



**LA SITUACIÓN DE LA PEDIATRÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE
MADRID.**

**ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE
PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AMPAP) PARA LA ATENCIÓN
PEDÍATRICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID.**



Asociación Madrileña de
Pediatría de Atención Primaria
(AMPap)

Una de las principales características de la Atención Primaria (AP) en España es que la atención que se presta a la población infantil recae en los especialistas en Pediatría directamente. Esto hace que el nivel de salud de la población infantil española sea de los mejores del mundo desarrollado.

En los últimos años estamos asistiendo, en la Comunidad Autónoma de Madrid, a un aumento de población en general y de niños en particular. Además se da la circunstancia de una escasez de médicos especialistas en pediatría que se une a una desmotivación de los pediatras de Atención Primaria (PAP) en activo y una falta de interés de los pediatras recién formados por el trabajo en AP.

La desmotivación de los PAP y la falta de interés de los nuevos especialistas en la AP están influenciadas por varios aspectos, que luego detallaremos.

Los pediatras consideramos que lo mejor para los niños y adolescentes es ser atendidos directamente en el primer nivel asistencial por los especialistas en su salud, por lo que rechazamos cualquier solución que se base en la reducción de la edad pediátrica o en lo que se viene llamando "pediatra consultor" (niños atendidos por el MF, que deriva a un pediatra de referencia los casos complejos a su criterio), rompiendo la relación médico-paciente y la continuidad en la atención asistencial.

Por todo ello, la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, AMPap, como sociedad científica y asociación profesional, ha desarrollado el presente proyecto de nueva organización y nueva filosofía de la Pediatría de Atención Primaria que puede suponer una mejora de la atención infantil y una mejora de las condiciones laborales de los PAP.

Situación actual

1. Escasez de pediatras. No es posible mantener la cobertura de todas las plazas y turnos de trabajo actuales en los Centros de Salud con las plantillas actuales.
2. Presión sobre los médicos pediatras de Atención Primaria (AP) para cubrir las ausencias de forma directa, bien mediante la asunción de un exceso de cupo de pacientes en la misma jornada de trabajo, o en una jornada extra añadida a la normal (total de 13 horas/día).
3. Sobrecarga asistencial en algunos Centros.
4. Exceso de turnos de tarde en relación a los turnos de mañana.
5. Dificultades, a veces imposibles de salvar, para participar en actividades de formación continuada.
6. Escasez de enfermería pediátrica con dedicación y formación específica.
7. A estas reflexiones añadimos las publicadas en dos revistas de prestigio internacional. En la primera de ellas se reflexiona sobre el modelo europeo de provisión de servicios en AP y encuentra nuestro modelo de pediatría de atención primaria como el más coste/efectivo, ya que implica menos recursos, es más acorde con las particulares necesidades de los niños y disminuye las hospitalizaciones¹.

Nuestro modelo de pediatría de atención primaria ejercido por pediatras y una mayor inversión en Sanidad han demostrado ofrecer los mejores niveles de calidad asistencial para la población infantil¹

En Reino Unido², país que ha sido referencia de la asistencia integral a la población por parte de los médicos generales, desde el niño al anciano, se están planteando que su modelo de asistencia a la población infantil presenta graves carencias:

- por la complejidad de la atención pediátrica en los países desarrollados, donde al margen de las enfermedades clásicas son cada vez más frecuentes los problemas sociales y de comportamiento.
- por la falta de incentivación económica de las políticas de salud infantil.
- por la falta de vocación para trabajar con niños de los médicos generales,

¹ Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J y Ehrich JHH. Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training. Pediatrics 2002;109:788-796

² Hall D. Paediatrics and primary care: a view from the UK / Pediatría y Atención Primaria: una visión desde el Reino Unido. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7(28):659-93.

David Hall, profesor de Pediatría comunitaria del Institute of General Practice and Primary Care y David Swoden³, de la Universidad de Nottingham, en un editorial publicado en un prestigiosa revista médica, opinan que en el futuro los médicos de cabecera del Reino Unido podrían ser sustituidos en el cuidado de los niños por una nueva generación de pediatras generales. Por todo ello, se están planteando crear unidades pediátricas comunitarias

Conclusión:

El modelo de asistencia pediátrica en Atención Primaria por pediatras es un ejemplo a seguir por otros países. Si se administra con pasividad e indolencia, la Pediatría de Atención Primaria ejercida por pediatras perderá su carácter universal y quedará sólo al alcance de algunos sectores. Esta situación será difícilmente reversible una vez establecida.

Garantizar la calidad de la prestación sanitaria pediátrica en el sistema público, y por pediatras, es una demanda social que debería contemplarse como prioritaria.

Causas de la escasez de Pediatras disponibles para la pediatría de AP

1. Número de licenciados y MIR por debajo de las necesidades reales.
2. Entre la oferta de puestos de trabajo en AP y la pediatría hospitalaria (PH), los MIR de esta especialidad optan mayoritariamente por la segunda alternativa. Del mismo modo, optan por el ejercicio en el sector privado, en detrimento del sector público.
 - a. La formación del MIR de Pediatría cubre de forma insuficiente la oferta de Atención Primaria.
 - b. La Pediatría de AP es un destino profesional poco atractivo en las condiciones actuales.
 - c. La actividad privada constituye otra alternativa, elegida mayoritariamente por los residentes que terminan y causa también del abandono de pediatras que ya están en el sistema público, porque ven en la actividad privada una forma de compatibilizar la vida familiar y laboral.
3. A igualdad de jornada laboral y responsabilidad, las remuneraciones de los PAP son sustancialmente inferiores a las de los otros médicos de los C.S. debido a la actual ponderación de las tarjetas sanitarias individuales en pediatría-

³ Hall D y Sowden D. Primary care for children in the 21st century. General practitioners must adapt to the changed spectrum of illnesses. BMJ 2005;330:430-1

Limitaciones

Las propuestas están condicionadas por la necesidad de resolver algunos de los problemas planteados partiendo de una situación y limitaciones inevitables. Algunas propuestas se alejan de estándares de referencia óptimos, para hacerlas posibles y eficaces en la situación actual.

Cuestiones básicas de partida

1. Los Pediatras son los profesionales idóneos para atender a la población infantil a todos los niveles (incluida la AP). La figura del “pediatra consultor” (y la variante “pediatra de área”/ pediatra consultor e itinerante) no constituyen una solución a los problemas aludidos.
2. La edad pediátrica debe permanecer en los términos actuales.

Medidas a considerar ya para paliar la situación actual

A. Medidas a corto/medio plazo:

1. Derivación de aquellos cupos de pacientes de Pediatría no cubiertos por suplentes a los pediatras de Centros de Salud próximos (con la remuneración adecuada –punto 7b-).
2. Adecuar la magnitud de los cupos en función de factores como porcentaje de niños menores de 2 años de edad, nivel social, dispersión geográfica, etc., con cupos óptimos por pediatra que deberían estar en torno a 900-1.000.
3. Campaña institucional para la educación de los usuarios sobre el uso razonable de los recursos sanitarios
4. Formación específica en gestión de la demanda orientada a la situación y necesidades reales de los profesionales.
5. Disminución de la burocratización; desarrollar normas que regulen los certificados, recetas de urgencias y hospital, etc. ,acorde con el informe de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Madrid en el que, entre otras cosas, recoge que los médicos de urgencias y especialistas deben extender sus propias recetas.
6. Racionalización de las actividades preventivas.
7. Remuneración adecuada de la cobertura de pediatras ausentes por los pediatras del mismo CS. Se propone:
 - a. En distinto turno de trabajo: como una jornada extra (horas extras, “peonadas”), no como una jornada normal añadida.
 - b. En el mismo turno: como una jornada normal añadida. Se incluyen los casos en los que se asume pacientes de pediatras de otros Centros de Salud próximos.

