

Referencias

1. Manuel MJ. *Dosificación de suplementos vitamínicos en lactantes: ¿sabemos lo que damos?* PAP 1999; 1(1): 69-73.

M^a José Manuel Enguídanos

Estimado Señor Director

Los pediatras de Madrid y territorio INSALUD de Atención Primaria, modelo Centros de Salud hemos expuesto en diversas cartas enviadas a todas las autoridades sanitarias, diarios relacionados con la sanidad y boletines profesionales (Asociación Española de Pediatría) información referente a los problemas laborales y profesionales más acuciantes con los que nos enfrentamos diariamente.

La revista de Pediatría de Atención Primaria publicó en su número anterior un pequeño extracto de estos problemas que pasamos a enumerar con más detalles:

1. El valor de las Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) en los tramos de edad pediátrica firmados en julio de 1992 en los que se implantó un sistema capitativo en el concepto de productividad fija, supuso establecer unas importantes diferencias retributivas con los médicos generales de un mismo centro.

Dichos valores, tan sólo han sido revisados en una ocasión en 7 años sin que se haya producido equiparación alguna. Existiendo por entonces un acuerdo formal de que se realizaría una nueva revisión, esta no se ha cumplido.

En este mismo sentido queremos hacer constar que la inclusión de las tarjetas de los niños recién nacidos resulta muy complicada y pueden pasar hasta 5 meses o más, antes de que consten en nuestros listados, siempre y cuando esta primera asignación se realice pronto tras el nacimiento del bebé. Mientras tanto, muchos pacientes mayores de 14 años son excluidos inmediatamente, sin asignación de médico general (esto viene siendo desigual en las diferentes Áreas de Madrid), a pesar de continuar siendo vistos por nosotros. Por último en lo que se refiere a los niños incluidos en la Ley/1996 inmigrantes con derecho a asistencia, adopciones internacionales hasta que se regula su situación, y los niños que pertenecen a entidades colaboradoras, a todos ellos no se les esta concediendo la tarjeta sanitaria, siendo atendidos por nosotros con regularidad, y por los que por lo tanto no se nos retribuye.

2. El Real Decreto de Libre elección de médico 1575/1993 de 10 de setiembre estableció un cupo óptimo de 1250-1500 pacientes de 0 a 14 años por pe-

diatra, con una desviación del 20%. Y permitía que los pacientes eligiesen entre medicina general y pediatría en el grupo de edad de 7 a 14 años.

Los cupos óptimos deberían de situarse, para una correcta atención entre 800 y 1000 niños, dependiendo de las zonas, cifra que se aproxima a la realidad actual de la mayoría de los pediatras que trabajan en centros urbanos del territorio del Insalud. Bajo este Real Decreto es donde se amparan las Gerencias de Atención Primaria para la amortización de plazas de pediatra.

En segundo lugar, y al igual que en atención especializada los niños de 7 a 14 años deben ser atendidos en pediatría exclusivamente. No parece lógico que exista un diferente rango de edad según sea Atención Primaria o Especializada. Por lo que entendemos que los niños de 7 a 14 años deben atenderse exclusivamente por los pediatras de Atención Primaria.

3. Desde la creación de los Centros de Salud sólo ha habido 4 concursos de traslados, siendo distintas las plazas a las que se ofertan del concurso libre. Es preciso, que se realice un concurso de traslado anual en el que se oferten todas las plazas existentes y posteriormente las sobrantes y las resultas pasen al concurso libre.

4. Permisos de docencia y sustituciones con suplente. En la mayoría de los Centros de Salud somos uno o a lo sumo dos pediatras por turno o con turnos "deslizantes" de mañana y tarde, para repartir los pacientes que han de ser atendidos en época de vacaciones, permisos de docencia y otros como bajas laborales. Son pocas las ocasiones en que las ausencias son cubiertas con suplente, lo que supone por tanto una gran sobrecarga de trabajo, los pediatras estamos permanentemente de "urgencias". Si bien la cobertura con suplente es para todos los profesionales en general muy insuficiente, creemos que la situación minoritaria dentro de los equipos contribuye a una gran sobrecarga en estas situaciones.

5. Ausencia de Formación Médica Continuada. Este problema junto con la ausencia de carrera profesional en el Sistema Nacional de Salud consideramos está siendo tratado de forma desigual en las diferentes Áreas de Salud, por lo que creemos se deben confeccionar directivas de ámbito superior a las Gerencias de las Áreas, que contribuyan a aminorar estas diferencias.

6. Plazas ocupadas por médicos no especialistas. Desde hace varios años existen ya problemas de salida profesional, sin que hasta la fecha se note una

reducción del número de plazas de MIR de pediatría. De la misma forma, existen numerosas plazas ocupadas por médicos no especialistas (médicos generales- puericultores mediante curso de un año por el que se accede a un título otorgado por la Sociedad Española de Puericultura), este título no tiene nada que ver con el extinguido de puericultor del estado. Desconocemos si el problema de los MESTOS puede afectar a nuestra especialidad, francamente creemos que no ya que la acreditación docente no puede venir a nuestro juicio de un contrato laboral indefinido que se estableció en un tiempo en el que se necesitaron profesionales para cubrir algunas plazas y en las que en la actualidad no existe interés en reconvertir y que realmente sean atendidas por especialistas, ya en situación de desempleo.

7. Actividad docente. Desde el inicio de la formación MIR de especialistas en pediatría no se han llevado a cabo modificaciones reales en su programa docente de formación.

Creemos firmemente que está plenamente justificado el que dentro de su formación de la especialidad, se incluyeran los cambios necesarios para que se realizaran rotatorios por Atención Primaria en aquellos centros acreditados para tal fin. Esta petición ya se ha hecho

al Consejo Nacional de la especialidad. Confiamos se posibiliten estas rotaciones en el plazo más corto posible.

8. Pediatra de Área. Hace algo más de un año se creó la figura del Pediatra de Área sin que hasta la fecha estén clarificadas sus competencias y delimitado su ámbito de actuación. Es una realidad que muchos pediatras del área rural están pasando consulta en diferentes pueblos, incluso en una misma mañana-tarde, sin la consideración de pediatra de área por pertenecer a una zona básica en su denominación y estando geográficamente muy lejanos, y al contrario existen plazas de Pediatra de Área en el ámbito urbano con jornadas y población superpuesta de varias zonas básicas de salud.

9. Muchos pediatras pasan su consulta totalmente aislados sin contar con enfermería de pediatría. La falta de enfermera pediátrica, en algunos Centros de Salud, y la sustitución de ésta por numerosas enfermeras de familia, hace imposible que coincidamos en espacio, tiempo y tareas, es decir, dificulta el trabajo en equipo. De esta manera no se produce una intercomunicación cotidiana suficiente para que unos y otros adquieran un conocimiento global de la población atendida y no sólo el parcial que puede proporcionar

la atención de los procesos agudos o crónicos.

La enfermería pediátrica es fundamental para lograr una mayor eficacia en el trabajo en equipo y una mayor satisfacción de TODOS los profesionales implicados, así como de los usuarios.

La huelga de los días 13 y 20 de diciembre quedó desconvocada ya que se mantuvieron contactos entre la administración (representantes de recursos humanos del INSALUD) y del sindicato

CSIF con la finalidad de iniciar las negociaciones que condujeran a solucionar dichos problemas planteados.

Tenemos confianza en que éstas no queden en una mera declaración de intenciones.

Agradecemos nuevamente a esta revista, que se hace eco del sentir de este colectivo, permitiendo la difusión de esta carta.

Dra. Mar Duelo y Dra. M^a Luisa Arroba.

