

LÍNEA ESTRATÉGICA 6:

Consolidar el modelo de atención pediátrica en Atención Primaria.

El modelo de Atención Pediátrica en Euskadi plantea retos derivados en parte por la falta de profesionales que dirijan su carrera profesional hacia la Atención Primaria. Pero tan importante como acometer este problema es la corrección de una inadecuada distribución de funciones entre las y los profesionales médicos pediatras y enfermería pediátrica que se acompaña además de una utilización muy elevada de los servicios de pediatría en Atención Primaria.

No asistimos a una situación deficitaria de profesionales pediatras sino a una inadecuada distribución de los mismos que es necesario corregir.

PEDIATRÍA	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
RR QUE FINALIZAN	18	24	24	24	24	24	27	27	27	27	27	27
JUBILACIONES	14	16	21	12	16	15	7	8	8	4	9	13
SUPERAVIT	4	8	3	12	8	9	20	19	19	23	18	14

Tabla 19. Evolución de la relación jubilaciones/incorporaciones de Médicos de Familia. Datos a diciembre 2018. Para el cálculo de déficit acumulado se parte del equivalente al número de plazas de AP que no están ocupadas por especialistas en pediatría.

Para el Departamento de Salud y Osakidetza no hay ninguna duda de que el modelo de atención en pediatría es un modelo a preservar y consolidar y que con carácter general todas las plazas de pediatría puedan ser desempeñadas por especialistas en pediatría constituye un objetivo a conseguir en los próximos años. Esto no impide que en determinadas zonas geográficas los médicos/as de familia continúen prestando la asistencia pediátrica en primera instancia con el apoyo de una o un pediatra consultor.

Una de las acciones que es necesario acometer es la relativa al refuerzo de las plazas de enfermería pediátrica ya abordada con anterioridad en este documento, y como se señalaba este refuerzo debe de acompañarse del desarrollo de nuevas funciones por estas profesionales. No cabe duda de que el papel de enfermería en los controles y consultas de pediatría debe cambiar sustancialmente.

ACCIÓN 29: Derivado de los cambios demográficos en Euskadi, se efectuará a nivel de UAP la posible conveniencia de redistribución de determinados cupos pediátricos con generación de cupos de mayor tamaño, siempre llevando a cabo los ajustes retributivos necesarios.

Debido a la caída en la natalidad, y excluyendo las UAP del ámbito rural de las OSi Araba y Rioja Alavesa, como puede apreciarse en la tabla 20 tomando como

criterio general el análisis de aquellas UAP en las que se observa un número de TISes pediátricas menor de 600 TISes por médico pediatra y combinado con el % de niños menores de 2 años de cada UAP, cabe valorar la conveniencia y posibilidad del ajuste de plazas al menos en 10-13 UAP. Un análisis que debe efectuarse teniendo en cuenta aspectos como la dispersión geográfica pero sin duda un análisis obligado por la evolución demográfica.

Nº TISes	% NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS				TOTAL UAP
	>25 %	20 a 25 %	15 a 19 %	< 15 %	
> 1200	0	0	6	0	6
1000 a 1200	1	3	19	1	24
800 a 999	0	1	51	3	55
600 a 799	0	2	31	5	38
< 600	0	0	5	0	5
Total UAPs	1	6	107	9	128

Tabla 20. Distribución de UAP en función de TISes pediátricas.

En estas UAP, durante el primer semestre de 2019 se efectuará un análisis pormenorizado de la posibilidad de equilibrar cargas asistenciales con el resto de UAP de las respectivas OSIs.

ACCIÓN 30: Con carácter general se mantendrá la actual distribución de pediatras en las diferentes UAP, priorizando el ajuste horario de la actividad asistencial hacia horarios de mañana frente a la concentración de pediatras.

Aunque muchos y muchas profesionales se muestran favorables a la concentración de pediatras en determinados centros (sobre todo en zonas urbanas), hay una serie de elementos que la desaconsejan:

- Una de las características básicas más importantes de la AP y mejor valorada por la ciudadanía es la accesibilidad y cercanía de este nivel asistencial.
- En la actual red asistencial, la concentración de servicios pediátricos precisaría de la reordenación no sólo de profesionales, sino también de espacios, soporte administrativo, etc.
- Para muchas personas disminuir los puntos de atención pediátrica supondría establecer una situación de desigualdad en el acceso. Esto sería especialmente relevante en zonas rurales y periféricas, precisamente donde las desigualdades entre la población son mayores y hay mayores dificultades para la contratación de pediatras.

Por consiguiente, exceptuando situaciones puntuales en períodos y momentos vacacionales, no se efectuarán movimientos de concentración de pediatras en situaciones de normalidad asistencial.

ACCIÓN 31: Cualquier tipo de planteamiento de incremento de plantillas en la Pediatría hospitalaria, por aumento de demanda, enfermedades emergentes, etc., previamente a su aprobación, debe ser analizado por la Dirección de Asistencia Sanitaria, y abordado conjuntamente con la Dirección de Planificación, Evaluación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Salud.

A medio plazo, la proporción entre oferta y demanda debería de permitir dotar a la totalidad de las plazas de atención pediátrica en AP de Pediatras. En este sentido, el balance es favorable entre la capacidad de formación de Pediatras frente a las jubilaciones previstas. Apoya también esta hipótesis el hecho de que no se va a producir un aumento de la demanda por la menor tasa de nacimientos (a priori todo lo contrario), y que actualmente contamos con una plantilla joven en los hospitales.

