

**ATENCIÓN SANITARIA A LA**  
**INFANCIA Y ADOLESCENCIA**  
**EN ASTURIAS. SITUACIÓN**  
**ACTUAL Y PROPUESTAS DE**  
**MEJORA**

**ASOCIACION**

**ASTURIANA**

**DE PEDIATRIA**

**DE ATENCION PRIMARIA**

## **INDICE**

Página

<b>Introducción</b>	4
<b>Situación actual de la atención infantil en Atención Primaria</b>	6
Grupos de edad	6
Actividades de consulta	7
Atención a demanda	7
Atención programada	9
Programa del niño sano	9
Programa del niño y adolescente con asma	11
Programa de vacunaciones	12
Otros programas	13
Salud mental infantil	14
Evaluación de las actividades	15
Aspectos organizativos	16
Dotación de personal	16
Dotación de material	17
Horarios	18
Cupos	18
Evaluación del tiempo necesario para la realización de las actividades de consulta	19
<b>Plan de actualización y mejora de contenidos</b>	23
Necesidad de nuevos contenidos	23
Formación y capacitación	23
Formación para enfermería pediátrica	26
Actividad docente	27
Docencia pregrado	27
Docencia postgrado	28
Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria	28
Residentes de Pediatría	28
Investigación clínica	31
Intervención comunitaria	31
Relación con otros niveles asistenciales	32
<b>Aspectos profesionales en Pediatría de Atención Primaria</b>	33
Interinidad	33
Ausencia de carrera profesional	35
Pediatra de área	36
Disminución de las percepciones económicas	37
<b>Conclusiones</b>	39
<b>Resumen de propuestas</b>	39
<b>Relación de autores</b>	41

## **INTRODUCCION**

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 una atención integral y continuada desde el momento del nacimiento hasta el fin de la adolescencia, 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 Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPAP)** 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 asturianos 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.

La próxima descentralización de la Administración Sanitaria y su reorganización competencial nos lleva a reflejar en el presente documento nuestra intención de ser parte protagonista principal, activa y decisiva en el sistema de atención pediátrica. 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 convencidos del papel de nuestra Asociación como instrumento fundamental para mejorar el nivel de salud de la población.

El objetivo del presente documento consiste en mostrar las preocupaciones de los pediatras de Atención Primaria 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.

# **SITUACION ACTUAL Y PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ATENCION INFANTIL EN EL AMBITO DE LA ATENCION PRIMARIA**

La Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria realizó en los meses de Junio y Julio de 2000 una encuesta entre los pediatras de Atención Primaria de Asturias. Esta encuesta recoge información sobre diversos aspectos tanto profesionales como formativos y docentes que afectan a nuestro colectivo. Los resultados de esta encuesta han sido utilizados como base para gran parte de nuestras propuestas.

## **GRUPOS DE EDAD**

La atención sanitaria pediátrica en Atención Primaria en nuestra Comunidad Autónoma abarca el tramo de edad de 0 a 14 años de edad. El establecimiento de un límite de edad para la atención por parte de los pediatras ha ido cambiando a lo largo del tiempo (recordemos que hasta fechas recientes la edad máxima para la atención pediátrica eran los 7 años) sin que existiera ninguna premisa científica que apoyara esta decisión.

Por otro lado, es cada vez más evidente que la adolescencia, entendida como un periodo diferenciado de la infancia y de la edad adulta y no sólo como la transición entre estos dos estados, requiere de una atención específica que, desde un punto de vista puramente lógico, debe ser realizada por aquellos profesionales que conocen al adolescente desde el nacimiento.

Por último, el 5 de enero de 1991 entra en vigor en España la Convención sobre Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989. Esta Convención considera niño al menor de 18 años, salvo que legalmente haya alcanzado antes la mayoría de edad y establece que todas las medidas que le afecten estarán orientadas al interés superior del niño. Esta convención forma parte de nuestra legislación y es de obligado cumplimiento por encima de cualquier otra norma que se le oponga.

## **Propuesta**

Es objetivo inexcusable de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria conseguir la ampliación de la edad pediátrica hasta los 18 años de edad en todo el territorio de nuestra Comunidad Autónoma.

Para la consecución de este objetivo deben establecerse unos pasos necesarios para adecuar la actual red de pediatras a este reto que supone la atención del adolescente, evitando en lo posible que se produzcan situaciones indeseables y procurando la formación precisa para enfrentarse a la problemática creciente de este grupo etario.

La incorporación de los adolescentes a los cupos pediátricos debe realizarse de forma paulatina a lo largo de cuatro años de forma que el primer año se atendería a los adolescentes hasta los 15 años, el segundo hasta los 16 años y así sucesivamente hasta llegar a los 18 años de edad.

La Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria se compromete a elaborar un protocolo y programa de atención al adolescente así como la creación de un grupo de pediatras de centro de salud que monitorice la viabilidad de dicho programa y su aceptación por la comunidad.

La Administración por su parte deberá adquirir el compromiso de destinar los recursos necesarios para la formación específica en la atención a este grupo de edad.

## **ACTIVIDADES DE CONSULTA**

### **1º) Atención a demanda**

Es la parcela de la Pediatría que trata de recuperar la salud perdida. Habitualmente responde a una demanda de atención solicitada por los padres del niño/adolescente o por el propio interesado y, en la mayoría de los casos, se trata de problemas agudos.

El 97% de dichas consultas son resueltas en el ámbito del Centro de salud, produciéndose sólo un 3% de derivaciones a otros niveles asistenciales. Estas cifras

hablan por sí solas de la capacidad de resolución de problemas por parte de los pediatras de Centros de Salud.

Las patologías más frecuentemente observadas son las que afectan al aparato respiratorio, seguidas de la patología gastrointestinal, patología genitourinaria, trastornos dermatológicos, problemas osteomusculares, etc. En los últimos años venimos observando un cambio en estos patrones con la incorporación de la patología psicósomática, los trastornos del comportamiento, las alteraciones de la conducta alimentaria, los problemas del aprendizaje y diversa problemática de origen psicosocial cuyo abordaje requiere de nuevos conocimientos y dedicación de mayor tiempo y medios para su resolución.

Por otro lado, la demanda de atención se produce cada vez más cerca del inicio de los síntomas y en muchas ocasiones se repite más de una vez por el mismo proceso agudo, lo que aumenta la presión asistencial en las y provoca un incremento notable de las consultas telefónicas.

Por último, es de destacar la ausencia de una historia clínica pediátrica unificada así como el hecho de que la informatización de la consulta alcanza sólo a una pequeña proporción de las consultas de los pediatras encuestados por esta asociación que consideran además que el programa OMIap (historia clínica informatizada) no está suficientemente adaptado a las características de la población infantil y adolescente.

### **Propuesta**

Creación de una historia clínica consensuada que recoja todas las actividades que se desarrollan habitualmente para su aplicación en todo el territorio de Asturias.

Mejora del programa informático actual para adecuarlo a nuestras necesidades. Parece oportuno que antes de realizar la implantación generalizada del mismo, se realice una monitorización que evalúe su aplicabilidad en la consulta de pediatría.

## 2º) Atención programada

Esta parcela de la consulta tiene una gran importancia en la atención al niño y adolescente por su orientación fundamentalmente preventiva y de promoción de la salud así como por ser el espacio destinado a la atención de problemas crónicos.

