

SITUACIÓN DE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

INFORME TÉCNICO DE LA AEP

DICIEMBRE 2018

El análisis demográfico y los recursos humanos

- La primera cuestión que se debe abordar es el análisis demográfico desde la perspectiva del pediatra, ya que estimamos que la carencia de pediatras es un fenómeno transitorio.
- La población infantil es estable en España; según datos a 1 de junio de 2017, tenemos 8.339.843 menores de 18 años¹ (Tabla 1).

Tabla 1. Población infantil

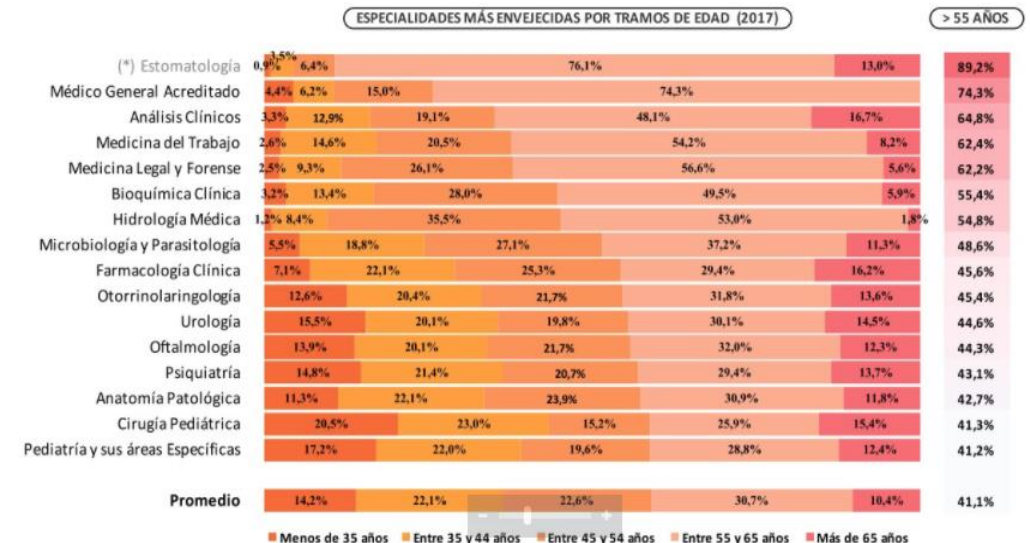
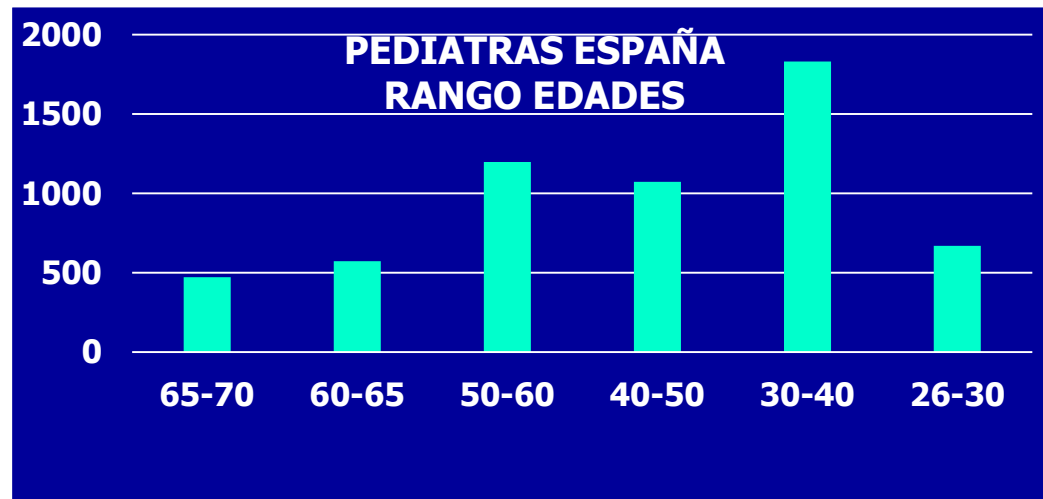
Población	
Población menor de 14 años	6.511.874
Población entre 14 y 15 años	466.131
Población entre 15 y 16 años	456.325
Población entre 16 y 17 años	455.071
Población entre 17 y 18 año	450.442
Población Total	8.339.843

- Datos actualizados a_01_/07_/2017. FUENTE INE

El análisis demográfico y los recursos humanos

En la actualidad hay 10.437 plazas de pediatría, y 6.330 en Atención Primaria (AP), que tienen la responsabilidad sobre la atención de unos siete millones de niños menores de 14 años. No hay pediatras en paro y la proporción de pediatras hospitalarios (PAH) y pediatras de AP (PAP) no se corresponde en su distribución con los problemas más prevalentes de salud del niño. En función de los problemas de salud parece necesario que los PAH asuman funciones de un nivel alto de subespecialización y redireccionar las nuevas generaciones de pediatras hacia la PAP, más deficitaria. La distribución de edades de los pediatras se muestra en la Tabla 2, donde se observa que en los próximos 10 años mas de 1000 profesionales se jubilaran.

Tabla 2. Edades pediatras españolas



El análisis demográfico y los recursos humanos

Por otro lado, en relación con el número de residentes, este año 2019, se ha alcanzado la **máxima capacidad docente: 433**, lo que condicionara un déficit mayor (Tabla 3).

Tabla 3. Mir Convocatorias 2014-2019

MIR CONVOCATORIAS 2014-2019	Nº MIR	- CD*
MIR año 2014 (datos BOE 2013)	402	
MIR año 2015 (Datos 2014-2015 blog gangasmir)	392	
MIR año 2016 (Datos 2015-2016 blog gangasmir)	400	
MIR año 2017 (Datos i Sanidad)	411	
MIR año 2018 (Datos MSSI)	423	443*
MIR año 2019 (datos MSSI)	433	433*

El análisis demográfico y los recursos humanos

Con los datos que disponemos sabemos que la Pediatría es apreciada en el MIR y comparativamente con otras especialidades no está mal ubicada en el promedio de edad de los profesionales. Parte de las soluciones propuestas serían **incrementar las plazas MIR de pediatría e incrementar la rotación por los centros de atención primaria, para mejorar el conocimiento y la fidelización en AP¹**

En los próximos años habrá un déficit mayor que el que existe en la actualidad. Según un estudio realizado por la Asociación Española de Pediatría, se sitúa en un **27 % el número de plazas no cubiertas por pediatras en el ámbito del estado española** fecha marzo 2018 de diversas fuentes (Tabla 4).

Tabla 4. Plazas de Pediatría cubiertas



El análisis demográfico y los recursos humanos

La descentralización del Sistema Nacional de Salud ha supuesto indiscutibles mejoras, pero a su vez genera **profundas diferencias e inequidades** entre las comunidades autónomas, que se concretan en las nada homogéneas carteras de servicios y que afectan incluso a las actividades de prevención más elementales, como es el **calendario vacunal**, que en nuestro país continúa siendo diferente para los niños según su lugar de residencia, lo cual no responde a criterios científicos sino a decisiones estrictamente políticas.

En los recursos humanos las diferencias son alarmantes, aproximadamente el 27 % de las plazas de Pediatría, están actualmente cubiertas por médicos no pediatras. Ante estos datos, mantener el modelo de asistencia pediátrica, basado en la **atención directa a los niños por pediatras en el primer nivel asistencial y la atención hospitalaria**, debe ser un objetivo prioritario para la administración sanitaria y se debe afrontar una planificación. El déficit de pediatras padecido en España no hace sino aumentar estas inequidades. En algunas comunidades autónomas, entre un 30 % y un 50 % de las plazas de pediatría están desempeñadas por profesionales sin formación específica en la especialidad.

La mortalidad infantil es un parámetro de medida habitual de resultados de salud, y en España, en la actualidad, estos resultados se encuentran entre los mejores de la Unión Europea, habiendo mejorado de manera significativa en los últimos años. La misma tendencia se observa en la evolución de las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles y en las coberturas vacunales² (Tablas 5-7).

El análisis demográfico y los recursos humanos

En fechas recientes Horton en el Reino Unido (RU)³ mostraba su preocupación porque este país había pasado al lugar 19 en el ranking de Sistemas Públicos de Salud en la conmemoración del 70 aniversario del NHS, superado entre otros por España y se quejaba de que en el RU la atención al niño es deficiente y una 30 % de los niños estaban además en la pobreza.

