



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

Transcurridos ya más de 30 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 la población infantil y adolescente de nuestro país. Por ello, desde 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 ha de ser los equipos de AP actualmente existentes. Se pretende un trabajo interdisciplinar para un desarrollo integral de la mejor atención a la infancia, realizada por los/las pediatras del equipo como figura esencial en la puerta de entrada de la población infantil al sistema de salud y coordinado con todos los miembros del equipo.
- 2. Segmento de edad de la población a atender.** Dentro de los equipos, la atención de de 0 a 14 años debe ser desempeñada por los pediatras. Esto exige un esfuerzo en disponer de un número suficiente de pediatras. Nos preocupa que la **“falta de profesionales”**, se convierta en un factor crítico que pueda llegar a poner en peligro el actual modelo de asistencia infantil, **relegando a un segundo plano** aspectos tan importantes como son la calidad de la asistencia pediátrica, las expectativas de las familias y las opiniones de los profesionales sanitarios. La **política de recursos humanos** es competencia de la **Administración Sanitaria**, que debe ser quien, con una adecuada estimación de las plantillas de profesionales, permita **asegurar el actual modelo de asistencia pediátrica y evite el deterioro de las condiciones laborales** de los profesionales que la desarrollan.
- 3. Número de pacientes asignado a cada pediatra.** Se considera un número óptimo de niños/as 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 por facultativo.
- 4. Relación con Enfermería.** Se considera necesaria la existencia de la figura del profesional de enfermería específicamente dedicado a la infancia, 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 de salud 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 en A.P. Cuando no se cubra la ratio de 1:1, el personal de enfermería que se designe para apoyar la labor de la atención al niño, aún a tiempo parcial, debería de asumir todas las funciones

anteriormente explicitadas, lo que exige una adecuada formación específica en temas de cuidados de salud en la infancia y adolescencia.

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. Se debe contemplar la necesidad de conciliación familiar con la vida laboral
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 /día
7. **Consultas Programadas.** Aumentar las vistas programadas por patología crónica y disminuir las del programa de salud de la infancia. La potenciación de la enfermería que atiende al niño 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 a Demanda no citada (“urgencias”).** Establecimiento de protocolos de motivo de consulta conjuntos con el personal de admisión o de enfermería, para resolver esta demanda
10. **Atención Domiciliaria.** Exclusivamente se contemplará para los casos de enfermedades crónicas y grandes dependientes que les obliguen 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 la pediatría 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, uso de nuevas tecnologías 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 , 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 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 de salud de la infancia 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 citaciones ordinarias, y mientras dure la onda epidémica. Se hace necesario además, que se sustituya cuando por motivos de vacaciones, formación, días de libre disposición, etc., se ausenten. La no sustitución 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 cartera de servicios de los centros de salud en su ámbito pediátrico, no valora en toda su dimensión la actividad que llevan a cabo los/las pediatras. Parece que exclusivamente se desarrollen actividades de revisiones de salud 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 de salud.
23. **Mayor formación específica en Atención Primaria.** Se considera fundamental desarrollar que en la residencia de Pediatría exista 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 y no tres meses como ha sido aprobado
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, unificado para todos los centros de AP pediátrica del país.

Parte del documento elaborado en Diciembre de 2003 por el Grupo de Trabajo de Temas Profesionales de AEPAP

En <http://www.aepap.org/profesional/calidad.pdf> y aportaciones de los borradores del grupo de modelo no definitivos