

De: Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria de la Región de Murcia (APERMap)

A: Gerencia del Servicio Murciano de Salud (SMS)

Asunto: Propuesta para abordar el problema estructural de la Pediatría de Atención Primaria en la Región de Murcia.

A) NUEVO MODELO ORGANIZATIVO

Desarrollo de un modelo regional de organización pediátrica del Servicio Murciano de Salud basado en **Equipos de Pediatría de Atención Primaria (EPAP)**. Los EPAP englobarían todos los profesionales de AP que atienden a la infancia y a la adolescencia, organizados como equipos multidisciplinares que comparten una zona básica de salud, para abordar los problemas de salud con todos los recursos sociosanitarios públicos disponibles, desde la perspectiva de la atención comunitaria y la salud pública, y con una visión global y un trabajo en red.

Este EPAP debe convertirse en el centro de la atención a la población infanto-juvenil, de manera que se garantice que se desarrolle de forma integral, comunitaria, con longitudinalidad y atendiendo a los principios de accesibilidad y equidad en toda la Región de Murcia. El desarrollo del EPAP se basa en el trabajo compartido y complementario entre los profesionales de AP que estén en relación con la infancia y la adolescencia gracias a la interrelación de estos profesionales y su capacidad de autogestión.

1. Dotación, estructura y funcionamiento de los EPAP.

Este EPAP estará formado por:

- Pediatras.
- Médicos de familia que cubran consultas de pediatría-adolescencia.
- Enfermería de la consulta de pediatría
- Enfermera del programa comunitario escolar para la salud (PACES)
- Trabajador/a social
- Matrona

Este equipo tendrá capacidad de autogestión de todos los profesionales que atienden a la población pediátrica y podrá organizarse, en determinadas situaciones coyunturales o ámbitos territoriales de nuestra Región de Murcia, como unidad funcional de profesionales pediátricos de distintos centros de salud y/o consultorios periféricos.

Estos EPAP necesitan estar dotados de forma suficiente en recursos humanos y materiales-tecnológicos, que les permitan poder adaptarse a situaciones tanto extraordinarias (como la actual pandemia) como ordinarias (bajas, falta de sustituciones para los periodos vacacionales...), para lo cual habría que mantener cupos de Pediatría que no superen los 900-1000 niños/as y conseguir cupos de Enfermería pediátrica que no superen los 1500-1800 niños/as.

Se nombrará un responsable/gestor del EPAP que tendrá como funciones la organización del equipo y la coordinación con el resto de los recursos del sistema (Equipos de Atención Temprana-EOEP, Servicios de urgencia hospitalarios y de AP, Centros de Salud Mental, Servicios sociales...) y que se encargará de la gestión de las agendas de trabajo y de la distribución de los recursos pediátricos cuando sea necesario. Para su desarrollo se precisa:

- Reconocimiento institucional del SMS de esta figura con incentivación curricular, económica y/o en la carrera profesional.
- Priorización para su creación en las áreas o centros de salud de difícil cobertura o con plazas de pediatría de AP vacantes.
- Priorización para su nombramiento a pediatras vía MIR
- Cupos pediátricos asignados a su plaza un 20-25% inferiores al resto de plazas del centro de salud.
- Posibilidad (voluntaria) de compatibilización con la realización de guardias hospitalarias (incluida su libranza posterior) y con pasar consultas externas de subespecialidades pediátricas en su Área de Salud

2. Desarrollo del trabajo en equipo de los EPAP.

Coordinar la atención de forma integral desde aspectos puramente médicos, hasta sociales, educativos, familiares...mediante reuniones periódicas del equipo y con otros estamentos que tengan relación con la población infanto-juvenil y sus familias.

Necesidad de un modelo mixto de atención pediátrica compartida de los pediatras/médicos de familia y de los enfermeros/as pediátricos de AP como profesional referente de su cupo en la actividad programada o de demanda ordinaria y en el seguimiento de niños/as con patologías crónicas (NEAM), y como equipo en la actividad de demanda extraordinaria por situaciones epidemiológicas excepcionales, picos de solicitud de asistencia no demorable (que superen la capacidad de las agendas) o ausencias de profesionales no cubiertas con sustituto.

