

## LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

### 1. INTRODUCCIÓN. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN Y PERSPECTIVA FUTURA.

En los últimos años la situación de la sanidad pública está empezando a ser vista con gran preocupación tanto por los gestores sanitarios como por los profesionales. Muchos médicos no pueden asumir ya las condiciones de trabajo existentes y buscan otras alternativas laborales, en España y fuera de ella. Estas condiciones laborales provocan un efecto huida cuya consecuencia principal es que no se disponga de suficientes médicos para poder mantener el mismo sistema organizativo en la atención sanitaria a la población en nuestra comunidad, sobre todo en algunos ámbitos como la atención primaria (AP) o las urgencias extrahospitalarias. Y las jubilaciones previstas en los próximos años unidas a la falta de recambio generacional auguran un futuro próximo aún peor si no se toman las medidas adecuadas. En su último informe sobre la situación socioeconómica y laboral de España, el Consejo Económico y Social estima que en 2030 el déficit de facultativos puede llegar hasta un 12%, desde el 2,9% actual. [http://www.ces.es/documents/10180/6058920/Memoria-CES-2018\\_capitulo3.pdf](http://www.ces.es/documents/10180/6058920/Memoria-CES-2018_capitulo3.pdf) En la pediatría de AP esta situación no es reciente, viene de más lejos, y a día de hoy podemos considerarla ya crítica<sup>1</sup>.

Los problemas complejos generalmente requieren de soluciones complejas, pero las administraciones no siempre abordan las cuestiones de fondo, sino que aplican muchas veces únicamente soluciones cortoplacistas. Este tipo de soluciones, ineficaces a largo plazo, actúan como parches permitiendo demorar las medidas realmente necesarias, hasta que el problema adquiere dimensiones mayores aún. Por ejemplo, la contratación de médicos de familia (MF) para cubrir consultas de pediatría en su momento, hace años, se utilizó como la solución más factible en lugar de elaborar un plan que garantizara un adecuado número de plazas MIR de pediatría y unas condiciones de trabajo competitivas en AP. Es de agradecer la labor de estos compañeros MF durante todo este tiempo, pero al seguir este camino no se abordaron las soluciones de fondo necesarias. Es más, las condiciones laborales en las plazas de pediatría de AP fueron empeorando a la vez que muchos iban abandonando la primaria, creándose un círculo vicioso del que hasta ahora no se ha sabido salir. En el momento actual, la solución de contratar MF en consultas de pediatría se ha agotado, porque existe también un déficit cada vez mayor de MF, por lo que nos encontramos de nuevo ante la tesitura, ya más desesperada, de si aplicar con decisión las soluciones verdaderamente eficaces o seguir evitándolas indefinidamente hasta que el modelo sea insostenible y fracase.

La atención diferenciada al niño de 0 a 14 años por pediatras en todos los niveles asistenciales ha contribuido a que en España se garantice una atención sanitaria de gran calidad a este sector de la población, especialmente vulnerable. La evidencia científica disponible muestra hoy en día las ventajas de este modelo. Una revisión sistemática realizada en 2011 por el Grupo de Pediatría basada en la Evidencia<sup>2</sup> demuestra que el pediatra es el profesional más adecuado para atender a los niños en AP. Una actualización reciente (2019)<sup>3</sup>, la revisión sistemática más completa realizada hasta el momento, que analiza más de 100 publicaciones científicas internacionales, llega a la misma conclusión. Se encuentran mejores resultados para los pediatras de atención primaria en comparación con los médicos no especialistas en pediatría en múltiples ítems como:

- Prescripción de antibióticos
- Control y manejo del asma
- Manejo de la otitis media
- Manejo de problemas mentales prevalentes (como TDAH, trastorno obsesivo compulsivo, depresión)
- Vacunaciones
- Prevención de riesgo cardiovascular
- Otras actividades preventivas
- Uso de tests diagnósticos
- 

Estos resultados se traducen en un impacto económico para el sistema sanitario, de ahorro de recursos, cuando hay especialistas en pediatría en el primer nivel asistencial. El poder de resolución de los pediatras disminuye el número de consultas hospitalarias ambulatorias, la frecuentación de la urgencia hospitalaria y el número de ingresos hospitalarios. La presencia de pediatras en AP es rentable económicamente para el sistema sanitario.

La población valora enormemente esta atención diferenciada y **sin duda es un valor que no deberíamos perder**<sup>4</sup>. Hay quien erróneamente piensa que este modelo es una excepción en los países de nuestro entorno, pero no es así. Aunque no existe un censo detallado de pediatras de AP en Europa, hay muchos países europeos donde la mayoría de los niños son atendidos por pediatras en AP. Aunque en las Islas Británicas, Países Bajos y Escandinavia no hay pediatras en AP, en el resto de los países de nuestro entorno son los pediatras los mayoritariamente encargados de la AP a los niños y adolescentes (ANEXO I).

Países que no tienen este modelo, incluso siendo más ricos, presentan indicadores en salud en la infancia inferiores a los de nuestro país. Por ejemplo, la calidad de los servicios sanitarios a la infancia en el Reino Unido, donde no hay pediatras en AP, es inferior a otros países europeos equiparables, como se demuestra por el aumento de mortalidad en el Reino Unido por causas que serían evitables con una mejor AP para los niños<sup>5</sup>.

En ocasiones se escuchan opiniones especialmente derrotistas abocando a la pediatría de AP a un final casi inevitable. Y efectivamente podría desaparecer tal y como la conocemos si se siguen demorando las medidas necesarias para revertir la situación. Pero algunas de estas voces minimizan el impacto que esto tendría, no ya solo para la atención de la población infantil, sino para la viabilidad de la atención primaria en su conjunto. Si no

va a haber pediatras para atender a los niños en AP, menos aún va a haber MF para atender a todos los niños y todos los adultos, en un contexto de escasez de MF como el que tenemos. Gran parte del problema ya creciente en la atención primaria de adultos proviene del número de MF destinados a paliar el déficit de pediatras en los centros de salud. **En nuestro sistema, el colapso de la pediatría de AP implica el colapso paralelo de la atención primaria de adultos.** Solo si más pediatras eligen trabajar en el primer nivel asistencial podrá mantenerse también la AP en su conjunto. Es necesario hacer más atractivo el trabajo en AP para que la oferta sea competitiva. Gran parte de esas condiciones laborales son compartidas por pediatras y MF por lo que si se mejoran, la AP atraerá a más pediatras y más MF. Si no se mejoran seguirá creciendo el problema en ambos colectivos.

Las condiciones laborales que pueden alejar a los profesionales de la atención primaria son múltiples, pero tres aspectos destacan por encima del resto: sobrecarga asistencial, horarios de trabajo y remuneración. Para muchos médicos jóvenes, de quienes depende el recambio generacional, quizás la posibilidad de conciliar su vida familiar y laboral con horarios razonables sea el factor más determinante. Mejorar estas condiciones para invertir la tendencia actual es una prioridad urgente.

## 2. RESULTADOS DEL PROYECTO PILOTO DE MODIFICACIÓN HORARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La Gerencia de AP dos años atrás decidió crear un Grupo de Trabajo formado por distintos profesionales de varias categorías, fundamentalmente pediatras, con el objetivo de analizar e intentar solucionar el problema de la pediatría de AP. Hecho que es de agradecer y así lo hemos manifestado los profesionales que atendemos a la población infantil. El trabajo de este grupo se plasmó en el Documento "Pediatría de Atención Primaria: Propuestas de mejora en el modelo de atención de la Comunidad de Madrid", cuyas conclusiones nos parecen en su gran mayoría perfectamente válidas a día de hoy. No obstante la gravedad de la situación, que sigue avanzando, y las experiencias acontecidas desde la publicación del documento, nos hacen replantear algunas cuestiones.

De las medidas de mayor impacto que se propusieron, se ha empezado a implantar una de ellas, relacionada con la modificación del horario de citas en atención primaria. Esta medida ha sido criticada desde determinados colectivos, pero la enorme necesidad que tiene la AP madrileña de adecuar su oferta horaria, ha hecho que la Consejería y la Gerencia de AP hayan persistido en el proyecto a pesar de las dificultades. Los pediatras de AP, que somos quienes más hemos sufrido las consecuencias del mantenimiento de una oferta horaria más amplia de lo que realmente los profesionales podemos cubrir, reconocemos los pasos que está dando la Administración en este sentido.

Tras una fase piloto los resultados han demostrado que en los centros que se han adherido al proyecto no ha habido problemas de tipo asistencial, la población se ha adaptado a la nueva situación, las reclamaciones han sido escasas y la satisfacción de los profesionales elevada. Incluso la accesibilidad de determinados cupos se ha incrementado al revertirse algunas reducciones de jornada. Sin duda ha merecido la pena.

