

APORTACIONES AL DOCUMENTO DEL CONSEJO ASESOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EUSKADI

En relación al borrador de las líneas estratégicas para la Atención Primaria (AP) del Departamento de Sanidad/Osakidetza presentado y debatido el 8 de febrero del presente año, y más concretamente en lo que se refiere al ámbito pediátrico, la Sociedad Vasco Navarra de Pediatría (SVNP/EHPE) desea realizar los siguientes comentarios.

Valoramos como relevante la existencia del propio Consejo así como la incorporación de algunas de las sugerencias derivadas de la reunión previa, sobre todo, como se constata en la Línea estratégica 6, la apuesta por la consolidación del modelo pediátrico de atención a la infancia en atención primaria. Igualmente por la apuesta por el desarrollo de la enfermería pediátrica. Nos preocupa la indefinición de las funciones por lo que manifestamos nuestro deseo de colaboración y trabajo para, junto con el colectivo de enfermería, tratar de establecerlos de una forma consensuada.

Los datos que se aportan sobre número de residentes, previsión de jubilaciones etc., no solo nos parecen irreales sino que, además, eluden elementos que son importantes a la hora de evaluar la situación actual y futura.

En relación a la Acción 28, redistribución de determinados cupos, dada la complejidad que entraña, sería deseable un análisis pormenorizado y consensuado con los pediatras directamente implicados. La sobrecarga asistencial es real y no está reflejada en el documento. Es un hecho el que las ausencias sea cubran por compañeros sin que se computen adecuadamente.

Observamos con pesar la negativa a asumir nuestra reivindicación de concentración de pediatras en determinados centros. Seguimos apostando por esa opción, de forma prioritaria en los grandes núcleos urbanos. Así mismo, pensamos que hay que trabajar sobre el ajuste horario y la conciliación familiar.

Respecto a la Acción 30, estamos de acuerdo en la prioridad de las coberturas de plazas de AP, pero no de forma exclusiva como se señala en el documento. Algunas plantillas hospitalarias son deficitarias y no se puede permitir desatender esa necesidad. Como no puede ser de otra forma, es preciso analizar exhaustivamente las diversas situaciones y dar una respuesta adecuada.

La situación de las OSIs y sus hospitales de referencia no es homogénea. Las diferencias son evidentes y, con toda probabilidad, muy diversas las causas que han conducido a las mismas. Por tanto, las soluciones no pueden ser iguales en cada una de ellas. En ese sentido, la contratación centralizada, a muy a menudo ajena de la realidad, nos parece una mala solución.

La falta de consideración al deseo de los profesionales recién acabados y la forma en la que, según se describe, se les obligará a decidir su futuro profesional nos parece reprobable.

Apostamos por el modelo de OPEs diferenciadas, específicas para A.primaria y hospitalaria, perfilando las subespecialidades.

Reconocemos el importantísimo papel que han jugado los Médicos de Familia que ocupan plazas de AP en pediatría y estamos de acuerdo en que así ha de ser reconocido a nivel curricular, pero entendemos que esas plazas debieran ser ocupadas por pediatras.

Respecto a la Acción 33, exigimos el reconocimiento real de las subespecialidades pediátricas. Entendemos que los hospitales de tercer nivel han de ser de alta especialización por lo que es preciso dedicar los recursos necesarios para que así sea. Es una exigencia de la sociedad actual y un derecho de los niños y niñas de nuestra comunidad.

El sistema de organización de los hospitales comarcales es complejo y por tanto de difícil solución pero que ha de asumirse sin dilación. El despliegue de las unidades de subespecialidades a nivel comarcal, en caso de que requiera modificaciones, habrán de ser individuales y consensuadas con los hospitales comarcales, lejos de imposiciones que no conducen a ningún lado. Mostramos nuestra disposición a colaborar en este sentido y tratar de llegar a soluciones pactadas y definitivas.

La SVNPE/EHPE, asumiendo como propias las ideas clave que señala el informe de la Asociación Española de pediatría (AEP) en relación al modelo de atención pediátrica, considera las siguientes propuestas:

1.- Modelo.

Mantenimiento del modelo actual de atención pediátrica y por tanto de la figura del pediatra en los equipos de atención primaria, reforzando su función específica como primer contacto del niño con el sistema sanitario. Igualmente, aumento progresiva de los recursos de enfermería pediátrica, paralelo al desarrollo de la consulta de enfermería pediátrica, estableciendo claramente las funciones a desarrollar

2.- Formación pregrado

- Fomentar las prácticas pregrado por pediatría AP. Es necesario promocionar el conocimiento de la pediatría de AP en los diferentes estratos formativos.
- Incrementar la presencia y favorecer el acceso de pediatras de AP como profesores universitarios. La formación en el campo de la pediatría de AP debe tener visibilidad con un espacio específico y dotado de medios adecuados.

3.- Formación postgrado

- Aumento del número de plazas MIR de pediatría.
- Aumentar el número de los servicios de pediatría acreditados para la docencia.
- Aumentar a 6 meses la rotación de los MIR por atención primaria. Contribuiría a aumentar el conocimiento y a atraer a los mismos hacia ese ámbito asistencial. Es importante determinar el momento óptimo de dicha rotación. Realizar gran parte de la misma en el cuarto año (no sólo de R1) permitiría optimizar mejor todo lo aprendido de cara a la salida laboral a AP.

- Diseño de rotación específico para el MIR de cuarto año que elige AP.
- Presencia pediatras de AP en las Comisiones de Docencia.
- Aumentar el número de pediatras de AP como tutores MIR. Para ello, al contrario de lo que ocurre ahora, resulta imprescindible su reconocimiento real, tanto retributivo como curricular.
- Facilitar la asistencia y organización de cursos, jornadas etc. con temas que competen AP, dirigidos a los residentes en formación.

4. Enfermería

- Reconocimiento y aumento progresivo de las EIR de enfermería.
- Desarrollo de listas específicas de enfermería para atención pediátrica.
- Potenciar la unidad básica pediatría /enfermería 1/1
- Definir rol de la enfermera de pediatría de AP.

5. Recursos Humanos/Organización

- Análisis exhaustivo de las necesidades reales de profesionales a corto y medio plazo. Las próximas y masivas jubilaciones son un reto enorme que hay que afrontar con datos reales para poder establecer un plan de renovación de plantilla.
- Orientar a las nuevas pediatras hacia las plazas de atención primaria, respetando siempre la voluntad individual y sin amenazas. Entendemos que en este momento la prioridad sea la cobertura de las plazas en atención primaria, pero sin maximalismos. Dadas la enorme heterogeneidad de las diferentes OSIs abogamos más por una contratación autónoma que centralizada.
- Convocar oposiciones y traslados cada dos años, priorizando el tiempo de trabajo en primaria en los baremos de las oposiciones de AP.
- Ofertar todas las vacantes, fin a las amortizaciones encubiertas.
- Regular la movilidad mediante concurso de traslados anuales de todas las vacantes. Las comisiones de servicio de primaria al medio hospitalario han de estar plenamente justificadas.
- Creación de la figura de Coordinador de pediatría, sobre todo en las OSIs que se enmarcan en los hospitales universitarios.
- Aumentar la presencia de pediatras de AP en las gerencias y cargos organizativos intermedios.
- Centralizar la atención pediátrica en zonas urbanas de manera que, de forma coyuntural, facilite la distribución de cargas entre profesionales, cupos equilibrados, coordinación, cobertura de ausencias.
- Adecuación de los cupos
- Animar y facilitar a los pediatras de AP que así lo deseen su implicación en la atención hospitalaria en el ámbito de la asistencia urgente mediante guardias voluntarias en el Hospital. Contribuye a mantener el contacto con el hospital, hecho a muy deseable y muy valorada por los pediatras recién acabados, además de favorecer la integración entre los diferentes niveles asistenciales.
- Garantizar el descanso entre jornada y saliente de guardia asegurando siempre sustitución para no sobrecargar al compañero. Si no fuera posible, implantar una compensación económica.

6. Capacidad de resolución de AP

- Desarrollo de la historia única y accesibilidad a la información compartida con hospitales

- Accesibilidad a las pruebas diagnósticas
- Uso de nuevas tecnologías para docencia compartida (teleconferencia)
- Facilitar las reuniones presenciales en horario laboral
- Aumento de los recursos telemáticos para el trabajo en red con comunicación constante.
- Desarrollar modelos de atención compartida a los pacientes crónicos.

7. Bloque condiciones laborales

- Reorganización de los horarios para la conciliación familiar.
- Mejora de las retribuciones y condiciones laborales sobre todo en los destinos más duros (periféricos) y de difícil cobertura.
- Recuperar la política de sustituciones, aplicando siempre las ausencias programadas y bajas laborales.
- Plantear la cobertura por compañeras solo si no hay posibilidad de sustitución, tras haberla ofertado y con un límite de tiempo. En este caso reconocimiento retributivo así como distintas formas organizativas para ello.
- Permitir el cierre de agendas ante ausencia de compañero y no realizar revisiones ni controles de salud programados que puedan ser pospuestos .
- Mayor puntuación en bolsas de trabajo,
- Crear espacios en las agendas para formación, investigación

Junta Directiva
Sociedad Vasco Navarra de Pediatría/Euskal Herriko Pediatria Elkarte

A diez de febrero de 2019.