

## **El ejercicio profesional de la pediatría.**

### **Problemas profesionales del pediatra de APS en Andalucía.**

Da medida de la importancia que concedemos a los temas profesionales la frecuente realización de mesas y talleres sobre el ejercicio profesional de la Pediatría, en reuniones en las que tradicionalmente se han venido resolviendo cuestiones científico-técnicas de nuestro quehacer.

En nuestro caso la justificación de aparición como tal asociación fue una concepción de la formación dirigida a patología de alta prevalencia y con un enfoque eminentemente práctico, tal como nos conviene y es lo adecuado para nuestra práctica en los Centros de Salud, y una mayor atención a los temas profesionales.

Tenemos tan claro que lo laboral es competencia de empresarios, trabajadores y organizaciones sindicales como que no renunciamos y aspiramos a ocuparnos de todo aquello que incida en la actividad que desempeñan los pediatras de Atención Primaria de Salud en Andalucía, que no otra cosa es la profesión, y a plantear opciones de cambio/mejora de aquello que consideremos inadecuado.

La coincidencia entre las distintas fuentes en los temas del área de lo profesional son amplias. Se coincide en reclamar para el pediatra de Atención Primaria un perfil profesional propio, diferenciado y especializado; el establecimiento de un cupo óptimo o máximo en función del derecho de niños y adolescentes a una atención de calidad; una cartera de servicios más acorde con nuestra realidad asistencial, la provisión periódica de plazas y el establecimiento de una carrera profesional, se considera que la formación continuada debe convertirse en una prioridad y se considera de justicia se revise el sistema retributivo para eliminar diferencias entre profesionales con la misma función y especialización; se aborda la ampliación de la edad pediátrica hasta los 18 años, se considera necesaria la participación de los pediatras de atención primaria en la elaboración de programas y protocolos en los que debe sustentarse la atención al niño y se solicita la existencia de representantes de los pediatras en la Administración Sanitaria (1,2,3,4).

En Andalucía se ha puesto el énfasis en aspectos retributivos, concretamente en lo relacionado con el pago capitativo, los cupos pediátricos y demandar un reconocimiento del hecho diferencial, de la peculiaridad de la atención al niño en el primer nivel del sistema sanitario público de Andalucía que no entendemos esté reconocida ni por tanto atendida. Con lo que esto implica de reducción de los cupos, de solicitud de recursos tales como la enfermería pediátrica y de cambios organizativos que sin ninguna duda afectarían favorablemente a la calidad de nuestro trabajo.

### **Ratio pediátrica.**

¿Cuántos niños debe tener asignados un pediatra de atención primaria?. Difícilmente podemos contestar a esta pregunta si se pretende una respuesta objetiva, fundada en hechos científicos, solidamente establecida y ampliamente admitida. Sin embargo el número de niños o si se quiere expresado de otra forma, el número de recién nacidos / año asignados es el principal determinante de la presión asistencial (12) y por tanto del stress profesional del pediatra de Atención Primaria de Salud (APS).

Actualmente uno de los problemas más importantes para los médicos que trabajan en primaria es la sobrecarga; la presión asistencial se considera excesiva y creciente (8,18). La presión de la demanda puede limitar la oferta de servicios (7). Aunque nuestro modelo organizativo está basado en una zonificación sanitaria, la unidad de prestación básica sigue siendo el cupo de

pacientes asignado a cada médico (18). La única forma de evitar inequidades en un modelo asistencial como el nuestro es la asignación de recursos per cápita y establecer para cada recurso un mínimo exigible por debajo del cual no se garantiza la calidad, lo cual conduce a la definición de un tope de usuarios asignados a cada médico (5).

En el territorio del antiguo INSALUD se rigen por el Real Decreto 1575/1993 de libre elección de médico en los servicios de atención primaria que en su artículo 7 estableció un cupo óptimo de 1250-2000 ciudadanos para los médicos de familia y 1250-1500 para los pediatras, ampliable en un 20% como cupo máximo lo que supone unos 1.800 niños.

En Andalucía, el Decreto 257/1994 de 6 de septiembre reguló la libre elección de médico general y pediatra. En su desarrollo, la Orden de la Consejería de Salud de 9 de junio de 1999 establece como cupo óptimo de medicina general el de 2.600 unidades y de pediatría 2.720 unidades, el cupo máximo establecido es de 3.380 unidades en medicina general y de 3.536 unidades en pediatría. Se considera que los usuarios de 4-64 años constituyen una unidad de asistencia y que los menores de 4 años y los mayores de 64 constituyen tres unidades de asistencia. Esto supone un máximo de 2.736 niños por pediatra de los que 400 tienen menos de 4 años.