La gran satisfacción mostrada por los profesionales tras el pilotaje se debe a que han podido mejorar su horario de trabajo y la conciliación de su vida laboral y personal, sobre todo porque la mejora derivada del nuevo horario de citación se ha sumado a las mejoras ya conseguidas previamente, como los turnos deslizantes. Y sin dar lugar a problemas asistenciales. Pero nos parece necesario recordar que la extensión de los turnos deslizantes y sobre todo la “calidad” de ellos (no es lo mismo un turno de 2 mañanas y 3 tardes que uno de 4 tardes y 1 acabalgado, por ejemplo) siempre ha sido menor en pediatría que para otras categorías. Por tanto, dado que en pediatría se parte de horarios peores, la mejora conseguida con el nuevo horario de citación seguirá siendo menor en pediatría que en otras categorías, salvo que se equiparen la cantidad y la calidad de los turnos de los que se parte. En general, las medidas que se han propuesto en otras ocasiones por los pediatras, un ejemplo son los turnos deslizantes, al implantarlas de forma general en toda la AP suelen acabar beneficiando en mayor medida a otras categorías que a los pediatras. Dicho de otra forma: para la cobertura de una accesibilidad horaria determinada, el esfuerzo que le supone a la pediatría siempre va a ser mayor que el que se le requiere a otras categorías con mayor número de profesionales por centro, salvo que exista un factor que corrija esta desigualdad.

En este sentido, este proyecto planteaba el desplazamiento de los pediatras de cada zona a partir de las 18.30 de la tarde a un centro cabecera para cubrir la asistencia hasta las 21.00 horas de forma centralizada. Se han encontrado no pocas dificultades en las zonas donde su aplicabilidad se ha planteado o sondeado por parte de los propios profesionales. Hasta el punto de que no ha sido posible articular esta centralización, fundamentalmente debido a la escasez de los profesionales y a los inconvenientes añadidos que conlleva en el caso de la pediatría. Esto nos lleva a temer por su aplicabilidad de forma generalizada, o incluso de forma amplia. Las causas pueden ser múltiples, pero los pediatras que han desistido de la idea han planteado dos dificultades principales:

- La necesidad de desplazarse, incluso varios Km, a mitad de la tarde. Lo cual implica un esfuerzo para acabar la consulta propia con tiempo suficiente para el traslado (a media tarde suele haber tráfico), aparcar, estrés de llegar a tiempo al otro centro etc. Un esfuerzo añadido que otras categorías profesionales más numerosas no necesitan hacer.
- La opción más que probable de que, debido a ausencias, bajas, permisos reglamentarios etc, el número de jornadas a cubrir hasta las 21.00 h por parte de cada profesional sea en la realidad mayor al inicialmente previsto, con el aumento de los días de desplazamiento subsiguiente. Teniendo en cuenta también que el porcentaje de ausencias suplidas suele ser menor en pediatría que en otras

categorías. De nuevo un mayor esfuerzo y un menor beneficio que el conseguido por otros compañeros incluidos en el pilotaje que pueden cubrir estas ausencias más fácilmente al ser más, y sin desplazamientos.

Al hacer constar estas dificultades no pretendemos en absoluto echar un jarro de agua fría sobre la propuesta llevada a cabo por la Gerencia de AP. Todo lo contrario. Apoyamos cualquier iniciativa que implique avanzar en el sentido correcto y esta desde luego que lo es. Pero si creemos necesario llamar la atención sobre la realidad de la pediatría de AP, la necesidad de contar con su peculiaridad y de al menos equiparar sus condiciones, sobre todo a nivel de horario de trabajo, al resto de los profesionales.

Creemos que se debe reconocer la situación de agravio comparativo que hemos vivido los pediatras todo este tiempo. Somos un grupo profesional que aun trabajando en el mismo nivel asistencial, no contamos con una plantilla equiparable en cuanto a número de profesionales, y la población a la que atendemos tiene unas características y ritmos vitales diferentes a la población adulta. Todo esto no se ha tenido nunca en cuenta y se ha exigido a nuestro grupo profesional un esquema organizativo y de permanencia horaria igual que otros grupos profesionales más numerosos.

Paralelamente se ha podido objetivar en este pilotaje y también en muchos centros donde hay pediatras pero no se puede cubrir toda la franja horaria o todas las tardes, que la población se va adaptando sin excesivos problemas y la demanda en los momentos donde no hay pediatra disminuye. Por otro lado, también se ha comprobado que en algunos centros, cuando los flujos de atención son correctos, la derivación de niños en esas circunstancias a los pediatras del centro cabecera o de centros cercanos es **muy escasa**. Esto se debe a que un porcentaje elevado de las consultas sin cita, especialmente en la última franja horaria del día, se deben a patología perfectamente demorable a cuando hay pediatra en el centro, bien al día siguiente o incluso demorable a la primera cita disponible. Pocos casos requieren derivación a un hospital y en general se hace directamente, y pocas situaciones requieren de una valoración intermedia **urgente** por un pediatra. Por tanto, **el esfuerzo que supone para la pediatría de AP garantizar esos puntos de atención hasta las 21.00 de forma generalizada nos parece que es desproporcionado en las actuales circunstancias** e implicaría seguir forzando a la pediatría de AP a cubrir una amplitud de oferta horaria tal que siga deteriorándola e impida realmente hacerla atractiva como destino laboral.

### 3. DOS FORMAS DIFERENTES DE AFRONTAR LA SITUACIÓN

Este problema grave al que nos enfrentamos puede manejarse de dos maneras diferentes:

1. Manteniendo a toda costa la misma oferta sanitaria a la población independientemente de su grado de importancia (de lo esencial o accesoria que esta sea). Esto solo se puede conseguir forzando a los profesionales, a atender más pacientes, a asumir cupos de plazas vacantes (antes ocupadas), a no poder mejorar

los turnos de trabajo por garantizar una asistencia horaria amplia e inamovible, etc. Este camino, que se ha seguido durante años, empeora aún más las condiciones de trabajo, ahuyenta a los profesionales y da lugar a un **círculo vicioso** en el que aún estamos inmersos.

2. Racionalizando la oferta sanitaria a la población. Con el objetivo de mantener la calidad de la atención prestada a nuestra población (por ejemplo que los niños madrileños puedan ser atendidos por pediatras), mejorar las condiciones laborales de los médicos en el momento presente y con una proyección futura haciendo atractiva la AP como destino profesional y laboral. Al conseguir fidelizar a los médicos que actualmente trabajan en AP y contar con más profesionales, más suplentes, menos vacantes, las condiciones de trabajo seguirían mejorando dando lugar a un **círculo de recuperación**. Este camino podría dar lugar a una dinámica correctora que finalice en una adecuación de los recursos humanos a las verdaderas necesidades sanitarias de la población en el ámbito de la salud.

Creemos que sin duda es el segundo camino el único que puede garantizar a medio o largo plazo una solución definitiva.

#### 4. EL ORDEN LÓGICO EN LA RACIONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Racionalizar la oferta sanitaria puede entenderse simplemente como un sinónimo de recortarla. Pero no es lo mismo. Racionalizar implica un análisis de los distintos niveles de accesibilidad que se ofertan, de cuáles son esenciales, accesorios o innecesarios, y en qué grado, de cuál es la secuencia racional que se debe seguir a la hora de adaptar esa oferta a la capacidad real que el sistema tiene para garantizarla y de cómo debe abordarse la situación para conseguir que la accesibilidad más importante no se vea finalmente, o incluso precozmente, afectada.

En este análisis podríamos centrarnos en 3 tipos de accesibilidad:

- Geográfica: es la más nuclear, la vocación que tiene la AP allí donde existe o pretende existir, de acercarse al entorno del paciente, a la comunidad donde el paciente vive o está (barrio, municipio). No es absoluta, nada lo es, y se puede perder, pero es la más importante.
- Horaria: también entra dentro de la accesibilidad necesaria, pero en este caso es más relativa. No es universal, y no hay más que ver los distintos países o comunidades autónomas, que tienen horarios de atención distintos.

- El acceso inmediato al médico por cualquier tipo de consulta o patología, incluso banal. La hiperdemanda y el consumismo sanitario. Podría considerarse un tipo de acceso al sistema sanitario innecesario.

Desde hace años en la Comunidad de Madrid se ofrece en AP un horario de atención muy amplio. Por otro lado, hay un porcentaje de la población que exige inmediatez de atención por cuestiones en muchas ocasiones banales y tiene acceso directo al médico, no teniendo establecido un circuito de atención alternativo a la cita previa, priorizado y explicado al ciudadano. El propio sistema no limita ese mal uso de forma efectiva.

Si tenemos un problema grave de falta de pediatras, que amenaza al sistema mismo, y no podemos seguir manteniendo la misma oferta, ¿por dónde una gestión razonable tendría que empezar a actuar? Parece lógico que el orden debería ser el siguiente:

- Empezar por la accesibilidad innecesaria. Precisamente porque es innecesaria y por tanto su pérdida no tiene repercusión sobre la salud de las personas. Es más, controlarla beneficiaría a todos, en especial a quienes usan adecuadamente el sistema sanitario. Por eso debería controlarse aunque no existiera ningún problema, como medida para proteger al sistema sanitario.