Tabla 5: Indicadores de Salud. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social

	Mortalidad infantil	Mortalidad neonatal	Mortalidad perinatal
Año 1981	12,5	8,7	14,5
Año 2007	3,5	2,3	4,5

Disponible en:

<http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud>

El análisis demográfico y los recursos humanos

Tabla 6. Evolución de la tasa de casos declarados por 100.000 habitantes de rubéola, sarampión, parotiditis y tos ferina en España

	Rubéola	Sarampión	Parotiditis	Tos ferina
Año 1991	83,7	62,81	35,4	21,49
Año 2008	0,3	0,7	3,7	1,25

Tabla 7. Evolución de las coberturas vacunales

	Primovacunación menores de 12 meses	Triple vírica, una dosis entre 12 y 24 meses de edad
Año 1992	83,8	85,1
Año 2007	96,4	97,2

El análisis demográfico y los recursos humanos

El profesional más adecuado para la atención a la población infantil

Aunque parece indiscutible la frase «los niños deben ser atendidos por el profesional que ha recibido la formación específica», hay controversia sobre el tipo de profesional más adecuado (pediatras o médicos de familia/generales) para prestar atención sanitaria a los niños en atención primaria. Son pocos los estudios cuyo objeto principal ha sido comparar directamente la práctica clínica de ambos tipos de profesionales. Parece que los datos del Reino Unido nos dan la razón

El Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP ha realizado una revisión sistemática para analizar qué ventajas aporta la asistencia sanitaria cuando es realizada por pediatras en el primer nivel asistencial. Dicho análisis pretendía responder a la pregunta: ¿qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en atención primaria en los países desarrollados?⁴.

El objetivo de este estudio es comparar la atención sanitaria proporcionada por pediatras y por médicos de familia/generales en los siguientes aspectos de la práctica clínica: prescripción de antibióticos; indicación de pruebas diagnósticas; tratamiento de la otitis media, del asma, de la fiebre y de diversas alteraciones psicopatológicas; y realización de actividades preventivas.

El análisis demográfico y los recursos humanos

Los datos demuestran que los médicos de familia/generales prescribieron más antibióticos que los pediatras para las infecciones de vías respiratorias altas, pues al ser estos cuadros habitualmente de probable etiología viral, la mayoría de las ocasiones no precisarán tratamiento antibiótico. Los pediatras tuvieron más probabilidades de adherirse a las recomendaciones de las guías de práctica clínica sobre el tratamiento de la fiebre y del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, y una mayor capacidad de resolución para otras enfermedades de gran prevalencia durante la infancia y la adolescencia, como son el asma y la otitis. Además, la población infantil atendida por pediatras presentaba porcentajes de vacunación muy superiores a la que atienden los médicos de familia/generales en todos los estudios que evaluaron este resultado.

Valorando todos los resultados, los autores del estudio³ concluyen que “parece recomendable mantener la figura del pediatra en los equipos de atención primaria y reforzar su función específica como primer punto de contacto del niño con el sistema sanitario, encontrándose importantes ventajas para la población infantil”.

El análisis demográfico y los recursos humanos

Otro aspecto de trascendencia son los padres que buscan los mejores profesionales pediátricos en la Atención Primaria y los mejores expertos en áreas concretas, cardiología infantil, nefrología infantil, endocrinología infantil... para atender a sus hijos. Si no los encuentran en el sistema público de salud, solo las familias que puedan permitírselo buscarán especialistas en Pediatría fuera del sistema, hecho que generará inequidades en salud infantil.

Es conocido que los niños que viven en la pobreza y los de poblaciones vulnerables presentan peores resultados de salud y riesgos más elevados de mortalidad y morbilidad infantil. Bárbara Starfield centró su interés en el concepto del gradiente social de la salud; esto es, cuanto mayor es la desventaja social, peor es la salud. Prescindir de la atención cualificada que prestan los pediatras a los niños desfavorecidos, incrementaría más la brecha de las desigualdades².

Propuestas organizativas

La distribución de la población española es urbana, pues se sitúa en su mayor parte en poblaciones con más de 20 000 habitantes (casi el 80 %). En poblaciones muy pequeñas no hay un número de niños suficiente y la atención por pediatras es insostenible por su escaso número. El desarrollo de las comunicaciones permite asegurar la accesibilidad, **concentrando a los pediatras** en cabezas de comarca con una población de niños suficiente para atender. Esta medida que introduce racionalidad va a condicionar una mejor redistribución de los PAP.

En un informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria se comenta el desarrollo de la AP a lo largo de 30 años, y se constata que el modelo previsto de atención integral no se ha logrado en aspectos psicológicos ni sociales, no se ha desarrollado adecuadamente la promoción de la salud y, consecuentemente, el autocuidado y la responsabilidad de su salud por parte del ciudadano, no se ha alcanzado la capacidad de resolución que se esperaba y, menos aún, no se ha desarrollado el papel de asesor o guía del ciudadano en su itinerario por el sistema. La explicación del fracaso, según estos expertos, es imputable a la falta de financiación económica; por el contrario, el diferencial de inversión favorable al hospital ha pesado como una losa en el desarrollo de la PAP¹.

La coordinación entre Pediatría de Atención Primaria y Atención Hospitalaria

Se define la atención integrada en el ámbito infantil como aquella que contempla cada problema de salud desde el aspecto de prevención del problema con la promoción de los hábitos y conductas saludables relacionados con la situación, desde el aspecto asistencial de diferentes niveles y, por último, desde la adaptación social, en aquellos problemas que puedan constituir un hándicap más o menos crónico, sin olvidar los colectivos de riesgo y los niños con necesidades asistenciales especiales.

En general, la mayoría de los niños enferman de manera aguda, en dichos casos no es muy imprescindible la integración, ya que se resuelven en un solo nivel, casi siempre en el ámbito de la PAP.

Sin embargo, en la patología crónica y dependientes, el paciente transita de un nivel de pediatra de AP a Atención Hospitalaria, y la atención a estos niños suele a menudo estar fragmentada. La atención a la patología crónica exige en su coordinación tener una visión de conjunto y una perspectiva de trabajo multidisciplinario; en nuestra opinión, el PAP tiene la situación privilegiada para hacerlo. También sabemos que la tecnología hospitalaria es la máxima responsable del aumento del gasto sanitario y los necesarios avances de la tecnología deben ir acompañados de una racionalidad en su distribución. Los PAP, por su cercanía, deben asumir la mayor parte del cuidado y la mejora en la tecnología debe invertirse también en el seguimiento. Esta transferencia de funciones del pediatra hospitalario al pediatra de AP, que ya cuenta con una cartera de servicios amplia, supondrá sin duda un incremento de complejidad en su trabajo, que debe incentivarse.

La coordinación entre Pediatría de Atención Primaria y Atención Hospitalaria II

Hay pocos programas o procesos que tengan como objetivo la atención infantil en su conjunto y que se hayan consolidado. Las únicas excepciones son el asma y las inmunizaciones. Los hospitales pediátricos que disponen de subespecialidades suelen tener un número mayor de programas que en su mayor parte se centran en el manejo del niño dentro del hospital, mientras se descuidan otros problemas comunitarios, excepto el ya mencionado del asma, por el impacto que tiene en la hospitalización.

Sin embargo, tenemos experiencias en nuestro país donde se ha creado una figura de **coordinación en Pediatría** que han impulsado la relación entre los niveles asistenciales y que han condicionado beneficios y resultados, como una mejor adecuación en la derivación, una disminución de las listas de espera y una mayor satisfacción del paciente.

También se ha producido una disminución de las quejas relacionadas con las listas de espera y los retrasos en las citas, y una mejor comunicación de los test y procedimientos. Trabajar en departamentos estanco, sin conexión ni cohesión, hace que la atención a nuestros pacientes presente multitud de inconvenientes: mensajes contradictorios, duplicidad de pruebas, acciones solapadas, retrasos en la atención y un largo etcétera, que complican la asistencia y ocasionan incomodidades en los niños y sus familias. La necesaria coordinación puede basarse en acuerdos entre organizaciones en modelo de redes y no impuesta de manera jerárquica.

