

PROBLEMAS PROFESIONALES DEL PEDIATRA EN ATENCION EXTRAHOSPITALARIA

M. Hernández de la Torre

Centro de Atención Primaria Ofra-Delicias. Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

El primer objetivo de la Pediatría es “La salud del niño de manera integral” y es aquí donde la labor del pediatra de Atención Primaria (AP) se ve más representada, con la gran ventaja que éste tiene del conocimiento del entorno del paciente (familia, colegio, barrio etc.), del seguimiento de su desarrollo desde el nacimiento, con los múltiples contactos en las revisiones del niño sano etc. Esta labor no hay que dudar, se está realizando en nuestro medio por compañeros pediatras con mucha profesionalidad, a pesar de las muchas objeciones que nos impiden llevarla a cabo. Con respecto a este último apartado y aprovechando la ocasión como también se verá en más ocasiones en el texto, realizo una llamada de atención a la Gerencia de AP sobre algunos puntos, los cuales provienen del sentir general de los pediatras de AP.

PUNTOS IMPORTANTES DE LA LABOR DEL PEDIATRA DE AP

Tal como se dijo anteriormente, la labor del pediatra de cara a la Gerencia de AP, es muy importante por diversos puntos como serían:

- Realización del programa del niño sano.
- La cada vez menor derivación al Hospital para ingresos, consultas, etc. con la consecuente bajada de gastos.
- La prevención en la edad infantil de enfermedades crónicas del adulto (enfermedad vascular coronaria, HTA, obesidad, hipercolesterinemia, etc...), que están ocasionando actualmente tanto gasto sanitario.
- El bajo gasto farmacéutico que ocasiona el pediatra por regla general.

Y sin embargo, la sensación del pediatra, es que no está siendo bien tratado ni considerado, los cupos son elevados, las demandas cada vez más agobiantes, existe

una falta total de apoyo de todo tipo en la consulta, sobrecarga de papeleo (figura 1), poca facilitación dentro del horario de trabajo para asistir a cualquier reunión importante relacionada con la profesión, el grave problema de las retribuciones, el desconocimiento de las tarjetas reales asignadas etc... Quedando todo esto reflejado en una encuesta realizada entre los pediatras de AP en 1998 (Tabla I). Por todo lo dicho anteriormente, se deduce la bajada cada vez mayor del estímulo en todas las esferas de dicho trabajo, que acabará minando la importante labor de las personas con más repercusión en la salud del futuro adulto. También es preciso remarcar, que uno de los factores que caracteriza a nuestro colectivo que representa el 57.6% de pediatras colegiados en Santa Cruz de Tenerife, es el alto nivel de formación y preocupación científica que nos ha llevado a buscar esa formación continuada con muchas frustraciones, debidas en gran parte a todos los problemas anteriormente mencionados.



Figura 1. Exceso de burocracia en la consulta. ¿Dónde aprendí esto en mi información?

Tabla I. Encuesta realizada en 1998. Pediatría AP. Santa Cruz de Tenerife

Comentarios más frecuentemente en la encuesta
<ul style="list-style-type: none">• Valorar la calidad asistencial más que la cantidad.• Mejorar representación de la Pediatría en la Gerencia de AP.• Disminuir las demandas.• Mejor remuneración.• Ayuda auxiliar en consulta• Mayor facilidad a la formación continuada.

PROBLEMAS PROFESIONALES DEL PEDIATRA DE AP

Básicamente podríamos decir que estos problemas se vierten en cuatro puntos:

- 1) Importantes problemas retributivos (1):** acaecidos básicamente desde los acuerdos del 3 de Julio de 1992 entre la Administración Sanitaria y las Or-

ganizaciones Sindicales más representativas BOE 2/2/93, siendo aprobados por el Consejo de Ministros y como consecuencia de su aplicación se modificó el complemento de “productividad fija” que venían percibiendo los pediatras y generales, para pasar al pago por tarjeta sanitaria individual (TSI). En este sistema capitolativo se asignó un valor por edades a las tarjetas sanitarias (Tabla II).

Tabla II. Pago actualizado por tarjeta sanitaria pediátrica

Grupo de edad	Clasificación puesto de trabajo			
	G-1	G-2	G-3	G-4
De 0 a 2 años	78'3	96'5	108'4	113
De 3 a 6 años	77'1	95	107'2	111'5
De 7 a 13 años	34'6	52'6	64'7	69 Pts.