3. Desarrollo de la Enfermería pediátrica con dedicación exclusiva en AP.

Necesidad de incorporar a los EPAP al personal de enfermería con dedicación exclusiva y enfoque comunitario, para desarrollar las numerosas funciones que Enfermería tiene en la edad pediátrica, tanto en el desarrollo de las actividades preventivas del PANA y del programa de vacunaciones como en los programas de educación para la salud en el ámbito afectivo-sexual, prevención del consumo de drogas o adicción a nuevas tecnologías y en el seguimiento de las patologías crónicas más prevalentes en nuestra franja etaria como son el asma y la obesidad.

Esta enfermería del EPAP se formaría y participaría en el **sistema de gestión de la demanda** previo a la asistencia, tanto de forma presencial como telemática, y debería cubrir **toda la actividad pediátrica** a nivel de extracciones, realización de técnicas diagnósticas (p.ej. sondaje urinario para diagnóstico de infección de orina en niños no continentes), administración de medicaciones, cura de heridas... consiguiendo de esa manera una capacitación y dedicación pediátrica exclusiva.

4. Gestión de las agendas de trabajo.

Alta flexibilidad en el diseño y modificación de las agendas de trabajo por todos los EPAP (opción del teletrabajo, reducciones de jornada u otras medidas de conciliación de la vida familiar, triaje previo a la asistencia...) para encontrar el modelo más adaptado a las condiciones específicas de cada Centro de Salud y con ello conseguir las mejores condiciones de trabajo posibles para los profesionales del EPAP y mantener un alto nivel de accesibilidad y de calidad en la asistencia prestada.

B) SOLUCIONES PARA EL DÉFICIT ESTRUCTURAL DE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN

PRIMARIA

Es imprescindible **incentivar la cobertura de las plazas de Pediatría de AP de difícil cobertura**, para disminuir la variabilidad regional en la distribución de pediatras en las Áreas de Salud periféricas o fuera de las grandes ciudades, y **mejorar las condiciones laborales de la pediatría de AP** para que se convierta en una opción atractiva para el desarrollo profesional de las promociones de residentes MIR de Pediatría cuando terminan su periodo formativo.

En la reciente propuesta sobre la oferta de “puestos sanitarios de difícil cobertura” que ha trasladado el SMS a la mesa sectorial, hemos constatado, con sorpresa y decepción, que no se ha tenido en cuenta la situación generalizada del grave déficit de pediatras en AP en la totalidad de las Áreas periféricas de la Región de Murcia y, por tanto, nos vemos en la obligación de reclamar, sin demora, una intervención específica y clara del SMS en el problema que nos ocupa del ámbito de la Pediatría de AP, con unos incentivos lo suficientemente significativos como para atraer recursos humanos a las zonas más deficitarias.

A corto plazo, se propone:

- Ofertar de forma prioritaria a las promociones salientes de residentes MIR de Pediatría, los contratos de Pediatría de AP de difícil cobertura (plazas vacantes o zonas periféricas de la región de Murcia donde no haya ningún pediatra). Posibilitar, de forma voluntaria, la realización de **guardias hospitalarias con su libranza correspondiente** y el desarrollo de la capacitación en las áreas específicas de la Pediatría con el ofrecimiento de pasar **consulta de las subespecialidades pediátricas** en los hospitales comarcales o del Área.
- Brindar contratos indefinidos, con seguridad de estabilidad hasta que la plaza no sea cubierta por concurso-oposición.
- No ofertar contratos temporales ni contratos para realización de guardias a nivel hospitalario, ni estancias formativas para especialización, mientras queden plazas de pediatría en AP vacantes o centros de salud sin pediatras.

- Incentivación curricular, económica y/o en la carrera profesional de las plazas en los centros de salud que no cuentan con pediatras o que estén vacantes por tratarse de zonas de difícil cobertura (Áreas periféricas, centros con solo un pediatra...).
- Creación de la estructura de los EPAP y desarrollo normativo de su organización y funcionamiento. Nombramiento de los responsables/gestores del EPAP.
- Incentivación curricular, económica y/o en la carrera profesional de las plazas de responsable/gestor del EPAP.
- Normativa regional de organización del trabajo que se realiza en AP los sábados, que no permitan situaciones discriminatorias en el cumplimiento de la jornada laboral entre los distintos profesionales de la AP (mismas jornadas que MF).

