

ATENCIÓN PEDIATRICA EN EL ENTORNO RURAL DE ARAGON: DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA.

Las dificultades y limitaciones que sentimos los profesionales que desarrollamos nuestro trabajo en el ámbito de la pediatría rural en Aragón, no son nuevos, ni específicos de nuestra región. De hecho la situación de la pediatría rural, las dificultades existentes y las alternativas propuestas fue uno de los dos temas elegidos en el foro profesional de la 4ª Reunión Anual de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria el año 2008 (Disponible en : http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPqhmwaeiLmvf2irxygpxtUL)

Nuestra región ha hecho una opción clara por que toda la población infantil menor de 7 años tenga un pediatra de referencia. Sin embargo, la gran dispersión geográfica, con núcleos poblacionales muy pequeños, el estado de muchas carreteras comarcales, la escasez de pediatras, el efecto llamada de la capital, Zaragoza, ciudad en la que tienen fijada la residencia la mayoría de profesionales, la inadmisibile lentitud y poca regularidad de los procesos selectivos de traslado-oposición, y por último pero muy importante también, las condiciones en las que debemos desarrollar nuestro trabajo, hacen que la cobertura de esas plazas sea en muchas ocasiones difícil.

Creemos que para conseguir profesionales que cubran esas plazas, es urgente y necesaria, una política de recursos humanos ágil y transparente, con procesos de traslado y oposición frecuentes, con baremos claros, que permitan planificar la vida y el futuro a los profesionales que asumen esas plazas, sin vivir inmersos en años de incertidumbre laboral, viendo como personas con menos méritos y antigüedad accede a plazas mucho mejores durante muchos años. A su vez habría que valorar la posibilidad de incentivar las plazas que por sus condiciones de mayor "penosidad", sean de difícil cobertura (se podrían incentivar económicamente, o con mayor antigüedad o mas días de formación, ...)

Algunas de las dificultades específicas de nuestra región para cubrir las plazas periféricas, se escapan de nuestras posibilidades (dispersión, carreteras, escasez de pediatras...). Pero hay muchas otras dificultades que pueden ser mejoradas, desde una opción firme de la administración por mejorar atención pediátrica rural, sin que eso conlleve necesariamente un aumento de los costes.

La dificultad para encontrar pediatras para cubrir determinadas plazas, junto con otras dificultades que se viven en la pediatría rural, como puede ser la soledad, las dificultades de acceso a formación, la dificultad para cubrir vacaciones y suplencias etc... han llevado incluso a cuestionar el modelo de atención pediátrica rural actualmente vigente. Sin embargo el objetivo de este documento no es proponer modelos alternativos de atención. Simplemente pretendemos señalar los problemas que vivimos cotidianamente los pediatras rurales en el modelo actualmente vigente y proponer mejoras a los mismos.

Tras una reflexión realizada por pediatras de Atención Primaria de Aragón, que trabajamos o han trabajado en el medio rural, hemos enumerado las principales dificultades a las que hacemos frente en nuestro trabajo cotidiano. Todas ellas coinciden plenamente con las que se objetivaron en la Reunión anteriormente citada. Y tras recoger las dificultades, hemos trabajado en grupo distintas propuestas de mejora que pensamos que podrían resolver muchas de las mismas.

A partir de ahora el documento se desarrolla de la siguiente manera. Hemos agrupado las distintas dificultades en 5 grupos y tras exponer las dificultades, se desarrollarán las propuestas realizadas:

1. Aislamiento profesional y personal

Problemas:

- Soledad dentro de los equipos. Muchas veces somos el único pediatra del equipo por lo que se nos tiene poco en cuenta, aumentando esta sensación proporcionalmente al número de consultorios a los que se acude, pues el desplazamiento entre

varios pueblos dificulta compartir espacios con el resto de compañeros (reuniones de equipo, cafés..).

- Escasa relación con otros compañeros pediatras de AP, incluso pertenecientes al mismo equipo, sobre todo si hay mucha dispersión geográfica y no pasan consulta en el mismo pueblo.
- Escasa o nula relación con los pediatras del hospital de referencia.

