

PROPUESTA DE MÍNIMOS EXIGIBLE PARA LA ORGANIZACIÓN DE UNA CONSULTA DE CALIDAD EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Transcurridos ya más de 20 años de desarrollo del modelo de Atención Primaria (AP) en la sanidad española, los pediatras que desempeñamos nuestra actividad laboral en los Centros de Salud hemos comprobado paulatinamente como nuestras consultas sufrían una sobrecarga asistencial que, al final, repercute en el deterioro de la calidad de la asistencia ofrecida a los niños y adolescentes de nuestro país. Por ello, desde el Grupo de trabajo de temas Profesionales de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) se proponen los siguientes aspectos como necesarios y definitorios de una consulta de calidad en pediatría de AP.

1. **Integración en equipos de AP.** El lugar en el que se ubique de forma idónea la consulta de pediatría de atención primaria han de ser los equipos de AP actualmente existentes. Se pretende un trabajo interdisciplinar para un desarrollo integral de la mejor atención al niño, realizada por el pediatra del equipo como figura esencial en la puerta de entrada de la población infantil al sistema de salud.
2. **Segmento de edad de la población a atender.** Dentro de los equipos, la atención de los niños de 0 a 14 años debe ser desempeñada por los pediatras. De 14 a 18 años (adolescencia) se debe dejar opcionalmente decidir a la población entre pediatra o médico de familia, para en un futuro (y cuando se integre la formación sobre adolescencia en la formación MIR de pediatría) asumir plenamente la atención a este segmento de edad. Esto exige un esfuerzo de compensación en cuanto a incremento de plantillas. Por otra parte, consideramos inherente al puesto de trabajo el derecho de todo pediatra a trabajar exclusivamente en la especialidad para la que es contratado, por lo que no se nos debe exigir que de forma ordinaria o en turnos de Atención Continuada, prestemos atención sanitaria a población adulta.
3. **Número de pacientes asignado a cada pediatra.** Se considera un número óptimo de niños por pediatra de 800, con un máximo de 1.000. Cuando la dispersión geográfica aumente, el número óptimo habrá de disminuir. En aquellos cupos que comprendan población más joven, o que atiendan a una población con mayores problemas sociales o de elevada proporción de inmigrantes en ningún caso se recomienda rebasar el número de 800 niños por facultativo.
4. **Relación con Enfermería.** Se considera necesaria la existencia de la figura del profesional de enfermería específicamente dedicado a la pediatría, en los equipos de AP. Debería existir una ratio pediatra: enfermero/a de 1:1. Las competencias de cada profesional deben quedar claramente delimitadas. Las responsabilidades de enfermería serían fundamentalmente el seguimiento de los programas del niño sano y las tareas de prevención (vacunaciones) y promoción de la salud, tanto a nivel individual (educación sanitaria a pacientes y familiares) como en forma de actividades de educación sanitaria para grupos y colectivos. También la realización de pruebas complementarias en la consulta (recogida de muestras, test rápido de detección de estreptococo, tiras reactivas en orina, siembras de orina, impedanciometrías, audioscan, optotipos, espirometrías, etc.), y, de forma supervisada, la realización de curas de heridas y vendajes de lesiones traumáticas, serían parte esencial de su tarea en la consulta pediátrica. Finalmente, las tareas de educación sanitaria a pacientes y familiares de estos, con enfermedades crónicas (asma, enuresis, obesidad, etc.) se consideran como parte esencial del cometido de enfermería de pediatría en A.P. Cuando no se cubra la ratio de 1:1, el personal de enfermería que se designe para apoyar la labor del pediatra, aún a tiempo parcial, debería de asumir todas las funciones anteriormente explicitadas, lo que exige una adecuada formación específica en temas pediátricos.

5. **Horario laboral.** 7 horas de actividad diaria, de Lunes a Viernes. Considerar la actividad laboral en Sábados y festivos como horario extraordinario, y sólo exigible de forma voluntaria.
6. **Consulta de Demanda.** Estimamos necesario disponer de un tiempo medio de 10 minutos para cada paciente en consulta de demanda. El número óptimo de pacientes a atender en consulta de demanda y día se establece en 15-20 niños/día
7. **Consultas Programadas.** Aumentar las vistas programadas por patología crónica y disminuir las del programa del niño sano. La potenciación de la enfermería pediátrica adecuadamente formada, permitiría compartir tareas de las visitas programadas del niño sano y aumentar los tiempos destinados a los programas de seguimiento de niños con patologías crónicas. Dedicar 20 minutos a cada visita programada, y un número óptimo de 3-5 visitas programadas por día.
8. **Atención Continuada.** De forma voluntaria y para atender a los niños menores de 14-18 años fuera del horario laboral ordinario.
9. **Atención a Demanda no citada (“urgencias”).** Establecimiento de protocolos de motivo de consulta para que personal de admisión o de enfermería, filtre las consultas de demanda que no puedan obtener citación previa (por rebosamiento).
10. **Atención Domiciliaria.** Exclusivamente se contemplará para los casos de enfermedades crónicas que obliguen al niño a permanecer en su domicilio. Solamente en casos excepcionales se justifica la asistencia a urgencias en domicilio.
11. **Supresión de la actual figura del Pediatra de Área.** Establecer fórmulas diferentes a la del actual Pediatra de Área para la atención pediátrica a los niños de zonas rurales poco pobladas y dispersas. La situación actual no satisface al profesional ni, en bastantes casos, a la población atendida por ellos.
12. **Formación Continuada.** Promoción desde las Administraciones de la formación permanente de los profesionales. Facilidades para la realización de cursos de actualización (dietas, becas, sustituciones, etc.), que permita la actualización de conocimientos sin depender de la financiación de la industria farmacéutica. Valoración en los baremos de oposiciones, traslados y carrera profesional, de los cursos de formación continuada. El frecuente aislamiento de los pediatras de AP imposibilita en muchas ocasiones, la formación continuada específicamente pediátrica (sesiones clínicas etc..) en los centros de salud, por lo que es necesario arbitrar otras fórmulas que permitan equiparar la formación continuada pediátrica a la del resto de colectivos de AP.
13. **Fomento de las actividades investigadoras.** Contemplar en horario laboral, espacios para docencia e investigación. Creación en las áreas de salud de equipos de investigación en atención primaria pediátrica que impartan formación y promuevan actividades investigadoras.
14. **Acceso a pruebas diagnósticas y coordinación con atención especializada.** Posibilidad de solicitar un amplio abanico de pruebas diagnósticas para aumentar la capacidad resolutoria de nuestro estamento. Adecuada coordinación con las diferentes especialidades pediátricas.
15. **Carrera profesional.** Posibilidad de ascender en categoría profesional y retribuciones según diferentes criterios (años de ejercicio, cursos de formación, actividades docentes y de investigación, y tutorización de médicos residentes de pediatría y medicina familiar y de alumnos de medicina).
16. **Retribuciones.** Aumento de las cantidades que se pagan por tarjeta sanitaria (fundamentalmente de los segmentos de 0-2 y 3-6 años) para obtener retribuciones comparables a las de los restantes facultativos de los centros de salud. Incentivos por penosidad de turno, jornada deslizante y turno de tarde. Productividad variable en función de cumplimiento de objetivos “de calidad” (no solo criterios economicistas de ahorro en gasto farmacéutico). Claridad y celeridad en la incorporación a las retribuciones de los nuevos niños captados (sobre todo recién nacidos).

17. **Traslados y Oposiciones regulares.** Sistemas serios y regulares de provisión de plazas. Oferta de plazas para traslado y oposición con una periodicidad idealmente anual, pero nunca superior a dos años. A negociar los baremos en los traslados (que no valoren única y exclusivamente la antigüedad).
18. **Informatización.** Historia Clínica única y digitalizada. Adecuación del programa del niño sano a los programas informáticos. Informatización eficaz y eficiente que agilice, en lugar de entorpecer, la dinámica de la consulta.
19. **Desburocratización de las consultas.** Se considera imprescindible el apoyo administrativo en las consultas. Todas las tareas administrativas que llevamos a cabo (rellenar volantes, petitorios, informes, etc.) podrían ser realizadas en su mayoría por personal administrativo. No hace falta que dicho personal esté en la consulta, pero podrían terminar de rellenar los informes y peticiones y gestionar las agendas en los servicios administrativos del centro. Asimismo, solo debemos expedir los certificados e informes que diferentes normativas legales determinen como tarea específica del Pediatra de AP.
20. **Refuerzos y Sustituciones.** En las épocas demostradas de epidemia, para evitar el desbordamiento de las consultas, personal contratado con ese cometido puede apoyar la tarea de los profesionales visitando a todos los pacientes que rebosen en las citas ordinarias, y mientras dure la onda epidémica. Se hace necesario además, que se sustituya a los pediatras de primaria cuando por motivos de vacaciones, formación, días de libre disposición, etc., se ausenten. La no sustitución de algún compañero, puede suponer una sobrecarga extraordinaria de la consulta de los demás pediatras.
21. **Medidas estructurales moderadoras de la demanda.** Sin querer limitar la accesibilidad de los pacientes al sistema público, desde nuestra perspectiva se hace necesario tomar algún tipo de medida que evite la incorrecta utilización de los servicios sanitarios. Fórmulas para fomentar el uso racional de los servicios de salud, deben de ser promovidas por las Administraciones.
22. **Carta de servicios realista.** Es una evidencia que hasta la fecha, la carta de servicios de los centros de salud en su ámbito pediátrico, no valora en toda su dimensión la actividad que llevan a cabo los pediatras. Parece que exclusivamente se desarrollen actividades de revisiones del niño sano y vacunaciones. Se hace necesario que se contemplen diferentes programas para patología crónica (asma, enuresis, etc.), y se desglosen las actividades desempeñadas dentro de los programas del niño sano.
23. **Mayor formación específica en Atención Primaria.** Se considera fundamental incluir en la rotación de los residentes de Pediatría un periodo obligatorio de docencia, en centros de salud con acreditación docente para la formación específica de pediatras, y durante un tiempo mínimo de 6 meses.
24. **Calendario de Vacunaciones y Documento de Salud Infantil.** Procurar un único calendario vacunal y un mismo documento de salud infantil para todo el territorio español. Es asimismo deseable, que se ponga en marcha un modelo de Historia Clínica, informatizada o no, unificada para todos los centros de AP pediátrica del país.

Diciembre de 2003.

Grupo de Trabajo de Temas Profesionales de AEPAP