La coordinación entre Pediatría de Atención Primaria y Atención Hospitalaria III

Un segundo objetivo en la coordinación para mejorar la calidad de la atención es combatir la variabilidad no deseable en su atención. En el ámbito pediátrico hay necesidad de un sobreesfuerzo de coordinación, en mayor medida si cabe que en la medicina de adultos. Las características de los hospitales comunitarios y de referencia son muy diferentes, lo que condiciona que esa relación esté muy poco estructurada sobre la base de guías clínicas, proceso o vías clínicas, que además se realizan a espaldas de los PAP. Un objetivo fundamental de esta coordinación es favorecer la comunicación entre los profesionales de ambos niveles para mejorar la calidad asistencial, además de mejorar las relaciones entre los profesionales. Priorizar la coordinación en función de las necesidades de salud de los niños conlleva que se aborden aspectos de la atención infantojuvenil que están muy pobremente definidos; por ejemplo, algunas enfermedades mentales, el manejo de las enfermedades agudas o la intervención comunitaria. Se debería impulsar la implementación de indicadores clave que nos faciliten una idea del desarrollo de esa coordinación, tales como los sugeridos por el RAND en el análisis de Maglione.

El desarrollo profesional continuo (la formación) es otra función que una coordinación como la sugerida debería impulsar, ya que el pediatra está aislado dentro de un equipo multidisciplinario, y precisa de formación en competencias específicas aplicada a las condiciones de su desempeño profesional. La formación MIR médico-enfermera y su rotación por PAP es una oportunidad para impulsar esta formación troncal en Pediatría y sus áreas afines, con contenidos que aborden las necesidades globales de los niños.

Recomendaciones claves tras el Análisis de situación

CONSENSO DE ATENCIÓN PRIMARIA ESTUDIO DELPHI AEP

- Aumentar el n.º de plazas MIR de Pediatría y aumentar los hospitales acreditados para la docencia.
- Aumentar a 6m la rotación de los MIR por A. Primaria y diseñar rotación orientada en el 4º año de residencia que elige AP
- Mejorar las retribuciones y las condiciones laborales de los pediatras, priorizando en carrera destinos duros.
- Reorganización de los horarios de manera que permitan un horario laboral adecuado.
- Centralización de la atención pediátrica, mientras no se disponga de pediatras para todos los centros que atienden a niños
- Mejorar la comunicación con los pediatras especialistas y la accesibilidad a las pruebas diagnósticas
- Desarrollo de sistemas de información que promueven la "Historia de salud única"
- Presencia del pediatra de AP en las Comisiones de docencia de los hospitales y apoyar la incorporación de pediatras de AP como Tutores MIR de Pediatría
- Adecuar el tamaño de los cupos de los pediatras de Atención Primaria
- Desarrollar el Modelo de Atención a la Cronicidad en pediatría y aumentar la cobertura de la Unidad de Paliativos Pediátricos

Recomendaciones claves tras el Análisis de situación

BIBLIOGRAFÍA

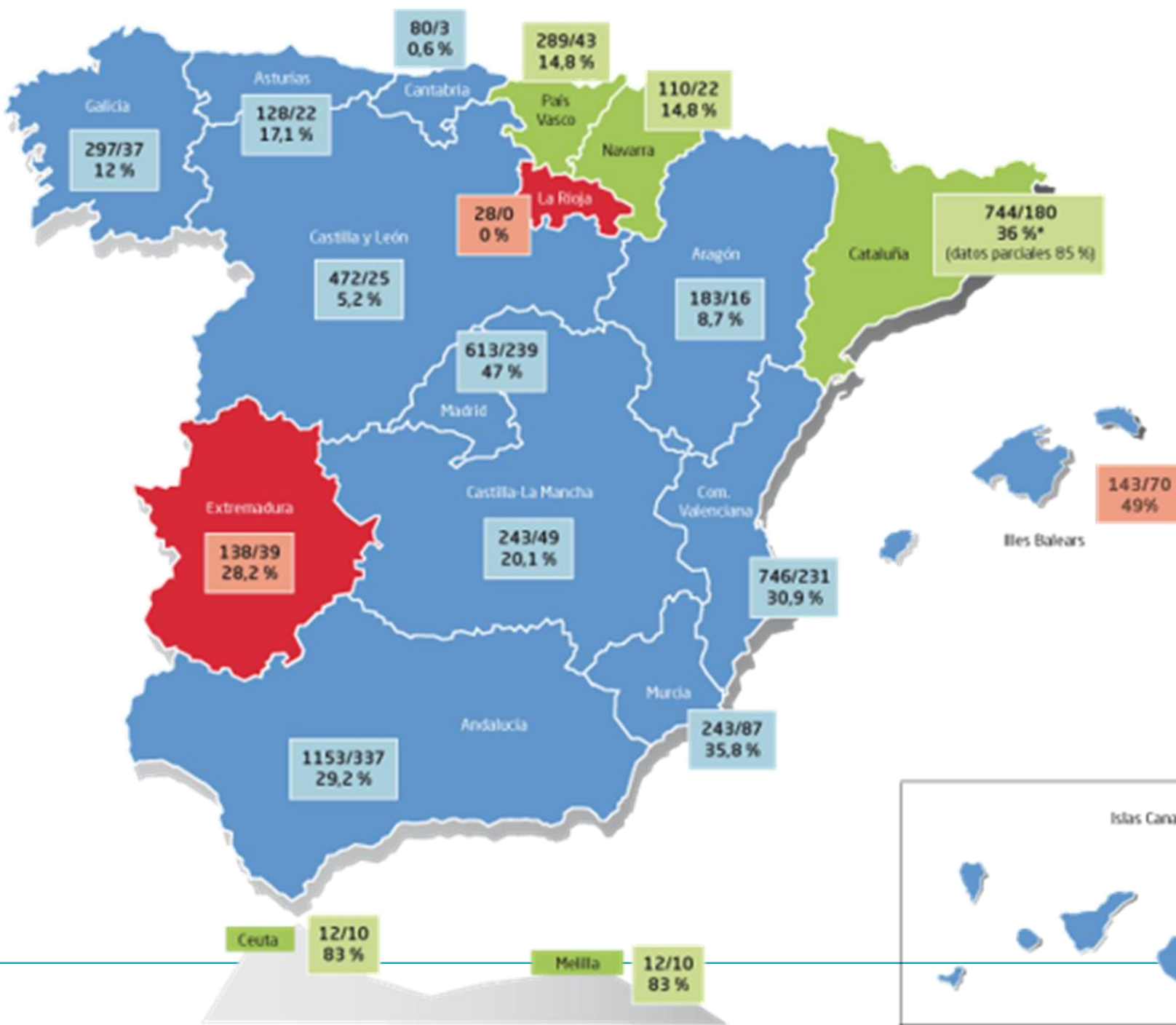
1. Ruiz-Canela Cáceres J. El modelo de Pediatría de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12(Supl 19):s139-s148
2. Domínguez Aurrecoechea B, Valdivia Jiménez C. Pediatría de Atención primaria en el Sistema Público de Salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012;26: 82-7.
3. Horton R. Offline: The UK's child health emergency. Lancet 2018;392:106.
4. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB y cols. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2011;(18):3-64.

Grupo de trabajo Pediatría Atención Primaria

Juan Ruiz-Canela Cáceres
Vicepresidente Atención Primaria
Equipo Técnico de la AEP
Begoña García, Iván Rodríguez y Pilar García

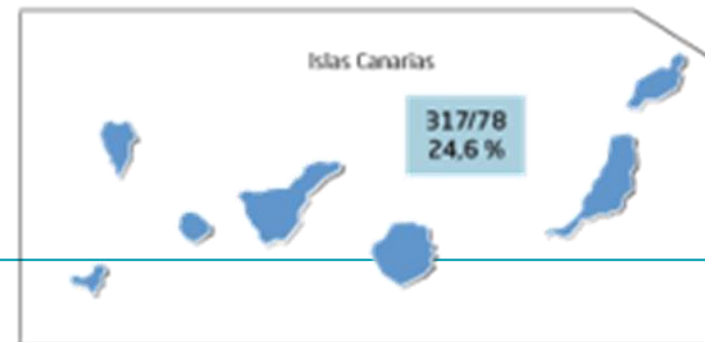
Actualización 17/11/2018

Nombre	Apellidos	SS.RR.
EDUARDO	ORTEGA PÁEZ	SPAO
ESTHER	SERRANO POVEDA	SVP
LINO	ÁLVAREZ GRANDE	SCCALP
VALENTÍ/MARIA AMOR	PINEDA SOLAS/ PEIX	SCP
PILAR	GÓMEZ CABANILLAS	SPVN
Mª PILAR	ESPEJO GARCÍA	SPSE
IGNACIO	IRIBARREN UDOBRO	ANPE
JOSÉ RAMÓN	FERNANDEZ LORENZO	SOPEGA
PILAR	OLIVAN OTAL	SPARS
LUIS	ORTIGOSA DEL CASTILLO	SCPTF
GONZALO	CABRERA ROCA	SOCANPEDLP
Mª DOLORES	CARDONA ALFONSECA	SOPEBA
Mª ROSARIO/ANA	DAGO ELORZA/DE LA TORRE	SPMYCM (nueva junta)
CESAR	GARCIA VERA	AEPAP
GEMA	GARCÍA RON	SEPEAP
CRISTOBAL	CORONEL	SPAYEX