Habitualmente esta atención se realiza de forma concertada y se reserva un tiempo exclusivo para la misma que, dependiendo de la presión asistencial, oscila entre 6 y 18 horas a la semana.

Para la correcta realización de la atención programada se requiere de la colaboración y trabajo en equipo con el profesional de enfermería y, en algunos casos, con otros profesionales como trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos entre otros.

El único programa aprobado hasta la fecha para su realización en las consultas de pediatría es el del niño sano con su correspondiente programa de vacunaciones. Este programa lo realizan en la actualidad la totalidad de los pediatras de Atención Primaria en Asturias. Sin embargo, un 81% de los pediatras de Centros de Salud realizan otro tipo de actividades programadas para la atención de problemas de salud, siendo el más frecuente el programa de atención al niño con asma.

### a) Programa del niño sano

Se trata de un amplio conjunto de actividades desarrolladas a lo largo de la edad pediátrica y destinadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en todas sus vertientes.

Son componentes esenciales de este programa la educación para la salud, la monitorización del crecimiento y del desarrollo físico y psicomotor, el diagnóstico precoz de enfermedades y la aplicación de vacunas según el calendario vacunal vigente.

Las actividades realizadas dentro del programa del niño sano tienen una serie de componentes comunes a todas las edades y otros que son específicos de cada grupo de edad:

1. Anamnesis o Historia del intervalo: Con valoración del estado de salud y consecución de los hitos del desarrollo propios de la edad. Recoge así mismo información sobre hábitos, conductas y dudas o problemas planteados por los padres o por el propio niño/adolescente.

2. Exploración: Completa y detallada en todas las visitas prestando especial atención a aquellos aspectos que, por la edad o por los antecedentes, requieren especial seguimiento. Así mismo se monitoriza el crecimiento y el desarrollo psicomotor.

3. Educación para la Salud: En todos aquellos aspectos relacionados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. También varía a lo largo del crecimiento, aunque en líneas generales puede resumirse en aspectos generales como: *alimentación* (promoción de la lactancia materna, introducción correcta de nuevos alimentos según la edad y promoción de una alimentación saludable posteriormente); *higiene* (tanto general como de aspectos particulares como la higiene bucodental); *prevención de hábitos tóxicos* (con intervención tanto sobre el paciente como sobre su familia); *prevención de actitudes que favorezcan el riesgo cardiovascular* (sedentarismo) y la *prevención de accidentes* diferenciada para cada grupo de edad.

Estos exámenes de salud deben ser realizados de forma conjunta por el pediatra y la enfermera asignada a cada cupo pediátrico. Sin embargo, desgraciadamente, en muchas ocasiones esto no es posible por falta de personal de enfermería lo que va en detrimento de la calidad de la atención prestada.

Hasta el momento, la evaluación de este programa en Asturias ofrece unos resultados excelentes, tanto en cobertura como en cumplimentación de normas técnicas mínimas.

Un aspecto importante que debe señalarse es que en la actualidad no existe en Asturias un programa unificado para toda la comunidad autónoma, sino que cada área sanitaria realiza el suyo de forma aislada del resto o aplica las normas básicas comunes a todo el territorio del INSALUD. Por otro lado, un 67% de los pediatras de atención primaria considera que estos programas son claramente mejorables en varios de sus apartados.

## **Propuesta**

La AAPAP cree conveniente que se desarrolle en Asturias un programa de atención al niño sano consensuado entre los pediatras y otros profesionales que puedan intervenir en el mismo, desarrollando tanto el contenido, como los sistemas de registro y el método de evaluación.

Así mismo es conveniente que se unifiquen los documentos informativos sobre prevención y promoción de la salud que se entregan a los padres en cada visita con inclusión de los datos más relevantes en la Cartilla de Salud Infantil.

### **b) Programa del niño con asma**

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia. Según los datos del estudio colaborativo multicéntrico sobre el Asma Infantil en Asturias publicado por el Grupo Regional de Trabajo sobre Asma Infantil en Atención Primaria (GRTAIAP) en 1998, la prevalencia de asma en la edad pediátrica en Asturias es del 11,5% y la de asma activo (con síntomas en el último año) es del 8,5%, lo que supone algo más de 14.000 niños con asma de los que 11.000 presentan síntomas en la actualidad, referidos estos datos para la población de 0 a 14 años.

Fruto del trabajo del GRTAIAP, actualmente integrado en la AAPAP, es la elaboración del Programa de Atención al niño con Asma (PRANA) en el que participaron también alergólogos, neumólogos, pediatras de hospital, enfermeras, fisioterapeutas y técnicos en salud de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Este programa está pendiente de la última revisión para su publicación.

## **Propuesta**

Es absolutamente necesaria la aplicación del programa de atención al niño y adolescente con asma en todo el territorio de nuestra Comunidad Autónoma en el plazo más breve posible, debiendo la administración comprometerse a destinar los recursos necesarios para su correcta realización.

### c) Programa de vacunación

En Asturias contamos con un calendario vacunal muy similar al del resto de comunidades autónomas, con ligeras variaciones dentro del marco que establece el Consejo Interterritorial de Sanidad.

La AAPAP está representada en el Consejo Asesor de Vacunaciones y Enfermedades Inmunoprevenibles. Consideramos que esta colaboración debe mantenerse en aras de un mejor entendimiento entre los profesionales que deben tomar las decisiones desde el punto de vista epidemiológico y aquellos otros que pueden aportar sus conocimientos científicos y, aspecto de gran importancia, los conocimientos logísticos para la aplicación de los calendarios vacunales.

En los últimos años hemos asistido a varios cambios en el calendario vacunal y probablemente se avecinan otros más por la aparición de nuevas vacunas en el mercado debido a los grandes avances de la investigación en este campo.

### **Propuestas**

Los pediatras de Atención Primaria demandamos rigor para ponderar adecuadamente cualquier cambio a fin de evitar decisiones apresuradas que deban ser después rectificadas o la reiteración de cambios en breve plazo de tiempo por la desorientación, desconfianza y confusión que esto provoca en los padres.

La AAPAP considera que el calendario vacunal debe ser el mismo para todo el estado español y que debe tomarse como documento base el elaborado por el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría.

Asimismo creemos que la aplicación de las vacunas debe realizarse de forma sistemática en los Centros de Salud, considerando inadecuado, salvo situaciones excepcionales, el desplazamiento a los Centros Escolares, pues dificulta la aplicación de las vacunas con garantías de eficacia y seguridad, puede provocar conflictos en relación con el consentimiento informado de los padres o la responsabilidad de los profesores.

La AAPAP se compromete a trabajar conjuntamente con los responsables del programa de vacunación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios para la creación del material informativo adecuado para entregar a los padres que asegure la realidad de un consentimiento informado y facilite la comprensión de estas actividades preventivas.

Solicitamos también que la administración de los pasos necesarios para establecer un plan de formación continuada en vacunas para los pediatras y el personal de enfermería.

En cuanto a la vacunación en situaciones especiales (desplazamientos temporales al extranjero, inmunodeprimidos y sus contactos, reacciones severas a la DTP, etc.) consideramos que el acceso a las vacunas que deban aplicarse debe ser más rápido y ágil que el sistema actual.