Posibles soluciones:

- En la medida de lo posible y teniendo en cuenta las características de cada centro de salud (dispersión, distancias..), se debería tender a **centralizar la atención pediátrica en el centro de salud** de referencia de la zona de salud. Esto posibilitaría la dotación más adecuada de material y personal (enfermería) para la atención pediátrica.
- Asimismo esta centralización evitaría los desplazamientos de los profesionales, rentabilizando mejor su tiempo. También evitaría la desigualdad de cupos dentro de un mismo centro de salud. Favorecería también la dificultad para cubrir las sustituciones, y las necesidades formativas de los profesionales.
- Constatamos que muchas veces la decisión de ubicar consultorios en según que pueblos, responde más a presiones políticas de los alcaldes que a necesidades reales, pues vemos que ante dispersiones semejantes y poblaciones similares, en algunos EAP se visitan los niños en varios consultorios o en otros se visitan en el centro de salud. Por lo tanto, al menos solicitamos tender a la centralización y no dispersar todavía más la atención pediátrica.
- La informatización y la posibilidad de acceso a Internet es fundamental para paliar de alguna manera esta soledad.
- Sería bueno apoyar y favorecer la realización de al menos una reunión conjunta al mes, dentro de horario de trabajo, de pediatras rurales, para comentar casos, hacer sesiones, debatir problemas etc.

2. Relación con el personal de enfermería

Dificultades:

- No existe enfermera de pediatría en muchos de los cupos. Las funciones de enfermería pasan a depender de la enfermera de adultos, muchas veces sin formación, ni motivación para desempeñar las funciones de enfermera de pediatría, y en otras ocasiones con cargas de trabajo importantes que impiden la realización de las mismas. No están claras las funciones que debe asumir esta enfermera en el caso de que no haya enfermera de pediatría y eso lleva en ocasiones a conflictos personales al marcar el pediatra las tareas a hacer.
- Debido a esta ausencia de enfermera de pediatría, responsable de muchas de las actividades en torno a la prevención y promoción de la salud (educación del niño asmático, obesidad, hábitos saludables en torno a la alimentación, deporte, tabaco, educación para la salud, captación..), se han constatado bajas coberturas vacunales, mayor prevalencia de obesidad, tabaquismo en adolescentes etc.. en muchos centros rurales, lo que pone a riesgo la población infantil rural y en consecuencia en una situación de desigualdad respecto a otros niños de Aragón, cuando el pediatra no dispone de tiempo para llevarlas adelante .

Linéas de mejora:

- La atención por parte de una enfermera de la población pediátrica de nuestros pueblos, es un derecho de los niños y no una ayuda al pediatra, puesto que la enfermera pediátrica tiene unas funciones específicas que deben de ser garantizadas.
- Creemos que en los núcleos con población infantil suficiente (a partir de 600 niños), debería de asignarse una enfermera de pediatría a dicha población.
- En el caso de no poderse asignar una enfermera de pediatría, al menos debe quedar claro, qué enfermera es la responsable de

las funciones de la enfermera pediátrica para esa población, y garantizar la realización de las mismas (vacunaciones, programa del niño sano, educación para la salud).

- Creemos que es responsabilidad del coordinador de enfermería de cada centro y no del pediatra, velar porque la atención de los niños de cada núcleo tenga un responsable asignado, que ese responsable conozca sus funciones y las lleve adelante. Eso evitaría enfrentamientos personales y malos entendidos entre compañeros.
- En caso de que no exista ese responsable y el pediatra deba de asumir las funciones de enfermería, eso debería ser compensado económicamente o de alguna otra manera.

3. Problemas asociados a los desplazamientos

Dificultades

- El desplazamiento entre pueblos se hace con vehículo propio, esto dificulta que nos podamos viajar junto con el resto de compañeros, y ésto supone unos gastos no remunerados adecuadamente.
- Además muchas veces la remuneración en concepto de transporte se reparte entre todo el equipo, sin tener en cuenta las personas que verdaderamente están gastando más en ese concepto.
- Asimismo en ocasiones no sería necesario que el pediatra se desplace todos los días a todos los pueblos (cosa que a veces responde más a acuerdos políticos con los alcaldes que a las necesidades de la población).
- Las distancias grandes aumentan las dificultades para asistir a reuniones del equipo, de formación con otros compañeros de AP o con el hospital de referencia.