A medio-largo plazo, se propone:

- ***Aumentar los equipos pediátricos*** para alcanzar un mínimo de 4 o 5 profesionales médicos con atención exclusiva a la infancia y adolescencia, para lo cual se puede:
 - Incorporar médicos de familia para atender a la población de 14 a 18 años, mediante la redistribución de los cupos de Medicina de Familia preexistentes o creación de nuevas plazas, en función de las necesidades presentes y futuras de recursos humanos de cada Área o ámbito territorial.
 - Redistribución de plazas pediátricas hospitalarias que se vayan quedando vacantes (p-ej. jubilaciones) hacia la AP cuando no exista justificación de cobertura por necesidades del servicio hospitalario.
 - Establecer “anillos” pediátricos funcionales en ámbitos territoriales definidos, con profesionales pediátricos de distintos centros de salud y/o consultorios periféricos.
- ***Atención a la adolescencia***. La población adolescente necesita una atención específica, que no se está cubriendo adecuadamente con el sistema actual. Para mejorar esta situación, se podría incorporar al EPAP una consulta específica de adolescencia, asignada a un médico de familia, que cubriría la población de 14 a 18 años (aproximadamente la población adolescente de 3 o 4 cupos de pediatría).

Esta nueva consulta reduciría los cupos de Medicina de Familia y se centraría en actividades preventivas, comunitarias y de educación para la salud de los problemas emergentes en esta etapa de la vida:

- Trastornos de la conducta alimentaria- Anorexia/bulimia nerviosa.
- Obesidad /Sedentarismo
- Alteraciones psiquiátricas o en la esfera emocional. Depresión / Autolesiones / Suicidio / Bulling / Conductas agresivas o antisociales...
- Salud sexual y reproductiva. Ginecología de la adolescente
- Prevención y abordaje de adicciones a drogas
- Prevención de accidentes
- Otros problemas derivados de uso de nuevas tecnologías, videojuegos, ludopatía, redes sociales...

A diferencia de los adultos, este grupo poblacional suele precisar menos asistencia a demanda, con lo que se puede dedicar gran parte del tiempo a todos estos problemas que pueden marcar de forma irreversible su salud en el resto de su vida si no se solucionan precozmente. De igual manera, al estar integrados dentro de los EPAP, permitiría que una parte de su agenda de trabajo estuviera disponible para cubrir la solicitud de asistencia no demorable, que excediera la capacidad de las agendas del resto de compañeros pediátricos, o las ausencias de profesionales no cubiertas con sustituto (p.ej.-cobertura de la libranza de la guardia hospitalaria de un pediatra del equipo).

- **Presentación de la Atención Primaria pediátrica a las promociones de residentes MIR de Pediatría** al inicio de la residencia y/o previo a la elección de su subespecialización.
- Normativa regional que defina la organización de una **enfermería con dedicación exclusiva a la Pediatría-Adolescencia**, desde la enfermería pediátrica o comunitaria.
- Centralizar los servicios de Pediatría priorizando la atención en el **centro de salud de cabecera**, optimizando los recursos y evitando desplazamientos a los profesionales de la Pediatría durante la jornada laboral hacia los **consultorios periféricos**, con flexibilidad para la organización en función de los condicionantes de cada equipo, características particulares de cada centro o zona geográfica y las situaciones epidemiológicas.

- Volver a la **jornada laboral de 35h semanales**, como mejora de las condiciones laborales al eliminar la necesidad de cubrir jornada ordinaria los sábados.
- Mejoría de la cuantía económica de los **asume cupo**.
- **Formación en salud de adolescente y en temas pediátricos** para todos los profesionales médicos del EPAP.
- **Formación a la población en el uso adecuado de los recursos sanitarios y en las nuevas formas de asistencia**. Diseño de planes de divulgación de un uso más racional y eficiente de los recursos del sistema público de salud.
- **Potenciación de la asistencia telemática**. Desarrollo informático que permita mejorar la interacción con nuestras familias (aplicaciones, correo electrónico, mensajería instantánea...), sobre todo para compartir documentos e imágenes.
- **Organización de una bolsa de trabajo para pediatras jubilados**, que quieran hacer de forma voluntaria consultas de refuerzo, en centros con plazas vacantes o donde no haya ningún pediatra, y cuya retribución sea compatible con su pensión.