No es en absoluto una expectativa realista pretender con el volumen y calidad de la demanda actual, atender a tal número de niños por pediatra. En este caso la normativa no atiende a la realidad social y asistencial en nuestras consultas. De hecho en ningún lugar de nuestro Sistema Nacional de Salud ha sido posible la aplicación de tan desmesurados cupos. En Andalucía, además, no se ha respetado la tendencia lógica asumida por todos de que en atención al derecho del niño a una asistencia de calidad y por las peculiaridades que su atención requiere, el pediatra debe tener menos personas asignadas que el médico de familia y desde el año 1.995 el criterio de dimensionamiento para la planificación de la plantilla de Facultativos en los Centros de Atención Primaria que se viene utilizando, y que se mantiene en la actualidad, es de un Facultativo por cada 1.500 habitantes. En aplicación de este criterio se llegaron a amortizar algunas plazas de pediatría que se convirtieron en plazas de medicina general.

El proceso de transferencias realizado en el antiguo territorio INSALUD ha puesto en marcha iniciativas de revisión de los cupos en la mayoría de las comunidades, algunos de los cuales enumeramos a continuación tal como aparecieron en la prensa profesional desde hace un año: Según el Servicio Gallego de Salud "en pediatría se ha alcanzado una cobertura del 100 % de la población con un ratio de 800 niños por profesional". El Gobierno Aragonés y los sindicatos del sector sanitario alcanzaron un pacto, que con el nombre de "Acuerdo por la Sanidad en Aragón " contempla, entre otras cuestiones, la disminución del número de pacientes por médico, hasta alcanzar un máximo de 1.500 tarjetas por médico de familia y 1000 por pediatra. La Consejería Riojana mantiene su oferta de 1600 pacientes por médico y 1000 por pediatra con máximos de 1840 y 1150 TIS respectivamente. El Consejero de Salud de Cantabria manifiesta que las cifras de partida son que ningún médico de familia sobrepase las 1.900 cartillas y los pediatras tengan un máximo de 1.200. No parece aventurado deducir que este proceso va a conducir a establecer un ratio en el conjunto del Estado que no superará los 1000 niños por pediatra, si es que no se ha alcanzado ya.

Simultáneamente a este proceso se firma en Andalucía, el 19 de marzo de 2002, el Pacto por el Desarrollo de la Atención Primaria con asociaciones profesionales de Atención Primaria y asociaciones de consumidores. El objetivo es avanzar en el desarrollo de la red de atención primaria en aras a incrementar los estándares de salud de los andaluces y mejorar la calidad percibida y científica que perciben nuestros ciudadanos.

De nuevo se pretende desde la organización un número máximo de personas igual para el médico general que para el pediatra. A los pediatras de atención primaria de Andalucía nos resultaba imposible aceptar esa equiparación tan desigual, que ignoramos por que caminos ha llegado a prender en nuestra administración sanitaria siendo tan contraria a las tendencias de nuestro entorno y al mas puro sentido común.

El pacto se firmó con un párrafo en el que se crea un grupo de trabajo de profesionales con participación de sociedades científicas, para el desarrollo de la pediatría de atención primaria y adecuar para ello los recursos necesarios y los ratios de pediatra / habitante en el medio urbano y rural en la presente legislatura. La legislatura esta a punto de concluir y seguimos sin saber cual es la ratio que la organización considera adecuada para su aplicación en Andalucía, si es que ha cambiado la, a nuestro entender, manifiestamente errónea de igual número de pacientes para pediatras y médicos de familia.

No existen criterios inequívocos para establecer el número óptimo de niños que puede atender un pediatra, pero si que existen para defender que esa es una simplificación inadecuada que va en contra de los derechos de los niños andaluces. Para ello basta enumerar las peculiaridades de la atención pediátrica. La consulta del pediatra no es, no ha sido ni será, igual a la del médico de familia. Por mucho que esta diferencia complique la gestión de nuestro modelo de Atención Primaria, las diferencias son evidentes, y no pueden ser obviadas. Ni el perfil de la demanda (13), ni las estrategias de gestión de agendas en consultas de medicina familiar se pueden extrapolar a las consultas de pediatría (7).

Vemos así que la atención pediátrica en Atención Primaria presenta peculiaridades que la diferencian a la del medico de familia y enfermería como (8,13) :

- La alta frecuentación y la inmediatez que se requiere la atención en casi todos los casos y ocasiones.
- Menor numero de consultas burocráticas de resolución rápida.
- Alta incidencia de patología aguda que, aunque banal en la mayoría de las ocasiones, obliga sistemáticamente a realizar exploración exhaustiva. No precisa mucha demostración que la obligatoriedad de explorar al niño en todas las consultas, hace que el pediatra precise de mas tiempo.
- Las dificultades que suponen esa exploración, el tiempo que se precisa en vestir-desvestir al niño, abunda en el mismo sentido.
- La indefinición de los síntomas del lactante, la obtención de información de un tercero, la ansiedad con que cualquier síntoma del niño suele vivirse en la familia, también lo hace
- Aumento de patología psicosocial como dificultades en las pautas de crianza, situaciones de violencia familiar, fracaso escolar, los niños etiquetados de hiperactivos, los niños con problemas de conducta y los adolescentes con problemas. Problemas que aunque en muchos casos no son graves, suponen una demanda real y creciente del ciudadano, como tales deben ser atendidas y ocupan cada vez mas tiempo de consulta. El pediatra de atención primaria de salud es en muchos casos la puerta de entrada en la red de recursos disponibles para atender esos problemas y en cualquier caso tiene un papel obligado en su resolución o en su orientación y seguimiento. Igual ocurre con las cada vez mas frecuentes consultas de niños con problemas crónicos como los grandes prematuros.
- Realización de consultas periódicas programadas de supervisión de salud a la totalidad de la población adscrita.