Por último, en cuanto a la utilización de vacunas no sistemáticas para casos concretos (varicela, neumocócica y otras), demandamos la posibilidad de su prescripción por parte del pediatra de Atención Primaria acompañando la receta de un informe justificativo para su visado.

### c) Otros programas

En el momento actual la AAPAP está colaborando con la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias en la puesta en marcha del programa de atención al niño con déficits auditivos que precisa de un trabajo multidisciplinario que incluya la colaboración de pediatras, neonatólogos, otorrinolaringólogos, psicólogos y especialistas en el aprendizaje de niños con hipoacusia. En el momento actual este programa se encuentra en la última fase de corrección y está próxima su publicación.

Por otro lado, un elevado número de pediatras de atención primaria de nuestra Comunidad Autónoma, desarrolla actividades protocolizadas sobre trastornos comunes en los niños y adolescentes que, al no estar reconocidas por las autoridades sanitarias, no se contemplan en la evaluación de nuestro trabajo ni, lo que es quizá de mayor importancia, no se informa a la población que ignora el verdadero alcance de la oferta que tiene a su alcance.

## **Propuesta**

La AAPAP considera que el pediatra de Atención Primaria se encuentra en una posición privilegiada para ofertar a los niños y adolescentes asturianos un conjunto de programas de salud más completo que el actual y más acorde con las necesidades cambiantes de la infancia.

Proponemos la creación de grupos de trabajo multidisciplinarios que valoren la pertinencia de nuevos programas de salud y, en su caso, para la elaboración de los protocolos necesarios para su aplicación. Una lista no exhaustiva de los problemas de salud que deben ser estudiados se refleja en la tabla 1:

Salud mental infantil	Seguimiento y control de patologías crónicas
Salud bucodental	Fracaso escolar
Trastornos del crecimiento	Drogadicción
Trastornos de la pubertad	Violencia intra-familiar.
Enuresis y encoporesis	Abusos
Trastornos del sueño	Adopción internacional
Atención temprana a trastornos del desarrollo posicomotor	Atención a niños inmigrantes
Trastornos de la conducta alimentaria	

### **3) Salud mental infantil**

Hoy en día, todos los aspectos que rodean la salud mental infantil están cobrando una importancia cada vez mayor, tanto desde el punto de vista de la gravedad de los trastornos que se tratan (retrasos madurativos, trastornos del comportamiento y del aprendizaje, alteraciones de la conducta alimentaria y patología psicósomática y adaptativa) como de su prevalencia.

Las actividades relacionadas con la salud mental infantil realizadas desde la Pediatría de Atención Primaria van desde el enfoque de la promoción del desarrollo y detección de factores de riesgo familiares, medioambientales y personales para realizar prevención primaria hasta el diagnóstico del cuadro patológico y su resolución o derivación a especialista y el seguimiento posterior hasta su curación o mantenimiento del tratamiento, prevención secundaria y rehabilitación.

La realización de estas actividades precisa de conocimientos científicos, recursos propios en forma de tiempo y sistemas de registro adecuados y de cauces adecuados de comunicación e interrelación entre la Pediatría de Atención Primaria y los Centros de Salud Mental Infantil.

### **Propuesta**

Mejorar la formación de los pediatras de Atención Primaria en Paidopsiquiatría tanto durante el periodo de formación como posteriormente.

Creemos que las interconsultas son un medio excelente para mejorar la comunicación entre los pediatras de Atención Primaria y los servicios de Salud Mental. Por tanto debe establecerse un sistema de evaluación acerca de la idoneidad de las derivaciones, la respuesta escrita a las mismas y el seguimiento realizado.

Es imprescindible desarrollar trabajos de investigación conjuntos que permitan conocer la prevalencia real de los trastornos psicosociales en la población infantil y adolescente.

Por último creemos que debe crearse una red de atención a los problemas psicosociales en la infancia y la adolescencia que sería responsable de la creación de una guía de recursos y de los programas y protocolos necesarios para su correcta implantación.

### **EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES**

Hoy en día el INSALUD tiene puesto en marcha un sistema de evaluación de la actividad en los centros de salud que se basa fundamentalmente en la valoración de la cobertura de los programas oficialmente incluidos en la Cartera de Servicios del INSALUD y en el cumplimiento de unas normas básicas, denominadas Normas Técnicas Mínimas.

A pesar de que está claramente demostrado que la actividad de los pediatras supera la establecida por el INSALUD, este se niega de forma continuada a realizar una revisión tanto de los programas pediátricos como de las normas técnicas mínimas que las sustentan.

Por otro lado, la Cartera de Servicios no debe ser únicamente un sistema de control de las actividades desarrolladas en los Centros de Salud sino que es un sistema que estructura la oferta de servicios sanitarios a la población por lo que debe intentarse que, dentro de las posibilidades del sistema, resulte lo más amplia posible.

El hecho de que las actividades realizadas habitualmente en las consultas de Pediatría no sean incluidas de forma protocolizada en la Cartera de Servicios, resulta una actitud poco acorde con la necesidad actual de los servicios sanitarios de ofrecer a la población una atención integral con información precisa sobre la oferta de servicios.

### **Propuesta**

La AAPAP considera que el proceso de transferencias sanitarias es el marco adecuado para hacer un planteamiento nuevo con el fin de mejorar esta situación por lo que ofrecemos nuestra colaboración para el desarrollo de los nuevos programas tanto en el contenido como en los sistemas de registro y de evaluación.

## **ASPECTOS ORGANIZATIVOS**

### **1º) Dotación de personal**

A partir de los datos publicados en el “Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos”, de octubre de 2000, la implantación del nuevo modelo de Atención Primaria en Asturias en el año 1999 alcanza al 87,55% de la población y se estima que, aproximadamente el 12,45% de la población asturiana es atendida según el modelo tradicional.

El número de pediatras de Atención Primaria (en 1999) es de 104 en el sistema de Equipos de Atención Primaria y 20 en el modelo tradicional de Cupos. Estos pediatras de cupo se encuentran distribuidos en las áreas sanitarias III, IV y V. Un reducido núcleo de población es atendido por pediatras de área, una figura de reciente creación, que prestan asistencia en dos o más zonas básicas de salud.

En lo que respecta al personal de enfermería específicamente dedicado a la atención del niño y del adolescente, la situación, según reflejan los datos de la encuesta realizada por la AAPAP, es francamente mejorable ya que sólo el 52% de los pediatras

encuestados afirman que hay una enfermera asignada al cupo mientras que el 48% debe compartir este personal con otros cupos pediátricos o con los cupos de medicina general. Esta carga de trabajo extra impide que el profesional de enfermería pueda dedicarse de forma adecuada a la atención integral del niño y del adolescente con la merma en la calidad que esto supone.

### **Propuesta**

La AAPAP considera que deben destinarse los recursos necesarios para que en el menor plazo de tiempo los Equipos de Atención Primaria logren una cobertura del 100% de la población infantil. Aquellas zonas donde la población de 0 a 18 años sea pequeña y grande su dispersión geográfica, serían objeto de estudios específicos, pero en ningún caso la solución debería pasar por una vuelta atrás en la atención sanitaria a esta población ni por la adopción de soluciones parciales como se ha pretendido con la creación del pediatra de área.

La AAPAP considera que cada consulta de Pediatría debe contar con un profesional de enfermería adecuadamente formado en la atención del niño y del adolescente.