- Si esto no es suficiente y hay que ampliar las medidas (en teoría después de haber hecho lo anterior con decisión), habría que seguir con la adecuación de la accesibilidad horaria, que es más importante, pero relativa. La situación actual de la pediatría de AP quizás no permita solo aplicar el primer paso (actuar sobre la accesibilidad innecesaria) sino que exige aplicar ya los dos primeros (también sobre la horaria).

- ¿Y si todo esto no fuera suficiente? Es muy probable que los dos primeros pasos, unido a una adecuada dimensionalidad de las plazas MIR y al aumento de remuneración que necesitan todos los médicos de AP, fuera el camino correcto. Y quizás no haría falta ir más allá. Pero en el caso de que aún no se hubiera solucionado el problema, en último término y sólo en esa circunstancia, estaría justificado tocar una accesibilidad más nuclear como es la geográfica.

## 5. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Siguiendo con el orden antes descrito.

### a. La atención sanitaria innecesaria.

La mayoría de la población usa adecuadamente los servicios sanitarios y con responsabilidad. Debemos agradecerlo sin duda. Pero si hablamos de sostenibilidad del sistema sanitario qué duda cabe que un factor clave es la demanda de asistencia por parte de la población y el uso que se hace del servicio público. Y a un déficit de médicos en AP (absoluto o quizás solo relativo) se une una demanda cada vez mayor de asistencia sanitaria. Justificada en gran parte (envejecimiento etc) pero injustificada también en muchas ocasiones.

El fenómeno del paciente que acude sin cita previa a AP o a los distintos servicios de urgencia, sin motivo que justifique una atención inmediata no es ni mucho menos baladí en nuestro sistema sanitario. De hecho es un problema que **produce una gran sobrecarga y distorsiona el normal funcionamiento de las consultas**. Más aún cuando es el médico quien tiene que valorar en su consulta si es justificada la demanda del paciente, consumiendo un tiempo del que no se dispone. Además se genera en muchas ocasiones un conflicto con el paciente si el médico, que es quien puede diagnosticar y tratar, no lo hace, y se limita solo a “valorar” el grado de urgencia, derivando al paciente a la primera cita disponible. En la práctica, que sea sistemáticamente un facultativo quien “valore” cualquier solicitud de atención por parte del paciente la mayoría de las veces implica atender su demanda (o exigencia), sobre todo en los casos más banales en los que, tras la valoración, poco más queda por hacer. Y si no en muchas ocasiones tener que manejar una situación conflictiva. Esta dinámica no solo afecta a los pediatras, sino también a los MF y médicos de urgencias, y no favorece precisamente una correcta educación sanitaria que derive en un buen uso del sistema sanitario.

Gran parte del problema radica en que el concepto “urgencia” no es entendido de la misma manera por el médico que por el ciudadano/paciente. Para el primero se trata de una condición clínica de gravedad que debe ser atendida con la mínima demora y siempre justificada. Para el segundo se trata de una urgencia percibida, subjetiva, a veces precipitada por el entorno sociolaboral, donde en muchas ocasiones se busca más resolver la inmediatez y la conveniencia horaria de la atención que una verdadera situación clínica que requiera valoración inmediata. No encauzar adecuadamente esta atención está contribuyendo claramente a deteriorar más aun la asistencia en atención primaria. Debemos valorar la demanda del ciudadano e intentar darle respuesta pero no a costa de que sea el médico el primero y único en valorar tal situación, a costa de entorpecer su labor diaria con el resto de pacientes y de quitarle el tiempo del que no dispone, pudiendo articularse circuitos con implicación de otros grupos profesionales perfectamente capacitados para ello. En pocos sistemas sanitarios esa valoración la realiza solo y directamente un médico. Si se solucionara el gran problema del paciente sin cita y la hiperdemanda, la presión asistencial mejoraría y por tanto mejoraría uno de los factores que más empeora las condiciones de trabajo de los médicos. Algo imprescindible para que haya médicos que acepten esas condiciones de trabajo.

Para todo ello es importante la labor de enfermería y de las Unidades de Atención al Usuario (UAU). El personal de enfermería en este país es excelente y creemos que se debe



confiar en su capacitación para implicarse en este tipo de protocolos, a semejanza de lo que ya se realiza en otros muchos países y en otras comunidades autónomas.

Elaborar un plan de gestión compartida de la demanda, de manera global a nivel del Servicio Madrileño de Salud y en concreto, en lo que nos atañe, en la atención primaria, es un reto complejo pero **imprescindible**. No se trata solo de un filtro que ordene por gravedad a los pacientes que al final el médico va a tener que atender en el mismo día, lo justifique su patología o no. Sino un sistema que diferencie adecuadamente qué pacientes requieren una atención médica inmediata o en unas pocas horas, **cuáles pueden y deben esperar a acudir a su médico habitual, con cita**, y a cuáles se puede dar respuesta sin la intervención de un facultativo. Esto se podría abordar con la elaboración de protocolos consensuados, con el aval de la autoridad sanitaria, la intervención de todo el equipo y utilizando también otros recursos como el correo electrónico o valoración telefónica, experiencias ya contratadas y con resultados favorables en la gestión de este tipo de demanda

Hay quien diría que estamos descargando la responsabilidad de la situación de la sanidad en los pacientes. Sería una interpretación simplista de lo que queremos transmitir. La responsabilidad es compartida sin duda (políticos, gestores, profesionales, ciudadanos). Reafirmar que **la mayoría de la población** es consciente de la necesidad de usar correctamente los servicios públicos y hace un buen uso de ellos no es incompatible con el reconocimiento de que el sistema de salud, tal y como está estructurado hoy, contribuye a generar el fenómeno del mal uso que hemos descrito. Este uso inadecuado tiene una repercusión importante sobre el sistema sanitario, su calidad y su viabilidad. Y probablemente mayor de lo que mucha gente sospecha. Sería una irresponsabilidad no reconocerlo y no actuar sobre ello. Debe abordarse por el bien de todos y en concreto por el bien de la mayoría que actúa con total responsabilidad.

#### b. **El horario de atención:**

El horario de apertura de los centros de salud varía según las distintas Comunidades Autónomas (CCAA), tal y como quedó reflejado en el Documento "Pediatría de Atención Primaria: Propuestas de mejora en el modelo de atención de la Comunidad de Madrid". También en los distintos países de nuestro entorno. En la Comunidad de Madrid este horario de apertura es especialmente amplio. Como se ha comentado anteriormente, si las medidas encaminadas a reorientar la demanda injustificada no son efectivas, habría que seguir con la adecuación de la accesibilidad horaria. O actuar en ambos niveles si la gravedad de la situación lo requiere. Sobre todo si el horario de atención que se oferta es tan amplio que raya con lo innecesario, como es el caso de la pediatría de AP. Y aquí es pertinente recordar que los ritmos vitales de los niños, sobre todo los más pequeños que son los que más consultan, son distintos a los de los adultos (no trabajan, se acuestan antes, siempre deben ser cuidados por un adulto, con más razón si están enfermos). Resulta paradójico que todas las actividades dirigidas a la infancia tengan un horario propio diferenciado: horario escolar, horario de sesiones infantiles en cines, franja horaria infantil

en televisión, ....y que los pacientes pediátricos en consulta no lo tengan. No hay una necesidad real de mantener esa oferta horaria al final de la tarde en virtud de la salud de los niños. La mayoría de las veces se utiliza esa franja horaria para acudir al centro por patología banal, que no justificaría que los padres solicitaran permiso en el trabajo o sacar al niño de la escuela y que, en no pocas ocasiones, tampoco justifica en realidad la necesidad de una atención médica. Y mucho menos urgente o inmediata. Mantener a lo largo de los años un horario de atención tan amplio puede no haber contribuido a fomentar un uso adecuado del sistema sanitario.

Por otro lado, en las consultas cuyo horario es un turno deslizante, en las que puede darse accesibilidad a las familias algunos días hasta más tarde, difícilmente se justifica que el pediatra tenga que pasar consulta más de 2 tardes a la semana en función de una necesidad real de los pacientes.

Afortunadamente la patología verdaderamente urgente en nuestro medio, al menos hasta hoy, está adecuadamente e incluso excelentemente atendida las 24 horas del día y 365 días al año. En manos de todos está que a partir de ahora no se empiece a ver afectado lo más necesario por no saber racionalizar lo más innecesario.

Pero independientemente de ello, la realidad es que no hay profesionales para cubrir un horario de atención tan amplio en AP. Mantenerlo a toda costa ha exigido un esfuerzo grande a los profesionales y ha ido dañando al propio sistema. Como hemos comentado previamente, **este esfuerzo es considerablemente mayor para los pediatras que para otros estamentos**, al ser proporcionalmente muchos menos que los MF o profesionales de enfermería por ejemplo. Ofertar pediatra hasta las 21.00 h en todos los centros ha supuesto mantener plazas de tarde puras en mucha mayor proporción, muchas menos opciones de optar a turnos deslizantes, o hacerlo en peores condiciones, menos permisos etc. que compañeros de otros estamentos.