Estas peculiaridades tienen un denominador común, es necesario mayor tiempo de consulta que el habitualmente asignado a los adultos, para atender las demandas que el ciudadano nos plantea.

Es conocido que los datos demográficos muestran una evolución de la natalidad que ha supuesto una clara disminución de la población infantil porcentualmente en el conjunto de la población, tendencia ésta que, no debemos dejar de considerar, ha empezado a invertirse. Pero lo que marca la tendencia de la demanda de servicios pediátricos es la evolución de la frecuentación y el número de consultas pediátricas, que no ha dejado de aumentar en Andalucía en los últimos 10 años, según datos de la memoria del SAS, 2001.

Si consideramos el punto de vista del ciudadano (9), en una serie de encuestas realizadas a usuarios de la Atención Primaria de Andalucía y en lo relativo a posibilidades de mejora, el 22,6% cita como principal problema el tiempo de espera o la rapidez de la atención y para el 11 % de la muestra lo es el número de pacientes o la masificación de los centros. El 40 % de los encuestados expresa como principal posibilidad de mejora cuestiones relacionadas con los recursos necesarios para hacer frente a la presión asistencial.

En la encuesta nacional realizada bajo los auspicios de la Asociación Española de Pediatría en 1994 (8), la gran mayoría de los pediatras españoles, respondieron en una pregunta abierta que el número óptimo de niños por pediatra debía ser de 1000, pronunciándose en el mismo sentido todas las encuestas realizadas en los últimos años que establecen como cupo pediátrico adecuado el de 800 a 1000 niños por pediatra (1,2,4).

Este número no es arbitrario, se basa en la necesidad de mayor tiempo para la consulta infantil por las peculiaridades del acto médico pediátrico, que debe tener en cuenta las características del niño, de su entorno y la complejidad de su exploración física, por los cambios de la demanda y por los servicios que realmente prestamos a la población que son muy diferentes de los que se establecen en cartera de servicios. El pediatra de atención primaria de salud apoyado en su formación y atendiendo la demanda que la población andaluza le plantea, hace numerosas tareas y presta servicios, valorados por la población, pero que no son contempladas o medidas por la organización (10,11). La petición de no más de 1000 niños por pediatra no sólo es razonable siguiendo un criterio de calidad, sino que pensamos que es justa y deseable para los pacientes, además de realista en el contexto del estado de bienestar socioeconómico que pretendemos, como en el resto de los países del entorno europeo.

Entendemos que la ratio población-pediatra, debe estar perfectamente definida con un cupo mínimo a partir del cual fuese necesaria la presencia de un pediatra en el centro en que se alcance, un cupo máximo que no debería ser superado salvo en circunstancias muy excepcionales y entre ambos se podría delimitar el cupo óptimo en cada Equipo de Atención Primaria en función de variables correctoras.

Estas variables correctoras pueden establecerse en función de circunstancias asistenciales (presión y frecuentación asistencial); geográficas (zona urbana, mixta, rural); nivel de calidad de vida (nivel de renta, nivel de empleo, nivel cultural, existencia de servicios esenciales de salud) y epidemiológicas clínicas (morbilidad).

De todas estas variables tenemos que hacer especial énfasis en la edad. Las diferencias en la carga asistencial médica no debidas a la edad y relacionadas con las características del paciente (clase social, patologías, aspectos psicológicos, etc.), o del médico (estilo de práctica inductor en exceso o defecto, formación, etc), u otras, son probablemente amplias ante un paciente concreto,

pero se difuminan cuando analizamos la carga asistencial media de cada edad, y por tanto influyen de modo limitado en la carga asistencial que genera toda la población (12). Es en el primer año de edad donde se genera con mucho la mayor frecuentación a las consultas de atención primaria, al tiempo que es necesario mas tiempo para atender cada una de esas demandas asistenciales (13), por mayor indefinición de los síntomas en el lactante, mas riesgo de patología aguda potencialmente severa que requiere exhaustiva exploración y mayor carga de ansiedad familiar que requiere tiempo para su adecuado manejo a satisfacción del ciudadano.

A este respecto consideramos que la Tarjeta Ajustada por Edad refleja menos la carga de trabajo del pediatra que el nº de recién nacidos / año que soporta, a nuestro juicio, el modificador de la ratio mas importante, que no debería superar los 75 recién nacidos / año y en ningún caso ser superior a 100.

