



PROBLEMAS Y SOLUCIONES DE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CASTILLA LA MANCHA

INTRODUCCIÓN

Por su posición de primer nivel en el sistema asistencial y su accesibilidad, el especialista en Pediatría es la vía natural de entrada en el Sistema Nacional de Salud de los principales problemas sanitarios de la infancia. Será, por tanto, responsable de proporcionar a la población infantil y adolescentes una atención integral y continuada, coordinando también el manejo de aquellas situaciones que exigen la participación de diferentes servicios médicos. En este marco conceptual, el *Pediatra de Atención Primaria* adquiere dentro del Equipo Básico de Salud un perfil profesional propio, diferenciado y especializado.

La **Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla la Mancha** defiende desde su fundación este planteamiento. Nacida para dar cohesión organizativa a nuestro colectivo y ser su vía de expresión, tiene como objetivo central de sus actividades lograr para los niños y adolescentes castellano manchegos y sus familias el mayor grado de salud y bienestar posibles. No obstante, también asumimos como obligación el demandar de las autoridades sanitarias responsables cualquier acción general o concreta con este fin, supervisar el desarrollo de las mismas y la aplicación racional de todos los recursos disponibles en la comunidad.

Reclamamos, además, nuestra competencia para establecer las referencias teóricas y prácticas para un mejor cuidado de los niños y los adolescentes, y ofrecemos nuestro compromiso para promover el interés de otros profesionales sanitarios como médicos de familia, ATS, técnicos y personal de apoyo hacia los problemas de salud infantil y proporcionar a los mismos una formación técnica adecuada.

Creemos que el pediatra de Atención Primaria no puede representar sólo el punto final de las decisiones que otros puedan tomar sobre el cuidado primario de los niños y los adolescentes. El pediatra de Centro de Salud es por su formación, por su posición respecto del niño, el adolescente y su familia y por la indudable proyección social de su trabajo el elemento clave y de mayor responsabilidad dentro del sistema de atención a la infancia.

Conseguir que las autoridades políticas, los gestores del sistema de salud y los propios profesionales compartan nuestras ideas y compromisos es un reto atractivo y difícil. Asumimos, no obstante, la redacción de este texto convencido del papel de nuestra Asociación como instrumento fundamental para mejorar el nivel de salud de la población.

Veinte años después del inicio de la reforma de la Atención Primaria, la situación de muchas de las consultas de Medicina de Familia y de Pediatría en la Atención Primaria de Salud, ahora dependiente del **Sistema de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)**, lejos de mejorar va cambiando, inclinándose poco a poco la balanza hacia un lento pero progresivo deterioro que impiden asegurar unos niveles mínimos de calidad asistencial. Los profesionales pediatras estamos sufriendo este deterioro, nos sentimos “abandonados” y con unas escasas expectativas de mejora.

El objetivo del presente documento consiste en mostrar las preocupaciones de los pediatras de Atención Primaria de esta comunidad en referencia a los problemas que actualmente existen y que, por razones complejas y que afectan a la totalidad de los niveles de responsabilidad, están pendientes de solución.

PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ASOCIACION DE PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA DE CASTILLA LA MANCHA

A. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A.1.-Edad Pediátrica: Todos los *niños de 0 a 14 años* deberían tener asignado un Pediatra en el marco de un Equipo de Atención Primaria. Solicitamos el cambio del RD por el que los niños de 7 a 14 años pueden elegir entre médico general o pediatra.

Por otra parte consideramos inherente al puesto de trabajo el derecho de todo pediatra a trabajar exclusivamente en la especialidad para la que es contratado,

A.2.-Población asignada: El real Decreto 1575/1993 de 10 de septiembre, que regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria del Insalud, indica que el número óptimo de niños asignados a los pediatras oscilará entre 1250 y 1500, pudiendo superarse en casos excepcionales hasta en un 20%, siempre que se mantenga la calidad en los servicios.

La mayor parte de los pediatras de atención primaria tienen consultas que superan los 25-30 pacientes al día lo que va en franca contradicción con la posibilidad de realizar una atención integral, efectuar trabajos de promoción de salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria, y disponer de tiempo para la labor docente e investigadora, como sería deseable.

**Evaluación del tiempo necesario para la realización de las actividades en consulta*

a) Consulta de demanda: Para una óptima atención, el tiempo medio dedicado a cada paciente debe ser de 10 a 15 minutos y la presión asistencial media no debería ser superior a 20 niños al día para evitar superar las 2½ horas o 3 horas diarias.

b) Programa del niño sano La duración mínima de una consulta destinada a la realización del programa del niño sano es de 20 minutos, siendo aconsejables 30 minutos.

c) Programa de atención al niño con asma La cumplimentación de este programa requiere una media aproximada de 3 visitas anuales.

La duración de la consulta es de 30 minutos en la primera y de 20 minutos en las sucesivas.

d) Otros programas El tiempo dedicado a la realización de otros programas y actividades dependerá lógicamente del número de ellos que se implanten y de su contenido.

