



Valladolid 27-noviembre-2007

ALGUNAS REFLEXIONES Y SUGERENCIAS DE MEJORA SOBRE TEMAS DE INTERES EN LA PEDIATRIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Desde la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León, (APAPCyL) constituida por 174 pediatras de nuestra comunidad autónoma, y con el compromiso de colaborar en el propósito común de una asistencia pediátrica de calidad, planteamos el abordaje inicial de algunos temas de interés, con su problemática actual y posibles sugerencias de mejora o solución.

Queremos dejar clara la premisa de que el pediatra, es el profesional idóneo y capacitado para la asistencia sanitaria del niño y debe ser la puerta de entrada al sistema. Con este horizonte de futuro, entendemos que algunas de las soluciones planteadas son transitorias hasta poder garantizar esta prioridad asistencial.

RELACIONES CON LA ADMINISTRACION:

Los pediatras de Atención Primaria (AP) deben estar presentes y ser consultados en la toma de decisiones que afecten a la salud de los niños de CyL.

Nos parece operativa y deseable la figura de Coordinador Pediatra de Área en el equipo directivo de cada Gerencia de Atención Primaria, que ejerza como coordinador de nuestro colectivo. Esta figura ya existe en otra Comunidad Autónoma.

Los pediatras de AP deben ser informados de actividades e iniciativas concernientes a la salud de los niños de CyL, especialmente de aquellas que competen a su ámbito de

actuación. Resulta inadmisibile que se informe antes a la prensa que a los profesionales.

INFORMATICA:

Debe facilitarse y asegurarse el acceso a internet y correo electrónico desde todas las consultas.

Debe supervisarse y garantizarse la adaptación pediátrica de la aplicación.

FORMACION, DOCENCIA E INVESTIGACION::

Debe regularse y garantizarse la formación continuada específica para el colectivo de pediatras de A.P. con días de formación y posibilidad de rotaciones o reciclajes por servicios de interés pediátrico.

Potenciar actividades y formar a los pediatras de A.P en metodología de la investigación y promover y abrir líneas y proyectos de investigación en pediatría de A.P.

La acreditación de tutores para la formación de residentes de pediatría debe basarse en los méritos del profesional implicado y ser independiente de que el Centro de Salud correspondiente esté acreditado para la formación de MFC o Pregrado de Medicina o Enfermería.

Los pediatras de A.P. deben participar en aquellas comisiones docentes o asesoras que regulen estas actividades.

ALGUNAS AREAS DEFICITARIAS:

Resulta insuficiente el entramado actual de la salud mental infanto-juvenil en nuestra comunidad.

Otro aspecto de gran importancia tanto cuantitativa como cualitativa es la atención a los niños con discapacidad que hoy por hoy presenta graves deficiencias. La atención temprana finaliza a los 3 años, y a partir de esa edad los niños son atendidos por diferentes profesionales de los servicios sanitarios, educativos y sociales con escasa o nula coordinación.

Facilitar la derivación de los niños a aquellos especialistas (dermatólogos, orl, traumas...) con mas sensibilida , pericia y formación respecto a este colectivo.

DEFICIT DE PROFESIONALES:

Redistribución adecuada de recursos, basada en necesidades asistenciales y no en presiones o coyunturas de orden político o administrativo, para lo cual los pediatras de A.P. deben ser consultados.

Soluciones imaginativas e incentivadas (dinero, formación, vacaciones), que animen a alguien a asumir puntual y voluntariamente el trabajo de otro.

En periodos o situaciones concretas, de forma voluntaria y consensuada centralizar a los pediatras en unidades pediátricas de A.P.

En periodos o situaciones concretas los médicos de familia podrían asumir la asistencia de los niños de 7 a 14 años, priorizando la asistencia pediátrica a los menores de 7 años.

Evitar la fuga de pediatras hacia otras comunidades o hacia la asistencia privada, fidelizando a los profesionales y haciendo atractiva la oferta de trabajo a los que se incorporan al mundo laboral.

La educación sanitaria pasa por la dignificación del acto médico y por la disminución de la "accesibilidad mal entendida" que ha generado un "consumo" desmedido e irracional de servicios sanitarios.

Creemos necesario realizar campañas institucionales para tratar de concienciar a la sociedad de que el sistema sanitario público puede colapsarse y agotarse si no se hace un uso responsable de él, y que eso comporta derechos y deberes por parte de los ciudadanos y un equilibrio entre las necesidades individuales y colectivas.

PEDIATRAS EN E.A.P.:

El número óptimo de TIS por pediatra debe ser de 800 en condiciones de cupos normalizados, con un máximo de 1000.