### **2º) Dotación de material**

Resulta desalentador encontrar que todavía hoy en día existen centros de salud con importantes deficiencias materiales para la atención de los niños. No parece adecuado que, en muchos casos, sean los propios profesionales los que aporten material para la mejor asistencia a los niños. Así mismo, la demanda de atención de patologías y trastornos diferentes a los que tradicionalmente se veían en la Atención Primaria, hace que sea necesario considerar la dotación de mayores medios para los Centros de Salud.

## **Propuestas**

La dotación material que consideramos necesaria se recoge en la tabla 2

**Tabla 2:** Material necesario en las consultas pediátricas

Fonendoscopio pediátrico	Podoscopio
Otoscopio (preferiblemente de pared) neumático	Nivel y plomada
Microaspirador y micropinzas para eliminar cerumen	Lápiz dermatográfico
Oftalmoscopio	Esfigmomanómetro con manguitos de tamaño adecuado por edades
Optotipos pediátricos y de adultos	Balanza para lactantes (electrónica)
Material para la realización del test de Denver	Tallímetro para lactantes
Medidores de FEM	Balanza y tallímetro de adultos
Cámaras de inhalación	Centímetro cefalométrico
Espirómetro	Orquidómetro
Kit de pruebas cutáneas	Sondas vesicales
	Material de RCP pediátrico

### **3º) Horarios**

En la actualidad el 60% de los pediatras de Atención Primaria tienen jornada de mañana y una o más tardes a la semana. Así mismo un 48% trabaja uno o más sábados al mes. Esta situación anómala en tanto en cuanto supone que profesionales que trabajan para la misma administración en el mismo puesto de trabajo tengan horarios diferentes debe ser corregida.

### **Propuesta**

Nuestra asociación propone que la jornada de trabajo se realice preferentemente en horario de mañana, de lunes a viernes.

Otro tipo de horario debería ser previamente acordado y preferiblemente para el desarrollo de actividades programadas o de educación para la salud.

### **4º) Cupos**

Según los datos del “Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos”, la media de niños por pediatra es de 1.071.

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.

Entre los datos obtenidos por la encuesta llevada a cabo entre los pediatras de Atención Primaria, encontramos que el 53,1% de ellos soporta una demanda asistencial de más de 20 pacientes/día y que un 13,1% supera los 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.

Por último, las encuestas de salud revelan un incremento del 17% de la demanda en la población entre los años 1992 y 1997 para el mismo número de habitantes, siendo previsible que en los próximos años la demanda asistencial aumente y el problema se agrave.

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

a) Consulta de demanda:

En la referida encuesta realizada por la AAPAP, el tiempo empleado para la consulta a demanda supera las 4 horas diarias en un 21% de los casos, tiempo superior al óptimo aconsejado por diversos organismos

La consulta a demanda es un aspecto de la actividad de gran trascendencia pero no es la única ni la más importante de las actividades de la consulta de Pediatría. 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 2<sup>1/2</sup> horas o 3 horas diarias.

b) Programa del niño sano

El número de visitas del programa es de 6 en el primer año, 3 en el segundo y una anual a los 3, 4, 5, 6, 10 y 13 años: 15 visitas a lo largo de los 14 años. Obviamente si se amplía la edad de atención hasta los 18 años este número de visitas se incrementaría ligeramente.

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.

Por último, conviene recordar que la atención al adolescente requiere, si deseamos que sea realizada con rigor y criterios de calidad y que sea aceptable para la población a la que va destinada, de un espacio físico diferenciado y de horarios separados de los de la atención a otros grupos de edades.

Teniendo en cuenta estos datos, la AAPAP ha calculado el tiempo necesario para la atención de cupos que oscilan entre 800 y 1000 niños. Los resultados se aprecian en las tablas 3,4,5 y 6

**Propuesta**

La AAPAP 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.

Por otro lado, en aquellas zonas básicas de salud en las que el pediatra deba trabajar en mas de un consultorio, se tendrá en cuenta este hecho diferencial a la hora de asignar el cupo de niños.

Sustitución plena de los pediatras en los periodos de vacaciones u otras situaciones que supongan la ausencia del profesional para evitar la sobrecarga periódica del resto de los profesionales del Equipo.

**Tabla 3:** Visitas y tiempos del Programa Niño Sano con cupos de 1000 niños /Pediatra

Edad	1 <sup>er</sup> año	2º año	3 <sup>er</sup> año	4º año	5º año	6º año	10º año	13 <sup>er</sup> año	Total
Visitas/Año	432	216	72	72	72	72	72	72	1.080
Visitas/Semana	10	5	1.66	1.66	1.66	1.66	1.66	1.66	25
Tiempo/Semana	3h 20m	1h40m	33 min	33 min	33 min	33 min	33 min	33 min	8h 20 min

**Tabla 4:** Visitas y tiempos del Programa del niño Sano con cupos de 800 niños/Pediatra

Edad	1 <sup>er</sup> año	2º año	3 <sup>er</sup> año	4º año	5º año	6º año	10º año	13 <sup>er</sup> año	Total
Visitas/Año	360	180	60	60	60	60	60	60	900
Visitas/Semana	8	4.5	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	20.9
Tiempo/Semana	2h 40mi	1h30min	28 min	28 min	28 min	28 min	28 min	28 min	7 h

**Tabla 5:** Visitas y tiempos del Programa del Niño Asmático con cupos de 800 y 1000 niños

Cupo	800	1.000
Visitas/Año	264	330
Visitas/Semana	6	7.5
Tiempo/Semana	2 h	2h 30min

**Tabla 6:** Tiempos /día destinados a Consulta a demanda y Programas del niño Sano y Asmático

<b>Cupo</b>	800	1.000
Consulta demanda	2 h 30min	3 h 20 min
Programa del Niño Sano	1 h 22 min	1 h 40 min
Programa del Niño con Asma	24 min	30 min
Total tiempo/día	4 h 16 min	5 h 30 min

## **PLAN DE ACTUALIZACION Y MEJORA DE CONTENIDOS.**

### **NECESIDAD DE NUEVOS CONTENIDOS**

El planteamiento actual de la Pediatría de Atención Primaria, como especialidad que atiende globalmente al niño desde el nacimiento hasta la adolescencia, en su ámbito familiar y social, implica la necesidad de una formación amplia y permanentemente actualizada, no solo del pediatra sino del resto de personal relacionado con el niño como la enfermería pediátrica y los médicos de familia.

Nuestra labor debe ir más allá de la propia consulta en el centro de salud, dando respuesta también a la población en temas de educación sanitaria y cabida a las inquietudes investigadoras del profesional, surgiendo así la necesidad de nuevos contenidos para la Pediatría de Atención Primaria.

#### **1º) Formación y capacitación:**

De la encuesta realizada por la AAPAP entre los pediatras asturianos, hemos obtenido una visión global de la situación actual en cuanto a formación continuada se refiere que es considerada insuficiente por los pediatras. La nota media obtenida por este apartado es de 5 puntos sobre 10 y solo un 7,4 % de los encuestados creen que su formación es buena o muy buena.

