

**IDEAS PARA LA REORGANIZACIÓN Y
RESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA
EN EL SERVICIO GALEGO DE SAÚDE.**

Juan M. Sánchez Lastres

Teresa Valls Durán

INTRODUCCIÓN.

Nuestra Comunidad Autónoma posee aproximadamente unos 2.750.000 habitantes, de los cuales unos 315.000 son menores de 15 años (12%) y por lo tanto objeto de la atención pediátrica en el contexto de la sanidad pública. Su distribución por tramos de edad es la siguiente: 0-4 años: 104.000; 5-9: 101.000; 10-14: 110.000.

La atención sanitaria se estructura en 11 áreas de salud con unos 490 puntos de atención primaria. 280 de ellos (60%) disponen de atención pediátrica, desempeñada por unos 340 pediatras de atención primaria. La media de TIS por pediatra se sitúa en torno a las 950, con un amplio rango que oscila entre 300 y 1450. La presión asistencial media es de 28 consultas/día. En función de su horario de consulta se distribuyen del siguiente modo: 77% en turno de mañana, 9.5% en turno de tarde y 13.5% en turno deslizante. 53 (16%) realizan su función, fundamentalmente en el medio rural, en más de un punto de atención. Son los denominados pediatras de área o pediatras itinerantes.

En cuanto a la disponibilidad de enfermería pediátrica, el 47% de los pediatras de atención primaria trabajan con el apoyo de un enfermero/a sin tener que compartirlo, el 38% lo comparten con otros pediatras y el 14% carece de carece de esta colaboración. Concretamente en el grupo de pediatras de pediatras itinerantes esta situación es más exagerada, de forma que el 40% trabaja absolutamente aislado y el 37% comparte la mencionada colaboración con otros profesionales.

La atención pediátrica hospitalaria es heterogénea, con recursos variables y dispares en función del propio nivel hospitalario (hospitales terciarios y hospitales comarcales), siendo la situación muy deficitaria en alguno de los

comarcales. Un hecho común es el envejecimiento de las plantillas con la correspondiente exención de las guardias a partir de los 55 años. Esto comporta un importante problema a la hora de confeccionarlas, que se intenta solventar con pediatras con contrato específico de guardias o bien con pediatras de atención primaria. También se comprometen la estructura y el desarrollo de las subespecialidades pediátricas (áreas específicas en la terminología oficial) y en este caso las soluciones son más difíciles.

A continuación expondremos nuestras propuestas, estructuradas en diferentes epígrafes, en relación con la reorganización y reestructuración de la atención pediátrica en el Servizo Galego de Saúde.

INTERRELACION ENTRE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y PEDIATRÍA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. ÁREAS CLÍNICAS DE GESTIÓN INTEGRADA.

Con la expresión "Pediatria Integral e Integrada" queremos definir la atención total del niño en todos los aspectos de su salud y desarrollo (biológicos, psicológicos y sociales), y además esto debe de ser en todo momento y en cualquier circunstancia; garantizando, por tanto, un "Continuum asistencial" sin fisuras entre la atención primaria y los hospitales. Ante este desafío nuestra situación y disposición probablemente no sea la más adecuada. La pediatría hospitalaria y la de atención primaria trabajan, en buena medida, como compartimentos estancos, cuando no a espaldas una de la otra. En muchos casos no hay flujo bidireccional y en ocasiones es patente una reticencia mutua. Perdemos, de este modo, una posición de privilegio en la que un profesional, con excelente formación, que contempla toda la película (epidemiología individual y colectiva), pueda actuar y coordinar a todos los participantes

en el desarrollo de la misma. Por tanto deberíamos ocuparnos principalmente del desarrollo y consolidación de una verdadera Pediatría Integral e Integrada que permita evitar la división y encasillamiento estricto de los profesionales y establecer puentes entre ambos niveles asistenciales. Indudablemente, es preciso mantener la figura fundamental del Pediatra de Cabecera (de atención primaria), de forma que cualquier niño tenga siempre un único pediatra de referencia. Pero quizás éste pueda y deba extender su actuación hacia el ámbito hospitalario, convirtiéndose en el principal artífice de ésta nueva interrelación e interacción de los dos niveles asistenciales pediátricos.

En el contexto de este concepto de Pediatría Integral e Integrada (áreas clínicas de gestión integrada) es necesario, bajo nuestro punto de vista, abordar y resolver el problema de atención continuada y las guardias. En este aspecto, además de la experiencia previa del área de Ourense, los compañeros del área de Pontevedra elaboraron un Documento Base que con un nuevo planteamiento en esta línea, podría servir como referencia. Compartimos con ellos la incorporación, debidamente regulada y compensada, de los pediatras de AP a las guardias de su hospital de referencia, en un plano de absoluta equidad entre atención primaria y hospitalaria. Creemos que, en condiciones adecuadas (libranza de guardias, remuneración, compensaciones profesionales, y un largo etcétera que habría que precisar), es una responsabilidad profesional ineludible. Además permitiría que los pediatras de los 2 ámbitos asistenciales se interrelacionasen y trabajasen como si tan sólo hubiese uno, comportaría una potenciación científico-profesional y evitaría la reducción en el campo de la morbilidad que abordamos día a día. Siendo realistas, este es un planteamiento que ha de incumbir fundamentalmente a los pediatras más jóvenes, actualmente en formación y ha de respetar, a nuestro juicio, la voluntariedad del profesional en el caso de los pediatras ya

establecidos con plaza en propiedad. Para ello podría valorarse inicialmente, entre otras, la posibilidad de que los nuevos contratos en atención primaria tuviesen la vinculación de guardias hospitalarias con la garantía de libranza. En nuestra opinión, esto debería de llevar la contrapartida de la bidireccionalidad, de forma que los pediatras hospitalarios cubriesen esa libranza en los centros de salud.

Por otra parte, esta interrelación e integración no debe limitarse exclusivamente a las guardias, es necesario contemplar la posibilidad de que los pediatras de atención primaria, debidamente capacitados, puedan desarrollar alguna subespecialidad -área específica pediátrica en la terminología oficial- en la consulta externa hospitalaria, y también el establecimiento y desarrollo de protocolos, guías y vías clínicas conjuntos.

REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Como ya advertimos en su momento, la actual estructura y funcionamiento de las plazas itinerantes, fundamentalmente en el ámbito rural, es absolutamente inadecuada. Es preciso agrupar y concentrar recursos en aquellos centros que, por su localización geográfica, demografía, isócrona, infraestructura y material, se consideren más oportunos. En definitiva, creemos que son los pacientes y no los profesionales los que deben desplazarse.

Otra cuestión, en nuestra opinión, fundamental, es el disparatado horario de abundancia en la oferta asistencial: plazas deslizantes, plazas de tarde, plazas a media jornada, etc. Este enorme abanico horario, establecido en aras de

una mayor accesibilidad, ha ido en detrimento no sólo de los otros componentes de la calidad asistencial sino también de la propia calidad laboral y científica de los profesionales. Es preciso una transformación progresiva de las mismas en plazas de mañana en función de las posibilidades estructurales y funcionales de cada centro.

No menos importante es la diferencia entre la presión asistencial y actividad de los pediatras debido a su respectivo número de TIS. Éste es un motivo más para llevar a cabo una redistribución de los recursos, agrupándolos y concentrándolos, procurando equiparar la carga asistencial de los profesionales.

En resumen, consideramos que debe llevarse a cabo una reorganización y restructuración de la pediatría en las diferentes unidades y servicios de atención primaria con arreglo a criterios técnico-científicos y de eficiencia, abandonando las consideraciones políticas que tantos perjuicios nos han ocasionado.

CORRESPONSABILIZACIÓN DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS EN LA GESTIÓN LA SALUD.

Como recientemente nos recordaba el Prof. Peña, la salud infantil debe de fundamentarse en la prevención y en la educación para la salud, tanto de los niños como de sus familias. Ésta ha de comenzar en las escuelas, pero simultáneamente debe realizarse también diariamente con todos los medios disponibles (folletos y carteles divulgativos, prensa, radio, televisión, internet, etc.). En todo caso, en este proceso formativo, el Pediatra debe ocupar una posición central y su autoridad debe estar suficientemente consolidada. En cambio se ha propiciado esta estructura de atención poco razonable, que ha generado el aislamiento, la insatisfacción y la ineficiencia en nuestra labor. Nos ha

conducido a la redundancia de consultas y a la medicina defensiva. En definitiva, ha puesto la batuta en manos de las familias, y, en muchos casos, ha provocado, en mayor o menor medida, el síndrome del pediatra quemado.

Los pediatras hemos sido pioneros en Medicina Preventiva. Hemos cambiado, afortunadamente, la epidemiología de las enfermedades infantiles. Es preciso echar mano de nuestra mejor tradición y situar la educación y la autorresponsabilidad en salud en los lugares que le corresponden en el contexto de la sanidad pública. Esto no puede ser un simple brindis al sol, sino que desde una perspectiva democrática y no paternalista, como la actual, el paciente y sus familias deberán asumir la corresponsabilidad de la gestión de su propia salud y del uso de la atención sanitaria pública. Entendiendo por responsable la primera acepción de la Real Academia, es decir aquel que está obligado a responder de algo o de alguien. Por tanto habría que considerar la puesta en marcha de medidas correctoras de la hiperfrecuentación injustificada. De este modo se evitaría la sobreutilización de los servicios de salud y la falta de consideración y respeto hacia los profesionales por parte de los usuarios.

En este sentido, es necesario fomentar la autonomía familiar y personal en diferentes aspectos de nuestra actividad clínico-asistencial habitual: alimentación y nutrición saludables (obesidad), salud bucodental, aptitud para el deporte, prevención de accidentes y drogodependencias, educación sexual, control y automanejo de los problemas agudos comunes (catarro común, diarrea, síndrome febril, etc.), asma, trastornos madurativos y del comportamiento, etc. aportándoles información y guías anticipatorias.

FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

El proyecto de troncalidad de la comisión técnica del consejo interterritorial generó una importante preocupación en nuestro colectivo. En este sentido, comunicamos, en su momento, nuestras inquietudes a la consellería. No consideramos adecuado la introducción de Pediatría en el tronco común de las especialidades médicas, creemos que debe mantener una troncalidad propia y única; ampliando incluso el período formativo a cinco años, con tres años de formación común y dos años de formación en el área específica o subespecialidad. Lo contrario significaría una desvirtuación de la propia especialidad con pérdida de su carácter vertical e integral. La rotación de los residentes por los centros de atención primaria, que ha comenzado a implantarse con el reconocimiento oficial de las unidades docentes, nos parece de insuficiente duración y carente de una normativa precisa y efectiva.

En cuanto a la investigación, la pediatría hospitalaria ha desarrollado ampliamente y con notable éxito este aspecto de nuestras funciones. Sin embargo los pediatras de AP adolecen de notables carencias en este campo. Quizás la falta de tradición, tiempo, formación o motivación, o bien la ausencia de una masa crítica. Todas ellas son razones y explicaciones a la situación actual. Situación que no es en absoluto aceptable. Es por tanto necesario fomentar la investigación en AP potenciando un programa de formación en metodología de investigación, facilitando el acceso a recursos e infraestructuras e integrándola en el proceso habitual del trabajo del Pediatra de AP. Hemos hablado de la Pediatría Integral, probablemente no haya otro campo como la investigación en el que se pueda plasmar y concretar mejor esa labor global y conjunta, que nos permita identificar las nuevas realidades a las que nos enfrentamos y perfilar las posibilidades evolutivas.

ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.

En el momento actual, este personal, en atención primaria, concentra su actividad en controles antropométricos y vacunaciones. Consideramos que es necesario definir claramente sus capacidades y funciones. En este sentido, en nuestra opinión debería potenciarse su papel en la educación para la salud, con una mayor implicación en el programa del niño sano y en el control de la patología crónica, así como en el control y cribado de las urgencias y consultas no demorables.

Por otra parte, se precisa dimensionar adecuadamente los recursos humanos y materiales, de forma que se evite tanto la sobrecarga asistencial como la escasez de demanda y actividad.

ATENCIÓN ORDINARIA DE LOS SÁBADOS

Es patente en nuestro colectivo la desigualdad existente en relación con la frecuencia y condiciones en las que se desempeña esta atención. Un 30% trabaja un sábado de cada 6, el resto se reparte de forma muy dispar entre ninguno y uno de cada 20. El 77% comparte la atención con un médico de familia, pero el resto trabaja sólo y se ve por tanto obligado a consultar adultos.

Creemos que es necesario evitar esta situación recurriendo, una vez más, a la concentración de los recursos en los puntos más adecuados y garantizando una homogeneidad en la atención tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

Es deseable la puesta en marcha definitiva del módulo pediátrico en la historia clínica electrónica, que permita la integración de la asistencia pediátrica con el desarrollo de un mapa de procesos y el establecimiento de protocolos clínicos comunes.

REMUNERACIÓN.

No nos parece justo ni lógico que los pediatras de atención primaria perciban un sueldo inferior al de sus compañeros médicos de familia. Debe plantearse la necesidad de introducir en el sueldo el concepto de pago por TIS con ponderación de los diferentes tramos de edad, de forma que haya una verdadera equiparación de los emolumentos de profesionales con una categoría, actividad y responsabilidad idénticas.

Vigo, 11 de Julio de 2011.

