



¿Quieren los socios de AMAPED que les homologuen como pediatras?

AMAPED NO pretende la búsqueda de un título de especialista en pediatría para sus asociados. Muchos de ellos ya tienen un título de especialista. AMAPED trabaja para que estos médicos de atención primaria pediátrica, con años de servicio público y experiencia demostrada en esos puestos de trabajo tengan derecho a ocupar plazas de atención primaria pediátrica bajo las condiciones que se consensuen y establezcan, máxime cuando, como demuestran los estudios realizados por la propia administración sobre provisión de profesionales para las dos próximas décadas, no hay pediatras suficientes ni los habrá en ese futuro y va a ser necesario contar con la implicación de estos profesionales de atención primaria para mantener una asistencia pediátrica de calidad.

¿Quién puede pertenecer a AMAPED?

Todos los médicos colegiados en España que simpatizan con los objetivos de AMAPED son bienvenidos. AMAPED tiene una vocación inclusiva y sostiene que todos los médicos de atención primaria podrían estar de acuerdo con las ideas que defiende. Todos ellos están invitados a integrarse en la asociación y, si es posible, aportar su granito de arena en los grupos de trabajo creados. Hay mucho por hacer y debe hacerse pronto o no se hará.

¿Es AMAPED una asociación sólo para los médicos de Madrid?

La semilla de AMAPED germinó en Madrid en 2016, pero debe crecer extendiéndose a todas las CCAA del Estado. AMAPED tiene una vocación interterritorial y quiere hacer su propuesta extensiva a todos los compañer@s que se hallen en una situación similar en el resto de comunidades: los problemas de los médicos de atención primaria pediátrica de Madrid son los del resto de profesionales que hacen la misma labor en todo el Estado. Necesitamos el apoyo y la participación de todos los médicos, para que dejen de ser médicos anónimos maltratados por el sistema para convertirse en agentes necesarios de cambio.

¿Puede un R4 de Medicina de Familia entrar en AMAPED?

Sí.

¿Pueden pertenecer a AMAPED médicos que realicen asistencia privada?

Todos los médicos colegiados en España que simpatizan con los objetivos de AMAPED son bienvenidos. AMAPED tiene una vocación inclusiva y sostiene que todos los médicos de atención primaria podrían estar de acuerdo con las ideas que defiende. La asistencia privada tiene peculiaridades que la hace diferente de la asistencia pública, pero la necesidad de reconocimiento de los derechos de los médicos de primaria que dedican su actividad a la asistencia médica de la población infantil es común.

¿Por qué asociarse a AMAPED?

Muy sencillo. Juntos defendiendo nuestros derechos somos más que una simple suma de asociados. Hace un año AMAPED no existía y hoy integra ya en torno al 50% de los médicos de atención primaria en plazas de pediatría no MIR en Madrid. Hasta entonces estos profesionales no tenían ninguna capacidad de representación ni influencia. Ahora AMAPED ya defiende a los médicos de atención primaria pediátrica que no son pediatras MIR y lucha contra la discriminación laboral que sufren, exigiendo a administración y pediatras que este colectivo, el 30% de los médicos que atienden la pediatría en todo el Estado, sean reconocidos como sujetos con los mismos derechos que el resto de médicos de atención primaria. En Madrid, la Administración ha exigido que AMAPED forme parte de los grupos de trabajo creados para analizar la difícil problemática que atraviesa, y va a sufrir de forma más acuciante si cabe en el futuro inmediato, la Atención primaria pediátrica. Desde su creación y en un corto espacio de tiempo AMAPED ha visto como siete de sus integrantes han conseguido representación en la Mesa de Atención Primaria del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, órgano con capacidad de interlocución con la Gerencia de Atención Primaria y la Consejería de Sanidad, votado por todos los médicos de primaria de Madrid. Los votos a nuestros compañeros demuestran el interés por dar voz y voto a un colectivo con unas demandas que son apreciadas como justas entre los compañeros de profesión. Además AMAPED realiza una labor de vigilancia, no siendo pocos los casos de compañeros que han denunciado un trato injusto o degradante en su puesto de trabajo, en oficinas de la Administración Sanitaria, etc., casos que antes quedaban ocultos y obligaban a menudo al compañero a hacer un ejercicio de resignación y

hoy tienen respuesta por AMAPED como colectivo que defiende al socio, consiguiendo cumplida rectificación si se ha producido mal trato.

¿Cuánto cuesta pertenecer a AMAPED?

La cuota anual es de 50 €.

¿Qué se hace con el dinero que recauda?

La cuota de asociado está pensada para cubrir los gastos corrientes derivados de la actividad de la asociación, como alquiler de locales para reuniones, material fungible, sostenimiento de página web y redes sociales, organización de jornadas científicas, etc. El dinero está depositado en una cuenta bancaria y el balance anual estará disponible en el área de socios de la página web para su consulta por los integrantes de AMAPED, bajo un criterio de absoluta transparencia.