Esto ha llevado a varios problemas:

- A) Desigualdad retributiva en ocasiones importante y a favor de los médicos generales, con un importante agravio comparativo, cosa que se podría haber arreglado por parte de la Administración si hubiera habido un interés, parece paradójico que seamos los únicos profesionales en los que se exige especialidad para obtener la plaza utilizándonos la Administración de propaganda por el excelente cumplimiento del programa del niño sano y sin embargo somos los médicos del Centro de Salud que menos cobramos.
- B) La imposición como se dijo anteriormente de un valor dado a la tarjeta sanitaria individual por la edad en el ámbito general sin tener en cuenta la zona que atiende el pediatra, existiendo índices claros por zonas que podrían aplicarse como frecuentación, índice de rotación, incidencia de medicina privada. etc.
- C) La tardanza que como estamos todos de acuerdo esta siendo cada vez mayor, desde que se emite la tarjeta sanitaria (formulario realizado en el Centro de Salud) y la aparición como contaje en nómina, para los recién nacidos podría ser actualmente de 5-8 meses, a pesar de que según las normas de la Presidencia Ejecutiva del Insalud del 7 de Enero de 1998 se llegaría a pagar con efecto retroactivo, lo cual no se ha hecho nunca.
- D) Por otro lado, el pediatra no cobra por desplazados ni extranjeros, cosa que en algunas zonas de la isla puede constituir un número elevado de pacientes.

- 2) **Sobrecargas asistenciales desmesuradas:** Generalmente por la asignación de cupos elevados, ya que según el Real Decreto de libre elección de médico 1575/93 el número óptimo de niños por pediatra es de 1.250-1.500, sabiendo por distintos foros de opinión, generalmente encuestas realizadas en varias Comunidades, entre ellas la nuestra, lo ideal sería entre 700-900 niños por pediatra.

Por otro lado, volviendo a lo anterior y teniendo en cuenta que no existe ningún tipo de filtraje del control de la entrada de pacientes a diario en la consulta, salvo el propio pediatra, ya que éste tiene la obligación de atender a todos los pacientes que entren en su consulta estén citados en el día o no lo estén y que según datos de frecuentación del año 1996, la Gerencia estimaba entonces una frecuentación en pediatría de 6'5 visitas por año y por niño, lo que supondría para un pediatra con un cupo medio de 1.250 niños, un total de 8.125 consultas por año, teniendo en cuenta que en el año hay aproximadamente 230 días laborables, obtenemos una media de 35 consultas por día. (Tabla III). La mayoría de los pediatras reparten en dos bloques de tiempo, uno de dos horas que dedican a las visitas del programa del niño sano, en que la mayoría de los pediatras ven de 5 a 6 niños. En un segundo bloque de 3 horas aproximadamente los pediatras ven los que solicitan cita en el día, la demanda, a su vez las urgencias y enfermos que acuden sin cita y que van atendiendo como mejor pueden. Esto supone 29 niños, es decir que en este bloque el pediatra dispone de 6 minutos por niño (Tabla IV).

Tabla III. Número estimado de pacientes atendidos por pediatra AP

Pediatra de cupo medio: 1.250 pacientes	8.125 consultas/año
Frecuentación: 6'5 visitas/niño y año	35 consultar/día

Tabla IV. Distribución del tiempo en consulta del pediatra de AP

Horas	Atención en consulta
2	Programa del niño sano
3	Demanda diaria = 29 niños = 6 minutos/niño
2	Descanso, orden papeleo, archivar analítica, informes, contacto hospital, consulta asistente social, consulta salud mental, reuniones de equipo, etc.
¿	¿Niños crónicos?. ¿dónde?

En los 120 minutos que restan del horario laboral deben incluir los 30 minutos de descanso (si puede), la limpieza del material (Fig. 2), ordenar la consulta, ver la analítica que va llegando y archivarla. Avisar al paciente para una consulta o analítica urgente, llamar por teléfono al hospital de referencia para consultar los casos, hablar con trabajadores sociales, hablar con los psicólogos de Salud Mental, realizar informes de petición de Menores y asistir a alguna reunión de equipo, realizar estadística y rellenar las hojas de EDO.

Teniendo en cuenta todo lo anterior los niños con enfermedades importantes como asma, retrasos psicomotores, retraso de crecimiento, infecciones de orina repetitiva, etc., en las que por otro lado hemos sido muy bien formados para atenderlas y que requieren más tiempo en la consulta programada periódica ¿en que horario podrán ser vistos?



Figura 2. Una de las funciones propias del Peditra de AP.

3) Soledad del pediatra de atención primaria: (2) Generalmente el pediatra de AP se encuentra trabajando sólo en su Centro de Salud, a lo sumo tiene un compañero pediatra y suele estar en otro turno de horario (Figura 3), por otro lado la comunicación con los compañeros generales no siempre es sencilla, ya que existen otros intereses. Muchos estamos a importantes distancias de las zonas céntricas, hospitales etc., y por supuesto estamos localizados continuamente en horario laboral tremendamente apretado, no existiendo posibilidad de movilización para reuniones, charlas. etc.