Propuestas de mejora

- La remuneración en concepto de transporte debería estar asignado cada plaza, costeando exactamente los kilómetros recorridos entre los pueblos, adecuándose exactamente al precio

estipulado en BOE de kilometraje. Esto puede pagarlo la administración o bien los Ayuntamientos en base a acuerdos negociados directamente por la Administración Sanitaria con los Ayuntamientos. Sería bueno intentar importar el sistema alemán del kilometraje, que contempla que como el precio del carburante incluye en el precio una parte importante de impuestos, se puede desgravar en la declaración de renta un global de Km anuales calculados por la empresa.

- Dejar claro que no es motivo para acudir a un aviso domiciliario, la causa de ausencia de medio de transporte, sobre todo cuando el coste de dicho desplazamiento recae sobre el pediatra. Esta eventualidad la debe resolver el paciente, o buscar formas de resolverlo desde el Ayuntamiento, sobre todo además cuando la asistencia queda garantizada por el médico de familia del pueblo.
- El Decreto 229/2004, de 2 de noviembre, regula los gastos extraordinarios derivados de accidentes de tráfico, acaecidos en desplazamientos efectuados por razón de servicio por población no docente al servicio de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Sería bueno que cada Ayuntamiento tuviera alguna silla de seguridad para transporte de niños, para facilitar el transporte a la localidad en la que esté el pediatra de niños que no dispongan de vehículo propio y deban ser trasladados por algún familiar o vecino.

4 Condiciones laborales

Dificultades:

- Muchos consultorios son poco adecuados y acondicionados para la atención pediátrica, con dotación de material pediátrico muy escasa.
- Realizamos tareas fuera de lo puramente médico, citar, reposición de material, tareas propias de enfermería...

- Extracciones pocos días, con tiempos de recepción de analíticas y otras pruebas complementarias muy largos cuando no está resuelto el tema informático.
- Dificultad para encontrar sustitutos para cubrir moscosos, vacaciones y días de formación. Esta eventualidad en la pediatría urbana se puede resolver gracias a la cobertura de esos días por los compañeros. Esto en la rural es difícil al no tener en muchas ocasiones compañero, o al no compartir el mismo consultorio lo cual hace que sea prácticamente imposible cubrirnos.
- Muchos cupos, al pasar gran parte de los niños mayores de 7 años a ser atendidos por su médico de familia (y así evitan desplazamientos), hacen que los cupos de los pediatras sean de niños muy pequeños que son los que más consultas de demanda y revisiones generan. Esta circunstancia, unida al tiempo que hay que dedicar a los desplazamientos a varios pueblos (tiempo que contabilizarse dentro de la jornada laboral), y que en muchas ocasiones como ya hemos comentado, la falta de enfermeras asignadas al cupo hace que muchas de las revisiones y tareas propias de enfermería deba realizarlas el propio pediatra, hace que en algunos cupos rurales la presión asistencial sea muy alta.
- Por otro lado, la sustitución del modelo de pediatra de área por pediatra de equipo no siempre se ha sabido explicar al resto de médicos de Atención primaria, por lo que en ocasiones se siguen derivando al pediatra, niños mayores de 7 años para realizar las revisiones, a pesar de estar asignados al médico de familia.

Propuestas de mejora:

- Hay que garantizar que la atención pediátrica se de en unas condiciones dignas, por lo que los consultorios deberían estar adecuadamente acondicionados y dotados (adjuntamos artículo de revista, en el que se desarrolla la dotación que debería tener un centro de salud, tanto en material de urgencia como de consulta, (*Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 221-231*)). La Administración debería garantizar la dotación y apoyar al pediatra en sus demandas al Ayuntamiento (idealmente a través del

coordinador del centro) si son razonables. Recordar que hay unas subvenciones anuales destinadas a la construcción, reforma o adaptación y equipamiento de los consultorios locales con cargo al Fondo Local de Aragón. Estas subvenciones son gestionadas por los ayuntamientos. Deberíamos aprovechar estas convocatorias para mejorar las dotaciones.