8. El Servicio Madrileño de Salud debe asumir como un deber promover y facilitar la Formación Continuada en aspectos tales como: organización, presupuestos, etc.
9. Rotaciones del MIR de Pediatría en AP obligatorias, haciendo efectiva la normativa vigente.
10. Suplente de área con contrato a tiempo completo pero sin destino fijo y que cubra las ausencias de los titulares

B. Medidas a medio / largo plazo

11. Aumento del número de MIR de Pediatría.
12. Acreditación de los Centros de Salud para la docencia del MIR de Pediatría.
 - a. Unidades de Docencia en Pediatría mixtas hospital / AP.
 - b. Crear la figura del coordinador de Área de Pediatría (hospital / AP).
13. Reglamentar la participación de los Pediatras de AP en la urgencia hospitalaria.
 - a. Participación voluntaria.
 - b. Con libranzas garantizadas a cargo de profesionales extras a las plantillas de AP estándar.
14. Reglamentar la participación de los Pediatras de hospital en la AP.

Cambios en la organización de la Pediatría de AP

15. Centros de Salud más grandes, con plantillas de profesionales (entre ellos Pediatras de AP) más amplias.
16. En aquellas áreas sanitarias en la que la situación de déficit de profesionales sea suficientemente grave se podría plantear, de forma transitoria, la creación de Unidades pediátricas de Atención Primaria, de forma que aglutinen a los PAP de los EAP más cercanos. Como forma óptima, una Unidad Pediátrica debería estar constituida por 10 pediatras, cinco en turno de mañana (los que ya tienen ese horario de trabajo) y cinco en turno bisagra -de 11 a 18 horas- (los que actualmente están en turno de tarde). Además de médicos pediatras, debe contar con un número de enfermeras y de personal auxiliar de apoyo en un número que, en conjunto, sea igual o ligeramente superior al de los pediatras. Se impone la necesidad de establecer claramente las funciones que debe realizar cada uno de los profesionales que integran la Unidad.
17. Finalización de la actividad asistencial a las 18 horas, de lunes a viernes. En consonancia con lo que establece el *Libro Blanco de la Comisión Nacional para la Racionalización de los*

*horarios españoles*⁴ y su normalización con los demás países de la Unión Europea del Ministerio de Administraciones Públicas, que propone finalizar la jornada laboral a las 18 horas, recomendando que esta estrategia se impulse desde la propia Administración.

18. La atención “urgente” debe ser asumida por los dispositivos asistenciales ya existentes: 112, SUAP urbanos, urgencias rurales, urgencias hospitalarias.
 - a. La AMPap colaboraría en la formación específica de los profesionales no pediatras que trabajan en algunos de estos servicios.
 - b. Participación voluntaria de los Pediatras de AP en estos servicios. Con remuneración adecuada y libranzas garantizadas.
19. Organización de la actividad en un Centro de Salud, con:
 - a. Turnos de 8-15 horas, y de 11-18 horas, fijos o intercambiables.
 - b. Participación de los profesionales del Turno de mañana de forma voluntaria y remunerada en otros turnos.
 - c. Los cambios en la organización de los Centros de Salud podrían, en una primera fase, explorarse de forma provisional en algunos Centros para ajustar el modelo.
 - d. Estos cambios deberán extenderse al resto de profesionales de la AP de forma progresiva.
20. Necesidad de dotar a los Centros de Salud de una Enfermería pediátrica, con:
 - a. Redefinición del papel de la Enfermería.
 - b. Profesionales suficientes y específicamente destinados a la actividad Pediátrica. *Ratio* enfermería pediátrica / pediatra de 1.

⁴ Libro Blanco de la Comisión Nacional para la Racionalización de los horarios españoles y su normalización con los demás países de la Unión Europea. Ministerio de Administraciones Públicas.



Asociación Madrileña de
Pediatría de Atención Primaria
(AMPap)

DOCUMENTO ELABORADO EN MADRID, A 15 DE
SEPTIEMBRE DE 2007.

C/ Infanta Mercedes, 92, Bº 28020 Madrid. Tel: 915717051 Fax 915716913
Correo electrónico junta.ampap@gmail.com Internet: www.ampap.es