Consideramos la formación continuada una prioridad para lograr la capacitación que nuestro ejercicio profesional requiere, tanto en la actualización de temas científicos, como en la adquisición de nuevos conocimientos que nos permitan afrontar los cambios que la **tendencia demográfica** (adolescencia, inmigración), **sociocultural** (educación para la salud, intervención comunitaria, técnicas de comunicación) y **tecnológica** (informatización de las consultas, búsqueda de bibliografía y foros científicos a través de Internet, etc.) impone.

Estas actividades deberían realizarse a lo largo del año, en forma de sesiones clínicas en el ámbito de los equipos de Atención Primaria, sesiones compartidas con los profesionales del Hospital, jornadas científicas y cursos intensivos por Área Sanitaria o agrupando varias Areas, y rotaciones (reciclajes) por Atención Especializada.

## **Propuesta**

Nuestra Asociación se ofrece a colaborar en la organización de estas actividades e intentará llegar a acuerdos con otras Sociedades de Pediatría, para el desarrollo conjunto de alguna de ellas; no obstante, parece claro que al menos en parte, esta formación debería ser provista por la administración sanitaria, ya que redundaría en la mejora de la calidad asistencial y en el afán de superación de los profesionales.

Así pues, solicitamos de la administración la ayuda necesaria para llevar a cabo estos objetivos, en forma de prestaciones económicas, sedes de celebración, facilidades para los pediatras asistentes y los ponentes ofreciendo sustituciones que permitan la continuidad normal de la consulta y el ofrecimiento de intermediarios en la coordinación con la atención especializada.

Creemos conveniente la realización de al menos un curso anual (siendo preferible que fueran dos al año), para la revisión y puesta al día de temas pediátricos de interés, con una duración aproximada de 4 créditos, y que debería repetirse en caso necesario para que todos los pediatras pudieran tener la oportunidad de acudir, especialmente si las características del curso hacen necesario la distribución en grupos reducidos.

La Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria se compromete a convocar anualmente a los pediatras asturianos a una reunión científica basada fundamentalmente en la actualización de temas pediátricos de especial interés. Así mismo, con el fin de aunar esfuerzos con otras sociedades y con la administración, se ofrece para colaborar en cuantos cursos y reuniones se planteen a lo largo del año.

La AAPAP considera que el programa mínimo de formación debe incluir:

1º) Curso de RCP pediátrica:

Consideramos necesario la realización anual de un curso específicamente dedicado a la reanimación cardiopulmonar básica, siguiendo los consejos del personal especialmente entrenado en los cuidados intensivos pediátricos.

2º) Rotación en Atención Especializada:

La posibilidad de acceder a una rotación periódica de reciclaje en el ámbito hospitalario facilitará el conocimiento de los nuevos protocolos que vayan apareciendo en las consultas de atención especializada y mejorará sin duda la relación entre los dos campos de atención pediátrica, disminuyendo probablemente las derivaciones incorrectas o innecesarias. Es importante que desde la administración sanitaria se faciliten estas rotaciones y que el interesado pueda elegir aquellas que considere más necesarias para su caso particular.

3º) Jornadas, cursos y congresos:

Se facilitará la asistencia a los mismos, teniendo en cuenta que algunos de ellos se realizan fuera de nuestra Comunidad Autónoma. Ello supondrá también un estímulo para los pediatras de primaria a la hora de realizar trabajos de investigación y acudir con ponencias propias.

4º) Reuniones clínicas con los pediatras del mismo área o limítrofes:

Se propone el desarrollo de un programa formativo en todas las Áreas de Salud, consensuado entre las gerencias y la AAPAP, que incluya una sesión mensual, efectuada dentro de un horario adecuado que no interrumpa nuestra actividad asistencial (a primera o última hora de la mañana), destinada a la elaboración de protocolos, puesta al día de temas de interés pediátrico o exposición de casos clínicos abiertos; debiendo facilitarse la asistencia a las mismas de los pediatras, residentes y alumnos de medicina en prácticas. Estas reuniones se realizarían, por motivos de operatividad, en las Áreas Sanitarias de mayor población, pudiendo asistir a las mismas los pediatras que trabajen en las Áreas Sanitarias limítrofes.

Estas reuniones son de gran importancia, ya que surgen de la necesidad de comunicación del colectivo pediátrico que en muchas ocasiones se encuentra solo en un equipo formado básicamente por médicos y personal de enfermería que atiende a adultos.

La AAPAP se ofrece para asumir el papel de coordinación con las Gerencias, Instituciones Sanitarias y las Sociedades Científicas de forma que las actividades desarrolladas cumplan la función, no sólo de cubrir las necesidades de formación sentidas por los pediatras sino también las necesidades de la administración en cuanto a formación para alcanzar los objetivos que, en materia de salud infantil, tenga fijados.

## **2º) Formación para enfermería pediátrica**

En íntima relación con la necesidad de formación de los pediatras, está la del colectivo de enfermería pediátrica. En la mayoría de los casos, estos profesionales no han recibido formación específica que en gran parte adquieren a través del trabajo conjunto con los pediatras. Por ser un elemento clave en el desarrollo de los programas, consideramos que éste colectivo debería tener una capacitación previa y continuada en el área pediátrica.

El papel de este profesional adquiere mayor importancia en la consulta de pediatría por su accesibilidad para las familias y su potencial para la realización de actividades de educación sanitaria y asesoramiento en centros escolares.

### **Propuesta**

Consideramos que la formación de los profesionales de enfermería, no debe provenir exclusivamente de la experiencia acumulada y del trabajo conjunto con el pediatra, sino también de su asistencia a los cursos, talleres, y jornadas junto con los pediatras, así como la realización de otros específicos para enfermería.

La AAPAP se ofrece para colaborar en este proceso de formación en la forma que se estime más conveniente.

### **ACTIVIDAD DOCENTE**

La encuesta llevada a cabo por la Asociación a lo largo del año 2000, revela entre los pediatras de Atención Primaria de Asturias una inquietud por la docencia, considerando que esta debe extenderse a los residentes de pediatría de una forma establecida y programada, dado que buena parte de los futuros pediatras van a desempeñar su trabajo en los Centros de Salud.

No existe hasta el momento una Comisión de Docencia Pediátrica, con representación de todas las entidades implicadas en la docencia ni un sistema oficialmente reconocido de acreditación de tutores pediátricos.

#### **1º) Docencia pregrado**

La actividad que se desarrolla en las consultas de pediatría de Atención Primaria conlleva algunas tareas específicas de la misma, como el desarrollo de los programas de salud, el seguimiento de enfermedades crónicas o la intervención educativa en los colegios y la comunidad. Es esta una parte importante del trabajo que los alumnos de medicina, no podrán ver sobre el terreno salvo en nuestras consultas de Primaria.

La Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria, a lo largo del año 2000 mantuvo reuniones con la cátedra de Pediatría de la Universidad de Oviedo, ofreciendo la posibilidad de una rotación para estudiantes de medicina en las consultas de Pediatría de los Centros de Salud, habiéndose llevado ya a cabo a lo largo del curso escolar 2000-2001 en algunos centros de salud.

La Comisión paritaria Universidad - Instituciones sanitarias ha reconocido este programa de rotación de pregrado. La AAPAP ha desarrollado un programa para dicha rotación, así como un formulario para que los alumnos puedan evaluar sus prácticas y un documento de evaluación de los alumnos, para que sea entregado en la cátedra de pediatría, quien determinará el valor curricular de dicha rotación.