Plazas no cubiertas por Pap: 27% del total

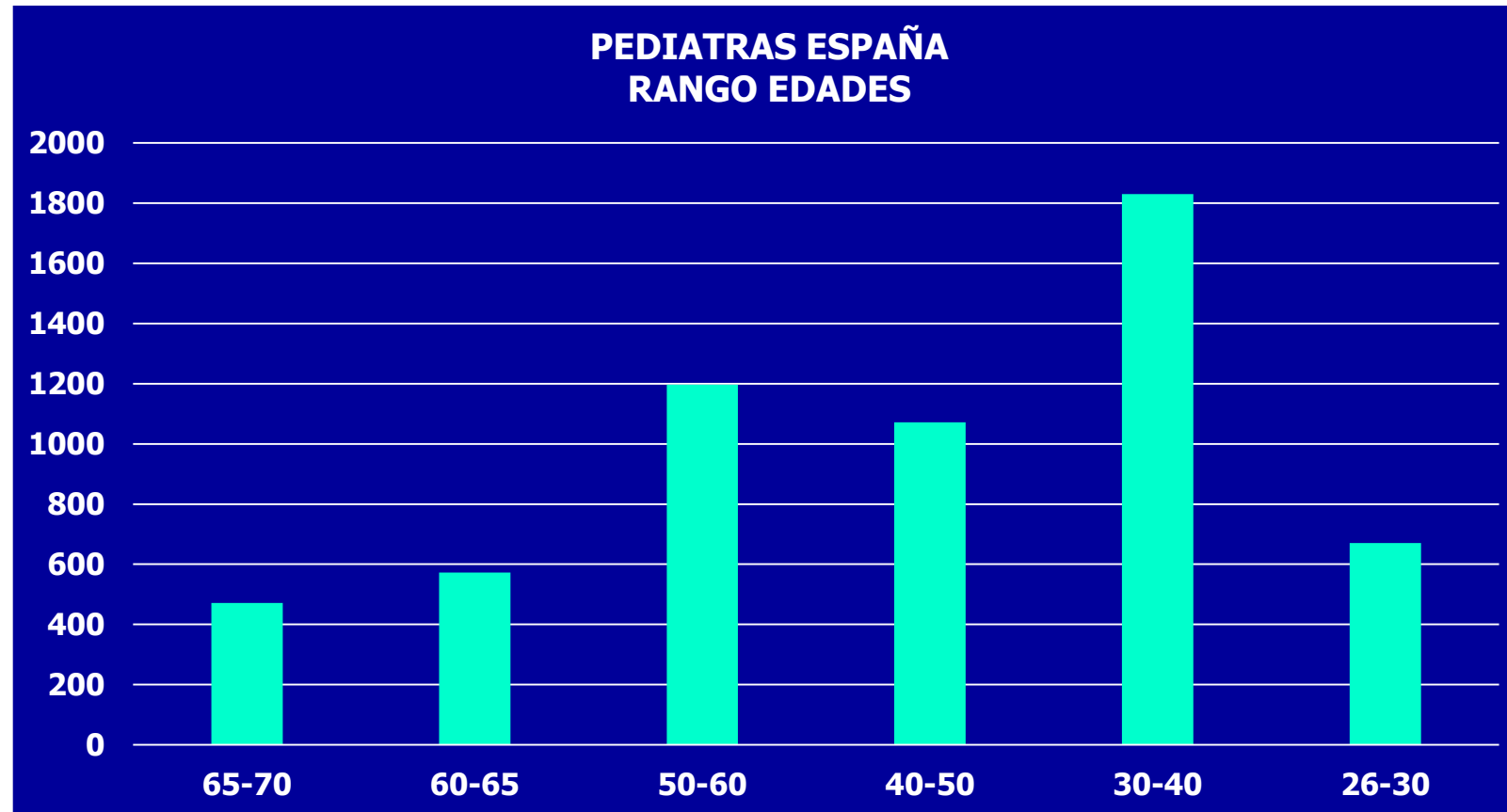
- aportado por los organismos oficiales de las Comunidades
- aportado por Sociedades Regionales
- aportado por la AEPap



DATOS ÚLTIMOS 5 AÑOS MIR

MIR CONVOCATORIAS 2014-2019	Nº MIR	-	CD*
MIR año 2014 (datos BOE 2013)	402		
MIR año 2015 (Datos 2014-2015 blog gangasmir)	392		
MIR año 2016 (Datos 2015-2016 blog gangasmir)	400		
MIR año 2017 (Datos i Sanidad)	411		
MIR año 2018 (Datos MSSSI)	423		443*
MIR año 2019 (datos MSSSI)	433		433*

DISTRIBUCIÓN EDADES PEDIATRAS



PAPEL DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

enfermería PEDIÁTRICA

volumen 1 • n° 1 • 2009

Directores

Josep Bras
Pediatra. ABS Poblenou. Barcelona.
Miembro del Comité Asesor de Pediatría
del ICS-Barcelona.
Coordinador Pedagógico de la Unidad de
Formación Continua, Docencia e Investigación.
Barcelona

Francisca Jurado
Enfermera especializada en Pediatría.
Licenciada en Psicología.
Miembro del Comité Asesor de Pediatría
del ICS-Barcelona

EDITORIAL

Enfermería pediátrica, ¿para qué?

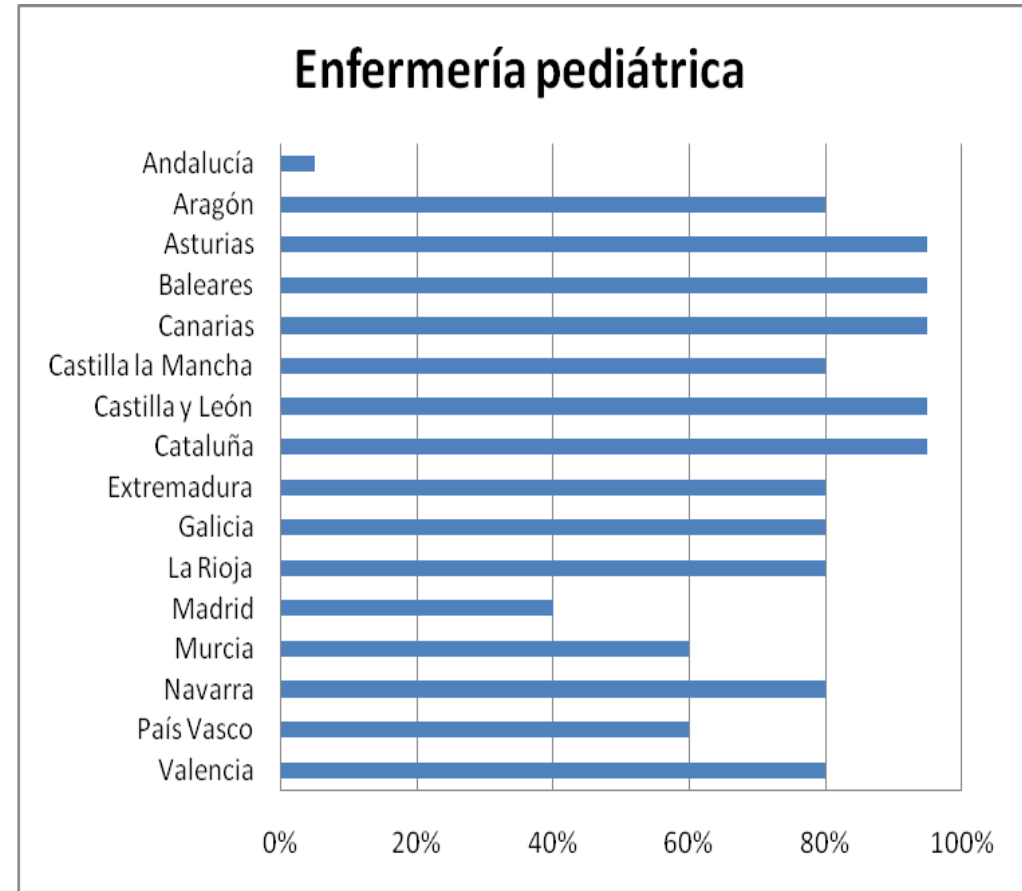
Los pediatras y enfermeros y enfermeras de pediatría de atención primaria acompañan a los niños (y a sus familias) desde el seno materno hasta que alcanzan su autonomía personal.

La atención primaria pediátrica incluye la promoción y la educación de la salud (individual, familiar y comunitaria), la prevención de enfermedades y accidentes, la atención a procesos agudos (diagnóstico, tratamiento y educación) y el asesoramiento a las familias de niños y adolescentes con enfermedades crónicas.

El/la enfermero/a de pediatría es un profesional de con-

Alianza AEP - Asociación Española
de Enfermería Pediátrica

NO EXISTE RECONOCIMIENTO
COMO CATEGORIA EN EL SNS



FICHA TÉCNICA

16 participantes / 18 total

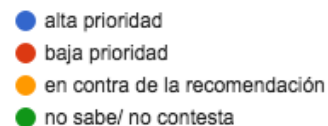
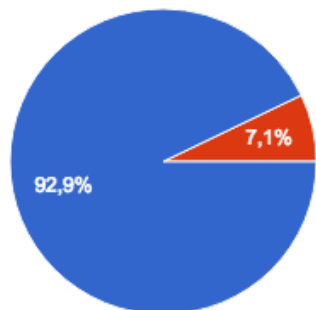
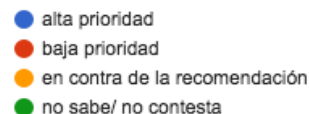
BLOQUES

- ESTUDIANTES- UNIVERSIDAD
- ENFERMERÍA
- CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN EN AP
- ORGANIZACIÓN PEDIATRÍA Y CONDICIONES DE TRABAJO
- CONDICIONES LABORALES

DELPHI

- Opciones de gran consenso o mas prioritarias
 - Se consideraron respuestas a favor las correspondientes a los valores en nuestra escala (superior al 70%) para la proporción de respuestas favorables obtenidas.
 - en las Respuestas alta y baja prioridad
- Se consideraron como prioritarias a corto-medio plazo aquellas opciones con un límite inferior del intervalo de (entre 50 y 70%) para la proporción de respuestas favorables obtenidas.
 - en las Respuestas alta y baja
- Se consideran no prioritarias las restantes y las rechazadas
- Se considera respuestas en contra, no sabe/no contesta.

BLOQUE ESTUDIANTES -UNIVERSIDAD

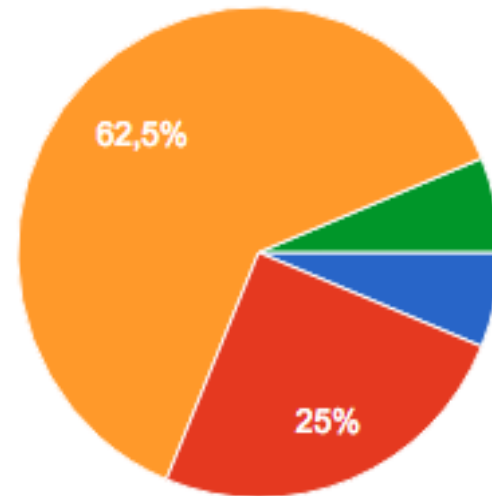


- Fomentar la rotación por pediatría de AP desde pregrado
- ¿Estás de acuerdo con Prestigiar la Pediatría de AP en los temarios de la Asignatura pregrado de Pediatría
- Incrementar la presencia de pediatras de AP como profesores de la universidad creando plazas específicas
- Favorecer el acceso a plazas de profesor universitario a pediatras de AP

BLOQUE ESTUDIANTES-UNIVERSIDAD

¿Estás de acuerdo con un número mayor de facultades de Medicina?

16 respuestas



- alta prioridad
- baja prioridad
- en contra de la recomendación
- no sabe/ no contesta

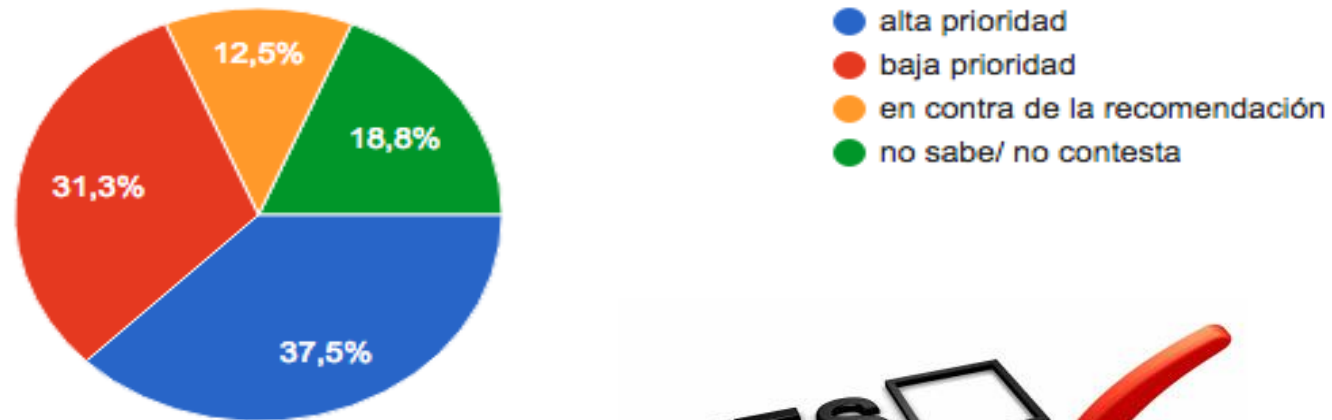


BLOQUE ESTUDIANTES-UNIVERSIDAD

BLOQUE ESTUDIANTES: Se debe Incrementar el número de alumnos que acceden a la Universidad



16 respuestas



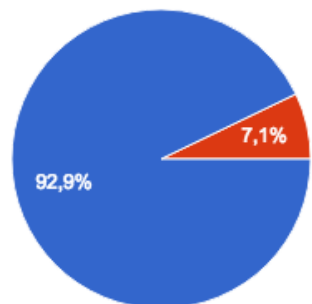
BLOQUE MIR

Facilitar la participación, recursos y fomentar la realización de actividades comunitarias y de educación para la s...ormacion de comisiones de trabajo...)

14 respuestas



● alta prioridad
● baja prioridad
● en contra de la recomendación
● no sabe/ no contesta

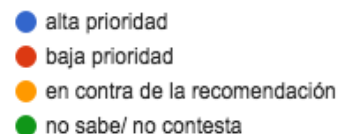
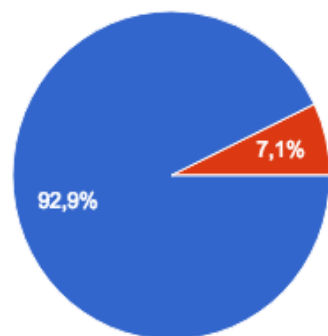


● alta prioridad
● baja prioridad
● en contra de la recomendación
● no sabe/ no contesta

- Aumentar el número de meses de rotación por atención primaria de 3 meses a 6 meses

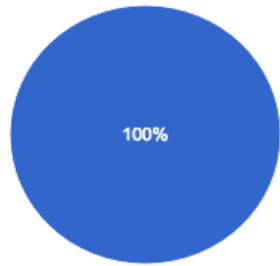
- Se debe ampliar el número de médicos MIR en la especialidad de pediatría
- Aumentar los hospitales acreditados para la docencia
- Aumento de plazas MIR
- Estas de acuerdo con Utilizar la gran capacidad docente de los centros de salud y pediatras de AP
- Presencia del pediatra de AP en las Comisiones de docencia de los hospitales
- Apoyar la incorporación de pediatras de AP como Tutores MIR de Pediatría
- Diseño de rotación para el MIR de Pediatría de 4º año de residencia que elige AP

BLOQUE MIR II

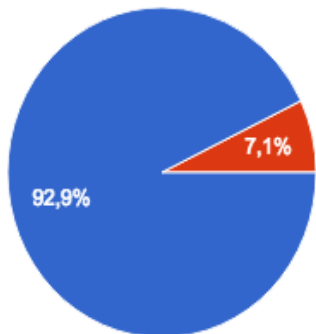


- Realizar un registro de especialidades, con edad, sexo, país de formación, comunidad autónoma donde se ejerce, etc.
- De acuerdo con potenciación de las Unidades Docentes Multiprofesionales para la distribución de plazas MIR convocadas

CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN EN AP



● alta prioridad
● baja prioridad
● en contra de la recomendación
● no sabe/ no contesta

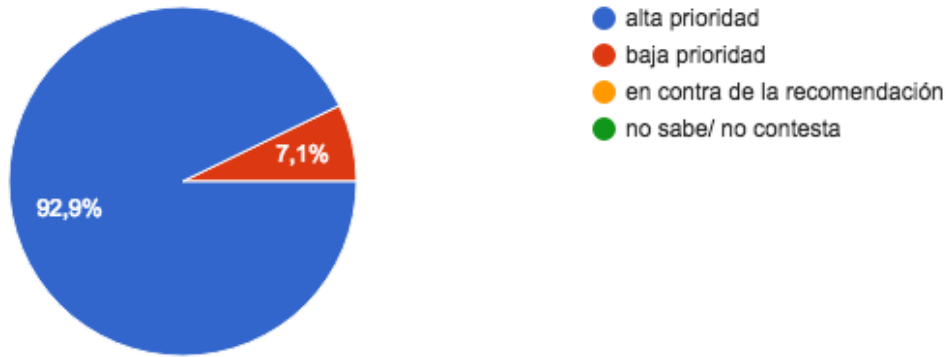


● alta prioridad
● baja prioridad
● en contra de la recomendación
● no sabe/ no contesta

- Desarrollo de sistemas de información que promueven la "Historia de salud única"
- Tener accesibilidad e información a la hospitalización desde AP

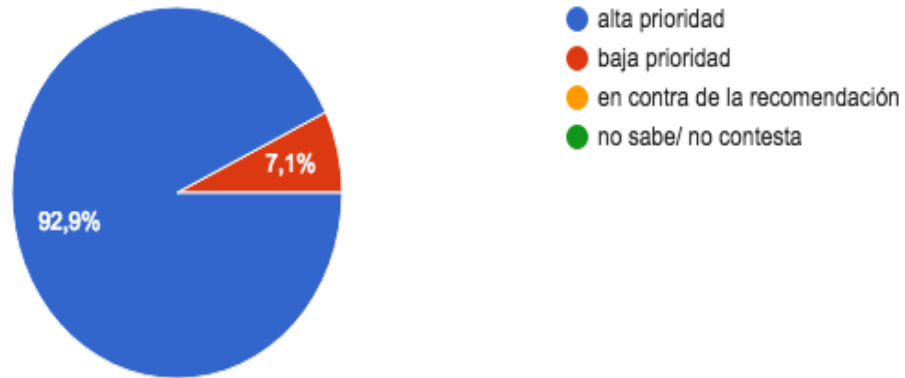
- El pediatra de AP debería tener acceso directo telefónico a los especialistas de referencia
- Uso de las nuevas tecnologías (telemedicina) para zonas de gran dispersión geográfica
- Avanzar en estrategias de coordinación con la pediatría hospitalaria, definiendo y desarrollando las competencias y funciones de cada nivel asistencial
- Aumentar la accesibilidad desde pediatría de AP a pruebas diagnósticas y complementarias, en una consulta de un centro de salud
- Informe directo al pediatra de AP en el momento de alta del paciente

CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN EN AP II



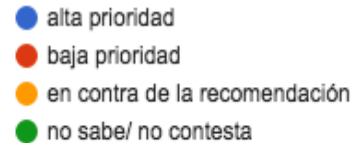
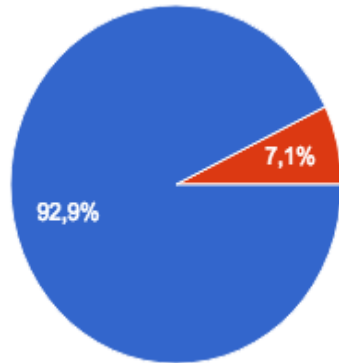
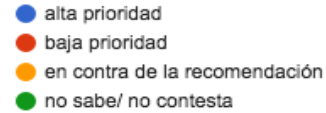
- Realización de recetas prescritas por especialistas (especialmente tratamientos crónicos)
- Eliminar del la consulta de AP todas aquellas tareas administrativas innecesarias (justificantes, certificados no oficiales,...)

ENFERMERÍA



- Dedicación exclusiva o preferente a la población infantil
- Fomentar la consulta a demanda para temas no médicos de las agendas de enfermería pediátrica
- Enfermeras con la especialidad de enfermería pediátrica
- Potenciar las Unidades Básicas de Pediatría en los Equipos de AP, integradas por un pediatra y una enfermera (relación 1:1), trabajando de forma complementaria en relación a una misma población
- Definir claramente el rol y las funciones de la enfermera de pediatría en los EAP
- Disponer de sistemas de triaje, que se implanten y se lleven a cabo de manera homogénea
- De acuerdo con el reconocimiento de las Especialistas EIR en Pediatría para la provisión de plazas de enfermería de desempeño pediátrico en AP

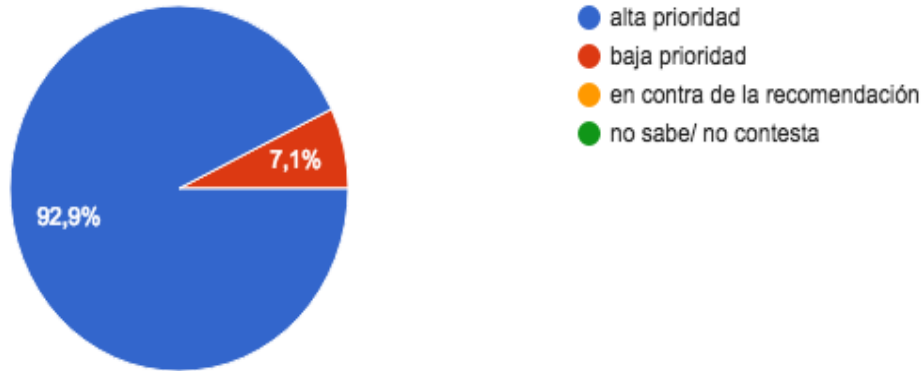
ORGANIZACIÓN PEDIATRÍA Y CONDICIONES DE TRABAJO



- Facilitar la participación, recursos y fomentar la realización de actividades comunitarias y de educación para la salud de trabajo...), etc.

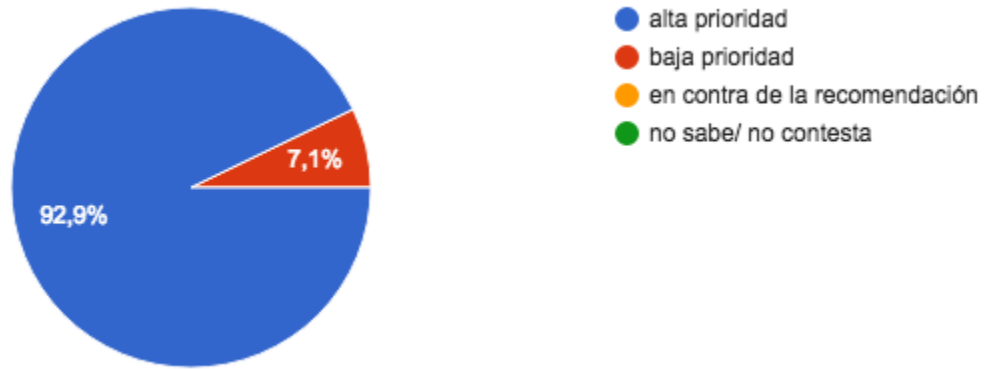
- Creación de la figura del Coordinador de Pediatría de AP
- Adecuar el tamaño de los cupos de los pediatras y enfermeras de pediatría de AP
- Instaurar el servicio de consulta por videoconferencia
- Desarrollar el Modelo de Atención a la Cronicidad en pediatría
- Aumentar la cobertura de la Unidad de Paliativos Pediátricos

ORGANIZACIÓN PEDIATRÍA Y CONDICIONES DE TRABAJO II



- Valorar la concentración de las urgencias de pediatría de AP en un número reducido de centros
- Implicar a los pediatras de AP en la atención urgente hospitalaria mediante la realización de guardias voluntarias de presencia física
- Agrupar a los profesionales, 8-10 pediatras en un punto de atención pediátrico.
- “Dejar de hacer” todas aquellas actuaciones no sustentadas en la MBE
- Mejorar la docencia en AP posibilitando la participación como oyente en las sesiones clínicas hospitalarias (incluso por videoconferencia)

ORGANIZACIÓN PEDIATRÍA Y CONDICIONES DE TRABAJO III

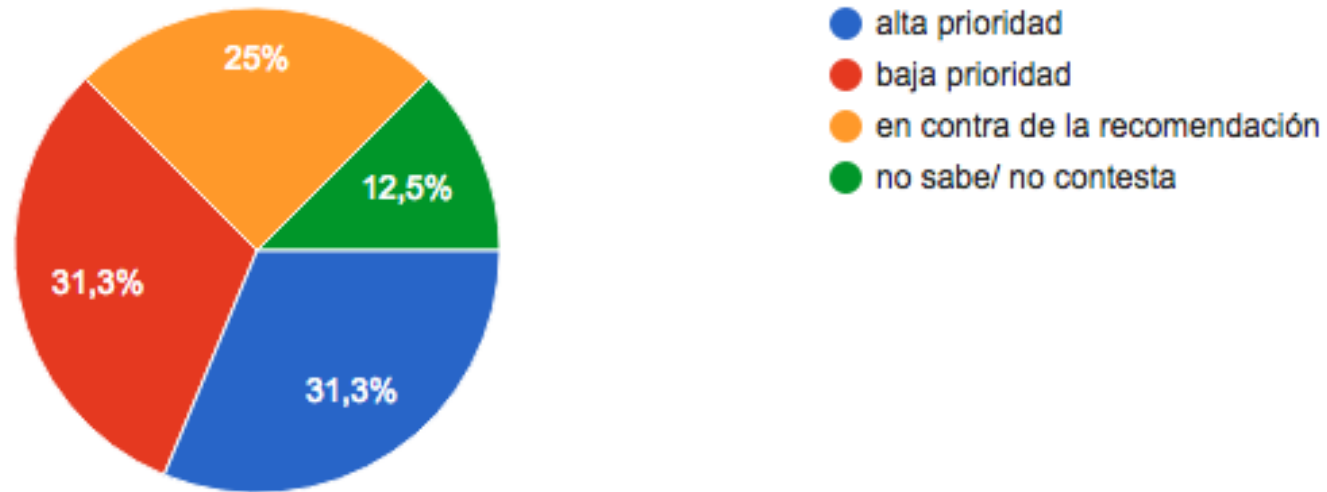


- Priorización de la atención médica en urgencias en función de la valoración clínica realizada por el pediatra de AP previa a su envío
- Potenciar ecografía, cirugía menor e infiltración en AP. Comarcalización de estos servicios cuando sea preciso
- Utilización de correo electrónico y teléfono
- Elaborar la cartera de trabajador social en APS con población infantil
- Establecer acciones específicas los grupos poblacionales de niños y jóvenes con especial riesgo y vulnerabilidad
- Incrementar los recursos diagnósticos y terapéuticos al alcance del pediatra de AP que aseguren una alta capacidad resolutive

ORGANIZACIÓN PEDIATRÍA Y CONDICIONES DE TRABAJO IV

Atención del niño con proceso agudo autolimitado por parte del profesional de enfermería formado

16 respuestas

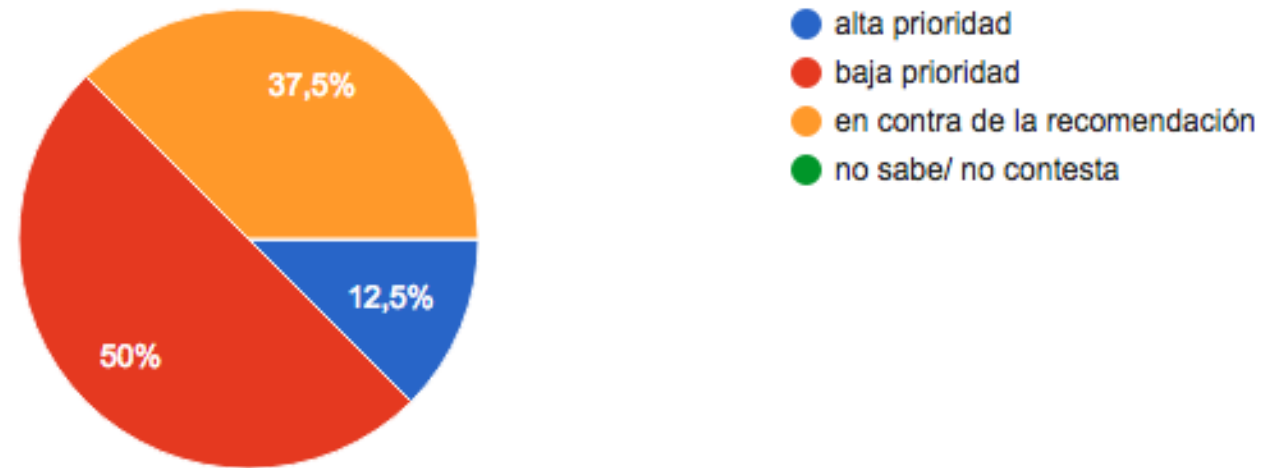


Se considera no prioritaria

ORGANIZACIÓN PEDIATRÍA Y CONDICIONES DE TRABAJO V

Establecer de forma progresiva la atención pediátrica hasta los 18 años de edad

16 respuestas

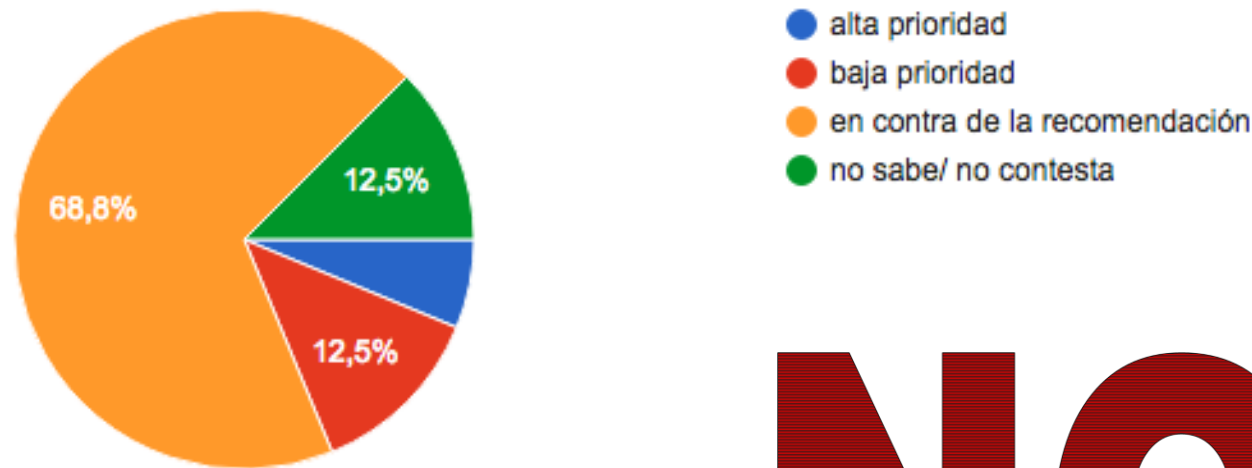


Se considera no prioritaria

ORGANIZACIÓN PEDIATRÍA Y CONDICIONES DE TRABAJO VI

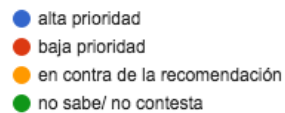
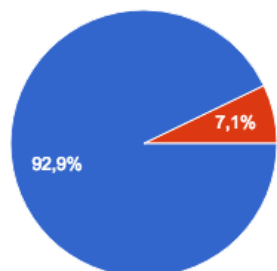
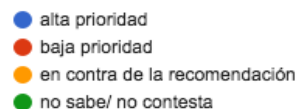
¿Estás de acuerdo con la figura de pediatra de área?