El acuerdo sobre turnos deslizantes, que establecía que todos los profesionales de un centro y de todas las categorías tuvieran derecho a acceder a ellos, no se ha cumplido de forma satisfactoria para la pediatría. En muchos centros de salud los MF y enfermeras de tarde pueden acceder a turnos con 2 mañanas, o incluso mejores, al ser más en número mientras los pediatras del mismo centro mantienen tardes puras o se les han concedido deslizantes mínimos, por ejemplo de 4 tardes y 1 día en horario bisagra. Aplaudimos y defendemos las mejoras en la conciliación de nuestros compañeros, hacia ello debemos caminar todos, pero esta situación supone un claro agravio comparativo entre profesionales y un impedimento real para que la pediatría de AP sea en su conjunto un destino atractivo para los pediatras. Más aún cuando debido a la especial gravedad de su situación y a la realidad de los horarios vitales de los niños, el desplazamiento de las consultas hacia una mayor atención en turnos de mañana estaría más justificado aún en el caso de la pediatría. Los pediatras jóvenes saben que, aunque de entrada se les pueda ofrecer una plaza de mañana o con buen horario, podrán disfrutarla por poco tiempo y cuando les llegue la oferta de plazas de la OPE de pediatría serán fundamentalmente plazas de tarde muy poco atractivas.

2-3 tardes a la semana de consulta es una oferta muy razonable para las familias. El criterio que muchas veces se ha seguido para denegar a los pediatras turnos deslizantes más aceptables y más parecidos a los que ya disfrutaban sus compañeros ha sido que para garantizar la asistencia no puede quedarse nunca un centro sin ningún pediatra. Mantener ese grado de cobertura es inviable para la pediatría. Pero más allá de ello, creemos que precisamente el “factor de corrección” que se necesita para que el esfuerzo de cara a mantener la accesibilidad horaria de la población a la AP sea similar para los pediatras que para otros estamentos, es que asumamos entre todos que habrá franjas horarias en los que en los centros no va a haber pediatra. Y que eso asistencialmente no debe ser un problema, como comentamos más adelante, si se orienta bien la demanda y se gestiona adecuadamente.

El hecho de que distintas categorías profesionales compartamos un ámbito de atención, como la AP en este caso, no significa que a nivel organizativo deban obviarse las peculiaridades de cada una. Sería como si en el ámbito hospitalario se quisiera establecer que todas las especialidades, por el hecho de trabajar en el mismo nivel asistencial tuvieran que atenerse a los mismos esquemas de trabajo, nº de guardias, horario, complementos de jornada etc. sin tener en cuenta las peculiaridades de cada especialidad, servicio o plantilla. En primaria existen diferencias claras por tipo de población atendida, número de profesionales por centro, escasez de profesionales etc.

Estamos asistiendo a un escenario poco entendible. Muchas plazas de pediatría de tarde se mantienen con condiciones horarias nada atractivas, hasta que los profesionales que ocupan esas plazas se van. Y solo cuando estas plazas quedan vacantes se ofertan con turnos de 3M y 2T (por ejemplo) para garantizar su cobertura. Y entonces la dinámica de funcionamiento del equipo se adapta, la población también y la situación en el equipo mejora claramente (también para los MF) con respecto a la alternativa de tener una plaza de pediatría vacante. Situaciones con plazas vacantes que serán cada vez más frecuentes si actuamos solo cuando los profesionales se han acabado marchando. A esto debemos añadir el descontento y frustración del profesional que esté sobrellevando su turno de tarde (que puede ser incluso el único propietario del equipo), sin mejoras posibles, y que asiste atónito a estas concesiones de mejora, oportunas y necesarias, pero que a él le están siendo vetadas, generando gran inequidad.

Creemos que la Gerencia de AP debe impulsar la instauración de turnos deslizantes suficientemente atractivos **en todas las plazas de tarde de pediatría** (salvo que el profesional concreto que la ocupa lo rechace y prefiera mantener su turno actual). No puede quedar al arbitrio de cada equipo o director de centro. Se trata de cumplir el acuerdo de turnos deslizantes ya existente cuyo espíritu va en la dirección de que todo el equipo tiene derecho a conciliar, incluso los profesionales únicos. El argumento de que si no hay pediatra algunas tardes o en algunas franjas horarias no se puede garantizar la asistencia es indefendible en un escenario en el que cada vez aparecen más reducciones de jornada y plazas de pediatría vacantes. Vacantes que van apareciendo debido, entre otras causas, a

esa interpretación que muchos centros hacen del acuerdo y que siempre perjudica al pediatra.

Como se ha comentado previamente, hay experiencia de algunos centros en los que hay pediatras pero no en horario completo, en los que la derivación de niños en esas franjas horarias sin pediatra, valorados previamente en sus centros de salud, a los pediatras de centros cercanos por una necesidad asistencial **justificada** es poco más que testimonial. Probablemente porque la población va adaptándose al horario en el que el pediatra pasa consulta y también debido a que las situaciones en las que la patología justifica esa derivación son realmente escasas.

Tras el pilotaje reciente de cambio horario se ha podido comprobar como de nuevo el esfuerzo para mantener esa accesibilidad hasta las 21.00 h es mayor para la pediatría de AP que para otras categorías. Hasta el punto de tener dificultades como hemos comentado para conseguir agrupar un número suficiente de pediatras en centros cabecera hasta las 21.00 h. Es más, si se parte de los horarios actuales, el resultado de la aplicación del cambio en el horario de citas que se ha pilotado en más Equipos de AP tendería a ser en muchos centros pediatras trabajando 4 días hasta las 18.30 horas y 1 día (como mínimo) hasta las 21.00 desplazándose a otro centro y el resto de estamentos con unas condiciones horarias sensiblemente mejores y además sin desplazamientos. **Igualar los horarios de los que se parte** permitiría también que el gran beneficio que se ha vislumbrado tras el pilotaje fuera similar para todos.

Los pediatras de AP en la Comunidad de Madrid pensamos que la **pediatría de AP ya no está en disposición de poder ofertar una accesibilidad horaria hasta las 21.00 h, ni todos los días en cada centro ni tampoco de forma centralizada a partir de una hora determinada como solución general**. El horario de atención debe adecuarse a lo que razonablemente los pediatras podemos cubrir y a las necesidades reales de la población desde el punto de vista sanitario. Seguir forzando la situación solo puede dar lugar a un mayor deterioro y que el recorte de accesibilidad a la población acabe siendo mayor impacto, por ejemplo en la accesibilidad geográfica.

Consideramos que el camino a seguir debe ir en la línea planteada en la Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi, donde se plantea que si en algún momento es necesario una reorganización de la asistencia debido a la falta de profesionales es menos lesiva una actuación sobre la accesibilidad horaria que una actuación que reduzca la accesibilidad geográfica.

[http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_departamento/es\\_def/adjunto\\_s/atencion-primaria-euskadi.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjunto_s/atencion-primaria-euskadi.pdf) (Acción 30):

**“Con carácter general se mantendrá la actual distribución de pediatras en las diferentes UAP, priorizando el ajuste horario de la actividad asistencial hacia horarios de mañana frente a la concentración de pediatras.**

*Una de las características básicas más importantes de la AP y mejor valorada por la ciudadanía es la accesibilidad y cercanía de este nivel asistencial. • En la actual red asistencial, la concentración de*

*servicios pediátricos precisaría de la reordenación no sólo de profesionales, sino también de espacios, soporte administrativo, etc. • Para muchas personas disminuir los puntos de atención pediátrica supondría establecer una situación de desigualdad en el acceso. Esto sería especialmente relevante en zonas rurales y periféricas, precisamente donde las desigualdades entre la población son mayores y hay mayores dificultades para la contratación de pediatras”.*

En la Comunidad de Madrid no sería fácil de entrada implantar a corto plazo un modelo de atención pediátrica en AP con horarios solo hasta las 15.00. Por eso proponemos profundizar de entrada en los turnos deslizantes como mínimo en igualdad de condiciones que el resto de categorías, intentado mantener un grado de accesibilidad horaria aceptable. No obstante, si las medidas no se implantan con la suficiente determinación y celeridad, podría llegar a requerirse reducir aún más el horario de atención pediátrica, a semejanza de otras CCAA.

Además, esta actuación, como en la medida anterior para reducir la hiperdemanda, es una de las claves para mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales al reducir la penosidad horaria, y contribuiría a solucionar el problema de fondo.

