

La pediatría en Atención Primaria después de las transferencias

B. Domínguez Aurrecoechea

Presidenta de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.

El paso de las competencias sanitarias desde INSALUD a las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) supone indudablemente un acercamiento de la toma de decisiones a la realidad social y sanitaria de cada territorio, lo que, en principio, debería llevar a una más adecuada distribución de recursos y una mejora de la calidad asistencial y de la situación profesional de los trabajadores de la Sanidad Pública.

A partir del momento en el que se concretan las transferencias, se producen dos fenómenos importantes. Uno de ellos protagonizado fundamentalmente por los sindicatos; éstos pueden iniciar negociaciones con las nuevas autoridades sanitarias, que pudieran, con mejor o peor fortuna llevar a acuerdos completos o parciales, y concretar mejoras en las retribuciones. En algunos casos, en las negociaciones se incluyen otro tipo de reivindicaciones

como las relacionadas con la jornada laboral.

El segundo fenómeno de interés para los pediatras, es que se llevan a cabo reuniones y se establecen diálogos y canales de colaboración más o menos estables entre las Sociedades de Pediatría de Atención Primaria de las diferentes CCAA y sus respectivas autoridades sanitarias, lo que en principio, parece mejorar la situación previa y sitúa a este colectivo, en mejores posiciones para cumplir con el papel que le corresponde tanto en el ámbito social como sanitario, al mismo tiempo que ofrece perspectivas de mejorar su situación profesional.

La descentralización presenta generalmente aspectos positivos pero no está exenta de ciertos efectos negativos, sobre todo por los potenciales agravios comparativos que puedan suponer el que los mismos profesionales realizando

idénticos trabajos obtengan diferentes retribuciones económicas y condiciones laborales simplemente por el hecho de trabajar en distintas zonas geográficas. Pero no es éste el único problema, sino que hay que tener en cuenta la existencia de cuestiones, cuya solución requiere la intervención de niveles supra-autonómicos. Al traspaso de competencias, se ha llegado con una serie de "asignaturas pendientes", algunas de las cuales podrán ser resueltas a nivel autonómico pero otras necesitarán obligatoriamente de la intervención del Ministerio de Sanidad o del Consejo Interterritorial.

Estamos pues, es una situación en la que será necesario que los pediatras de Atención Primaria (AP), dirijamos nuestras demandas tanto a las autoridades autonómicas como a las estatales (y por qué no, a las europeas). Debemos actuar en todos los frentes, al lado de otras organizaciones profesionales, para evitar la fragmentación, aumentar nuestra fuerza y acercarnos a nuestros objetivos fundamentales: mejorar la calidad de la atención pediátrica y nuestra situación profesional.

El siguiente párrafo se ha extraído del documento "Situación actual y propuestas de mejora de la atención infantil en el ámbito de la Atención Primaria" que la Asociación Asturiana de Pediatría

de Atención Primaria ha entregado a sus autoridades sanitarias, y expone de forma sintética los objetivos de las Asociaciones de Pediatría de AP: "La Asociación nace para dar cohesión organizativa a nuestro colectivo y ser su vía de expresión, y tiene como objetivo central lograr para los niños, adolescentes y sus familias, el mayor grado de salud y bienestar posibles, y uno de sus deberes fundamentales es demandar a las autoridades sanitarias responsables cualquier acción general o concreta con este fin, y supervisar el desarrollo de las mismas y la aplicación racional de todos los recursos disponibles en la comunidad".

En coherencia con estos principios y atendiendo a los trabajos publicados en esta Revista fruto de encuestas realizadas entre Pediatras de AP, así como a los datos aportados en la Mesa Redonda "Problemática profesional en Atención Primaria" del último Congreso de la AEP celebrado en Bilbao, podemos plantear las siguientes cuestiones, que agrupadas a modo de decálogo, pueden servir de guión para elaborar las demandas que podrían plantarse a las autoridades sanitarias autonómicas y estatales:

1. Todos los niños de 0 a 14 años tendrán asignado un Pediatra en el marco

de un Equipo de Atención Primaria, como objetivo mínimo. El colectivo de Pediatras de AP no puede renunciar, no obstante, a asumir la atención de todo el período de adolescencia, en un futuro próximo, una vez resueltas las necesidades de formación específica y establecimiento de cupos óptimos y máximos apropiados.

2. Deberán establecerse un Calendario Vacunal y Documento de Salud infantil únicos para todo el territorio español. Es una necesidad cada vez más sentida por los Pediatras de AP, la informatización de las consultas y la existencia de una Historia Clínica única que favorezca la investigación en este ámbito. Potenciación de la enfermería específicamente pediátrica.

3. Población asignada. Para mantener y mejorar la calidad de la Pediatría de AP y ofertar a la población los servicios de asistencia sanitaria, prevención y detección precoz e intervención en la comunidad, e incorporar a la jornada laboral ordinaria espacios de tiempo destinados a la formación continuada e investigación, se asignarán a cada Pediatra un número máximo de 1.000 niños y óptimo de 800 teniendo en cuenta la distribución de la pirámide de población, las características socioeconómicas y la dispersión geográfica de la zona.

4. Amplio acceso a pruebas diagnósticas que aumenten la capacidad resolutoria de la AP, y adecuada coordinación con las especialidades pediátricas.

5. Cartera de Servicios. Si se va a mantener este concepto en las diferentes CCAA, en dicha cartera deberán constar los servicios reales que se están ofertando a la población, desglosando las actividades asistenciales, las de prevención y las de diagnóstico precoz y serán incluidos los programas de atención a crónicos.

6. Formación continuada. Dadas las dificultades existentes para recibir formación específica en los Centros de Salud, deberán garantizarse un mínimo de 35 horas al año con suplente destinadas a este fin.

7. Docencia universitaria. Los Pediatras de AP participarán en actividades de docencia universitaria y post-grado, mediante los procedimientos de acreditación oportunos:

A. Pregrado: los estudiantes de segundo ciclo de Medicina deberían tener la opción de hacer prácticas de Pediatría en Centros de Salud siguiendo los programas de las Universidades correspondientes.

B. Postgrado: Se establecerá dentro del programa MIR de Pediatría, la rotación obligatoria de los residentes por los Centros de Salud acreditados al respecto.

8. Carrera Profesional. Sus objetivos serán mejorar la calidad asistencial y proporcionar a los pediatras incentivos tanto económicos como profesionales, y deberá basarse en criterios de calidad siguiendo en su aplicación los principios de equidad, mérito y capacidad. Para su aplicación se buscará el consenso y se valorarán tanto la antigüedad como el conjunto de cuestiones asistenciales, de formación e investigación.

9. Provisión periódica de plazas mediante concursos de traslado efectivos y concurso-oposición. Se deberá contar con estudios que aclaren las necesidades reales de Pediatras, teniendo en cuenta lo expresado en los puntos 1, 3 y 6.

10. En lo referido a retribuciones y jornada laboral se plantea la completa equiparación entre profesionales del mismo nivel académico y profesional.