¿Puede cualquier socio colaborar en las labores de AMAPED?

No sólo puede. Debería ser una auto exigencia de los socios. Sería deseable que la cuota de inscripción anual fuese sólo el primer impulso para posteriormente dar otro paso adelante. La Asociación se sostiene gracias al esfuerzo y el trabajo desinteresado de sus asociados. Es muy edificante comprobar cómo AMAPED se ha visto impulsada gracias a la dedicación y el talento compartidos, gracias a que numerosos miembros de la asociación se han puesto a disposición de la misma, aportando su disponibilidad, su tiempo, y ofreciendo como aportación trabajar en aquello para lo que se veían más capaces y han creído que podría ser útil para el bien común, de una manera que el trabajo individual de cada miembro difícilmente habría conseguido.

¿Quién se encarga de la atención pediátrica en los Centros de Salud en España?

La atención primaria de la población infantil en España corre a cargo mayoritariamente por pediatras. En todas las CCAA existen dificultades para cubrir las plazas estructurales y todas las ausencias (previstas o imprevistas) de los pediatras de atención primaria. Ante la ausencia de estos profesionales se ha recurrido desde hace años

a contratar a médicos de familia con especial preparación y experiencia en puericultura. En la Comunidad de Madrid, en enero de 2018 la plantilla orgánica de pediatría de AP es de 912 plazas, con 973761 niños y niñas asignados. 282 de esas plazas están ocupadas por médicos de atención primaria pediátrica no pediatras.

¿Qué países incluyen en su modelo al médico de familia como pediatra de primaria? ¿Cómo organizan la atención primaria pediátrica los países de nuestro entorno?

Existen en Europa 3 modelos de atención primaria a los niños: · Asistencia pediátrica a cargo de especialistas en Pediatría: España, Chipre, Israel, Grecia, Eslovenia, Eslovaquia, República Checa. · Asistencia pediátrica a cargo de médicos de familia: Bulgaria, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Suecia, Gran Bretaña. · Modelo combinado: Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Hungría, Islandia, Italia, Lituania, Luxemburgo, Suiza. En los que el porcentaje de niños atendido por pediatras es muy variable.

¿Quién se encarga de la atención pediátrica urgente extra-hospitalaria en España?

El Sistema Nacional de Salud es descentralizado y cada comunidad autónoma tiene su propia organización tanto en horario como en la edad pediátrica (Extremadura hasta los 7 años). Muchas CCAA ofertan solo turno de mañana, hasta las 17:00 o hasta las 21:00 como en la Comunidad de Madrid. A partir de esa hora la atención sanitaria, incluyendo la infantil, es prestada por los PACs o servicios de urgencias. En la Comunidad de Madrid los SUAP y SAR se encargan de la atención urgente extra-hospitalaria fuera del horario de atención fijada en los centros de Atención Primaria, y es realizada por médicos especialistas en Atención Primaria.

¿Quién se encarga de la atención pediátrica en el medio rural en España?

Dada la escasez de pediatras, más marcada en zonas rurales o con gran dispersión geográfica, en su ausencia son atendidos por los médicos de familia, estableciendo un centro de referencia

próximo para la derivación en caso de que sea preciso. Algunos centros disponen de la figura del “pediatra consultor” acudiendo 1 vez a la semana o con otra periodicidad para las revisiones programadas o consultas puntuales, siendo la patología aguda atendida de forma habitual por el médico de familia.

¿Quién se encarga de la atención primaria pediátrica de los pacientes de ISFAS, MUFACE y MUGEJU?

Aquellos pacientes adscritos a ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas), MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado), MUGEJU (Mutualidad General de Justicia), entidades gestoras de regímenes especiales de la Seguridad Social, tienen cubiertos sus servicios sanitarios a través de convenios suscritos por estos organismos con algunos seguros de asistencia privada tales como ADESLAS, ASISA,...Éstos, a su vez, designan un cuadro médico provincial para la atención de los pacientes de aquellos organismos. En el caso de la asistencia pediátrica primaria el paciente tiene posibilidad de asistir a una consulta de especialista en Pediatría o a un Médico de Atención Primaria indistintamente. La atención sanitaria está sujeta a un baremo. En este baremo el pediatra recibe un pago por consulta superior al que recibe un médico de atención primaria por el mismo acto médico, aunque inferior al que recibe cualquier otro especialista médico.

¿Sería viable la atención primaria pediátrica con el modelo actual sin el concurso de los médicos de familia en las plazas de pediatría?