Propuesta

La APapCLM considera que el cupo óptimo debe ser establecido en 800 niños por pediatra, pudiendo aumentarse hasta 1000 niños en situaciones excepcionales y previa justificación de la medida por las autoridades sanitarias.

Creación de nuevas plazas de pediatría en zonas que por su elevado desarrollo o características especiales, soporten una presión asistencial superior a 20 pacientes/día.

Se deben establecer además factores correctores:

- Tipificación de una ZBS de especial vulnerabilidad sanitaria teniendo en cuenta los siguientes índices: frecuentación, índice de paro, inmigración de la zona, población menor de 3 años (por mayor nº de controles y de consultas por su incorporación a la guardería o colegio) etc.

A.3.- Cobertura de las ausencias del pediatra: Sustitución plena de los pediatras en los periodos de vacaciones, días de libre disposición, reciclajes, cursos y otras situaciones que supongan la ausencia del profesional, para evitar la sobrecarga periódica del resto de los profesionales del Equipo.

Es muy importante que la puntuación obtenida por el sustituto del pediatra al sustituirle en su ausencia, no sea menor que la que le proporcionaría sustituir a un médico de familia.

A.4.-Dotación de consultas: Desde la APapCLM reivindicamos para los centros de Atención Primaria de nuestra comunidad, la dotación indicada en el documento “Acreditación de los Centros de Atención Primaria para la formación MIR en pediatría” publicado por la comisión nacional de la especialidad.

El material que se considera necesario es el siguiente:

- fonendoscopio pediátrico,
- otoscopio de pared neumático,
- micro aspirador y micro pinzas para eliminar cerumen
- oftalmoscopio,
- optotipos pediátricos y de adultos,
- podoscopio,
- plomada,
- esfigmomanómetro con manguitos de tamaño adecuado por edades,
- balanza para lactantes (electrónica),
- tallímetro para lactantes, balanza y tallímetro de adultos para niños y adolescentes,
- cinta métrica de tela, Sondas vesicales,
- camilla de exploración pediátrica y e adultos,
- negatoscopio,
- orquidómetro,
- material de RCP pediátrico...

Para el adecuado diagnóstico y seguimiento del niño asmático consideramos necesario disponer en las consultas pediátricas de atención primaria de:

- medidores de Flujo Espiratorio Máximo,
- cámaras de inhalación,
- espirómetro
- kit de pruebas cutáneas para la realización de prick test.

A.5.- Relación con Enfermería. En los equipos de AP Se considera necesaria la existencia de la figura del profesional de enfermería específicamente dedicado a la pediatría. Debería existir una ratio pediatra: enfermero/a de 1:1. Las competencias de cada profesional deben quedar claramente delimitadas. Las responsabilidades de enfermería serían fundamentalmente el seguimiento de los programas del niño sano y las tareas de prevención (vacunaciones) y promoción de la salud, tanto a nivel individual (educación sanitaria a pacientes y familiares) como en forma de actividades de educación sanitaria para grupos y colectivos. También la realización de pruebas complementarias en la consulta (recogida de muestras, test rápido de detección de estreptococo, tiras reactivas en orina, siembras de orina, impedanciometrías, audioscan, optotipos, espirometrías, etc.), y, de forma supervisada, la realización de curas de heridas y vendajes de lesiones traumáticas, serían parte esencial de su tarea en la consulta pediátrica. Finalmente, las tareas de educación sanitaria a pacientes y familiares de estos, con enfermedades crónicas (asma, enuresis, obesidad, etc.) se consideran como parte esencial del cometido de enfermería de pediatría en A.P. Cuando no se cubra la ratio de 1:1, el personal de enfermería que se designe para apoyar la labor del pediatra, aún a tiempo parcial, debería de asumir todas las funciones anteriormente explicitadas, lo que exige una adecuada formación específica en temas pediátricos.

A.6.- Colaboración y coordinación del pediatra con la pediatría hospitalaria y unidades de salud pública

A.7.- Reformar la Cartera de servicios. Es una evidencia que hasta la fecha, la cartera de servicios de los centros de salud en su ámbito pediátrico, no valora en toda su dimensión la actividad que llevan a cabo los pediatras. Parece que exclusivamente se desarrollen actividades de revisiones del niño sano y vacunaciones. Se hace necesario que se contemplen diferentes programas para patología crónica (asma, enuresis, retraso de crecimiento, otitis, ITU, fracaso escolar, TDAH, etc.), y se desglosen las actividades desempeñadas dentro de los programas del niño sano.

B. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN PEDIÁTRICA

B.1.- Participación y representación pediátrica en todos los niveles de de las administraciones donde se toman decisiones que nos impliquen. Creemos que los pediatras de Atención Primaria deben contar con un representante en el ámbito de la Administración Sanitaria que intervenga en todos los aspectos profesionales que afecten a nuestro colectivo

B.2.- Los pediatras nos proponemos como los máximos expertos en la salud infantil.

B.3.- Los pediatras nos consideramos los máximos expertos en nuestra propia problemática profesional.