### **Cartera de servicios**

Se define como la oferta o catálogo de servicios que responden a los problemas de salud y necesidades sentidas por la población, susceptibles de resolución en el primer nivel de atención y sustentados en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria (14).

Los servicios a incluir en la Cartera de Servicios (CS) deben cumplir una serie de condiciones tales como el de tratarse de un problema prevalente o emergente susceptible de resolución en Atención Primaria, mediante actividades sobre cuya eficacia y efectividad existan evidencias científicas. El servicio debe responder a necesidades sentidas por la población, su realización debe ser factible con los recursos existentes, o que la adquisición de nuevos recursos sea viable, debe ser evaluable, tener una población diana claramente definida. Debe estar enunciado en forma comprensible y atractiva para los usuarios y debe suponer una mejora en la accesibilidad del usuario.

En la cartera de Servicios de Atención Primaria en pediatría están actualmente incluidas en nuestra comunidad la detección precoz de metabolopatías, las vacunaciones infantiles, atención sanitaria en consulta, seguimiento de salud infantil con revisión al niño de 0 a 4 años (al menos tres controles en el primer año, un control entre los 15 y 18 meses, un control a los 2 años un control a los 4 años y educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles en cada control), Salud escolar . Dentro del bloque de atención al adulto pero incluyendo la población pediátrica están los servicios de vacunación de hepatitis B y vacunación antigripal ambas dirigidas a grupos de riesgo y los servicios de Educación a Grupos de Pacientes Crónicos, atención a personas con Asma y Atención a Personas en Riesgo Social que considera entre las áreas de actuación preferente la atención a niños que presentan una problemática socio-sanitaria, atención a colectivos de inmigrantes y refugiados (16).

Se considera que las ventajas de la actual cartera son el haberse consolidado como metodología de trabajo introduciendo a los profesionales en una cultura de evaluación de su actividad. Se ha convertido en un documento participativo, al menos por los profesionales de la salud y la incorporación de normas técnicas ha supuesto que se estandaricen unos criterios de calidad asistencial (17).

Los inconvenientes de la misma parecen conseguir una enumeración mas larga:

- Se considera que hay una indefinición de las prestaciones lo que en el Informe SESPAS 2001 se apunta como uno de los puntos críticos de la situación actual de la Atención Primaria (18).
- No esta coordinada con la CS de los hospitales (17).

- Plantea dificultades al abordaje biopsicosocial de determinados problemas de salud de la población (17).
- Es desconocida para profesionales y usuarios (7,17).
- No mide todas las actividades que se realizan de forma que refleja solo de una forma parcial e incompleta la actividad del pediatra de APS al no incluir servicios que se están prestando actualmente y que ocupan parte nada despreciable de tiempo de trabajo de los profesionales (10,11,15,17).
- No están incluidas la atención a patologías agudas que suponen prácticamente dos tercios de la actividad diaria de los pediatras. El único servicio que parcialmente evalúa esta actividad es el servicio de consulta. Desde 1998 se ha realizado en Insalud la evaluación de patología aguda. Las seleccionadas fueron infección respiratoria aguda, otitis aguda, infección del tracto urinario, gastroenteritis aguda, dolor abdominal y traumatismos. El registro de morbilidad de la patología aguda es posible desde la informatización de nuestras consultas.
- Tampoco incluye enfermedades crónicas de suficiente entidad y prevalencia (retraso del crecimiento, fallo de medro, obesidad, prematuridad) ni problemas sociosanitarios que implican una mayor dedicación : detección precoz y seguimiento de trastornos neuropsiquiátricos (autismo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de conducta, trastornos emocionales, trastornos alimentarios y trastornos de la eliminación, enuresis y encopresis) inmigración, violencia domestica, maltrato infantil y población adolescente. (1,10,11,15,).
- Se ha criticado su escaso desarrollo en actividades preventivas muy eficientes como la valoración de la hipoacusia en menores de 2 años, las recomendaciones para la prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante, la identificación de factores de riesgo para la ferropenia, la prevención del maltrato infantil y, dentro de las recomendaciones para la prevención de enfermedades cardiovasculares en la infancia, la recomendación de ejercicio, el cribado de hipercolesterolemia en niños con riesgo por sus antecedentes familiares, ni los consejos sobre disminución del tabaquismo (15).
- Desde la creación de las CS se ha producido un aumento progresivo de los servicios ofertados aunque la provisión de determinadas prestaciones varía significativamente de unas zonas a otras (18). A pesar de los cambios que han sufrido en los diez años de existencia la actividad real del pediatra de AP no se ve ni se ha visto reflejada en las sucesivas transformaciones de este catálogo (11). Siguiendo la evolución del número de servicios de la CS del adulto-anciano y de la mujer y los del niño, se pone de manifiesto que desde la implantación de este sistema de evaluación apenas se han modificado los servicios evaluados en la Cartera de Servicios de los pediatras y ha crecido de forma claramente inferior a las demás (10).
- Determinadas actividades son reconocidas para los “adultos” (mayores de 14 años) y no para los niños (10).

