



ARPap

Asociación Riojana de Pediatría de Atención Primaria
Ruavieja 67-69, 1º. 26001 Logroño

POSICIONAMIENTO DE LA ASOCIACIÓN RIOJANA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La **Asociación Riojana de Pediatría de Atención Primaria (ARPap)** es una asociación federada de carácter científico y profesional que **representa a la totalidad de pediatras** que trabajamos en los centros de salud y consultorios de Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud.

Tal y como se recoge en nuestros estatutos, preservar el derecho a la **protección de la salud del niño** y velar por el carácter **equitativo, universal, integral, continuado e igualitario** de los servicios sanitarios es uno de nuestros fines, así como participar los logros, defectos, necesidades, problemas e inquietudes relacionados con el ejercicio de la Pediatría de Atención Primaria con el objetivo primordial de lograr una **mejora continua de la calidad asistencial**.

Por este motivo y en adhesión al documento de posicionamiento de nuestros compañeros de la **Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria (SRMFyC)**, queremos mostrar nuestro apoyo a las reivindicaciones que se están realizando desde el colectivo de médicos de Atención Primaria de La Rioja y participar conjuntamente en la búsqueda de soluciones que permitan el desarrollo de una **Atención Primaria digna y de calidad**.

Compartimos la visión de la Atención Primaria de Salud (APS) como el **modelo más eficiente** en resultados de salud individual y comunitaria y, en el caso de la población infantil, el que mejor permite desarrollar las actividades preventivas y de promoción de la salud que han demostrado **mayores beneficios** en todas las etapas de la vida. **Disponer de pediatras en el primer nivel asistencial es un logro de la reforma sanitaria** realizada en nuestra transición democrática que ha permitido que los niños en España cuenten con uno de los modelos de asistencia más cuidados y valorados de nuestro entorno.

Sin embargo, tal y como ha denunciado incesantemente la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), el sistema actual de APS y, en especial, el modelo de asistencia infantil, se encuentran **amenazados por la falta de profesionales que ejerzan en este ámbito**.

Creemos que la principal causa estriba en las deficientes condiciones en el que se desarrolla actualmente nuestro trabajo, consecuencia directa, a su vez, del

abandono presupuestario e ideológico del modelo de APS por parte de nuestros gestores sanitarios.

Aunque las consecuencias iniciales las estamos padeciendo de forma mantenida los profesionales durante muchos años, nos tememos que **las principales y más graves consecuencias son las que empiezan a sufrir y sufrirán los usuarios** del Servicio Riojano de Salud.

Sin un número adecuado de profesionales, que se agravará con las **inminentes jubilaciones** de muchos compañeros en los próximos años, no pueden garantizarse los principios de equidad, universalidad, integralidad y longitudinalidad que deben caracterizar la APS. **La contratación de pediatras debe ser, como la contratación de médicos de familia, una línea prioritaria.**

Aunque nos adherimos al decálogo de propuestas de mejora de la AEPap y la SEPEAP (<http://tinyurl.com/decalogoaeap>) consideramos que sus efectos pueden demorarse de forma irreparable. Por ello creemos necesario un **aumento inmediato del presupuesto en APS** y que éste sea gestionado por una **gerencia específica** en la que las recomendaciones de las sociedades científicas y profesionales sean respaldadas.

Creemos que este aumento presupuestario debería acompañarse de una **oferta de empleo público amplia** que mantuviera una periodicidad regular y cuyos criterios de baremación se acordaran con las asociaciones científicas.

Dentro de los Equipos de Atención Primaria, los **niños menores de 14 años deben ser atendidos por los pediatras**. Por debajo de los 14 años, todos los niños deben tener asignados un pediatra y un enfermero pediátrico de referencia. Cuando por motivos asistenciales o geográficos la atención habitual sea prestada por otro facultativo, ésta también debe ser reconocida a efectos organizativos y retributivos.

Los niños deben contar también con profesionales de enfermería específicamente dedicados a la pediatría. En caso de no disponer de profesionales con la titulación de especialista en enfermería pediátrica, se debería facilitar una adecuada formación específica en la que los profesionales de nuestra asociación estarían dispuestos a colaborar. La coordinación y colaboración de estos equipos pediátricos deben facilitarse estructural y funcionalmente, con consultas contiguas y comunicadas, manteniendo una ratio pediatra:enfermero de 1:1.