## 2º) Docencia postgrado

### Residentes de Medicina de Familia:

Los residentes de Medicina de Familia realizan actualmente una rotación con los Pediatras de los Centros de Salud donde cursan el tercer año de su especialidad durante un periodo de 1 mes. La regulación de esta rotación y la acreditación de los Centros y Tutores depende de la Comisión de Docencia de Area actual, en la cual no hay representación de los Pediatras de Atención Primaria.

### Residentes de Pediatría:

La Especialidad de Pediatría esta regulada por la Comisión Nacional de Especialidades. Dicha Comisión edita periódicamente el manual de docencia MIR que indica el programa oficial de la especialidad, las áreas de formación y la distribución del tiempo de formación. En la ultima Edición (1996) se especifica un periodo de formación extrahospitalaria en Centros de Atención Primaria acreditados para ello. No se indica su duración ni el momento en que debe desarrollarse (en ediciones anteriores se aconsejaba un periodo de 6 meses en el cuarto año de formación).

El programa de formación define dos Áreas: Área Clínica y Área de Salud Infantil, con los objetivos y contenidos a desarrollar siendo gran parte de los mismos específicos de la Atención Primaria.

La situación en Asturias es la siguiente: Desde 1995 existe un Programa de Rotación en Atención Primaria elaborado por pediatras de este nivel asistencial ,que fue aprobado por la Gerencia de Atención Primaria del Area IV y por el Servicio de Pediatría del Hospital Central de Asturias. Desde dicha fecha se viene desarrollando en varios centros de salud de Oviedo, una rotación voluntaria de un mes, alternativa a la rotación establecida en el servicio de urgencias del Hospital, y condicionada a la necesidad asistencial de éste; siendo similar la situación para los residentes de pediatría del H. de Cabueñes. No existe hasta la fecha reconocimiento oficial de la rotación a efectos curriculares para los tutores ni para los residentes.

## Propuesta

Los estatutos de constitución de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria recogen en su artículo 2º la necesidad de impartir la docencia tanto a los estudiantes de medicina, como a los médicos en formación (residentes de medicina de familia y pediatría), siendo esto una parte también primordial de nuestra labor.

Ello implica y así se reclama, la necesidad de crear una comisión de docencia pediátrica y la figura de un coordinador de la misma en Atención Primaria, que en Asturias debería ser provincial.

Proponemos la creación de una **Comisión de Docencia de Pediatría en Atención Primaria**, con representación de la cátedra de pediatría, los servicios de pediatría hospitalaria con docencia acreditada para residentes de la especialidad, las autoridades sanitarias y los pediatras de Atención Primaria, representados por la AAPAP. Esta Comisión participaría junto con la AAPAP en la coordinación de las actividades formativas destinadas a los pediatras

Creación de la figura de Coordinador de dicha Comisión, que consideramos debe ser un pediatra con desempeño de sus funciones en el ámbito de la Atención Primaria. Este coordinador participaría también como asesor en la Comisión de docencia de Area, para los residentes de Medicina de Familia. Postgrado

Regulación de los **criterios de acreditación de pediatras tutores** por parte de dicha Comisión. La acreditación debería ser individual, renovable periódicamente e independiente de la acreditación que el centro tenga para residentes de Medicina de Familia. La AAPAP ha elaborado una propuesta de acreditación para tutores y centros de salud.

Reconocimiento curricular (a efectos de oposiciones, listas de empleo y carrera profesional) para los pediatras tutores de pre y postgrado. Como contrapartida a la labor docente desempeñada debe facilitarse a los mismos su propia formación continuada y puesta al día de conocimientos, en forma de cursos, reciclajes, etc.

### A) Docencia pregrado

La AAPAP considera que debe mantenerse y ampliarse el actual acuerdo alcanzado con la Cátedra de Pediatría de la Universidad de Oviedo para la rotación de alumnos de medicina por las consultas de Pediatría de Atención Primaria Residentes de Medicina de Familia

### B) Docencia a residentes de Medicina de Familia

Consideramos que la rotación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria por las consultas de Pediatría de Centros de Salud debe realizarse previa aceptación por parte del pediatra responsable y debe establecerse un sistema de compensación similar al que poseen los tutores médicos generales.

Asimismo, esta rotación debe ser regulada estableciéndose una colaboración de la Comisión de Area existente en la actualidad con la Comisión de Docencia de Pediatría de Atención Primaria, a través de su coordinador, que podría actuar como asesor

### C) Docencia a Residentes de Pediatría

Creemos absolutamente justificada la rotación en Atención Primaria de los futuros pediatras ya que gran parte de los objetivos que se recogen en el programa de formación de la especialidad corresponden a la labor desempeñada a este nivel. Además si tenemos en cuenta que el 80% de los pediatras van a desempeñar su trabajo en estas consultas parece más eficaz y lógico pensar que deban formarse adecuadamente en este ámbito ya en el periodo MIR. A su vez permitiría una mejor coordinación entre ambos niveles asistenciales.

Regulación de una rotación en Atención Primaria, para los residentes de Pediatría, no alternativa ni condicionada a otras rotaciones hospitalarias, cuya duración podría establecerse entre 2-6 meses, a desarrollar en el 2º o 3º año de la especialidad. La AAPAP se compromete a elaborar un programa de formación específico para el MIR de pediatría, en su paso por las consultas de Atención Primaria.

## **INVESTIGACION CLINICA**

La investigación clínica debe considerarse como una actividad profesional fundamental para el pediatra, imprescindible para abordar de forma racional y más eficaz los problemas de salud propios de la infancia. Esta labor investigadora debería ser exigida, promocionada y facilitada desde todas las instancias de la Administración Sanitaria, garantizando la disposición de los recursos necesarios, tanto en lo que se refiere a tiempo de dedicación, como a los medios técnicos, la colaboración con otros profesionales y su financiación. Desde la *enumeración y cuantificación* de los actos de nuestra consulta, hasta la elaboración de trabajos de *documentación descriptivos, encuestas* sobre conocimientos, actitudes e inquietudes de la población, o la realización de *estudios prospectivos* de interés clínico nos permitirán hacer más efectiva nuestra actividad e intervenir de manera más selectiva sobre problemas y deficiencias encontrados en las familias, sus niños y sus relaciones con el sistema de salud.

Por su parte, los órganos administrativos sanitarios y profesionales han de establecer para cualquier plan general o proyecto de investigación los mecanismos de control y evaluación que garanticen su desarrollo, exigiéndole un valor demostrable en cuanto a calidad suficiente y relevancia clínica- y su aceptación desde una consideración ética

## **INTERVENCION COMUNITARIA**

El nivel de información de las familias sobre aspectos importantes de la salud infantil, sobre el funcionamiento y uso adecuado de nuestro sistema sanitario debe considerarse escaso y parcial. Resulta obvio citar también la repercusión futura de algunos hábitos de relación social, alimentarios y tóxicos adquiridos durante la infancia y adolescencia. La intervención anticipada y dirigida tanto sobre los educadores como sobre la familia y directamente sobre los niños a lo largo de su desarrollo, dan lugar a unos beneficios individuales y generales de gran rentabilidad.

Las dificultades a vencer son importantes y provienen tanto de los elementos de planificación y gestión del sistema, como de los propios profesionales y de las insuficiencias en tiempo y medios disponibles para este tipo de actividades.

