

Sr. Secretario Xeral do SERGAS

ASISTENCIA PRIMARIA EN PEDIATRIA

INTRODUCCIÓN:

Ao aprobarse a Lei Xeral de Sanidade en España, no tocante á Asistencia Primaria, decidiuse impulsar a figura do “Pediatra comunitario”, que non existía, e que supuxo un éxito na atención do neno e así o demostran todos os indicadores sanitarios. Ademais aumentouse a idade Pediátrica de 7 anos aos 14 anos e desde fai + /- 2 anos ata os 15, como o demandábamos os profesionais, porque entendiamos que atender ao neno adolescente “orfo” nese momento de atención era o mais doado. Co que non contabamos era que non se ampliasen o numero de profesionais para atendelos, o que provoca un gran aumento na carga asistencial. Esta situación vese agravada na actualidade polo aumento de poboación emigrante que neste momento en España é dun 10 %, o que aumentou de forma considerable os nenos.

Ver gráficas de poboación do INE do censo do 2005 en Galicia e tramos por idade. Atenderíamos antes a 156.807, fronte aos 338509 de agora.

Ademais creouse a figura do “Pediatra itinerante” (o único especialista que o fai), para atender aos nenos do medio rural, sen ter en conta que en Galicia o numero de entidades de poboación é o mesmo que na totalidade do resto de España, o que leva a unha gran dispersión da asistencia e a unha perda de efectividade.

Todo iso condiciona unha gran presión asistencial, cun gran custo persoal que leva ao esgotamento e ao deterioro da calidade.

Revisión del Padrón municipal 2005. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia.

Población por edad (año a año) y sexo

Unidad: Personas

Edad/Años	A			TOTAL	
	CORUÑA	LUGO	OURENSE	PONTEVEDRA	GALICIA
	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos sexos	Ambos Sexos
0	7.824	1.892	1.829	7.352	18.897
1	8.310	2.011	2.032	7.884	20.237
2	7.943	1.924	1.846	7.602	19.315
3	8.308	1.951	1.871	7.854	19.984
4	8.295	2.145	1.926	7.702	20.068
5	7.954	2.011	1.962	7.536	19.463
6	8.023	2.117	1.964	7.105	19.209
7	8.034	2.066	2.091	7.443	19.634
8	7.923	2.062	2.134	7.634	19.753
9	8.110	2.241	2.254	7.738	20.343
10	8.266	2.357	2.284	8.063	20.970
11	9.125	2.624	2.533	8.567	22.849
12	9.342	2.675	2.543	8.994	23.554
13	9.468	2.757	2.583	9.001	23.809
14	9.675	2.994	2.727	9.204	24.600
15	10.124	3.141	2.907	9.652	25.824
TOTAL	136.724	36.968	35.486	129.331	338.509

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Contacto: INE Difusión. E-mail: info@ine.es. Internet: www.ine.es. Tel: +34 91 583 91 00 Fax: +34 91 583 91 58

Copyright INE 2006

A situación actual no que atangue aos recursos de Pediatría é como segue:
Pediatras en asistencia primaria: **313**. (Mais de 1000 nenos por pediatra atendendo ao censo)

Coa seguinte distribución:

Pobos de <400 TIS.....	29
Atenden 2 ou + pobos	55
Ratio 1 pediatra/ 1 enfermeira.....	90
Ven adultos os sábados	122
Mais de 1000 TIS.....	197

Necesidades: 54 PEDIATRAS

Todo isto lévanos a considerar as seguintes prioridades:

1 .AMBITO PROFESIONAL E LABORAL:

En xeral estamos de acordo coas cifras elaboradas na mesa de recursos humanos. (800- 1000 TIS). Pero cremos que se deben considerar os seguintes puntos:

1. Creación de novas prazas de pediatría en zonas de alto desenvolvemento ou con gran carga asistencial. Urxente e inaplazabel cando os TIS sexan superiores 1200 e facer seguimento a partir de 1000.
2. Atención continuada adultos só de forma voluntaria. Poderíase valorar a creación de PACS de atención pediátrica, con integración voluntaria dos profesionais.
3. Demandas salariais:
Igualdade cos Médicos xerais e de familia das mesmas características. A diferenza salarial estableceuse en 1993 coa entrada en vigor do

compoñente capitativo e a promesa da súa revisión, que non se cumpriu.

3.1. Productividade fixa ou pago por tarxeta individual:

Reforma inmediata do devandito complemento que equipare ao pediatria co soldo dos restantes profesionais médicos do equipo. Deben de aumentarnos a cantidade fixa que nos pagan, ao equivalente á media que cobran os Médicos de Familia por ese complemento.

3.2. En canto ao pago por tarxeta sanitaria: que se teñan en conta as peculiaridades da pediatría e fundamentalmente os segmentos de idade de 0-3 anos e de 3 -6 anos

3.3 Productividade variable ou incentivos:

Facelos acordos coa calidade asistencial, os outros incentivos do equipo deberían ser complementarios.