La pregunta se contesta casi sola. Las consultas de pediatría en los centros de salud de España, de forma bastante uniforme, son atendidas por pediatras vía MIR en un 65% aproximadamente. El 35% restante están a cargo de médicos de atención primaria no pediatras MIR. En Madrid este porcentaje corresponde a uno mayor de población infantil atendida, sobre todo en los pueblos de la periferia de la capital, en las consultas de tarde – las de cupos más altos- y en las zonas con población con niveles socio-económicos más bajos). Sin contar con que la

atención médica extra-hospitalaria a la población infantil en fines de semana, festivos o en horario no atendido por el Centro de Salud es en un 100% atendida por médicos no pediatras. Los pediatras argumentan que la solución para que éstos opten por plazas de primaria en un 100% pasa por hacerla más atractiva para ellos, con horarios que les permitan la conciliación familiar, sueldos incentivados,... Entre las propuestas sugieren que Madrid opte por los turnos de consultas pediátricas matinales o acabalgados, de manera que las consultas pediátricas finalicen a horas más tempranas, quedando en manos de los médicos de atención primaria la atención de los niños que acudieran al centro de salud fuera de su hora de consulta, desde primeras horas de la tarde hasta la mañana siguiente, fines de semana y festivos, SAR, SUAP, SUMMA. A esas horas el argumento de que “la atención médica al niño, para el pediatra” podría relajarse en aras de la conciliación de unos pocos, pero en detrimento de la mayoría de los otros especialistas de primaria. AMAPED considera inviable encontrar una solución sencilla a un problema difícil, defiende que cualquier solución pasa por contar con los médicos de atención primaria pediátrica y sabe imposible mantener por más tiempo el actual statu quo con médicos de primera y médicos de segunda realizando el mismo trabajo.

¿Existen estudios con evidencia científica que valoren si existe diferencia en la calidad de la asistencia pediátrica si ésta es realizada por un Pediatra o por un médico de atención primaria formado en Pediatría familiar y comunitaria?

Se han puesto sobre la mesa estudios europeos en los que se argumenta la mayor morbi-mortalidad pediátrica, el mayor gasto y la prescripción de un número mayor de antibióticos en los sistemas sanitarios en que los niños son atendidos por los médicos de familia frente a los especialistas en pediatría. No debemos olvidar que estos resultados están referidos a aquellos modelos en que los médicos de familia ven en la misma consulta a niños y adultos. No existen datos con evidencia científica que sustenten estas afirmaciones para el modelo español, donde los médicos de atención primaria pediátrica no pediatras MIR de los centros de salud trabajan

exclusivamente en consultas pediátricas. Tampoco el argumento de la calidad de la atención defendido por las sociedades pediátricas españolas encuentra apoyo en datos oficiales publicados, al contrario, la propia Administración Sanitaria reconoce que los datos de buena calidad de la atención pediátrica no distinguen entre pediatras y médicos de atención primaria pediátrica.

¿Existe alguna manera de formarse fuera del sistema MIR como médico de atención primaria pediátrica?

Hasta la fecha un médico de atención primaria que quiera dedicarse a la atención pediátrica cuenta con la posibilidad de sacarse el título de médico puericultor realizando el curso anual de la Sociedad Española de Puericultura. Puede realizar algún Máster on line en actualización profesional en pediatría, puede realizar diversos cursos sobre temas específicos que ofrece el sistema de formación continuada de los distintos servicios de salud, cursos acreditados de academias y de empresas de formación.

¿Cómo sabemos que un médico socio de AMAPED tiene la competencia suficiente para pasar una consulta de pediatría en primaria?

AMAPED comparte con los pediatras la preocupación por la formación de los médicos que se dedican a la atención primaria pediátrica. La actitud de la Administración tampoco ha ayudado, ya que la necesidad urgente de cubrir consultas, cada vez más acuciante, ha permitido muchas veces que cualquiera que pasara por allí recibiese una oferta y acabase firmando un contrato para pasar una consulta de pediatría, aún sin la formación necesaria. Los más perjudicados, los niños, después nosotros, todos acabamos cayendo en el mismo saco. Los integrantes de AMAPED son en su mayoría médicos de atención primaria con años de dedicación a la pediatría, a la que han ofrecido sus mejores años y esfuerzos asistenciales y de formación. Unos son médicos de familia, pre o post 95, otros son especialistas no comunitarios, muchos además cuentan con el Curso Nacional de Puericultura y Pediatría Social para médicos, Ninguno recibió una formación específica por parte de la Administración para realizar esta labor, mediante el contrato se les