Entendemos que igualmente se pueda abrir un debate acerca de si el horario en la atención a adultos puede mantenerse o no en los parámetros actuales. Nos consta que entre los MF hay opiniones diferentes. Algunos piensan que a medio largo plazo habrá también que modificarlo e incluso cerrar los centros de salud a media tarde y los hay que defienden que sus pacientes sigan pudiendo acceder a su MF en el mismo horario que ahora. Y que se trata solo de remunerar adecuadamente esa penosidad en los turnos de tarde. Es un debate que quizás en un tiempo no muy lejano tendrá que resolverse, pero entre los pediatras, como ya se ha comentado, hay un convencimiento bastante generalizado de que la pediatría de AP no puede hoy en día sostener el esfuerzo que implica el mantenimiento del horario actual. Esfuerzo que es considerablemente mayor que para otros estamentos.

### **c. La accesibilidad geográfica**

Tal y como recoge el documento aprobado en Euskadi, de cara a mantener el principio básico de la atención primaria y por tanto la figura del pediatra de cabecera y a garantizar la equidad e igualdad en el acceso a la atención pediátrica, cada dispositivo que cuente con una población de niños suficiente debe disponer de un pediatra. Priorizando el ajuste horario de la actividad asistencial frente a otras soluciones como la concentración de pediatras. Más aún cuando, un adecuado control de la demanda innecesaria y de los pacientes sin cita, que debería realizarse previamente al planteamiento de este otro tipo de medidas, puede disminuir notablemente la presión asistencial.

Solo si ninguna de las medidas previas de racionalización de la atención dieran resultado, sería planteable concentrar pediatras de forma prolongada o definitiva en centros cabecera. En primer lugar en los centros urbanos o dentro de un mismo municipio, con mayor posibilidad de transporte y acceso para la población, y en último término agrupando municipios distintos. Recurrir a esta medida de forma prematura sería de nuevo un parche a corto plazo que puede intentar ocultar la necesidad de tomar las medidas de fondo antes descritas, y que deberían implantarse primero. Al mismo tiempo que se dañaría la accesibilidad más necesaria para la población por no querer reducir la más accesoria.

En algunas ocasiones se ha planteado la concentración de pediatras en periodos vacacionales, ante la imposibilidad de encontrar suplentes. Podría ser una opción desde luego antes de optar por restringir el derecho a vacaciones de los profesionales o negarlas una vez concedidas, lo cual supondría ahondar en el círculo vicioso. Pero por las mismas razones antes expuestas y a semejanza de lo planteado en otras CCAA, la alternativa de reducir el horario de atención hasta las 15.00 h debería ser considerada en esas circunstancias de forma prioritaria, pues supone un menor impacto para la población infantil de esos centros (y para los MF). Restringir la accesibilidad geográfica en periodo vacacional manteniendo el mismo amplio horario de atención en el centro de agrupación (y más aún sin actuar sobre la demanda injustificada) no sería razonable. **Ni sería aceptable tampoco concentrar pediatras en determinadas épocas como un paso previo a la concentración definitiva**, sin antes abordar las medidas de peso que podrían evitar esta medida, haciéndola innecesaria.

## 6. PROPUESTA DE HORARIO DE ATENCIÓN EN PEDIATRÍA DE AP

Creemos que el cambio del horario en pediatría debe comenzar, como hemos planteado antes, garantizando el derecho de los pediatras a conciliar su vida personal y laboral de la misma manera que otros estamentos que acceden desde hace tiempo de forma muy extendida a turnos deslizantes lo suficientemente amplios. Creemos que forzar a las plazas de pediatría de tarde a cubrir más de 12-15 horas semanales de atención a partir de las 15.00 h no es viable hoy en día y es además contraproducente. Nuestra propuesta consiste en implantar turnos de 3 mañanas y 2 tardes o turnos de 2 mañanas, 2 tardes y 1 día de turno acabalgado (11.00-18.00) en todas las plazas de pediatría de tarde. No se debería forzar a ningún pediatra a realizar más horas de tarde salvo que voluntariamente lo prefiera. La gran mayoría de los MF pueden acceder a este tipo de turnos y los pediatras deberían tener derecho a conciliar su vida laboral y familiar de igual manera.

Esta propuesta garantiza que en los centros más grandes con un mínimo de 3 pediatras de tarde pueda haber a diario un pediatra hasta el cierre del centro. En los centros con 2 pediatras de tarde habría un día de la semana en que no habría pediatra de tarde, o no lo habría ese único día a partir de las 18.00. En los centros con un solo pediatra de tarde habría dos tardes y media sin pediatra. Debería priorizarse la suplencia de los permisos

solicitados en los días de consulta de tarde, y si no se encuentra suplente, asumir que el número de días sin pediatra por la tarde podría aumentar.

Creemos que cada pediatra puede tener libertad a la hora de elegir un turno acabalgado diariamente hasta las 18.00 h o un turno deslizando con las características previamente descritas, según sus necesidades de conciliación. En función también de las características del centro y de los turnos que pueden disfrutar otros compañeros de otros estamentos. Eso sí, sin que las horas o los días de tarde que el pediatra tenga que asumir sean superiores a lo anteriormente descrito. Eso supondría seguir negando la solución y seguir transitando por el camino que nos ha llevado hasta la situación actual.

Estos horarios de los pediatras de tarde (acabalgado o deslizando) podrían verse mejorados si su centro se incorpora al proyecto de modificación de citas pilotado recientemente, al igual que ha sucedido para los MF de los centros piloto. En ese caso, si el horario previo es ya aceptable y se dan otro tipo de condiciones (cercanía geográfica, disposición de los profesionales etc) que favorezca una agrupación de pediatras para cubrir urgencias de 18.30-21.00, podría contemplarse en algunas zonas. Pero esta opción organizativa **no puede ser condición sine qua non** para que los pediatras puedan tener un turno de trabajo aceptable, ya que quizás en muchas zonas esta opción o no sea factible o lo sea solo a costa de mantener plazas con condiciones escasamente atractivas. Más aún cuando el esfuerzo se realizaría para atender en esa franja horaria en su gran mayoría consultas banales o demorables.

También podría mejorarse el horario en las situaciones en las que un pediatra de mañana de forma voluntaria quisiera cubrir una parte de esas 12-15 horas de atención vespertina. O si en un futuro se aprueban turnos de mañana mixtos (4 mañanas y 1 tarde) como algún colectivo ha propuesto. La remuneración adicional que se pudiera aprobar como compensación por trabajar por la tarde debería aplicarse de forma proporcional a las horas de tarde trabajadas por cada profesional, aunque en la pediatría de AP es prioritario la reducción de la penosidad horaria frente a la compensación económica de la misma, como se comenta más adelante.

Aquellos pediatras que quieran mantener voluntariamente su horario de tarde, o más horas de esas 15, o más tardes dentro de un turno deslizando, no se deberían convertir en punto de derivación de pacientes de otros cupos, sean de su centro o de otros centros. Los sistemas de gestión compartida de la demanda tendrían que actuar filtrando lo que verdaderamente requiere una atención pediátrica urgente para evitar una sobrecarga excesiva de estos profesionales. Creemos que el escaso número de niños que necesitarían en esas franjas horarias acotadas ser derivados desde sus centros de salud para una valoración pediátrica **que no pueda demorarse al día siguiente**, pueden ser asumidos sin problema por las urgencias pediátricas hospitalarias. Y como alternativa, en aquellos lugares donde sea factible y partiendo siempre de las condiciones antes descritas, por una agrupación de pediatras a partir de las 18.00 h.

## 7. EL IMPACTO SOBRE LA MEDICINA DE FAMILIA

La medicina de familia empieza a estar ya en una situación preocupante, también por falta de profesionales que quieran trabajar en AP. Hay quien dice que en una situación ya igual que la pediatría. No creemos que sea así ya que en pediatría más de 30% de las plazas están ocupadas por médicos no pediatras, lo cual habla de un déficit real de pediatras mucho mayor. Pero sin duda la presión asistencial cada vez mayor sobre los MF es un hecho. Los pediatras deseamos que la sobrecarga que para nuestros compañeros pueda suponer el grave déficit de pediatras sea reducida al mínimo posible, mientras se van tomando medidas que contribuyan a mejorar la situación de todos.

Es por tanto este un reto al que nos enfrentamos, el cómo adecuar este cambio necesario en la atención al niño afectando lo menos posible a los compañeros MF. El camino debería ser el mismo: **implantar las medidas de reorganización de la atención por el orden lógico**. Empezar por la accesibilidad más innecesaria, lo cual reduciría mucho la presión asistencial y la carga sobre el médico. La implantación de protocolos de gestión compartida de la demanda efectivos que deriven al paciente sin cita que no necesita una atención médica inmediata al momento en que haya disponible una cita, o al menos, aunque sea forzado, al momento en que haya pediatra en el centro, puede mejorar mucho la situación. Precisamente este tipo de protocolos pueden empezarse a implantar **en los momentos en que no haya pediatra en un dispositivo**. Incluso si se comienza por el segundo escalón (horario de atención) sin abordar el primero, como en el reciente pilotaje, lo que se ha visto en los centros que han participado es que al reducir la oferta horaria se ha reducido también considerablemente la demanda a esas horas. Si además de ello, se hubiera empezado por el primer paso estableciendo sistemas de control del paciente sin cita que eviten que todo tenga que pasar por el médico, el número de niños a atender se vería realmente muy reducido. **Los MF no tienen por qué valorar todo lo que entra por la puerta del centro cuando no hay pediatra. Si lo hacen es porque no se ha dado el primer paso y no se filtra la demanda innecesaria**. Sabemos que toda medida de cambio precisa de un tiempo, y que la población, adecuadamente informada acerca de cuándo pasa consulta su pediatra, puede adaptarse a ello.