Hay un amplio consenso en la necesidad de revisar y ampliar la cartera de servicios (7,10,11,15,17,18). También parece haber una opinión mayoritaria en que la cartera debe estar abierta, ser amplia, pero cuando se amplíe se debe dotar de recursos y facilitar la formación. Además de revisión, la CS precisa de difusión y precisión, tanto el profesional como el ciudadano deben saber claramente qué se oferta (7,18).

Desde la consulta de pediatría de Atención Primaria somos capaces de resolver ciertos problemas agudos o subagudos, sin necesidad de derivar al paciente a un servicio de urgencias, al hospital o a varias consultas de Atención Especializada. La patología que puede resolverse mediante estas, que se han dado en llamar consultas de alta resolución, son infecciones en general y especialmente ITU e infecciones respiratorias de vías bajas, dolor abdominal, etiología del niño con vómitos o reflujo gastroesofágico, displasia madurativa de caderas, cefaleas, fallo de medro. Este

proceder es habitual en nuestro quehacer diario pero no esta protocolizado y tampoco esta incluido en CS.

## **Formación**

La formación continuada (FC) debe convertirse en una prioridad indispensable tanto para el profesional como para la administración sanitaria. Es necesario para mantener la capacitación que nuestro ejercicio profesional requiere, tanto en la actualización de temas científicos, como en la adquisición de nuevos conocimientos que nos permitan afrontar los cambios de la demanda que el ciudadano nos plantea y los recursos disponibles para atenderla.

En encuesta realizada en 1999 entre los pediatras de nuestra CCAA, indica que solo en 17,3 % de los Centros de Salud de nuestra CCAA se imparte FC específica de pediatría. En otras CCAA como Asturias el 61,9 % afirman realizar actividades de formación pero solo en un 5% específicas pediátricas (1,3,4). Esto es así a pesar de que el pediatra de APS da un gran valor a la formación, siendo la realización de reciclaje, la celebración de sesiones clínicas en el centro y los cursos monográficos los instrumentos de formación mas valorados en diversas encuestas realizadas en todo el estado incluyendo la realizada en Andalucía (1,4).

La FC no puede ser considerada una recompensa para premiar la meritoria actuación y servicios extraordinarios del profesional, tal como se contempla en el Estatuto Jurídico del Personal medico de la Seguridad Social. La FC es un derecho de los profesionales y el borrador del Estatuto Marco en trámite de aprobación en el Senado reconoce entre los derechos del personal estatutario el derecho a la formación continuada adecuada a la función desempeñada. También es un derecho del ciudadano que los profesionales que se ocupan de su salud tengan formación actualizada en su profesión y cumplir los objetivos de FC debe ser una responsabilidad compartida entre el profesional y la organización en la que presta sus servicios.

La situación actual es que no existe una normativa que regule los días precisos de formación continuada pediátrica, una ausencia total de planificación en FC para el pediatra de Atención Primaria con falta de contenidos prácticos, teóricos y de continuidad (3).

Se considera necesario la elaboración de un plan de formación continuada anual para todos los pediatras, que contenga tanto las actividades internas como su participación en actividades organizadas por otras instituciones. Cuando comporte asignación de recursos o ausencia del puesto de trabajo será aprobado por la dirección del distrito. Todos los miembros del equipo tendrán derecho y deber de participar en todas las actividades internas de FC de su campo profesional, al igual que en las actividades organizadas por otras instituciones cuando formen parte del plan anual aprobado. Dadas las dificultades existentes para recibir formación específica en los Centros de Salud, deberán garantizarse un mínimo de horas al año para FC externa (3).

El plan de FC debe contemplar tanto el aprendizaje de técnicas sencillas como la formación en áreas específicas por lo general deficitarias como dermatología, ORL, salud mental infanto-juvenil, RCP, oftalmología y ortopedia infantil, etc (1,2,3). Además consideramos necesario realizar una rotación larga por un Servicio hospitalario cada 5-7 años de actividad en Atención Primaria, para actualizar conocimientos en patologías poco prevalentes, habilidades técnicas y mejorar la coordinación primaria-especializada.

Para el desarrollo de estas propuestas se propone la creación de la figura del pediatra de atención primaria responsable de Docencia de entre el colectivo de los pediatras de Atención

Primaria de cada distrito. Su nombramiento tendrá una duración determinada, será un merito a considerar en los baremos e itinerario profesional y será remunerado.

### **Aspectos organizativos**

*Horarios:* En la actualidad la mayoría de los pediatras de Atención Primaria tienen jornada de mañana y una tarde a la semana. Pero, dado el menor número de pediatras en cada centro, muchos de ellos se ven obligados a realizar 2 o más tardes a la semana.