Debe preverse una disminución del número de TIS en cupos no normalizados:

Alto porcentaje de menores de 3 años

Alto porcentaje de población inmigrante o con escasos recursos

Gran dispersión geográfica o desplazamiento entre centros.

Los pediatras de A.P. sufren una situación de agravio económico respecto a otros profesionales de su mismo nivel asistencial y con iguales o incluso menores cargas de trabajo y responsabilidad: revisión del pago por tarjeta equiparando 800 niños a 1650 adultos.

Horario laboral: Se debe respetar el Decreto 61/2005 de 28 de Julio publicado en el Bocy1 de 3 de Agosto de 2005 que regula la jornada laboral y que especifica que la jornada laboral es de 7 horas de lunes a viernes y como máximo se podrá pasar un día a la semana por la tarde consulta en centros urbanos de forma voluntaria y remunerada.

Garantizar el apoyo de enfermería con formación pediátrica específica y con una ratio mínima de 1/1.

PUNTOS DE ATENCION CONTINUADA (GUARDIAS DE PEDIATRAS EN A.P):

Necesidad asistencial creada, no real. Esos niños tienen un pediatra que diagnostica y trata su patología crónica y la consulta a demanda a diario y un hospital de referencia para la patología aguda urgente. Experiencia funesta en los sitios en que esta implantado: es una consulta a demanda, sin cita previa, para hiperfrecuentadores que utilizan mal el sistema sanitario y para "patología" banal.

No cometer el error de extender el modelo. La atención "urgente" debe ser asumida por los dispositivos asistenciales ya existentes, no implicando a un profesional deficitario y sobrecargado como es el pediatra. Desmontar mas o menos gradualmente el modelo, en los sitios en que persiste.

Contemplar la posibilidad de no dar recetas: utilizar monodosis o instrucciones terapéuticas en hojas en blanco.

PEDIATRIA DE AREA:

Figura viciada en origen y desvirtuada totalmente en la actualidad. En principio es una figura de apoyo, (como la matrona, el odontólogo o los fisioterapeutas), para dar cobertura pediátrica ocasional y asesoramiento y supervisión a los médicos de familia que tienen asignados

esos niños, en aquellas zonas con población insuficiente para crear una plaza de pediatra de equipo.

La situación actual es que la mayor parte de las plazas de nueva creación son de área, hay una disparidad enorme entre las plazas que nos ha reconocido la administración y las que realmente existen y aún así somos la comunidad autónoma con más plazas de pediatría de área (25% v.s 5%).

Creemos que eso obliga a tomar medidas urgentes y directrices concretas desde la conserjería:

Existencia de plazas de área que realmente son de equipo:
Reconvertir automáticamente a E.A.P los cupos mayores de 600 (atención integral, diaria y continuada).

Actuación exclusivamente programada y concertada.

Plazas abigarradas con grandes desplazamientos: Eficiencia en tiempo y recursos. Que sean los pacientes los que se desplacen desde núcleos pequeños a centros más grandes a recibir asistencia que podría ser diaria. La mejor orma de atender al niño (y esto es aplicable a los PACS pediátricos) no es llevarle la atención a donde quiera que esté, sino acercarle a donde existen más y mejores recursos.

Dignificar condiciones laborales:

- Limitar el número de Zonas Básicas asignadas a dos como norma general, con un máximo de tres en situaciones especiales.
- Contar con un profesional de enfermería que colabore con el pediatra en la atención a los niños, preferentemente un Enfermero/a de Área que se desplace con él a las mismas Zonas Básicas.
- Contar con la colaboración de los servicios administrativos de las diferentes Zonas (en muchas Zonas son los propios pediatras los que sacan y archivan las historias).
- Contar con consultas adecuadas y bien equipadas para el desarrollo de sus funciones.
- Cobrar un complemento específico acorde con la mayor peligrosidad por los traslados y contar con un seguro de accidentes adecuado.
- Cobrar el complemento de productividad fija no sólo en función del número de Zonas Básicas atendidas, sino también en función de la dispersión geográfica de esas Zonas y del número total de niños que atienden.

- Percibir las indemnizaciones por desplazamientos acordes con los costes reales actuales e iguales en toda la Comunidad.

Con la certeza de su comprensión, capacidad y dedicación en lo concerniente a los temas que afectan al colectivo pediátrico, le ofrecemos nuestra colaboración y esfuerzo en la obtención de una asistencia pediátrica de calidad que pasa inexorablemente por el bienestar de los profesionales a tan digno fin dedicados.