En este sentido nuestra Asociación reclama la puesta en marcha de *Programas de Educación para la Salud* ya verificados en su eficacia y ofrece toda su capacidad para participar en el diseño, coordinación y ejecución de nuevos planes de intervención sobre problemas específicos o imprevistos.

### **RELACION CON OTROS NIVELES ASISTENCIALES**

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en la atención médica infantil ha de ser un objetivo prioritario de profesionales, gestores y administración. Por ello, a la hora de marcar cualquier objetivo estratégico es imprescindible hacer presente la necesidad de *compartir la toma de decisiones* mediante la elaboración de *protocolos clínicos consensuados*, fomentando la realización periódica de *sesiones comunes* y el establecimiento de vías para una comunicación ágil, actualizada y eficaz. Es nuestro parecer que el punto del que ha de partir esta idea es la existencia de una atención integrada y continuada del niño, la cual viene siendo dispensada por el pediatra de Atención Primaria. A la luz de la experiencia, creemos que estas actividades deben ser promovidas y lideradas desde el ámbito de la Atención Primaria, aunque han de verse acompañadas de apoyos claros desde la dirección y de incentivos asociados a su desarrollo.

## **ASPECTOS PROFESIONALES EN PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA**

El inminente traspaso de competencias sanitarias a nuestra Comunidad Autónoma representa una excelente oportunidad para solucionar los problemas que, desde el punto de vista profesional viene arrastrando la Pediatría de Atención Primaria desde sus orígenes. Gran parte de estos problemas tienen un origen complejo y una difícil solución si no se realiza un esfuerzo real y contando con la participación de los pediatras de Atención Primaria como mejores conocedores de esta situación.

### **INTERINIDAD**

Las situaciones de interinidad de larga duración pueden ser entre otros, un factor desencadenante de desmotivación profesional. La falta de movilidad funcional y geográfica, situación frecuente en la actualidad, impide al profesional crecer en experiencia y conocimientos.

En los últimos años un elevado número de profesionales se han visto incorporados a los centros sanitarios, sin que su contrato consolide una situación estable, siendo esta medida escasamente compatible con un modelo eficiente de gestión de recursos en el ámbito público y además ocasionando problemas de desmotivación e incluso conflictividad laboral.

En el año 1999 se establecen las bases legales para la provisión de plazas de personal estatutario fijo de las instituciones sanitarias públicas, reguladas por la Ley 30/99 y el Real Decreto-Ley 1/99, sobre selección y provisión de plazas de personal estatutario. Estas leyes pretenden acabar con la situación de interinidad de larga duración, al prever convocatorias de oposiciones cada dos años; sin embargo, no acaban totalmente con las situaciones de temporalidad, por lo que a la hora de contratar personal interino, eventual o temporal, las administraciones públicas deben velar por el cumplimiento de los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad.

La contratación de pediatras para Atención Primaria en Asturias, para contratos eventuales, temporales o de interinidad, se gestionaba hasta ahora por el Insalud de una forma excesivamente descentralizada. Cada gerencia de Atención Primaria establecía los baremos de méritos, fechas de actualización de los mismos, y la posibilidad de movilidad geográfica dentro de cada Area sanitaria, sin que rigiese ninguna norma común a toda la Comunidad Autónoma (hecho que no ocurre en otras categorías de personal sanitario y no sanitario).

Según los datos de la encuesta realizada en los meses de junio y julio del 2000 por la AAPAP, el 30% de los pediatras de Atención Primaria de Asturias ocupan su plaza de forma temporal (interinidad o sustituciones). Así mismo, los que ocupan plazas en propiedad desde hace muchos años se ven limitados para realizar cambios geográficos por la ausencia de concursos de traslados con periodicidad.

### **Propuesta**

Convocatoria periódica de concursos-oposición para la provisión de plazas fijas de personal estatutario en la categoría de Pediatra de Equipos de Atención Primaria. Sería deseable el establecimiento de una convocatoria anual.

Uniformidad en todo el territorio de los baremos de méritos para la contratación de pediatras.

Uniformidad en todo el territorio de criterios en cuanto a la posibilidad de movilidad geográfica y mejora de empleo de los interinos

Posibilidad de una única mesa de contratación para todos los pediatras de Equipos de Atención primaria de Asturias, habida cuenta que el número de plazas (EAP más Cupo) en toda la provincia es de 124. esto supondría, entre otras cosas, poder acceder a la mejora de contrato dentro de toda la Comunidad Autónoma, no solo en el Área Sanitaria en que se esta trabajando.

## **AUSENCIA DE CARRERA PROFESIONAL**

Problema de gran importancia en el momento actual. Es frustrante para el pediatra que al cabo de los años de ejercicio profesional, formación continuada y en muchos casos actividades no reconocidas en la comunidad, no tenga la oportunidad de promocionarse tanto profesional como económicamente. Este problema está sin embargo resuelto en alguna comunidad como es la de Navarra y en vías de solución en otras como Canarias.

### **Propuesta**

La Carrera profesional es una de las aspiraciones más antiguas del colectivo sanitario. Es un problema complejo por lo que las propuestas que hacemos sólo son orientativas y están extraídas de los modelos actualmente vigentes o en estudio.

**A) Sistema General:** Se trata de establecer varios niveles administrativos a los que se puede acceder tras un periodo mínimo de antigüedad y tras acreditar el cumplimiento de unos objetivos asistenciales y formativo-docentes que se establecerían por comisiones acreditadas. Estos niveles conllevan una mejora económica e incentivos en forma de tiempo para formación e investigación y no son reversibles.

Este es un sistema similar al establecido por el sistema Navarro de salud y afectaría a todos los profesionales que trabajan en el sistema sanitario.

**B) Carrera por Areas:** Consiste en la creación de la figura de coordinadores de docencia y coordinadores de programas de salud con la categoría administrativa de jefe de sección, de carácter no vitalicio ( con una duración no superior a los 5 años renovables); que se elegirían a través de un tribunal formado por representantes de la gerencia y pediatras del área correspondiente. Los méritos para acceder serían básicamente de carácter asistencial, formación continuada, docencia impartida y trabajos de investigación realizados, así como participación en los programas de salud.

## **PEDIATRA DE AREA**

En la resolución del 23 de julio de 1998, de la Presidencia Ejecutiva del Insalud, por la que se crea la figura de Pediatra de Area en Atención Primaria y se ordenan sus actividades, se indica que aquellas ZBS que no tengan una población suficiente que justifique la creación de la plaza de Pediatría “ puedan agruparse en dos o más zonas para poder disponer de un profesional especialista en pediatría-puericultura que brinde específicamente las prestaciones médicas adecuadas y **pueda asesorar al médico general en el cometido de su función cuando tenga que atender a niños menores de 14 años**”.

La realidad es otra diferente ya que el Pediatra de Área no esta realizando una labor de consultor sino el mismo trabajo que el resto de los Pediatras de Atención Primaria Sin embargo, las TSI de estos niños están asignadas a los médicos generales y no al pediatra, con lo cual la retribución del mismo disminuye considerablemente.