Mediante el camino (y el círculo vicioso) seguido hasta ahora, que los pediatras cubran en todos los sitios hasta las 21.00 h sin acabargar ni deslizar la mayoría de ellos (y además con nulo control al paciente sin cita), hemos intentado que la escasez de pediatras en AP no influya en los compañeros MF. Pero esta opción ya no solo es inviable, sino que se ha demostrado contraproducente y la propia tozudez de la realidad la está haciendo desaparecer en muchos centros. Es inevitable por tanto que en algunos momentos los MF tengan que atender a algunos niños, pero es posible que eso se pueda reducir a lo realmente imprescindible. La alternativa que se ha seguido hasta ahora ya se está agotando. Y seguir forzando a la pediatría a cubrir un grado de accesibilidad al que no puede llegar al final dará lugar a escenarios peores para los pacientes. Y también para los MF. Es un reto compaginar eso con las necesidades también crecientes de los MF pero **la mejoría en la situación de la atención a adultos difícilmente podrá llegar si no es de la**



**mano de la recuperación de la pediatría de AP.** El riesgo de que por ejemplo al final acabe centralizándose totalmente la asistencia pediátrica supondría una repercusión sobre los MF mayor aún (y para los pacientes), porque en la gran mayoría de centros no habría entonces pediatra nunca. Eso supondría, entre otras consecuencias, que los MF tendrían una mayor probabilidad de tener que atender patología infantil emergente y grave, pues estos pacientes no suelen acudir al centro de referencia, sino al centro más cercano. Y sobre todo, porque llegar a ese punto supondría haber seguido perdiendo profesionales en la pediatría de AP y probablemente también en la medicina de familia. Un número de MF insuficiente ya incluso hoy para asumir la atención de la población adulta, cuanto más de toda la población. Creemos que no podemos aceptar que llegue a este escenario sin antes haber hecho todo lo posible para solucionar el problema de fondo.

## 8. OTRAS MEDIDAS TAMBIÉN NECESARIAS

Hemos querido separar las medidas expuestas hasta ahora de las demás que se expondrán a continuación porque las primeras son las más necesarias y urgentes, las que más pueden afectar a la calidad de las condiciones laborales de los profesionales y las que están totalmente en manos de la decisión de la Consejería. Son medidas imprescindibles, urgentes y no reemplazables por ninguna de las que se exponen a partir de ahora.

### a. Adecuación de las retribuciones de los médicos de atención primaria

Es evidente la desproporción entre la calidad de la sanidad pública española, en concreto la AP, y la remuneración de sus profesionales en relación a los países de nuestro entorno, particularmente los facultativos. Tanto en el sueldo básico como en la gratificación del esfuerzo complementario: doblajes, reparto de pacientes etc. **Es necesario mejorarlo** pues se trata de uno de los tres factores que más condiciona a los médicos a la hora de elegir la AP como destino profesional, junto a la saturación asistencial y los horarios de trabajo. Consideramos que es el tercer factor en prioridad, ya que sin reducir la sobrecarga asistencial ni modificar los horarios laborales habría que incrementar la remuneración de tal manera para atraer a más profesionales que sería difícil conseguir la financiación necesaria.

La Comunidad Autónoma tiene capacidad para aumentar el presupuesto que se destina a la AP, no solo para construir infraestructuras o dotarlas de material sanitario, sino también para mejorar la remuneración a los profesionales en aquello que es de su competencia, por ejemplo el pago de las horas extraordinarias (doblares) o de la sobrecarga añadida (repartos). Sin olvidar el pago pendiente de la Carrera Profesional que debería ser lo primero en ser garantizado pues supone, y lleva suponiendo desde hace muchos años, un gran agravio comparativo entre compañeros.

Especialmente incomprensible es la situación de los pediatras que trabajan en centros donde hay plazas vacantes de pediatría durante meses. Pueden asumir una población de facto hasta incluso del doble a la habitual durante meses sin remuneración específica alguna. Cuando la administración está dejando de pagar un sueldo íntegro por tener esa plaza vacante. Incluir esa situación en la recientemente implantada Adenda, pensada para remunerar situaciones de reparto de pacientes en ausencia de suplentes, con un presupuesto limitado y a repartir entre todo el equipo, no parece una medida suficiente.

Por otro lado, en aquellos aspectos que no dependen directamente de la Comunidad de Madrid, como el aumento del sueldo base de los facultativos, si es tarea de los responsables políticos autonómicos instar a la Administración Central a través de los organismos en los que participan (como el Consejo Interterritorial de Salud) a hacer las modificaciones legales pertinentes para que sea posible.

Como se ha comentado anteriormente nos parece prioritario adecuar la accesibilidad horaria en pediatría de una forma firme y decidida. El pago de la penosidad en los turnos de tarde debería quedar matizada por esta premisa. En pediatría de AP no puede ser esa una manera de intentar mantener un horario insostenible por medio de una compensación económica, que globalmente sería del todo insuficiente frente a los horarios que los pediatras han tenido que mantener a lo largo de estos años para garantizar el horario hasta las 21.00 h. La proliferación de reducciones de jornada, que se revierten cuando en las plazas se mejora claramente el horario de trabajo, demuestra que este punto no es fundamentalmente cuestión de dinero, sino de eliminar o reducir esa penosidad. Si se consiguiera aumentar la remuneración sin cambiar el horario de tarde, la consecuencia probable sería el aumento del poder adquisitivo de los médicos más jóvenes para poder mantener las reducciones de jornada o incluso para solicitar más.

#### **b. Adecuación de las plazas MIR de pediatría a las necesidades del sistema sanitario**

Es una de las medidas más necesarias a medio largo plazo, pero la inacción en este punto de la Administración durante años ha conseguido que se convierta ya también en una necesidad urgente. Se debe realizar una adecuada planificación de las necesidades y **optimizar al máximo la capacidad formativa del sistema**. La Comunidad de Madrid no tiene competencia directa en este aspecto pero si puede instar a la Administración competente a dar los pasos necesarios y garantizar una adecuada financiación para aumentar las plazas MIR en los hospitales madrileños.

A corto, medio y largo plazo es necesario un aumento sustancial de la oferta de plazas MIR de pediatría, planificado a nivel nacional y considerando las necesidades de recambio generacional. A nivel autonómico se debe aprovechar al máximo la capacidad de formación de residentes de los grandes hospitales madrileños.

Quizás sea ya necesario plantear medidas para que los MIR una vez terminado el periodo formativo deban trabajar unos años en la sanidad pública, para revertir en la sociedad lo que ésta invierte en su formación.

Por último deberían garantizarse e incluso ampliarse los periodos de rotación de los residentes de pediatría y de los estudiantes pregrado por AP, pero a la par que se mejoran las condiciones laborales, ya que en ocasiones esta medida, siendo necesaria, puede volverse contraproducente y alejar a los futuros pediatras de la AP al comprobar in situ su poco atractiva perspectiva laboral.

### **c. Priorización de la AP frente al hospital a la hora de la contratación de pediatras una vez terminado el periodo de formación MIR.**

Todos los problemas de salud infantil que puedan ser asumidos en AP deben ser atendidos en AP. La eficiencia de la Pediatría de AP es mayor, y los profesionales están más cercanos a las familias y disponibles sin las barreras del nivel hospitalario.

Es poco comprensible que se acepte o se fomente la derivación de recursos humanos y materiales desde AP al nivel hospitalario considerando el inmenso retorno en salud que genera la AP. La contratación de los pediatras jóvenes (a menudo con contratos precarios y de guardias) en los hospitales del SERMAS debería limitarse al mínimo, como se ha planteado recientemente por el Servicio Vasco de Salud (estrategia para la AP en Euskadi). **Donde se necesitan urgentemente pediatras es en AP y desde el SERMAS debería planificarse en este sentido.**

Requerimos que se plantee una normativa similar a la propuesta en Euskadi (acción 31) [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_departamento/es\\_def/adjuntos/atencion-primaria-euskadi.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/atencion-primaria-euskadi.pdf)

Proponemos también que en las OPEs de pediatría de AP se establezcan mecanismos que permitan que las plazas que quedan afectadas por una excedencia tras ser elegidas por un pediatra que no tiene intención de incorporarse a la primaria, puedan ser ocupadas por los pediatras que si tienen interés en incorporarse, respetando el orden de puntuación en la OPE.