- Buscar también el apoyo de los Ayuntamientos de los consultorios locales, para colaborar en tareas que puedan realizar ellos (transporte de material, sábanas, residuos...)
- Resolver cuanto antes el tema de acceso a resultados de pruebas a través de Internet. Este acceso es muy importante en todas partes, pero se hace más urgente y necesario en los lugares en los que la distancia alarga muchísimo los tiempos de recepción. Y normalmente es en los lugares donde más urgente es, donde más se tarda en implantar este tipo de mejoras.
- Respecto al tema de sustituciones, tenemos el mismo derecho que el resto del equipo a disfrutar de los días. Por lo tanto, es el coordinador de cada equipo el que debe ver la manera de cubrirlos, y eso forma parte de su trabajo. No está bien que en muchas ocasiones la única respuesta que recibe el pediatra es que no hay sustitutos o que los MAC no quieren hacer sustituciones de pediatría sin dar otras soluciones.
- Habrá que tener en cuenta las características de cada plaza para calcular la población asignada a ese cupo. Probablemente, y aunque no hay nada legislado al respecto, en cupos con mucha población menor de 7 años con desplazamiento a más de un núcleo poblacional, la población asignada no debería superar los 1250 pacientes.
- Los pediatras y médicos de familia deben de saber que en principio no es función del pediatra realizar las revisiones de niños no asignados al pediatra. No quita esto, el poder resolver una duda o colaborar los médicos de familia responsables de niños en cosas puntuales.

5 Formación continuada

Dificultades

- Dificultad para participar en sesiones formativas y cursos con compañeros de otros equipos o de hospitales de referencia.
- Las sesiones de tu propio equipo suelen ser siempre de temas de adultos.
- Los equipos suelen tener 1 o 2 pediatras como mucho, muchas veces no ubicados en el mismo lugar, lo cual dificulta también la posibilidad de revisar temas, hacer sesiones o consultar dudas con tu compañero.
- Dificultad para poder asistir o disponer de los días de formación, por falta de sustitutos, o porque estos días se incluyen en los días de pacto y en general los equipos asumen que son días sin sustituir, lo cual como ya hemos comentado es difícil de resolver, si no hay voluntad del coordinador de resolverlo (cerrando la consulta o sustituyéndolo).
- Problemas de acceso a internet, como medio también de formación y de consulta ante dudas que surgen en la consulta.

Líneas de mejora

- Ya que las dificultades de acceso a formación de los profesionales rurales son grandes, se debería facilitar al máximo la posibilidad de utilizar los 5 días de formación a los que se tiene derecho, facilitando la sustitución de los mismos.
- Esforzarse en conseguir el acceso a Internet en todos los consultorios.
- Posibilidad (ya comentada anteriormente) de hacer una sesión conjunta mensual de pediatras rurales (dentro de parte de horario laboral), para sesiones, casos clínicos, ...

- Priorización de las personas que ocupan plazas rurales en la concesión de cursos y programas tipo Focuss (en parte ya está contemplado).

Este es pues, el resultado de nuestra reflexión, que no pretende en absoluto, ser un conjunto de reivindicaciones para “vivir mejor”. Creemos que muchas de ellas buscan lo mejor para a población infantil rural, garantizando una atención de calidad, similar a la que reciben los niños de los núcleos urbanos. Creemos además que mejorar las condiciones de trabajo de los pediatras rurales, facilitará la cobertura de esas plazas, en un momento en que hay un déficit claro de pediatras, los cuales teniendo posibilidad de elegir no van a elegir la opción hoy por hoy más penosa, penosidad no premiada de ninguna manera. Y recordamos la urgencia a la administración de garantizar unos procedimientos de traslado y oposición cada dos años como marca el nuevo Decreto 37/2011 de selección de personal estatutario y provisión de plazas en los centros del Servicio Aragonés de Salud publicado en el BOA del 8 de marzo del 2011.