reconocía implícitamente la idoneidad para el puesto. Probablemente porque se aceptó que, como expresa el currículum de la especialidad de Medicina de Familia, su formación permite la atención integral del individuo en todas las edades de la vida. La mayoría, no obstante, dedicó tiempo y dinero a formarse por responsabilidad, rotando en centros de salud y hospitales, estudiando, haciendo cursos, uniéndose a las sociedades pediátricas. Somos médicos, sabemos cómo se forma un médico, con dedicación, estudio y trabajo, experiencia acumulada, con vocación por la atención dedicada y responsable al paciente. De parecida manera se forman nuestros compañeros pediatras. Cuando en una formación de clara vocación hospitalaria rotan durante su residencia unos pocos meses en los Centros de Salud con tutores pediatras o con médicos como nosotros, o cuando llegan a trabajar por primera vez al centro de salud. La dedicación, el estudio y la experiencia acumulada acaban haciendo a un pediatra titulado un verdadero Pediatra de Atención Primaria. O en especialidades médicas tales como, por ejemplo Nefrología o Endocrinología. Un aprendizaje teórico práctico de meses les permite pasar consultas de estas especialidades pediátricas en el hospital y autodenominarse y ser oficiosamente reconocidos como especialistas en estas áreas específicas como nefrólogos o endocrinólogos pediátricos.

Para mi, Médico de Familia joven, que me gusta la atención pediátrica ¿sería una buena opción que aceptara suplencias pediátricas? Probablemente tal como están las cosas le compensaría más presentarse nuevamente al MIR e intentar conseguir plaza de pediatría. En la práctica no tendría inconveniente en disponer de trabajo en esta área de la Atención Primaria, pero hoy por hoy debería reconocer antes que se convierte en un médico de segunda, con menos derechos que sus otros compañeros del centro de salud. Y con el inconveniente añadido de que si poco a poco se adentra en el mundo de la atención primaria pediátrica, se aparta progresivamente a la misma velocidad de la práctica y la formación en medicina de familia de adultos, necesarias para competir en las mismas condiciones por los únicos puestos de trabajo estables o fijos, si no cambian las cosas, a los que tienen derecho. La próxima OPE anunciada parece, además, que va a tener una vocación de consolidar a los médicos ya interinos. Sobran más palabras.

¿Qué consecuencias tendría para la asistencia primaria pediátrica que los médicos de familia que están en plazas de pediatría optaran masivamente a plazas de adultos?

La primera consecuencia sería que la atención primaria pediátrica, tal como hoy se conoce, sería inviable. La administración, conocedora de este hecho desde hace muchos años, con manifiesta incompetencia, rehén de los ciclos electorales y las motivaciones partidistas, ha permitido que pasara el tiempo sin desarrollar un plan que tuviese en cuenta las necesidades, ya presentes y futuras sobre todo, de asistencia pediátrica. Ahora reconoce que tiene un problema, que se va a agravar la próxima década, incluso aunque nosotros mantuviésemos nuestra presencia en plazas de atención primaria pediátrica. Los especialistas MIR en pediatría ponen sobre la mesa en los grupos de trabajo soluciones que buscan primero de todo un beneficio de clase sobre las necesidades del niño@.

¿Se opone toda la comunidad pediátrica a que los médicos de atención primaria formados en pediatría tengan derechos y seguridad en el desempeño de sus funciones como médicos de atención primaria pediátrica? ¿Por qué?

No. No toda la comunidad pediátrica desdeña a los médicos de atención primaria formados en atención pediátrica. Generalmente existe un respeto por el trabajo que desarrollan sus compañeros que resulta inversamente proporcional a la distancia de sus puestos al centro de salud, el lugar natural de la asistencia primaria, recordamos. Un número muy significativo, no todos, de los pediatras que trabajan en centros de salud reconocen, junto con los médicos de familia de los centros, lo injusto de la situación actual. Muchos pediatras han completado su formación pediátrica primaria gracias a su ayuda trabajando codo con codo en el día a día, y muchos abogan por buscar una solución justa y generosa que dote de estabilidad en sus puestos a los médicos de atención primaria pediátrica no pediatras formados. Pero la realidad es que practican una solidaridad de pasillo, y pocos se atreven en foros pediátricos y diversas redes sociales a cuestionar el discurso hegemónico de clase de los pediatras con funciones directivas en las sociedades pediátricas.

De cara a oposiciones, y para los médicos de atención primaria, ¿se computa de igual manera el tiempo de trabajo en Pediatría que el trabajado en atención primaria de población adulta?

Sí. En la actualidad se valoran los servicios prestados o. Médicos de Familia en plazas de Peditra/Puericultor en Cento. de Atención Primaria como si hubieran sido prestados como Médo. de Familia.

¿Cobra lo mismo un médico en atención primaria pediátrica que en atención a adultos?

La diferencia de sueldo existente entre unos médicos de atenco. primaria y otros no depende de que el médico trabaje atenco. pediátrica o de adultos. Los Médicos de Familia de AP o. atienden a niños de 0 a 14 años perciben por tarjeta las miso. cuantías que los médicos pediatras MIR.

¿Qué contratos firman los médicos de atención primaria que trabajan en plazas de pediatría?

Son contratos temporales. Lo más habitual son los contratos co. Estatutario eventual, con una duración variable desde menso. hasta máxima de un año, que renuevan de manera automática o. siquiera notificárselo. En muchos casos se van enlazando durao. años, aunque se permanezca en la misma plao. También pueden ser contratos como eventual suplente, reduccioo. de jornada o cubriendo comisiones de servicio, según o. particularidades del puesto.

¿Qué implica tener un contrato eventual como pediatra de atención primaria en un Centro de Salud? ¿Puedo verme desplazado? ¿Están obligados a recolocarme en el caso de verme desplazado?

Son contratos de característica temporal, y aunque los renueo. automáticamente cuentan de manera negativa, por ejemplo, po. solicitar un préstamo o hipoteca. Todos llevan una clausulao. obligada firma por la cual el médico que la ocupa puede veo. desplazado de forma inmediata si un pediatra

vía MIR reclama o plaza. La administración no está obligada a recolocar a o. profesional si se ve desplazado entrando nuevamente en bolsa o trabajo.

¿Existen médicos de atención primaria con contrato de interinidad en plazas de pediatría?

Si. Son contratos firmados hace años y que siguen siendo vigentes.

¿Qué es eso de las adscripciones a las plazas de pediatría?

Recientemente, por acuerdo de Mesa Sectorial de 25 de octubre de 2017, un médico de atención primaria pediátrica no pediatra MIR puede, en el caso de que se le ofrezca una interinidad (por asistirle ese derecho por su puntuación en la bolsa de empleo de Médicos de Familia), aceptar dicha interinidad y solicitar una adscripción a la plaza de pediatría que venía ocupando, siempre que ésta siga disponible y con carácter temporal hasta que un pediatra la ocupe. Es decir la cláusula que permite que un pediatra opte a esa plaza, si le apetece y por el tiempo que le apetezca, sin mediar concurso, OPE, traslado o procedimiento de movilidad, sigue vigente. En el caso de que esto ocurriese, el Sermas facilitaría al médico de Atención Primaria pediátrica cesado el acceso a otra plaza de pediatría disponible. Los asociados de AMAPED valoran positivamente la posibilidad de optar a una interinidad en la bolsa de Médicos de Familia, es un paso en la mejora de su estabilidad laboral. Y en algunos casos puede valorarse también positivamente la posibilidad de adscribirse a la plaza de pediatría que ocupan. Alguna de las organizaciones sindicales han mostrado su alborozo y les ha faltado tiempo para colgarse una medalla por dicho motivo. Sin embargo los miembros de AMAPED consideran que es el Sermas el verdadero beneficiado al permitir las adscripciones a pediatría, porque de esta forma evitan el desmantelamiento de la atención médica pediátrica en primaria. Es el interés de la administración la que ha dado carta de naturaleza a las adscripciones y no el respeto al trabajo bien hecho por los profesionales. AMAPED considera que con esa adscripción el Sermas debería obligarse a ofrecer al médico de atención primaria pediátrica un contrato estable en dicha plaza, anulando la cláusula, y convirtiéndola “de

facto” en una comisión de servicio hasta que está se resolviese por los procedimientos legales que se siguen para este tipo de contratos.

Con el modelo actual, ¿puede un médico de atención primaria conseguir una interinidad en plaza de Pediatría? Y si no es así, cómo se justifica legalmente?

No, no puede obtener una interinidad en plaza de pediatría. basan en una nota jurídica solicitada en 2014 sobre si Médicos de Atención Primaria pueden realizar funciones prop de la Especialidad de pediatría y de la información que ha facilitarse en los centros al pacien Es una nota que concluye que salvo situaciones excepcionale de respuesta inmediata (como la ausencia o escasez de pediatr un médico de familia no debería atender población infan inferior a 14 años, pero que sí tiene competencia para e conforme a su programa de formación de la especialidad mient tenga como referente a los pediatras de Hospital de la zona p poder realizar las derivaciones oportunas. Y que no se debe dar una interinidad de pediatría a un especialista en medic de familia por ser una publicidad errónea que el ciudadano tiene el deber jurídico de suport Hay informes jurídicos posteriores realizados por sindica como UGT que no muestran objeción al proceso de interinizació Con la situación actual de la atención pediátrica en Primar un 30 % de las plazas ocupadas por no especialistas pediatría, sin poder distinguir en el desempeño entre am grupos y dando una atención de calidad, el ciudadano tiene poder elegir si quiere ser atendido por un Pediatra vía MI está contento con el médico actual de sus hijos como muest los resultados de satisfacción del usuario año tras año. Ti que conocer cuál es la situación y evitarse el uso de cartele engañosa. Aún así continúan enviándonos a día de hoy tarje identificativas con el puesto de Pediatra.

¿Hay aval jurídico que podría justificar la obtención de una interinidad por un médico de atención primaria en una plaza de pediatría

El art 115.2 de la LGSS permite en las zonas médicas donde no existan médicos especialistas en pediatría o tocología prestar asistencia a la población infantil, a gestantes y parturientas. El artículo 9 del Estatuto Marco de los trabajadores establece los supuestos de los distintos tipos de

nombramiento temporal. El nombramiento de carácter interino se expedirá para el desempeño de una plaza vacante de los centros o servicios de salud, cuando sea necesario atender las correspondientes funciones. El nombramiento eventual sería cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria. En el art 9.3 especifica que "Si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un período acumulado de 12 o más meses en un período de dos años, procederá el estudio de las causas que lo motivaron, para valorar, en su caso, si procede la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro". Dada la carencia de especialistas en pediatría vía MIR se recurrió de manera coyuntural al nombramiento de médicos de familia para ocupar plazas de pediatría, en el momento actual el 30% de la plantilla. Esta situación coyuntural se ha mantenido en el tiempo, y sin expectativa de que mejore la situación a corto ni medio plazo en la atención primaria pediátrica, por lo que se deberían considerar una situación estructural y permitir la interinización de los médicos de familia que ocupan plazas vacantes de Atención Pediátrica en Atención Primaria, cumpliendo unos de nuestros derechos a los que se refiere el art 17.1 "la estabilidad en el empleo". Las sentencias del Tribunal de Justicia de la Unión Europea C-184/15 y C-197/15 que indican que es abusivo el encadenar de forma reiterada contratos de duración determinada en el sector público como se ha venido haciendo apoyan lo antes dicho, y nos confirma en nuestro propósito. Desde su creación y en un corto espacio de tiempo AMAPED ha visto como siete de sus integrantes han conseguido representación en la Mesa de Atención Primaria del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, órgano con capacidad de interlocución con la Gerencia de Atención Primaria y la Consejería de Sanidad, votado por todos los médicos de primaria de Madrid. Los votos a nuestros compañeros demuestran el interés por dar voz y voto a un colectivo con unas demandas que son apreciadas como justas entre los compañeros de profesión. Además AMAPED realiza una labor de vigilancia, no siendo pocos los casos de compañeros que han denunciado un trato injusto o degradante en su puesto de trabajo, en oficinas de la Administración Sanitaria, etc., casos que antes quedaban ocultos

y obligaban a menudo al compañero a hacer un ejercicio de resignación y hoy tienen respuesta por AMAPED como colectivo que defiende al socio, consiguiendo cumplida rectificación si se ha producido mal trato.

Si soy interino en plaza de pediatría, ¿Puedo verme desplazado? ¿En qué circunstancias?

Sí. Te pueden desplazar si eligen la plaza ocupada en un proceso de traslados u oposición por un pediatra vía MIR, o si la plaza resulta amortizada.

¿Puede un médico de atención primaria optar por oposición a una plaza de pediatría en un equipo de atención primaria?

No con el modelo actual. Solo puede optar a opositar a plazas de Atención primaria en población adulta o SAR.

¿Por qué pueden un médico de atención primaria trabajar en esas plazas como eventual pero no como interino o propietario de una plaza de pediatría?

Esta es la gran pregunta que nos gustaría que aclarase la administración. Si estamos capacitados para trabajar como eventuales en estas plazas, en muchas ocasiones incumpliendo la legalidad durante más de 10 años, ¿por qué no pueden mejorar nuestras condiciones laborales?

¿Puede un médico de atención primaria presentarse a una oposición de medicina de familia si ha trabajado como pediatra?

Sí, puede. Pero en inferioridad de condiciones, ya que su desempeño diario le distancia de la práctica habitual con adultos. La dedicación en práctica y estudio necesaria para la actividad asistencial que desempeña como médico de atención primaria pediátrica le aleja de los contenidos que se valoran en una OPE de médico de familia.

¿Puede un médico de atención primaria ser nombrado interino en medicina de familia si ha trabajado como pediatra?

Sí. Un médico de familia tiene el derecho a firmar un contrato de interinidad en puestos de médicos de familia de adultos y de hecho no han sido pocos los médicos de atención primaria pediátrica que en las últimas ofertas de estabilización de empleo y creación de contratos de interinidad han optado por resignarse a ocupar interinidades como médicos de adultos dados los continuos obstáculos para seguir realizando su labor en la atención infantil.

¿Se contempla en el modelo actual que un médico de atención primaria que deja la asistencia pediátrica y pasa a adultos tenga derecho y disponga de un tiempo de reciclaje/actualización previo a su reincorporación a la atención de adulto? ¿Existe algún protocolo o guía de actualización? ¿Es remunerado?

Puede considerarse un logro de AMAPED que en la actualidad la administración se haya comprometido a ofrecer a estos médicos un periodo de reciclaje antes de incorporarse de forma efectiva a su nuevo puesto de atención a adultos. No existe ninguna guía o protocolo de actuación en estos supuestos ni hay un periodo mínimo asegurado de reciclaje. En la convocatoria de 2016 no se preveía específicamente este periodo de reciclaje y fue la reclamación de AMAPED la que consiguió que se reconociese ese derecho. Sin embargo, el periodo de reciclaje finalmente otorgado fue muy dispar, dependiendo de las Direcciones Asistenciales, y alguno de los compañeros no disfrutó de esa posibilidad por no pedirla expresamente, demostrándose de nuevo la improvisación que caracterizó a todo el proceso. En el art 9.3 especifica que “Si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un período acumulado de 12 o más meses en un período de dos años, procederá el estudio de las causas que lo motivaron, para valorar, en su caso, si procede la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro”.

¿Qué derechos tiene un médico de atención primaria en plaza de pediatría? ¿Puede pedir una reducción un médico de atención primaria en plaza de pediatría? ¿Y en caso de enfermedad, embarazo? ¿Tiene derecho a vacaciones?

No tiene derecho a ser propietario de esa plaza. No tiene derecho a firmar un contrato de interinidad. Por lo demás, tiene los mismos derechos que cualquier otro personal sanitario estatutario temporal, según el contrato que firme, eventual o de sustitución. Tampoco tiene derecho a estabilidad en su empleo. En el caso de que un médico de atención primaria en plaza de pediatría se encuentre de baja laboral cuando expira su contrato, no es renovado, perdiendo así ese puesto, aunque lleve años encadenando contratos en el mismo. Por último, si un pediatra vía MIR muestra interés por ocupar un puesto en el que un médico de atención primaria en plaza de pediatría desarrolla su actividad laboral, tiene derecho a desplazar a ese médico de atención primaria, aunque renuncie a esa plaza con posterioridad, incluso de forma inmediata. El contrato de trabajo que todo médico de atención primaria firma para ocupar una plaza de atención primaria pediátrica contiene una cláusula que le informa de éste hecho, cláusula abusiva que por escrito y de forma explícita condena a la inestabilidad permanente al médico en ese puesto de trabajo, aunque la duración que tenga ese contrato que firma sea de un año. AMAPED contempla como uno de sus objetivos anular esa cláusula abusiva, injusta, que debería avergonzar a quien obliga a firmarla.

¿Es lo mismo Pediatría de Atención Primaria que Atención Primaria Pediátrica?

AMAPED considera que el Centro de Salud es el espacio natural de trabajo para el médico de atención primaria, que está capacitado para atender a la población en todas las edades de la vida, aunque otras especialidades médicas también tienen espacio y son bien recibidas en él. La población infantil de 0 a 14 años es atendida habitualmente en España en los centros de salud indistintamente por pediatras titulados MIR y

por médicos de familia formados en atención primaria pediátrica. Sólo Chipre, Israel, Grecia, Eslovenia, Eslovaquia y República Checa tienen un modelo de asistencia primaria pediátrica realizada exclusivamente por pediatras vía MIR. AMAPED considera una denominación más adecuada ATENCIÓN PRIMARIA término más inclusivo y que responde mejor a la realidad de lo que sucede en el SERMAS, en el resto de CCAA y en los países de nuestro entorno.

¿Qué es un MESTO?

El origen de los MESTO, acrónimo de Médico Especialista Título Oficial, es consecuencia del aumento de matrículas en facultades de medicina en los años setenta y ochenta principios de los 90, el establecimiento de la formación médica especializada con un único sistema, el de residencia MIR, y reducido número de plazas autorizado para dicha formación. En los años 1980 y 2003, los licenciados fueron 141.273 y sólo crearon 82.704 plazas de formación, dejando a 58.569 médicos, 41'5 % de los licenciados, sin poder acceder a la única vía formación médica especializada. Estos médicos especialistas título oficial se han formado en escuelas profesionales otros adscritos a servicios médicos especializados público privados, realizando todas las actividades propias de especialidad. A fecha de hoy, aún unos 2000 MESTO viven en limbo jurídico, ejerciendo su actividad como especialistas la acreditación oficial correspondiente, derecho que demand AMAPED, sin renunciar a que en el futuro los médicos de familia en plazas de pediatría pudieran ser reconocidos oficialmente como Pediatras de Atención primaria, no tiene éste como objeto de su asociación.

¿Qué decimos cuando hablamos de un médico de familia pre 95?

Los médicos con Título de Licenciado en Medicina antes del 1 enero de 1995 sin formación a través del sistema MIR que así solicitaron recibieron una certificación acreditativa de es habilitado para el desempeño de funciones de Médico de Medicina Familiar y Comunitaria sin el correspondiente Título Especialista en el Sistema Nacional de Salud (artículo 7.2 de Directiva 86/457/CEE). A partir de dicha fecha, y siguiendo norma europea, para trabajar en la sanidad pública se debe contar con un título de especialista.

¿Qué es un médico especialista no homologado?

En España más de 5.000 médicos extranjeros trabajan como especialistas tanto en el sector público como en el privado sin la homologación pertinente. Mientras que la homologación del título como médico depende del Ministerio de Educación y tras un trámite más o menos corto de meses se consigue sin mayores problemas, la homologación del título de especialista depende del Ministerio de Sanidad y el trámite es más lento. Cualquier médico especialista extracomunitario que quiera homologar su título de médico especialista debe primero homologar su título de medicina de acuerdo a la normativa española, estar inscrito en un colegio de médicos español, tener permiso de trabajo y residencia en España (en caso de no ser ciudadano español), y formular mediante una petición ante el Ministerio de Sanidad dicho reconocimiento. La Comisión Nacional de la Especialidad deberá realizar un informe favorable. En caso contrario, deberá someterse a una prueba teórico-práctica para poder obtener la convalidación de su título. La causa más frecuente de denegación es el incumplimiento del número de años de formación básica de la especialidad según la normativa Europea. (DIRECTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales).

¿Qué es el Título de Puericultura de la Sociedad Española de Puericultura?

El curso de Puericultura de la SEP, que no Máster, es valorado oficiosamente por el Departamento de RRHH del SERMAS, y en bolsa se hace constar si el médico de atención primaria dispuesto a pasar consulta de Atención Primaria Pediátrica cuenta con dicho título, aunque oficialmente no tiene más valor que el de los créditos que el curso otorga para el CV. Desde su fundación la Sociedad Española de Puericultura ha impartido XXXII Cursos de Puericultura para Médicos de Atención Primaria. Los Cursos actualmente tienen una duración de 8 meses y 306 horas teórico-prácticas. Se lleva a cabo en las aulas del Ilustre Colegio de Médicos de Madrid. Ha sido declarado de Interés Científico y Profesional por el Consejo General del Colegios Médicos. Está acreditado por la Agencia Laín Entralgo. Está "dirigido a: Pediatras, Médicos de Familia y Médicos de Atención Primaria".

Numerosos pediatras interesados o con vocación por la Atención Primaria Pediátrica hacen el curso para mejorar sus competencias en este ámbito. La Sociedad Española de Puericultura (SEP) se constituyó en el año 1.983 como consecuencia de "... la necesidad de agrupar en una Asociación a todos los profesionales relacionados con la Puericultura"... "con el objetivo de promocionar y difundir la Puericultura como ciencia del bienestar del niño sano y enfermo, así como colaborar en la elaboración de las disposiciones que afecten a la salud pública de la infancia y de la adolescencia, tanto en sus aspectos sanitarios, como sociales y desarrollar las actividades de carácter científico y cultural que se estimaran convenientes con este objeto".

¿Qué es un contrato estatutario fijo? ¿Y un contrato temporal?

Los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la antigua Seguridad Social (ahora transferidos a las diferentes CCAA) han tenido históricamente en España una regulación específica. Esa regulación propia se ha identificado con la expresión «personal estatutario». Es personal estatutario fijo el que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven. Es personal estatutario temporal el contratado por razones de necesidad, de urgencia o para el

desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario. Los nombramientos de personal estatutario temporal podrán ser de interinidad, de carácter eventual o de sustitución. El nombramiento de carácter eventual se expedirá cuando se trate de la prestación de servicios determinados de naturaleza temporal, coyuntural o extraordinaria, cuando sea necesario para garantizar el funcionamiento permanente y continuado de los centros sanitarios o para la prestación de servicios complementarios de una reducción de jornada ordinaria. Se acordará el cese del personal estatutario eventual cuando se produzca la causa o venza el plazo que expresamente se determine en su nombramiento, así como cuando se supriman las funciones que en su día lo motivaron. Si se realizaran más de dos nombramientos para la prestación de los mismos servicios por un período acumulado de 12 o más meses en un período de dos años, procederá el estudio de las causas que lo motivaron, para valorar, en su caso, si procede la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro. El nombramiento de sustitución se expedirá cuando resulte necesario atender las funciones de personal fijo o temporal, durante los períodos de vacaciones, permisos y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de la plaza



www.amaped.com