### **d. Enfermería pediátrica en todos los centros**

Los profesionales de enfermería son uno de los pilares fundamentales en la atención sanitaria en el primer nivel de atención. Su formación y cualificación es excelente. Para nosotros es una prioridad contar con profesionales de enfermería dedicados mayoritaria o exclusivamente a la atención pediátrica, atención diferenciada de la del adulto, y establecer y definir con ellos campos competenciales de actuación. Pensamos este debe ser el camino a trabajar, con proyección de futuro, donde los esquemas de enfermera comunitaria versus enfermería pediátrica dejen paso a este enfoque centrado en dar la mejor atención a la

población infantojuvenil a cargo de un equipo multidisciplinar capacitado para ello e ilusionado con tal misión.

El desarrollo de las especialidades de enfermería, especialmente la enfermería pediátrica, supone un aspecto esencial en AP con la mejora de la atención a la población infantojuvenil, con criterios de seguridad y calidad, especialmente en la implantación de consejos de salud y vacunación.

#### **e. Mayor presencia de los pediatras en puestos de gestión**

El pediatra siempre ha sido y será minoritario en los EAP: uno de cada 4-5 facultativos. Pero su presencia en las estructuras de gestión del SERMAS es meramente testimonial: no hay pediatras en las gerencias ni direcciones médicas. Es necesaria una política activa que aumente la participación de la Pediatría de AP en las estructuras de gestión. Debe favorecerse también una participación proporcional de los pediatras en comisiones (intracentro, Direcciones Asistenciales y del área única), en las estructuras de relación con la comunidad y en la dirección de los centros de salud.

La figura esencial de los coordinadores de pediatría es poco conocida y valorada fuera del ámbito de atención infantil. Su papel no debería limitarse a mera transmisión de información, sino que debería aumentar su participación en la toma de decisiones siendo adecuadamente valorado y remunerado.

#### **f. Gestión desde Recursos Humanos de los nuevos profesionales**

La gestión realizada desde Recursos Humanos en lo que respecta a la captación y contratación de profesionales, tanto médicos de familia como pediatras, creemos que es muy mejorable, y así lo hemos manifestado en diferentes ocasiones. Siendo los médicos jóvenes un recurso escaso, debe hacerse un esfuerzo para atraerlos y fidelizarlos en AP.

#### **g. Cartera de servicios adecuada**

En el momento actual dentro de la cartera sólo hay indicadores de promoción de salud, y detección precoz de patologías y maltrato, seguimiento de asma y obesidad. En farmacia hay pocos indicadores específicos. Está por diseñar una cartera de servicios para pediatría de atención primaria que ponga en valor y mida la actividad real de los centros de salud en relación a la infancia.



**Firmado:**

**JUNTA DIRECTIVA AMPAP**

**JUNTA DIRECTIVA AEPap**

**JUNTA DIRECTIVA SEPEAP**

**JUNTA DIRECTIVA SPMYCM**

**COORDINADORES DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

## **ANEXO 1- LA SITUACIÓN DE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (PAP) EN EUROPA.**

Los últimos 20 años se han realizado varios intentos de análisis de los distintos modelos de Atención Primaria (AP) a los niños en Europa.

Las comparaciones entre los países europeos se han basado principalmente en el profesional médico encargado de atender a los niños en AP, que en algunos países es un médico general (o médico de familia o general practitioner – en adelante GP) y en otros un pediatra de AP (en adelante PAP). La situación más frecuente es un sistema mixto donde unos niños son atendidos por PAPs y otros por GPs.

Los tres estudios principales publicados en los últimos 20 años se basan en opiniones de expertos, mediante encuestas a informadores clave que a menudo no ejercen en AP sino que son profesionales del nivel terciario o profesores universitarios. No existen en la mayoría de los países registros fiables del número total de profesionales implicados en la AP a los niños y adolescentes.

Un factor añadido que dificulta la comparación entre países son los distintos sistemas sanitarios. A la división clásica entre países con modelo Beveridge (o sistema nacional de salud sostenido con impuestos) y modelo Bismarck (ligado al trabajo con provisión mediante aseguradoras), se añade la existencia de aseguradoras privadas que se constituyen en un sistema paralelo que convive con el sistema público de salud.

Por todo ello, la división de los países europeos de acuerdo con el profesional médico implicado en tres categorías: basado en PAPs, basado en GPs, y mixto, es un intento de simplificar una situación muy compleja, y a menudo puede llevar a conclusiones engañosas. Existe una tendencia por parte de los responsables de los sistemas sanitarios en muchos países europeos, a calificar la PAP como una “anomalía minoritaria” en Europa. Nada más lejos de la realidad. Aunque en las Islas Británicas, en los Países Bajos y en Escandinavia no existen PAPs, en muchos otros países de nuestro entorno europeo (Alemania, Austria, Italia, Francia, Hungría, Suiza, Croacia, Eslovenia, República Checa, Eslovaquia, Grecia, Lituania, Chipre) la AP de los niños está mayoritariamente en manos de pediatras. La presencia de pediatras en AP no es una excepción dentro de nuestro entorno, más bien al contrario.

Es evidente que algunos países como Portugal incluidos “oficialmente” en la categoría de sistema basado en GPs, tienen en realidad un sistema mixto con muchos niños atendidos por pediatras. En dichos países un número elevado de familias han optado por un aseguramiento privado paralelo para disponer de pediatra, y muchas familias que no disponen de los recursos para contratar un seguro privado utilizan las urgencias pediátricas de los hospitales públicos para poder acceder a un pediatra. El resultado es que aunque la sanidad pública no ofrece PAP, las familias que pueden permitírselo llevan a sus hijos al pediatra en la sanidad privada. No sería deseable para los niños y adolescentes españoles

un futuro similar, con deterioro de la equidad en el acceso a los profesionales idóneos y uso inadecuado de recursos esenciales como los servicios de urgencia hospitalarios.

La comparación entre los diversos sistemas sanitarios en cuanto a la AP a los niños en Europa es muy difícil, tanto por la abundancia de factores implicados, como por la ausencia de datos y estudios adecuados. Muchos factores económicos y sociales influyen en los resultados en salud, además de la organización del sistema sanitario, lo que dificulta la comparación entre los distintos países.

Los estudios existentes están basados en modelos que se han desarrollado con una perspectiva basada en los adultos, y no se han realizado suficientes estudios centrados en los niños.

La realidad es que los niños son prácticamente invisibles en cuanto a la investigación y análisis de datos y política sanitaria en Europa. El resultado es que se aplican los datos de los adultos a decisiones de política sanitaria que afectan a los niños, cuando las necesidades de los niños son distintas de las de los adultos.

Fuentes:

- European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP) en: [www.ecpcp.eu](http://www.ecpcp.eu)
- MOCHA (models of child health appraised) en: [www.childhealthservicemodels.eu](http://www.childhealthservicemodels.eu)



## **Bibliografía**

1. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en España en 2018. Pedro Gorrotxategui Gorrotxategui; Cesar Garcia Vera; Agustin Graffina Lojendio; Concepción Sánchez Pina et al. Miembros de la Junta Directiva y de las asociaciones federadas de la AEPap. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20:e89-e104.
2. Buñuel Alvarez C, Garcia Vera C, Gonzalez Rodriguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina R. What medical professional is the most adequate, in developed countries, to provide health care to children in primary care? Systematic review. Rev Pediatría Aten Primaria 2010;12:s9-72.
3. Aparicio Rodrigo M y cols, pendiente de publicación.
4. Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) sobre el modelo de asistencia infantil. Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Rev Pediatr Aten Primaria. 2016;18:e239-e245.
5. Wolfe I, Cass H, Thompson MJ, Craft A, Peile E, Wieggersma PA, et al. Improving child health services in the UK: insights from Europe and their implications for the NHS reforms. BMJ 2011;342:d1277. doi:10.1136/bmj.d1277.





# LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

## RESUMEN EJECUTIVO

Ante la situación de la Pediatría de AP los representantes de los pediatras de atención primaria solicitamos a la Administración una serie de medidas de calado para garantizar la atención a la población infantil y salvar el modelo de Pediatría de Atención Primaria (AP). Estas medidas que ya no se pueden demorar más ni sustituir por planteamientos cortoplacistas que sigan posponiendo las soluciones de fondo.

Estas propuestas pueden ser divididas en tres niveles en cuanto a necesidad, trascendencia y urgencia. Es necesario priorizar y asegurar su implantación en el orden de prioridad descrito pues lo contrario, empezar por las medidas de menor calado sin abordar las cuestiones fundamentales no será eficaz ni suficiente.