16 respuestas



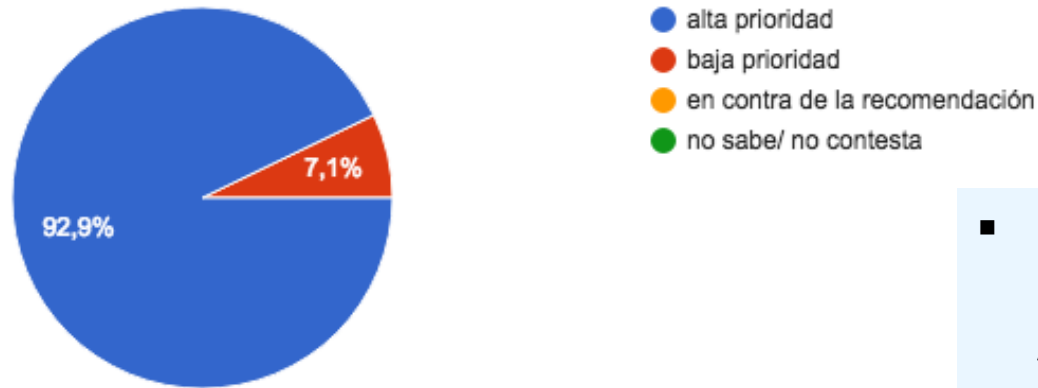
NO

CONDICIONES LABORALES I



- Mejorar las retribuciones y las condiciones laborales de los pediatras, priorizando en carrera destinos duros
- Reorganización de los horarios de manera que permitan la conciliación laboral y familiar de los profesionales
- Compromiso de que no haya ningún pediatra en paro y que a todo pediatra que figure en las listas de selección de personal, cuando no haya plazas vacantes, le sea ofertado un nombramiento de continuidad de un año de duración
- En caso de vacantes no cubiertas durante más de 15 días, se procederá a retribuir el pago de TIS entre el resto de pediatras que asumen la atención de ese cupo de pacientes
- Premiar la voluntariedad y evitar la obligatoriedad ofreciendo diferentes formas organizativas
- Eliminación de los pediatras itinerantes
- Agenda de 5 horas de actividad asistencial (demanda de 10 minutos) y programada
- Tareas de docencia e investigación en la jornada laboral

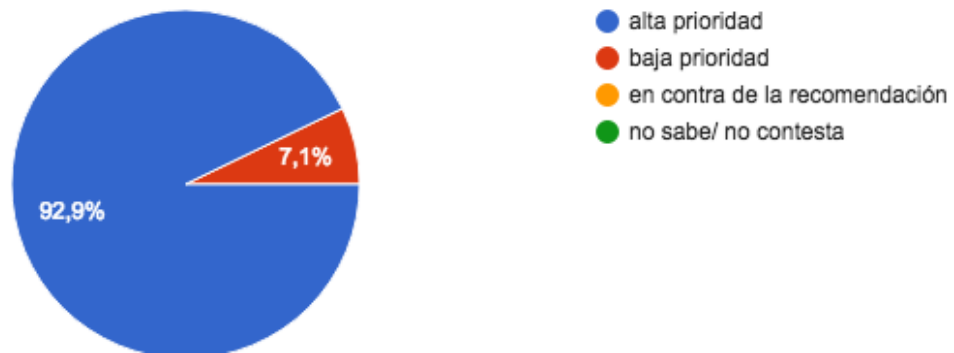
CONDICIONES LABORALES II



Estará coordinado con el grupo de especialidades

- Los hospitales de niveles II deberían contar con Neurología, Gastroenterología y Nutrición, Neumología-Alergia, Endocrinología, Cardiología y Neonatología, dentro de una estructura básica de cribaje y posterior derivación a unidades de referencia si es necesario
- En los hospitales nivel III de la comunidad autónoma deberían existir todas las áreas de capacitación pediátrica: incluidas: Reumatología pediátrica, Oncología pediátrica, Nefrología pediátrica

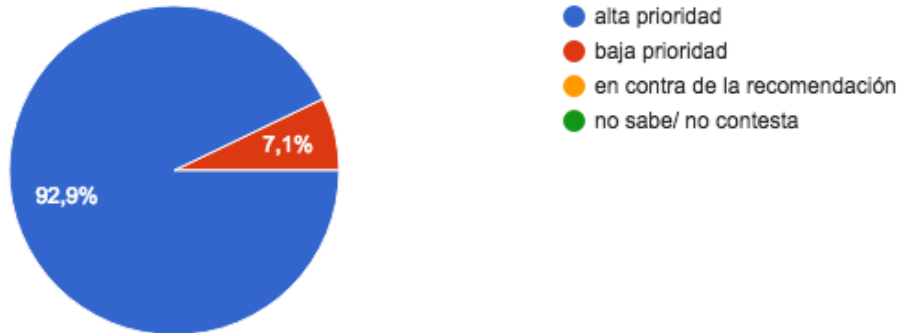
CONDICIONES LABORALES III



Estará coordinado con el grupo de especialidades

- El mantenimiento de maternidades con asistencia pediátrica en hospitales de menos de 300 partos/anuales; parece poco lógico, no se ajusta a los estándares recomendados y no garantiza la calidad asistencial
- Priorizar la contratación de pediatras en AP, que es donde más se precisan, limitando los contratos de guardias en hospitales
- Permitir a los pediatras suplentes, compatibilizar AP con guardias hospitalarias, tanto en pública como en privada, sin exigir tantos requisitos para la compatibilidad
- Establecer una diferencia no superior al 10% entre los cupos de profesionales del mismo centro o centros cercanos, fomentando la adjudicación de pacientes a los cupos menos sobrecargados, siempre respetando la normativa vigente de libre elección

CONDICIONES LABORALES IV



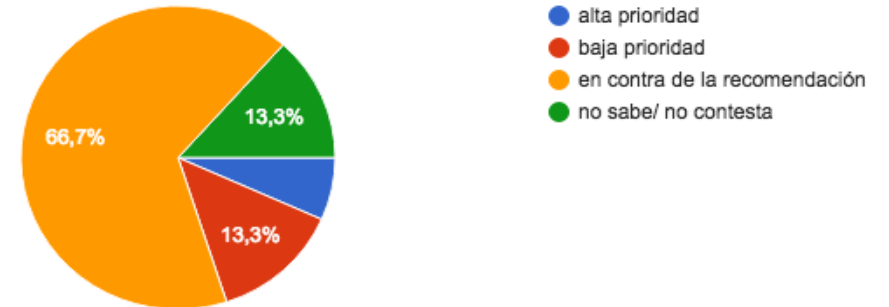
- Pagar mejor los doblajes o asumir que el doblaje, como opción para paliar una ausencia, se conceptúe como 4 h. de consulta abonándose como un doblaje de jornada completa
- Abonar los fines de semana a los profesionales que hagan suplencias cuando los contratos engloben dichos días
- Concursos de traslados y convocatorias de plazas cada 2 años
- Articular también el pago en aquellas situaciones que supongan la derivación de pacientes a pediatras de centros de salud próximos

MODELO RURAL

- El modelo en la Pediatría rural
 - Centralización de la atención pediátrica, mientras no se disponga de pediatras para todos los centros que atienden a niños
 - No se apoya la creación de una figura de pediatra de área
 - Se plantea centralizar a los pediatras con cupos menores de 600 TIS debiendo determinar una isócrona adecuada

¿Estás de acuerdo con la figura de pediatra de área?

15 respuestas



HOJA DE RUTA



DESPUES DE ESTA REUNIÓN

QUÉ PASOS DAREMOS



HOJA DE RUTA II

- Se ha presentado a la Junta Directiva AÉ
- Se implementara con las autoridades sanitarias nacionales y de comunidades
- Se decide Continuar el grupo de trabajo

IDEAS CLAVE DEL CONSENSO DE ATENCIÓN PRIMARIA – ESTUDIO DELPHI

1. Aumentar el n.º de plazas MIR de Pediatría y aumentar los hospitales acreditados para la docencia
2. Aumentar a 6m la rotación de los MIR por A. Primaria y diseñar rotación orientada en el 4º año de residencia que elige AP
3. Mejorar las retribuciones y las condiciones laborales de los pediatras, priorizando en carrera destinos duros.
4. Reorganización de los horarios de manera que permitan un horario laboral adecuado.
5. Centralización de la atención pediátrica, mientras no se disponga de pediatras para todos los centros que atienden a niños
6. Mejorar la comunicación con los pediatras especialistas y la accesibilidad a las pruebas diagnósticas
7. Desarrollo de sistemas de información que promueven la “Historia de salud única”
8. Presencia del pediatra de AP en las Comisiones de docencia de los hospitales y apoyar la incorporación de pediatras de AP como Tutores MIR de Pediatría
9. Adecuar el tamaño de los cupos de los pediatras de Atención Primaria
10. Desarrollar el Modelo de Atención a la Cronicidad en pediatría y aumentar la cobertura de la Unidad de Paliativos Pediátricos