Debe **adecuarse el número de niños asignado a cada pediatra y enfermero pediátrico** según las características demográficas, sociales (segmentos etarios, problemas sociales, ruralidad, inmigración...) y asistenciales (participación en programas, docencia, oferta asistencial y de técnicas...) estableciéndose el número óptimo de niños por equipo en 800 y no superando en ningún caso los 1000 usuarios asignados. Esta medida dirigida a optimizar la calidad de la asistencia médica y enfermera que reciben los niños no debe conllevar un

detrimento retributivo del pediatra y enfermero de pediatría debiendo ser reconocidas y ajustadas comparativamente con el resto de los profesionales del equipo de atención primaria.

La **sustitución de todos los profesionales en casos de baja o de permisos reglamentarios** debe asegurarse para garantizar la longitudinalidad y accesibilidad de la asistencia. La acumulación por parte del resto de compañeros, tal y como se viene realizando, vulnera estos derechos y multiplica el número real de pacientes atendidos con la consiguiente sobrecarga y deterioro asistencial que provoca, sin ofrecerse además compensación alguna.

La agenda debe ser una herramienta a disposición del profesional, como lo es el instrumental diagnóstico o el programa informático de gestión de historia clínica. **La organización y disponibilidad de un tiempo adecuado a cada niño es el mejor recurso para mejorar la calidad de la atención.** Partiendo de unos criterios de calidad mínimos que deben elaborarse con la participación de las sociedades científicas, debe garantizarse el desarrollo de una actividad asistencial que permita atender la consulta de demanda sin sacrificar, como viene ocurriendo, la consulta programada, fundamental para la atención de procesos crónicos (obesidad, asma, TDAH, enuresis...), el Programa de Salud Infantil, otras actividades de prevención y promoción de la salud, vacunaciones, participación en las actividades formativas, docentes e investigadoras individuales y del Equipo de Atención Primaria... La atención domiciliaria se contemplaría exclusivamente para los casos de enfermedades crónicas o incapacitantes que obliguen al niño a permanecer en su domicilio.

Dada la variabilidad estacional y epidémica de la patología pediátrica, existen numerosos períodos en que **las citas disponibles no se adecúan a las expectativas de demanda de las familias**, por lo que se incrementan las consultas *sin cita*. Además de la organización flexible de la agenda, deben articularse protocolos de motivos de consulta que permitan **gestionar la atención de demanda sin cita previa**, hecho que sin duda se vería disminuido evitando la acumulación de cupos mediante la oportuna sustitución del personal ausente y el compromiso de realizar campañas institucionales de educación poblacional que, sin suponer una limitación sobre la accesibilidad de los usuarios, fomenten el adecuado uso de los recursos sanitarios disponibles. En todo caso, el **rebosamiento y la sobrecarga asistencial** deberían ser retribuidos de forma adecuada tanto en los casos en que se acumule dentro del horario ordinario de jornada como en aquellos casos en que, siempre de forma voluntaria, se desempeñaran actividades asistenciales fuera de este horario.

Aunque en menor grado que la medicina de familia, la pediatría asume **actividades burocráticas que pueden ser reducidas** con el apoyo adecuado de personal administrativo, la supresión de algunos trámites normativos obsoletos o ineficaces y la autogestión de las actividades generadas en el ámbito de la atención especializada (citas sucesivas, recetas...).

Por último, destacar el **uso fraudulento que se hace en nuestra Comunidad de la figura del Pediatra de Área**, cuya justificación no puede sustentarse en la unificación sanitaria del área, sino en la necesidad de prestar asistencia pediátrica en más de una zona de salud en la que, por número de niños, no se justificaría crear una plaza en el equipo. Se trata, por tanto, de una figura de apoyo a los equipos de atención primaria, pero no integrado en éstos, aunque se coordine funcionalmente. **Nuestra identidad y nuestra vocación se sustenta en la pertenencia al equipo** de atención primaria. Consideramos, además que la persona que desempeñe la labor de **coordinación del Equipo de Atención Primaria debe ser elegido por los propios profesionales** del equipo.

Solo consiguiendo estas condiciones será posible una regeneración de los Equipos de Atención Primaria en los que los pediatras se encuentren integrados de forma efectiva, participando en la consecución de **la mejor atención posible para la población** protegida.

Junta Directiva de la Asociación Riojana de Pediatría de Atención Primaria

Logroño, 1 de marzo de 2019