Esta situación anómala en tanto en cuanto supone que profesionales que trabajan para la misma administración en el mismo puesto de trabajo tengan horarios diferentes debe ser corregida.

En esta situación y dado el predominio de la demanda de agudos en pediatría se producen durante toda la tarde, continuas demandas de atención por parte de la población no asignada lo que va en detrimento del tiempo disponible para atender correctamente a la población propia.

Durante la tarde no suelen estar en funcionamiento otros servicios del propio centro o de Dispositivo de Apoyo o de Atención Especializada, lo que genera dificultades de resolución de problemas específicos.

*Enfermería pediátrica:* España tenía en 1998 una de las tasas mas bajas de enfermeras de la UE y la tasa mas alta de médicos por 1000 habitantes de Europa (excepción hecha de Italia), a expensas del número de especialistas ya que el porcentaje de generalistas es uno de los más bajos de la UE (18).

El modelo Unidad de Atención Familiar esta integrado por un medico, enfermero que trabaja conjuntamente atendiendo a un mismo cupo de pacientes. El personal de enfermería específicamente dedicado a la atención del niño y del adolescente, es inexistente en Andalucía. Existe la paridad médico-enfermero si no tenemos en cuenta a los pediatras. Este modelo de organización impide que el profesional de enfermería pueda dedicarse de forma adecuada a la atención integral del niño y del adolescente con la merma en la calidad que esto supone.

El niño queda al margen y si la presión asistencial de las múltiples tareas de enfermería aumenta lo primero que dejan de hacer es la atención al niño, dándose la paradoja de que, de forma similar a lo que ocurría con la cartera de servicios, los obesos adultos, por ejemplo, son controlados en consultas de enfermería y los pediátricos no o son atendidos por enfermeros que consideran esta tarea como un suplemento mas a las muchas que ya tiene y no se implica en ello.

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

*Dotación de consultas:* desde la APAP Andalucía reivindicamos la dotación en los centros de Atención Primaria de nuestra comunidad de la dotación indicada en el documento Acreditación de los Centros de Atención Primaria para la formación MIR en pediatría, publicado por la comisión nacional de la especialidad. El material que se considera necesario es el siguiente: fonendoscopio pediátrico, otoscopio neumático, oftalmoscopio, optotipos pediátricos y de adultos, podoscopio, plomada, esfigmomanómetro con manguitos de tamaño adecuado por edades, balanza para lactantes, tallímetro para lactantes, balanza y tallímetro de adultos para niños y adolescentes, camilla de exploración pediátrica y e adultos, negatoscopio y orquidómetro.

Para el adecuado diagnostico y seguimiento del niño asmático consideramos necesario disponer en las consultas pediátricas de atención primaria de medidores de Flujo Espiratorio Máximo, cámaras de inhalación, espirómetro y kit de pruebas cutáneas para la realización de prick test.

Para el desarrollo del proceso otitis, se considera necesario la disponibilidad en atención primaria de timpanómetro, al menos en aquellos centros donde por su volumen el coste/beneficio de la inversión sea favorable.

## Aspectos retributivos

El pago capitolativo en Andalucía se implanto con el Decreto 260/2001 de 27 de noviembre por el que se adaptan las retribuciones de determinado profesional de Atención Primaria a la Tarjeta Sanitaria Individual (TIS) y a la libre elección de médico. Con la aplicación del mismo se dejaba de percibir los conceptos “Población asistida” y “Estructura de población”, para comenzar a percibir los conceptos “Población con tarjeta sanitaria individual ajustada por edad (TAE)”, “Asistencia a otros centros” y “Horario”.

Este nuevo complemento de productividad factor fijo incluye el concepto TAE, cada 1000 tarjetas ajustadas por edad tendrían un valor de 192,32 €, el factor C añade el 20 % del valor de las TAEs de cada médico por asistencia en otros centros de atención primaria y 40 % si la asistencia se presta en dos o mas y el factor H que añade 20 % de los TAEs de cada medico si horario de tarde un día a la semana y 40% por dos o mas días a la semana.

El concepto TAE se calcula por unos índices de tal forma que cada menor de 1 año es  $N * 5$ , de 1-2 años es  $N * 3$ , de 3 a 6 años  $N * 1,5$ , de 7 a 64 años es  $N$ , de 65 a 74 años  $N * 2$  y los de 75 o mas años  $N * 4$ , los titulares pensionistas menores de 65 años también puntuaban  $N * 2$ .

Es en el pago capitolativo donde encontramos mas variabilidad en el sueldo de los pediatras de las distintas CCAA <sup>(1)</sup> en que esta implantada, no existe pago capitolativo en Galicia ni Valencia el modelo mas beneficioso es el del país Vasco donde por un numero determinado de TIS perciben casi el doble que en el resto de las CCAA.

Con los índices actuales de ajuste de las TAE, supuestos cupos con distribución lineal por edades de 1.000 niños, nuestras retribuciones serian claramente inferiores a las de otros profesionales que trabajan en nuestros mismos centros, que tienen un nivel de especialización similar al nuestro y que soportan cargas de trabajo similares a las nuestras.

Aun con los cupos actuales., las remuneraciones de muchos pediatras no se incrementaron con la implantación del pago capitolativo que supuso un incremento salarial para los demás colectivos afectados, pero no para los pediatras. Fue necesario pactar una TAE mínima de forma transitoria ¿? Para que al suprimir los conceptos de Estructura de Población y Población asistida algunos facultativos no sufriesen merma retributiva. Se estableció así un cupo mínimo de 1.246 TAEs para que se mantuviesen las mismas condiciones retributivas previas.

Este problema se producía por la menor captación de la población pediátrica, sobre todo lactantes que tardan meses antes de aparecer en la Base de Datos de Usuarios que es el soporte del pago capitolativo. En nuestra opinión, también porque los índices que se aplican al calculo de la TAE no reflejan la carga de trabajo que suponen los diferentes tramos de edad establecidos.

Es conocido que en todos los tramos de edad hasta los 19 años existe menos Tarjetas Sanitarias Individuales que personas censadas y que ocurre lo contrario en la mayoría de los intervalos de edad superiores a los 19 años. La organización nos informa de una captación pediátrica del 83% y general del 90 % con menor variabilidad y cupos más homogéneos en el caso de los médicos. Lo que nosotros detectamos en nuestras consultas son porcentajes mucho mas bajos.

La estrategia para resolver estas diferencias requiere en primer lugar aumentar la captación de los recién nacidos, los que mas contribuyen al montante del concepto retributivo y el rango de edad de menor captación en la Base de Datos de Usuarios. Para ello es necesario priorizar el proceso de mecanización de los datos de usuarios pediátricos y aplicar la simultaneidad entre el momento en que el niño comienza a tener derecho a asistencia pediátrica y su correspondiente reflejo en nómina. Pero también es necesario una modificación de los índices aplicados a cada tramo de edad para que la adecuación de los cupos pediátricos no suponga aun mas perdida de salario para el pediatra.

Con respecto a la situación de los “pediatras conductores”, tras considerar diversas opciones, se decidió que “al pediatra de ZBS rural que se desplaza a mas de 3 núcleos distintos se le aplicará un factor TAE de 1837 que se corresponde con 1288 Tarjetas Sanitarias”. Se considerará Pediatra de ZBS rural aquél que se desplaza para pasar consulta a lo largo de la semana por distintos municipios, de forma que no pase consulta más de 2 días en ninguno de ellos. En caso de que pase consulta más de 2 días en un mismo municipio, se considerará médico de atención primaria del mismo, por lo que deberá adscribirseles las tarjetas correspondientes a su cupo.

## **Edad Pediátrica**

En encuestas realizadas a los pediatras de APS en los últimos años se han pronunciado a favor de la ampliación de la edad pediátrica los de las CCAA de Asturias, País Vasco, Madrid y comunidad Valenciana (1,20) . Las medias de niños por pediatras en estas CCAA son de 920, 929, 975 y 942 respectivamente.

Los que solicitan la ampliación de la edad pediátrica se basan en la siguiente argumentación (20,21) :

- La Academia Americana de Pediatría recomienda desde 1972 que la Pediatría debe atender a la persona humana desde el embarazo hasta los 21 años de edad.
- En la Guía de Formación de Especialistas de Pediatría y sus áreas específicas actualmente vigente en España, dentro del programa elaborado por la Comisión Nacional de Especialidades, en el capítulo 2 de definición de la especialidad y campo de acción, dice: “pediatría es la medicina integral del periodo evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la adolescencia...”. Es el especialista en Pediatría es el responsable de proporcionar una atención integral y continuada a la población infantil desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia.
- La Convención de Derechos del Niño vinculante para nuestro país tras su unánime ratificación por el Congreso de los Diputados de España en octubre de 1990, afirma en su artículo primero que “se entiende por niño a todo ser humano menor de 18 años de edad”.
- La atención específica a la salud integral del adolescente se inicio el año 1950 cuando se abrieron en EUA las primeras consultas especializadas para este grupo de edad por un pediatra. En 1968 se fundo la Society for Adolescent Medicine. En la 2ª mitad del siglo XX han ido apareciendo unidades de atención al adolescente en otros países, puestas en marcha mayoritariamente por pediatras. Hace 15 años se fundo la Sociedad Española de Medicina del Adolescente que desde entonces esta funcionando como sección de la Asociación Española de Pediatría.

Se considera que tan arbitrario es finalizar la atención al niño a los 7 años como se hacía antes que a los 14 años como se hace ahora. El criterio de corte de los 16 años, cuando finaliza la enseñanza obligatoria podría ser menos arbitrario que el actual, el criterio de mayoría de edad a los 18 años también podría ser argumentado a la hora de delimitar la atención sanitaria (20).