3.4 Pago inmediato dos incentivos por emprego racional de fármacos.

3.5 Compensación económica por atender todos os actos médicos de pacientes sen tarxeta sanitaria ou en trámite (nalgúns casos de 5 -10%) e simultaneidade entre o momento no que o neno ten dereito á asistencia e o seu correspondente reflexo na nómina.

3.6 Aumento do pago por íntersubstitución entre Pediatras.

3.7 Pago como íntersubstitución en canto o cupo sexa superior a 1200 TIS

3.8 Incentivar economicamente ou dalgún outro modo (vacacións, permisos), a quenda de tarde, pola súa maior penosidade e frecuentación. Reconverter cando sexa posible prazas de tarde ou deslizantes en prazas de mañá, para contar así cun maior “pool” de pediatras para “peonadas”.

3.9 Mentres non exista suficiente numero de Pediatras para cubrir todas as necesidades, ofertar “peonadas” como as que se realizan en asistencia especializada, para cubrir as vacantes que se poidan producir. Para que resulten atractivas deben de estar ben pagadas.

2. ORGANIZACIÓN E XESTIÓN:

1. Esixir que a unidade asistencial PEDIATRA / ENFERMEIRA, sexa obrigatoria en todas as consultas (incluído o medio rural). O ratio debería ser sempre de 1 pediatra /1 enfermeiro/a. O que aliviaría algo a situación actual. Redefinir o papel da enfermería en pediatría. Impulsar a especialización de enfermería pediátrica.
3. Queremos manifestar a nosa falta de acordo coa actual figura de PEDIATRA DE ÁREA (“itinerante”). Consideramos importante favorecer a concentración da poboación infantil nas cabeceiras de comarca. (Se poderíanse utilizar os PACS como puntos de atención pediátrica, xa que está nunha radiana de non mais de media hora)
4. Redistribución dos profesionais dunha forma máis racional. Os postos de Pediatra deben de ser creados en función das necesidades e non a instancias políticas locais.
5. Aumento das prazas de PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA. Para iso:
.Revisión do “numerus clausus” das Facultades de Medicina, xa que non se cobren as necesidades. Este ano menos de 300 alumnos matriculados, sobre un total de 1200 peticións como primeira carreira.
.Aumento das Prazas de Pediatría na convocatoria MIR.
No ano 2006 son de 330 para toda España, numero claramente insuficiente.
6. Procurar atraer a especialistas de Pediatría españois que se atopen no estranxeiro, así como especialistas estranxeiros para cubrir as necesidades.
7. Dotación de medios materiais diagnósticos e terapéuticos nas consultas.
8. Informatización: Queremos que se conte connosco e ofrecémonos para colaborar ca mesma. Historia clínica única e dixitalizada, baseada na que se usa actualmente en soporte papel

3. ASISTENCIAIS:

Que non haxa limite na realización das probas complementarias, sempre

que estea xustificado clinicamente, o que redundaría nun mellor diagnóstico, estaríamos camiñando cara ás consultas de alta resolución.

4.- CARTEIRA DE SERVIZOS:

3.1. Desenvolver, potenciar e difundir o programa do Neno. Pensamos que as múltiples actividades que engloba non están suficientemente consideradas.

3.2.- Programa de Vacinación:

Ten suficiente entidade como para ser un programa illado. Pois se debe de considerar tanto a vacinación do neno normal como a de casos especiais: nenos con inmunodeficiencias, tratamento farmacolóxico, nenos inmigrantes... Novas vacinas.

3.3.-Programa do Adolescente:

Abordalo de xeito global

3.4-. Programas de patoloxías crónicas ou máis prevalentes: Asma, Obesidade, Talla Baixa, Infeccións respiratorias de repetición etc.

5. DOCENCIA E FORMACION CONTINUADA:

1.- Conseguir que teñamos máis facilidades para poder realizar a nosa FORMACIÓN CONTINUADA, que o Sergas debe de entender, que é o seu deber apoiarnos na nosa formación. Que non teñamos que asistir a un curso, a cambio da perda de días de Libre Disposición ou sobrecargando ao compañeiro.

2.- CURSOS do FEGAS específicos para Pediatría e en días e horas máis adecuadas para os pediatras de atención primaria.

3.- Resolver que os Residentes de Pediatría roten 3 meses por PRIMARIA, como indica o seu programa de formación, polos CENTROS DE SAÚDE.

5.- Reconversión das horas de traballo dos sábados por horas de formación continuada no ámbito da atención primaria.

6.- Solicitar o apoio da Consellería para levar adiante os proxectos de Investigación en Pediatría de asistencia primaria.

En Santiago de Compostela, a 14 de Febreiro, de 2007

Asinado:



Juan Manuel Sánchez Lastres

Presidente da Sociedade de Pediatría de Galicia (SOPEGA)



Carlos Máiz Cal

Presidente da Asociación Galega de Pediatría de Atención Primaria (AGAPap)