Por otro lado, el hecho de tener que desplazarse por dos o tres zonas diferentes, que suman sus cupos, y a veces alejadas geográficamente hace que el tiempo del que el pediatra dispone le impida efectuar adecuadamente programas de salud y mucho menos una correcta asistencia a enfermos crónicos o actividades en la comunidad.

Por último, la AAPAP considera que la figura de Pediatra de Area atenta directamente contra la filosofía de la Atención Primaria y constituye un paso atrás en la atención de los niños y adolescentes, retrotrayéndonos a situaciones y épocas que ya creíamos superadas.

### **Propuesta**

La AAPAP propone que una vez se consume el proceso de transferencias sanitarias se elimine la figura de Pediatra de Area, que consideramos atenta contra la dignidad de nuestra profesión en los términos actuales. En aquellos casos en que no sea posible eliminar esta plaza, proponemos que las TSI sean asignadas al pediatra responsable.

Debe crearse así mismo, un complemento específico que compense el hecho de cubrir dos o más zonas de salud y fijar un límite máximo de tarjetas sanitarias, que tenga en cuenta esta peculiaridad.

### **DISMINUCION DE PERCEPCIONES ECONOMICAS**

Sin intención de menospreciar ninguna profesión ni anteponer nuestra labor a la de otros profesionales, podemos asegurar que las retribuciones del pediatra de Atención Primaria sufren una clara discriminación, no ya con respecto a otros trabajadores de la función pública de su mismo nivel profesional, sino con respecto a los propios compañeros Médicos de familia.

La disminución de TSI consecuente con la disminución de la natalidad provoca una merma en la cantidad percibida en forma de productividad fija. El real Decreto Ley 3/1987 dispone que este complemento esta destinado a la remuneración **“el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas”**. No parece por tanto que su disminución pueda sustentarse en algo tan ajeno al profesional como es una tendencia socio-demográfica. Así mismo, en la era del desarrollo informático, resulta increíble que las TSI de los niños recién nacidos puedan tardar más de 6 meses en ser asignadas al pediatra elegido, con la consiguiente merma económica que de ello se deduce.

Por otro lado los acuerdos sobre productividad variable, olvidan, como en tantas otras cuestiones, las características específicas de la pediatría del Centro de salud.

La Pediatría de Atención Primaria tiene una actividad específica y diferenciada del resto de los profesionales de los Centros de Salud por lo que creemos que la valoración de la misma debe tener en cuenta esta especificidad.

Por último, los incentivos acordados para favorecer el uso de genéricos y la disminución del gasto farmacéutico tampoco han tenido en cuenta las características particulares de la pediatría con un gasto farmacéutico “per se” tradicionalmente muy bajo y con una posibilidad de recetar genéricos mínima por la escasa presencia de éstos en la farmacopea pediátrica.

## **Propuestas**

Aumentar el valor de la TSI de los niños y adolescentes.

Crear una cantidad mínima a percibir por el concepto de productividad fija equivalente al 60% de cupo máximo de TSI que se acuerde.

En las zonas que los pediatras atiendan habitualmente a niños y adolescentes pertenecientes a otras entidades aseguradoras, se creará un complemento específico que compense esta situación.

En cuanto a la productividad variable, proponemos que las retribuciones se efectúen siguiendo criterios de calidad y teniendo en cuenta la especificidad de nuestro trabajo.

Consideramos inadecuados los incentivos por gasto de farmacia y prescripción de genéricos y, de forma general, abogamos por su desaparición. Si se decide mantener algún tipo de incentivación, deben buscarse otros criterios debidamente consensuados entre la administración y la AAPAP, que valoren más aspectos relacionados con la calidad de prescripción.

## **RESUMEN DE PROPUESTAS Y CONCLUSIONES**

Conscientes de la magnitud y lo ambicioso de este documento, pero con la esperanza de poder hacer realidad las propuestas que en él hacemos, desde la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria queremos dejar constancia de nuestra intención de colaborar con todas aquellas instituciones que intervienen en la Salud y el Bienestar de la infancia y la adolescencia.

Reiteramos nuestro criterio, ya expuesto, de considerar al especialista en Pediatría como el responsable de proporcionar una atención integral y continuada a la población infantil desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia.

Desde esta convicción, reclamamos para el Pediatra el papel de coordinador necesario en el manejo de todas aquellas situaciones que, relacionadas con la salud infantil, requieran de la intervención de cualquier estamento, sanitario o no.

1º.- Reclamamos para el Pediatra de Atención Primaria un perfil profesional propio, diferenciado y especializado.

2º.- El Pediatra de Atención Primaria no puede ser excluido de la toma de decisiones que afectan a la atención infantil por lo que debe haber un representante de los mismos en todos los ámbitos que afecten a la población infantil de Asturias.

3º.- Defendemos que todos los niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 18 años de edad sean atendidos por el especialista en Pediatría dentro del marco de los Equipos de Atención Primaria.

4º.- Consideramos imprescindible que la atención pediátrica este sustentada en programas y protocolos que deben ser consensuados entre todos los profesionales que tienen responsabilidad en la atención al niño y al adolescente. En todo caso debe ser el Pediatra de Atención Primaria el eje sobre el cual giren estos equipos multidisciplinarios.

5º.- Reclamamos el derecho de los niños y adolescentes asturianos a una atención pediátrica de calidad por lo que pedimos de la administración sanitaria que limite el cupo óptimo a 800 niños, pudiendo sobrepasarse esta cifra en casos excepcionales hasta 1.000 niños.

6º.- Creemos que la figura del Pediatra de Área supone una regresión en el modelo de atención pediátrica por lo que debe ser eliminada.

7º.- Consideramos que la formación continuada debe convertirse en una prioridad indispensable tanto para el profesional como para la administración sanitaria.

8º.- La Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria exige la provisión anual de plazas mediante la convocatoria de concurso de traslados y concurso – oposición.

9º.- Es aspiración de todo el colectivo de Pediatras de Atención Primaria de Asturias que se cree una carrera profesional que permita la promoción de los profesionales que trabajamos en la Sanidad.

10º.- 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.

11º.- Por último, 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.

## **RELACION DE AUTORES**

- DRA. BEGOÑA DOMÍNGUEZ AURRECOECHEA  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE OTERO. OVIEDO. ASTURIAS
- DRA. BEGOÑA YAÑEZ MEANA  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE LAVIADA. GIJÓN. ASTURIAS
- DRA. ENCARNACIÓN DÍEZ ESTRADA  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE PUMARIN. OVIEDO. ASTURIAS
- DR. FERNANDO NUÑO MARTÍN  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE POLA DE LAVIANA. ASTURIAS
- DR. LUIS MIGUEL FERNÁNDEZ CUESTA  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE INFIESTO. ASTURIAS
- DRA. MARÍA AGUSTINA ALONSO ÁLVAREZ  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE COLUNGA. ASTURIAS
- DRA. MARÍA FERNÁNDEZ FRANCÉS  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE TINEO. ASTURIAS
- DRA. MARÍA GARCÍA ADARO  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE PRAVIA. ASTURIAS
- DR. PABLO MOLA CABALLERO DE RODAS  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE LUARCA. ASTURIAS
- DR. RAFAEL GARCÍA MOZO  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE LUGONES. ASTURIAS
- DR. VENANCIO MARTÍNEZ SUÁREZ  
PEDIATRA. CENTRO DE SALUD DE EL LLANO. GIJÓN. ASTURIAS