C. NECESIDADES PROFESIONALES Y SALARIALES

C.1.- Necesidad de mayor número de pediatras. En nuestra Comunidad, sigue habiendo plazas de pediatría cubiertas por médicos no pediatras y faltan pediatras para las suplencias; además de los que deciden “emigrar” ante estas condiciones desfavorables y la desmotivación creciente en atención primaria (que es real).

Por todo ello:

Se deberá adecuar el número de plazas de formación en pediatría a las necesidades para dar asistencia pediátrica de calidad.

Es necesario pensar en acreditar nuevas plazas docentes.

Realizar convocatorias anuales de traslado y oposiciones, y atraer a este ámbito y a nuestra Comunidad al colectivo de pediatras.

C.2-LA FIGURA DEL PEDIATRA DE ÁREA.

Toda Zona de Salud con al menos 600 niños debería tener una plaza de Pediatría de EAP, con una definición clara de la funciones del Pediatra de Equipo de Atención Primaria, encargado de la atención directa al niño, y nunca como un "Pediatra Consultor", por tanto deberían reconvertirse en plazas de Pediatría de Equipo las plazas que actualmente son consideradas de Pediatría de Área y que cuentan con dicha población. Así podría ofrecerse una asistencia más integral, diaria y continuada.

Creemos que en aquellas Zonas en que por su escasa población pediátrica sea necesario mantener la figura del Pediatra de Área, habría que mejorar las condiciones de trabajo y retributivas de estos profesionales: nunca más de 400-500 niños por zona, limitar el número de Zonas Básicas asignadas a dos como norma general, así como dotarlas de enfermería, contar con consultas adecuadas y bien equipadas para el desarrollo de sus funciones.

C.3- PROBLEMAS RETRIBUTIVOS

Creemos que es de justicia que **se revise el sistema de retribuciones de los Pediatras de Atención Primaria** por el evidente agravio comparativo al que estamos sometidos, pues sufrimos una clara discriminación con respecto a lo propios compañeros médicos de Familia .Somos los médicos del Centro de Salud que menos cobramos.

Sugerimos:

Equiparación de los salarios y las tarjetas, aumentando el valor de las mismas hasta componer un cupo en el que 1000 tarjetas de niño sean equivalentes a 1500 de adultos.

Considerar a efectos retributivos los menores de 3 años, con el coeficiente que se aplica actualmente a los menores de 1 año.

Teniendo en cuenta que en pediatría la atención al niño se realiza en la consulta del centro de salud y que la asistencia domiciliaria en pediatría es inferior al 1%, el complemento de distribución o complemento G no tiene sentido es injusto y obsoleto, puesto que a trabajos iguales deben corresponder salarios iguales. Por tanto solicitamos la desaparición del complemento G.

Establecer el pago de un cupo mínimo de tarjetas sanitarias con un salario digno.

La reducción del cupo por debajo del cupo mínimo no debe suponer una pérdida de salario.

Compensación económica por atender a desplazados, pacientes sin tarjeta sanitaria definitiva o transitoriamente, cosa que en algunas zonas puede constituir un número elevado de pacientes.

D. FORMACIÓN CONTINUADA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

D.1.- Promoción desde la Administración de la *formación permanente de los profesionales*, mediante la realización de 15 días de reciclaje por año y los cursos necesarios que permita la actualización de conocimientos sin depender de la financiación de la industria farmacéutica y sustituyendo su ausencia, para no perjudicar al resto del equipo ni a sus pacientes.

El frecuente aislamiento de los pediatras de AP imposibilita en muchas ocasiones, la formación continuada específicamente pediátrica (sesiones clínicas, etc.) en los centros de salud, por lo que es necesario arbitrar otras fórmulas que permitan equiparar la formación continuada pediátrica a la del resto de colectivos de AP.

Valoración de los cursos de formación continuada en los baremos de oposiciones, traslados y carrera profesional

D.2.- Fomento de las actividades investigadoras. Contemplar en horario laboral, espacios para docencia e investigación. Creación en las áreas de salud de equipos de investigación en atención primaria pediátrica que impartan formación y promuevan actividades investigadoras.

D.3.- Formación específica en Atención Primaria. Se considera fundamental incluir en la rotación de los residentes de Pediatría, un periodo obligatorio de formación en un centro de salud, con acreditación docente para la formación específica de pediatras y durante un tiempo mínimo de 6 meses.

Creación por parte de los pediatras acreditados para docencia de un plan docente para los MIR de pediatría de atención primaria.

Para el desarrollo de estas propuestas se propone la creación de la figura del pediatra de atención primaria responsable de docencia de entre el colectivo de los pediatras de atención primaria de cada área. Su nombramiento tendrá una duración determinada y será un merito a considerar en los baremos profesionales.

Nuestra intención es colaborar para conseguir una atención pediátrica digna y garantizar un adecuado estatus asistencial y laboral de los pediatras de la Comunidad

Fecha: 26 Enero 2007

Fdo: Presidente

Fdo: Vicepresidente