Los detractores argumentan que los médicos de familia están mas formados para atenderlos aunque en ninguno de los programas de las dos especialidades se contempla específicamente la atención al adolescente y no parece que los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria reciban formación específica para la atención al adolescente en su residencia. Los detractores peditras argumentan que la ampliación conduciría a mas masificación sobre todo donde no se tiene en cuenta las peculiaridades de la atención pediátrica a la hora de dimensionar los cupos pediátricos. Que el adolescente prefiera estar separado de los niños o que desde el punto de vista psicológico no es un momento muy adecuado para los cambios, son también argumentos aportados por detractores y partidarios de la ampliación.

En lo que parece haber mas acuerdo entre los peditras es en ampliación de la edad pediátrica si, por los argumentos inicialmente enunciados, pero de forma gradual, previa adecuación de los cupos y formación específica dirigida a la mejora de la atención de este grupo de población poco demandante pero con importante problemática psicosocial y con libre elección de medico o peditra entre los 14 y los 18 años.

## Bibliografía

1. Ruiz-Canela Caceres J., analisis de la situación comparativa entre las distintas CCAA. An Esp Ped, vol 56 suppl 6, 2002.
2. Domínguez Aurrecoechea B.. La pediatria en Atención Primaria despues de las transferencias. Rev Ped de Aten Prim voll IV, núm 15.Julio/sept 2002.
3. Ma Jose Torregrosa Bertet. Formación continuada y docencia. Ann Esp Ped, vol 56, suppl 6, 2002.
4. Hernández Morillas MD, Peñalver Sánchez I, Puente Antón E. Situación actual de la Pediatria de Atención Primaria en Andalucía. Pediatria de Atención Primaria 1999; 1(1): 31-35.
5. Calidad asistencial y condiciones del ejercicio profesional del médico de familia propuestas de mejora. Gupo de Consenso de Atención Primaria. SemFYC, 2001.
6. Orden de 9 de junio de 1999, por la que se regula el procedimiento de libre elección y se establecen las normas de asignación de médico general y peditra en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA núm. 69 de 17 de junio de 1999.
7. Reflexiones Foro de Desarrollo de Atención Primaria Antequera 2,3, y 4 de Octubre de 2002. Servicio Andaluz de Salud , Subdirección de Coordinación de la Salud.
8. La Calidad de la asistencia peditrica de atención Primaria en los sistemas sanitarios públicos españoles. AEP y CESM, Octubre de 2001.
9. Manuel Fernández Esquinas, Luis Gavira Sánchez, Manuel Pérez Yruela, Rafael Serrano del Rosal, Manuel Trujillo Carmona. La Sanidad desde el otro lado. Valoración social del sistema sanitario público de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico.
10. Maximino Fernandez Pérez. Calidad en pediatria de atención primaria, prescripcion y calidad asistencial: ¿podemos mejorarlas? Ann Esp de Ped. vol 56, suppl 6, 2002 7-17.
11. M Fernandez Pérez, MM López Benito. La cartera de servicios el peditra de Atención Primaria Rv Ped At Prim voll III, nº 12, Oct/dic 2001.
12. Brugos Larrumbe, A. Modelos de estimación del cupo máximo en las consultas del medico de familia. Universidad de Navarra. 2002.
13. García Llop y cols. Estudio de la demanda en atención primaria pediátrica. An Esp Peditr. 1996;44: 469-474).
14. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, Criterios de Acreditación, Indicadores de Cobertura y Normas Técnicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdireccion General de coordinación Administrativa. Madrid, 2001.
15. Paloma Hernando Helguero. La "cartera de Servicios" de Pediatria de Atención Primaria: una revisión crítica. Rev. Ped At Prim vol I nº 2 ABR/JUN 1999 .
16. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2001. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicios de Cartera de Servicios. Servicio Andaluz de Salud. Julio, 2001.
17. G Montes Salas, P Morales Corrales, MI Morales Nuñez, JM Vergeles Blanac. Propuestas de adaptación de la cartera de servicios a la realidad actual: Aten Primaria 2002; 29:129-131.
18. Minué Lorenzo S, Manuel Keenoy E de, Solas Gaspar O. Situacion y Futuro de la Atención Primaria. Informe SESPAS 2001. EASP, Granada 2002.
19. Decreto 260/2001 de 27 de noviembre por el que se adaptan las retribuciones de determinado profesional de Atención Primaria a la tarjeta sanitaria individual y a la libre elección de médico. BOJA nº 141, 7 de diciembre de 2001.
20. Bernardo Mir Plana. Categorización y definición del peditra de APS. Anales Españoles de Pediatria vol 56 suppl 6, 2002.
21. J Cornellá i Canals. Los caminos de la medicina del adolescente en Rev Ped At prim coll III nº 12 de Oct/dic 2001.
22. García Puga JM. Dificultades en el ejercicio peditrico en Atención Primaria. An Esp Peditr 2001; 54/Supl 41: 368-374.