A largo plazo, se propone:

- **Aumentar el número de plazas MIR de Pediatría**
- **Aumentar de forma obligatoria la rotación de los residentes de Pediatría por Atención Primaria** a un mínimo de 6 meses. Conseguir que los residentes de Pediatría conozcan la AP pues no irán a trabajar a AP si no la conocen. Cuando se regulen las subespecialidades pediátricas, y se pueda perfilar laboralmente a nivel de bolsa de trabajo, priorizar la oferta de plazas a los residentes que opten por la pediatría de Atención Primaria.
- **Reconocimiento retributivo y/o curricular de los pediatras de AP que participen en la formación de los residentes de Pediatría**. Conseguir su consideración como tutores, propiciar su participación en las comisiones de docencia hospitalarias y posibilitar su acceso al mundo universitario como profesores asociados.
- **Reconocimiento retributivo y/o curricular de los pediatras de Atención Primaria que participen en la formación de los residentes de Medicina de Familia como colaboradores docentes**.

- **Reconocimiento curricular y en carrera profesional de los proyectos de investigación y de las actividades de formación continuada en Pediatría de AP.**
- **Incorporación de psicólogos a la AP**, que participarían en los EPAP para conseguir una mejor atención a la salud mental infanto-juvenil. Hasta conseguir ese objetivo ideal, se debería trabajar en modelos organizativos que faciliten la interacción, espacios en común o intervenciones de forma conjunta entre el EPAP y el Centro de Salud Mental infanto-juvenil del Área.

La Pediatría de AP en nuestra Comunidad Autónoma sufre en este momento un grave déficit de profesionales, más acusado en las zonas periféricas. Esto supone un problema de equidad y una amenaza para la supervivencia del actual modelo de atención pediátrica en el futuro. Aunque es una situación crítica para la Pediatría de AP, podemos aprovechar la necesidad de una **atención específica a la adolescencia** para poder anular esa amenaza.

Hemos obviado en nuestra propuesta las medidas debatidas de la figura del **pediatra consultor** o la posibilidad de realización de **los módulos de “peonadas” en AP** de los pediatras que dejan de hacer guardias hospitalarias, pues son recursos hospitalarios que no refuerzan la estructura de la Pediatría de AP. Pueden ser consideradas como posibles soluciones transitorias a situaciones particulares, si a la misma vez se empieza la implementación y el trabajo normativo necesario para ejecutar las medidas estructurales de mejora de las condiciones en AP, En caso contrario tienen el riesgo de que se conviertan en un “parche” por demorar la necesaria reforma del sistema de la Pediatría de AP, que es la única solución eficiente y sostenible en el tiempo.

Dado que se nos ha solicitado nuestra aportación como sociedad científica para proponer soluciones al grave déficit estructural de la Pediatría de AP, nos gustaría pedir que se valoraran con interés cada una de las medidas propuestas y que se nos contestara por escrito cuáles se consideran adecuadas, y van a ser asumidas por el SMS, o cuáles no se consideran viables, indicando qué problema presentan o qué medida alternativa se propone por el SMS.

Si se quiere mantener el actual modelo de atención pediátrica en AP, es necesario promover cambios organizativos para favorecer el trabajo en equipo, avanzar en fórmulas de autogestión y mejorar las condiciones laborales de los profesionales, trabajando en todos los aspectos a la vez. El problema es multifactorial y las soluciones/remedios implican igualmente a todos esos ámbitos; **hay que trabajar cada medida a corto, medio y largo plazo, pero abordándolas todas desde el primer momento.**

Firmado: **D. Juan Antonio Carmona Valera.**
Presidente de APERMap



Murcia a 24 de mayo de 2022