La cobertura de las plazas de Pediatras para Atención Primaria es una prioridad para el Departamento y Osakidetza. Por este motivo, con carácter general, deben mantenerse estables y sin crecimiento las plantillas de pediatría hospitalaria existentes en cada uno de los hospitales de Osakidetza. Este debe ser un mensaje inequívocamente asumido por todas las Organizaciones de Servicios para las que la dotación de especialistas de pediatría en AP debe ser una prioridad compartida.

Por otra parte, la dotación de plantillas de pediatría en hospitales de Osakidetza teniendo en cuenta que en el ámbito extrahospitalario las y los profesionales que atienden a los niños y las niñas tienen la misma especialidad y formación, supera en su conjunto lo que debería ser una situación equilibrada. Por ello, **priorizar la Atención Primaria debe implicar la estabilización de las plantillas en los hospitales** y dirigir a los profesionales recién formados hacia la atención primaria.

Priorizar de forma inequívoca la contratación de pediatría en Atención Primaria dirigiendo a los nuevos Pediatras a las plazas de AP vacantes de forma corporativa es el sentido que tiene la medida ya implementada de gestionar las necesidades de contratación con una única lista de contratación centralizada en los Servicios Centrales de Osakidetza (SSCC).

La contratación de los Residentes que terminan su formación (habitualmente en el mes de mayo), para ser acorde con la prioridad de cobertura de AP, debe tener como norma general la cobertura de las vacantes de hospital sólo y únicamente en los casos de jubilación (previo análisis corporativo de su pertinencia). Ante la cobertura temporal de una plaza de pediatría hospitalaria debe prevalecer la prioridad de Atención Primaria.

Las y los nuevos especialistas que no tengan cabida en hospitales según los criterios previos, sólo pueden ser contratados en el nivel de AP de Osakidetza, como reflejo de la prioridad de contratación en este nivel aunque ello suponga la asumir el riesgo de que el especialista se encamine hacia otro servicio de salud.

ACCIÓN 32: Desarrollo de una OPE específica de pediatría de AP, priorizando la oferta de plazas de AP frente a la oferta de plazas en hospitales.

Esta medida, al igual que la propuesta para Medicina de Familia, permitirá atraer hacia la Atención Primaria tanto a talento externo a la CAE como de la propia CAE. Como en el caso de la Medicina de Familia la aspiración es poder realizar esta OPE a finales del año 2019 en concatenación con la última OPE.

ACCIÓN 33: Garantizar la permanencia a los MFyC que ocupan las plazas de AP en pediatría por unos años, reconociendo tanto el tiempo trabajado como tiempo en atención primaria y proporcionando las condiciones laborales de la plaza que ocupan.

En los últimos años el número de plazas de pediatría ocupadas por médicos de familia se ha mantenido más o menos estable. La contratación de MFyC para atención pediátrica sigue siendo necesaria a día de hoy, si bien el objetivo debe ser ir reduciendo estas situaciones en la medida de lo posible y al mismo tiempo facilitar que los médicos y las médicas de familia desempeñen estas funciones durante un horizonte temporal más o menos prolongado.

Esto implica:

- a) Reconocer del tiempo prestado en pediatría en las mismas condiciones que el reconocimiento prestado en Atención Primaria de adultos a todos los efectos (OPE, carrera profesional etc.).
- b) Garantizar la correspondencia de condiciones al puesto efectivamente desempeñado.
- c) Garantizar en su caso un tiempo de reciclaje en función del tiempo de trabajo en medicina infantil, cuando el médico/a de familia vuelve a incorporarse a un cupo de medicina de adultos.

ACCIÓN 34: Racionalizar el despliegue de consultas monográficas de subespecialidades en pediatría mediante la planificación del mismo con una visión de conjunto del sistema sanitario vasco.

El sistema de organización de la atención pediátrica en los hospitales comarcales que cuentan con maternidad y atención pediátrica orienta a las OSIs al despliegue

de consultas monográficas. Y esto es así a pesar de que no hay ninguna diferencia entre la formación de los pediatras de Atención Primaria y la de los pediatras de hospital. No cabe ninguna duda de que es necesario disponer de centros de referencia para consultas monográficas de subespecialidades de pediatría, pero la prevalencia de estas patologías y el volumen de actividad no justifican su despliegue a nivel comarcal. El despliegue de estas unidades de subespecialidades pediátricas no debe estar en relación con la disponibilidad de recursos profesionales (por necesidad de mantener las de guardias que se derivan de tener maternidad), sino que se deben corresponder con necesidades asistenciales identificándose el centro de referencia que aporte más valor a la asistencia al niño o a la niña. Por tanto, con carácter general, en el periodo de un año, las consultas monográficas de subespecialidades se centralizarán en las 4 OSIs de Osakidetza que cuentan un hospital universitario.

En este proceso, que se liderará desde la Dirección de Asistencia Sanitaria, las y los pediatras adscritos a hospitales no universitario apoyarán a la atención pediátrica en Atención Primaria o alternativamente formarán parte mediante acuerdos de gestión clínica de las consultas monográficas que se establezcan en los hospitales universitarios. En este análisis se incluirá el efecto de facilitar que pediatras de AP que quieran hacer guardias en hospitales puedan hacerlo adaptando su calendario de guardias a las necesidades de la consulta de AP así como que nuevas contrataciones en plantilla estructural de AP lleven aparejada la asunción voluntaria de guardias en los correspondientes hospitales comarciales.

Complementariamente, desde la Dirección de Planificación del Departamento se analizarán las consultas monográficas en el conjunto de Euskadi, desde una perspectiva de planificación ajustada a las necesidades asistenciales será analizada.