## MEDIDAS DE PRIORIDAD 1

1. **Medidas encaminadas a mejorar las condiciones laborales de los pediatras de AP, evitar la fuga de pediatras y atraer pediatras hacia la AP.** Solo de esta manera se podrán cubrir las plazas vacantes, recuperar el número de pediatras necesarios en AP y dejar de derivar médicos de familia (MF), cada vez más escasos, hacia la atención infantil.
  - a) Disminuir la sobrecarga asistencial: solo se conseguirá si se controla la demanda innecesaria mediante mecanismos efectivos de gestión compartida de la demanda. Asegurar por ejemplo un número de citas máximo en una agenda o un tiempo mínimo para cada paciente es irreal sin un cambio en la gestión de los pacientes sin cita. Es necesario regular el acceso del paciente sin cita evitando que sea el médico quien valore directamente el grado de urgencia o la demorabilidad de la asistencia. Establecer protocolos adecuados y garantizados por la autoridad sanitaria que permitan demorar la asistencia médica no urgente al momento en que esté disponible una cita o haya pediatra en el centro.
  - b) Mejorar la conciliación de la vida laboral y familiar: la política de garantizar horarios de atención hasta las 21.00 en todos los centros aboca a los pediatras a un mayor

esfuerzo que otros compañeros. Los pediatras de tarde debido a su reducido número en los equipos de AP siguen manteniendo horarios muy incompatibles con la vida familiar. Esto afecta sobre todo a los pediatras más jóvenes de quienes depende el recambio generacional.

## 2. Medidas encaminadas a racionalizar la atención que se ofrece a la población.

Justificadas por dos razones fundamentales. Primero porque los recursos son limitados y en el momento actual insuficientes para mantener un esquema de atención como el que tenemos y que se ha dejado agotar. En segundo lugar porque también es nuestra responsabilidad orientar a la población en la utilización racional de un recurso público y preciado como es el sistema de salud.

Solo se puede garantizar la misma oferta con menos profesionales si se fuerza a estos de tal manera que sus condiciones laborales empeoren aún más, cerrándose el círculo vicioso. Es necesario adaptar y racionalizar la accesibilidad que se ofrece a la población a los recursos humanos disponibles. Este proceso debe empezar por aquella atención más innecesaria o accesorio. El orden sería el siguiente:

- a) Evitar el uso inadecuado del sistema sanitario: la accesibilidad directa al médico que actualmente se les ofrece a los pacientes sin cita en AP o en los servicios de urgencia distorsiona las consultas habituales, perjudica a los pacientes que usan correctamente el sistema y sobrecarga a los profesionales. Esta accesibilidad innecesaria sería la primera sobre la que se debería actuar con protocolos adecuados de gestión compartida de la demanda. Contribuiría además a hacer más atractivo el trabajo en AP (punto 1a)
- b) Racionalizar el horario de atención: La accesibilidad horaria es importante pero no es la más nuclear en la AP. Muestra de ello es la gran variabilidad que existe en horarios de atención en los distintos países o Comunidades Autónomas (CCAA). Actuar sobre ella sería por tanto el siguiente paso. El esfuerzo que supone para la pediatría de AP garantizar un horario hasta las 21.00 h, probablemente más innecesaria para la población infantil que para la adulta, ha contribuido enormemente a la situación actual de falta de pediatras. La pediatría de AP en la Comunidad de Madrid no está en disposición de poder ofrecer una atención horaria completa. Este es un paso hoy en día ya imprescindible para poder garantizar una atención adecuada a la población infantil y seguir evitando la fuga de profesionales (punto 1b). La propuesta concreta sobre el horario de atención en pediatría de AP se desarrolla en el apartado correspondiente del documento.

Como puede observarse, las medidas de mayor impacto para hacer más atractivo el trabajo en AP enfocadas a la mejora de la presión asistencial y de los horarios de trabajo coinciden con las medidas que afectan a la accesibilidad menos esencial. Si

fuera al revés el camino a seguir no sería tan evidente, pero siendo así es difícil justificar un planteamiento o un camino distinto.

- c) Accesibilidad geográfica: al ser la más nuclear en AP solo debe ser recortada a la población si todas las medidas anteriores han sido implantadas con decisión y no han sido efectivas. En la línea de lo planteado ya en otras CCAA y por algunos Servicios de Salud como el vasco, es prioritario garantizar la presencia de pediatras en todos los centros en los que haya población infantil suficiente, aunque sea con un horario más reducido.

### **El impacto sobre la medicina de familia**

La problemática que sufre la Atención Primaria afectando gravemente a la pediatría y que hemos referido a lo largo del presente documento, también empieza a afectar a nuestros compañeros médicos de familia. Las propuestas para aliviar la sobrecarga asistencial son perfectamente extrapolables a ellos. También aquellas medidas enfocadas a plantear horarios de atención que permitan la conciliación, medidas que hoy en día están más extendidas entre la MF que en la pediatría. Pero en cualquier caso pensamos que la mejora en la atención a la población adulta difícilmente podrá llegar si no es de la mano de la recuperación de la pediatría de AP. Solo manteniendo la opción seguida hasta ahora (pediatras en todos los centros hasta las 21.00 h) es posible que la escasez de pediatras en AP no influya nada en los compañeros MF. Pero esta opción no solo es inviable, sino que se ha demostrado contraproducente y la propia inercia de la realidad la está haciendo desaparecer en muchos centros. Ciertamente es que el colectivo pediátrico al ser menor en número se encuentra en una situación más crítica desde hace años y ello exige tomar decisiones valientes, no demorables por más tiempo.

Pensamos que la puesta en marcha de las medidas referidas requerirá un tiempo de adaptación del sistema donde se reajusten los flujos de población y el trabajo en equipo. Es en ese tiempo de transición donde pensamos puede haber repercusión en los compañeros médicos de familia, pero siempre será mucho menor de lo que se está viviendo desde hace tiempo por la falta de pediatras. De hecho, pensamos que si no se toman las medidas necesarias para hacer sostenible la pediatría de AP, la situación de la medicina de familia empeorará aún más.

La puesta en marcha de los procedimientos de gestión compartida de la demanda, así como la información clara a la población será la forma de ir asumiendo los cambios en ese tiempo de transición. Con protocolos adecuados de gestión compartida de la demanda la mayoría de los pacientes que acudan a un centro sin cita cuando no hay pediatra no deben ser derivados a la consulta del MF sino dirigidos a la primera cita disponible con su pediatra habitual. Estos protocolos son básicos en la solución global del problema (puntos 1a y 2a) y

pueden implantarse de forma prioritaria en las franjas horarias en las que no hay pediatra en cada centro.

## MEDIDAS DE PRIORIDAD 2

### 1. Adecuación de las retribuciones de los médicos de atención primaria

Es el tercer factor que más influye a la hora de hacer más atractivo el trabajo en AP. Es necesario incrementar el sueldo base para hacerlo competitivo con otras opciones laborales, así como la retribución de la sobrecarga laboral por doblajes y repartos (adenda). Es probablemente una cuestión de Estado, pero la Comunidad de Madrid debe aumentar la retribución en aquello que sea de su competencia e instar a la Administración Central a hacerlo en lo que depende de ella.

Los médicos que asuman durante más de un mes los pacientes de una plaza vacante deben ser retribuidos adecuadamente por ello mediante una remuneración específica y diferente de otros conceptos como la adenda.

### 2. Adecuación de las plazas MIR de pediatría a las necesidades del sistema sanitario

Se ha convertido ya en una necesidad urgente. Se debe realizar una adecuada planificación de las necesidades y optimizar al máximo la capacidad formativa del sistema. La Comunidad de Madrid no tiene competencia directa en este aspecto pero si puede instar a la Administración competente a dar los pasos necesarios y garantizar una adecuada financiación para aumentar las plazas MIR en los hospitales madrileños.

A corto, medio y largo plazo es necesario un aumento sustancial de la oferta de plazas MIR de pediatría, planificado a nivel nacional considerando las plazas vacantes y las necesidades de recambio generacional. A nivel autonómico se debe aprovechar al máximo la capacidad de formación de residentes de los grandes hospitales madrileños.

Plantear medidas para que los MIR una vez terminado el periodo formativo deban trabajar unos años en la sanidad pública, para revertir en la sociedad lo que ésta invierte en su formación.



Dar a conocer mejor la Pediatría de Atención Primaria. Para ello debería estar presente en la formación pregrado de forma reglada y proponemos ampliar los periodos de rotación de los residentes de pediatría por AP.

### MEDIDAS DE PRIORIDAD 3

1. Priorización de la AP frente al hospital a la hora de la contratación de pediatras una vez terminado el periodo de formación MIR.
2. Enfermería pediátrica en todos los centros
3. Mayor presencia de los pediatras en puestos de gestión
4. Mejorar la gestión desde Recursos Humanos de los nuevos profesionales
5. Cartera de servicios adecuada

**Firmado:**

**JUNTA DIRECTIVA AMPAP**

**JUNTA DIRECTIVA AEPap**



**JUNTA DIRECTIVA SEPEAP**

**JUNTA DIRECTIVA SPMYCM**

**COORDINADORES DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA**