, Enfermedades de Transmisión Sexual, Adicciones, Educación Sexual, prevención de la obesidad,....? Por ello proponemos esta solución que tendrá a la población de estas edades atendida en toda su integridad.

El planteamiento de corregir progresivamente el número de Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) según la enfermera o enfermero trabaje de mañana o tarde nos parece ridículo y totalmente desproporcionado. Pensamos que hay suficiente trabajo que hacer durante la tarde, como por ejemplo, desarrollar más el trabajo comunitario, y que si se carga al personal de tarde con 590 TIS más en adultos y adultas y 50 TIS más en pediatría va a resultar imposible realizarlo.

Tampoco vemos bien que el número de profesionales de tarde sea entre un 25 y un 40% inferior al de la mañana. Insistimos en que ha de aprovecharse más este turno para hacer trabajos que hasta ahora no se están realizando por falta de personal principalmente.

En cuanto a la Línea Estratégica 2.2.E “Despliegue de la consulta de enfermería”, podemos estar de acuerdo en la educación sanitaria en procesos auto limitados o leves. Sin embargo, la propuesta número 2 que trata de resolver procesos asistenciales que no requieren la intervención de un o una profesional médica más allá de una prescripción o trámite administrativo, pensamos que requiere de una cobertura legal absoluta. Si el desarrollo de protocolos y/o guías de práctica no se hace con apoyo legal, el personal de enfermería no puede ni debe ponerlo en práctica.

Criticamos duramente el tratamiento que se hace al despliegue de la figura de Enfermería Comunitaria en el punto 2.2.F. Se dedican escasamente 7 líneas a decir que se va a desplegar el perfil de enfermería especialista familiar y comunitaria inicialmente para apoyar a varias Unidades de Atención Primaria (UAP) y que posteriormente se evaluará si se despliega en todas las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). El no desarrollo de la especialidad de Enfermería Comunitaria por parte del Gobierno español no puede dejar al Gobierno Vasco de manos atadas para desarrollar este campo. Por ello, pensamos que puede perfectamente desarrollarse más y mejor trabajo comunitario sin necesidad de esperar a la especialidad. Todo nuestro personal de Primaria es perfectamente capaz de realizar este trabajo con la formación adecuada en tiempo y contenidos.

En lo que respecta a la Línea Estratégica 2.2.G sobre la figura del o la Coordinadora de enfermería, pensamos que ha de darse un debate más en profundidad que las acciones que se proponen. Habría que analizar por qué nadie quiere ser coordinadora/or de enfermería o Jefe o Jefa de Unidad de Atención Primaria (JUAP) de una Unidad de Atención Primaria (UAP). No se puede desarrollar y fomentar el trabajo en equipo en las UAP, ni desarrollar el trabajo de la UAP acorde a las necesidades de salud de la población a la que atiende porque las personas responsables se encuentran inmersas en la burocracia a la que las Direcciones les someten. Habría que analizar propuestas como facilitar mayor autonomía, la rotación del puesto,...

Línea estratégica 3. Revalorizar la función y el papel de la Atención Primaria

Dudamos de si una estrategia de comunicación es suficiente para poner en valor la atención primaria y el trabajo de sus profesionales. Entendemos que si nuestro trabajo diario y para ello, nuestra organización y gestión no van en ese camino, el coste económico no se justifica. Además, desvincular el derecho a la salud con las necesidades y expectativas de nuestra sociedad bombardeada por mensajes consumistas, de inmediatez y exigencia, es bastante difícil. Añadir que valorar algo como banal es algo sumamente subjetivo en cada persona además de injusto responsabilizar únicamente a la población de la sobrecarga en las consultas.

Por otro lado, hoy en día son muchas y muchos los profesionales preocupados por la medicalización de la vida de las personas más allá de la repercusión que está pueda tener en su trabajo. Esto requiere de una reflexión conjunta en la que analicemos honestamente el cómo y por qué hemos llegado a dónde estamos y en definitiva, trabajar por empoderar a la población. Ya que de otra forma nos encontraremos con profesionales enfadados y enfadadas porque controlamos lo que gastan en farmacia y los y las pacientes sufriendo el copago que en nada ayudan en la revalorización que buscamos.

Revalorizar la función de la Atención Primaria nos parece debería pasar por dar valor a las y los profesionales que lo componen, a la formación de la que disponen y su conocimiento de los problemas de salud de la

población. Según las encuestas de riesgos psicosociales realizadas a la plantilla, el no sentirse escuchados y escuchadas es el motivo de mayor relevancia. El personal de Osakidetza es el motor de la sanidad por lo que cuidarlo en igualdad de condiciones, abrir espacios de participación y tenerlo como referencia de cambio, son a nuestro entender necesarios para fortalecer la Atención Primaria. Sin perjuicio de que profesionales de otros ámbitos puedan aportar al conocimiento, nos parece una forma mucho más sensata facilitar formación y tiempo de estudio e investigación para los y las profesionales que trabajan sobre terreno que buscar inspiración en despachos o lugares lejanos que pueden o no cuajar en este nuestro pueblo.

Por otro lado, nos parece indispensable sistematizar el consenso entre la Atención Primaria y la especializada. En este sentido, recogemos las percepciones que tanto profesionales como usuarios y usuarias tienen de las consultas no presenciales y nos gustaría conocer la evaluación de Osakidetza a este respecto. Igualmente con la cartera de pruebas complementarias en cuanto su cumplimiento y evaluación se refiere.

Por último, entendemos que Osakidetza, dentro de la gran labor que tiene para con la sociedad en ser transparente en todos sus quehaceres, el de la contabilidad debería ser inherente al desarrollo de sus funciones, además de acercar a sus trabajadores y trabajadoras a dichos datos y evaluaciones lejos del formato aséptico al que se nos acostumbra. Se trata del pleno conocimiento de lo que estamos haciendo, y de evaluarlo de forma integral. A este respecto, añadir que entendemos que dicha responsabilidad debería recaer en personal conocedor del sistema y la actividad clínica con motivación y formación al respecto y con igualdad de oportunidades de acceso.

Línea estratégica 4. Mejorar el atractivo de la Atención Primaria para las y los médicos de familia recién formados y formadas

Bajo ningún concepto aceptamos la aplicación de ninguna medida que cree diferencias entre el personal, ya que distinguir es separar crear jerarquías nada favorecedoras para el trabajo en equipo que estamos de acuerdo en que debemos conformar. Por lo tanto, la turnicidad progresiva que se plantea en este punto debe extenderse a todas las categorías a la vez.

Por otra parte, estamos de acuerdo en crear nuevas formas de organización siempre a favor de facilitar la asistencia, cuyo objetivo sea una mejor atención a la población sin que únicamente sean los criterios económicos los que rijan dichas decisiones. Urge humanizar Osakidetza y dentro de su heterogeneidad que entendemos debe tenerse muy en cuenta, asegurar la igualdad de condiciones para el personal así como para los usuarios y usuarias.

Entendemos que la mejor forma para que la Atención Primaria sea atractiva pasa por que cuando el personal rote por Atención Primaria se encuentre con equipos profesionales que realicen su trabajo en las mejores condiciones laborales, con motivación, trabajando en equipo, con tiempos para la formación.

Línea estratégica 5. Consolidar para la Atención Primaria un modelo de refuerzo asistencial eficaz y sostenible

A este respecto se nos hace difícil entender cuál es el plan por lo que pedimos concreción al respecto. Sobre los refuerzos estables estructurales, solicitamos también mayor concreción, puesto que sugiere empleo de baja calidad e incertidumbre en la vida laboral de estos refuerzos.

Línea estratégica 6. Pediatría en Atención Primaria

Se plantean 4 categorías de actuaciones que como consecuencia la pediatría de Atención Primaria pasaría a formar parte de las Unidades de Gestión Clínica pediátricas coordinadas por las jefaturas pediátricas hospitalarias. Esto que se plantea supone un gran cambio organizacional, por lo que entendemos que requeriría a nuestro entender de un gran trabajo con los y las profesionales afectados y afectadas que desconocemos se haya realizado. Nos gustaría conocer cuál es la visión de los y las profesionales en cuanto a los cambios planteados ya que entendemos que más allá de lo organizacional tiene unas consecuencias en el planteamiento de base, es decir, de lo que aporta la pediatría en un centro de salud, su visión comunitaria... y la repercusión de una visión desde el hospital, con una gestión de optimización de recursos y una economía vista desde allí.

Por ello, estamos de acuerdo en la importancia del Plan de Salud Infantil e unificar criterios no sin ser contrastados con las y los profesionales sanitarios. Los cambios que se plantean son de gran envergadura, por lo que nos preocupa saber que las y los pediatras no hayan sido consultados al respecto. En ningún caso aceptamos la creación de Unidades de Gestión Clínica.

Está claro que el plan obedece a gestionar los recursos limitados de pediatras que llevamos denunciando desde hace muchos años, para lo cual se plantean una serie de atajos como ampliaciones de jornadas voluntarias, ampliaciones de cupos, posibilitar el movimiento de éstos y éstas en ambas direcciones y entre hospitales. Así como concentrar los puntos de atención para así cubrir con las mismas personas en mayor número de necesidades. Como se entiende que para la población hay propuestas que pueden ser incómodas, se plantea no llevarlas a cabo en situaciones de normalidad, lo cual nos lleva a preguntarnos cuáles son las situaciones de no normalidad. Ya que la normalidad asistencial actual es que hay plazas de pediatría vacantes sin ser ocupadas ni siquiera por médicos o médicas de familia y se asume que los y las pediatras de la unidad deben cubrir como sea, incluso trasladándose para algunas horas a otros centros; como consecuencia de ello no se cubren las reducciones de jornada, ni vacaciones ni permisos ni se facilita la formación, ni asistencia a cursos ni congresos.

Por otro lado, nos llama la atención la propuesta formulada como novedosa del enfermero o enfermera pediátrica. Podemos afirmar que los y as enfermeras de las consultas de pediatría llevan muchos años trabajando con el niño o niña sana, gracias al tándem formulado con los y las pediatras y la mayoría de las veces a su motivación por la formación necesaria para el desempeño de su labor. Por otro lado, nos gustaría conocer bajo qué criterios se elaborarían las listas de contratación para enfermeras o enfermeros de pediatría.

Así mismo, entendemos que debe de estar lo suficientemente contrastada la no cobertura de pediatría hospitalaria en cuanto a la repercusión que esto pueda tener en la asistencia.

CONCLUSIONES

Éstas son las reflexiones y aportaciones que hace LAB. En nuestra opinión es necesario repensar el modelo de Atención Primaria que queremos, para hacer una propuesta a futuro y no tratar únicamente la inmediatez de falta de profesionales de medicina principalmente. Estamos convencidas de que invirtiendo en Atención Primaria ganamos mucho tanto el personal que trabaja en Osakidetza como la población en general. Se ha de aprovechar el potencial humano que tenemos invirtiendo en él: en su formación, en su motivación,... todo ello con los recursos humanos necesarios. **Tenemos que humanizar Osakidetza.**