Este aislamiento más nuestra escasez numérica, unida a la falta de tiempo propia de nuestra labor asistencial, dificulta la coordinación con compañeros para realizar actividades conjuntas. Como consecuencia la docencia sigue siendo integrada básicamente en los centros hospitalarios, los cuales por regla general tiene un total desconocimiento de los aspectos fundamentales del trabajo en un equipo de AP, cosa que intentamos solventar en reuniones como ésta.

Como sugerencias a esta soledad del pediatra en AP, creemos se podrían introducir algunos cambios importantes:

- Mayor representación y atención a todas estas necesidades desde la Administración.

- Introducción de cambios en el programa MIR, ya que pensamos que la formación del residente de Pediatría en este aspecto más generalista es importante (3), ya que un pediatra de AP que tenga un cupo de 1000 niños entre 0 y 14 años, durante su vida profesional (unos 45 años), atenderá según estadísticas: 24 cardiopatías congénitas (8% o de RN), 30 prematuros de muy bajo peso al nacimiento (10% de RN), 3 niños con déficit auditivo severo y 12 déficit leves (1% y 4% respectivamente). Entre 400 y 500 déficit visuales (19'7% de niños mayores 10 años), 12 epilépticos (4'1% menores de 11 años) y más de 100 convulsionadores febriles, 90 infecciones de orina (1-3% de varones y 3-7% en hembras) de los que aproximadamente 20 serán reflujos vesicoureterales, 3 fibrosis quísticas (1%), 180 obesos (6%), 210 asmáticos (4-13%). Como se verá en esta exposición no está todo, comprendiéndose inmediatamente que para atender esto hace falta una buena formación generalista.

Por otro lado los residentes se formarían en la parte de la pediatría sumamente importante como es el **“reto del niño sano”** (4), sabiendo diferenciar lo normal de lo patológico, la **“Pediatría del desarrollo”**, dedicada esta parte a conocer las causas de los trastornos madurativos y eliminarlas, cada vez más en auge en parte porque la natalidad está siendo mayor en los estratos sociales menos favorecidos, estos trastornos madurativos y del desarrollo llevarían a repercusiones a corto plazo como retrasos psicomotores, a medio plazo como la inadaptación familiar, problemas de la conducta y escolares y a largo plazo inadaptación social como la drogadicción, alcoholismo, etc... Así mismo el residente de pediatría aumentaría sus conocimientos en otras vertientes como prevención de enfermedades crónicas que se van forjando desde la infancia como la obesidad, HTA, hiperlipidemias, etc., así como epidemiología.

La introducción de una rotación del residente por la pediatría de AP, daría como resultado la incorporación de los pediatras a la actividad docente en su quehacer diario y también repercutiría en la actividad investigadora, decir tiene que actualmente en AP es bastante escasa.

- Identificación de nuestras necesidades de formación continuada (FC) diseñadas por pediatras de AP.



Figura 3. La soledad del pediatra de AP.

Consecuencia de los tres puntos mencionados antes obtenemos el último y gran problema del pediatra de AP.

4) Falta de incentivos y estímulos que van minando indudablemente la calidad asistencial: Todo lo anterior ya claramente reflejado, más algunos obstáculos propios de la consulta conllevan a una falta total de incentivos y a la infelicidad del pediatra. Con respecto a este último gran problema podríamos hablar como una de las posibles soluciones en el futuro, de la ya tan discutida sobre todo en el ámbito hospitalario de la carrera profesional (CP), sin embargo y para colmo cuando se habla de ésta en AP parece que es sinónima de Médico de familia, olvidándose para variar que los pediatras de AP también tenemos derecho a un modelo de CP. La comunidad de Navarra, ha sido la pionera en aprobar su Ley de CP, sin embargo parece ser ha sido de gran polémica los baremos que sirven para ascender de nivel, puesto que sobre todo son de difícil cumplimiento para los médicos de AP, ya que no se ha respetado la disponibilidad de una parte de la jornada, dedicada a actividad de formación e investigación, con lo cual “se está pidiendo una formación pero no se están poniendo los medios” (5). Volvemos a lo mismo ¿La pescadilla que se muerde la cola?.

BIBLIOGRAFÍA

1. Equipo Editorial. Retribuciones en primaria. *Pediatría Atención Primaria* 1999; vol I. Número I, 13-16.
2. José Cristóbal Buñuel Alvarez. La soledad del pediatra de Atención Primaria: causas y posibles soluciones. *Pediatría Atención Primaria* 1999; vol I. Número I, 13-16.
3. Masvidal R.M., García A, Casanova J.M. Qué pensen els exresidents de pediatria de la formació en Pediatria atenció primaria que han rebut? *Pediatr. Catalana* 1997; 57: 217-222.
4. M. Cruz. Horizontes Pediátricos ante el nuevo milenio. *An Esp Pediat* 1998. Libro de Actas II, 358-363.
5. Idoia Olza. Navarra prevee aprobar en Octubre el baremo de carrera profesional. *Diariomédico. Profesión*. 29 Septiembre 2000.