

MODELO DE ATENCION A LA POBLACION INFANTO- JUVENIL



AUTORES

Carlos Valdivia Jiménez (Andalucía). cvaldivia@telefonica.net

M^a Ángeles Hernández Encinas (Asturias).
anheren@hotmail.com

Juan José Morell Bernabé (Extremadura). jjmorell@teleline.es

Manuel F Enrubia. (Cataluña) med011653@saludalia.com

Ana Isabel Díaz Cirujano (Madrid). anaisabeldc@telefonica.net

Gonzalo Sanz Mateo (Murcia). gzmateo@hotmail.com.

Francesc Bargall Leonart: (Valencia).
francescbargall@gmail.com

ASOCIACION ESPAÑOLA
DE PEDIATRIA DE
ATENCION PRIMARIA

[teléfono 661312543

27/08/2008

BORRADOR

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	5
MODELO DE ATENCION A LA POBLACION INFANTO-JUVENIL EN ATENCIÓN PRIMARIA.	10
VISIÓN ESTRATÉGICA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	10
<i>ASPECTOS GENERALES.</i>	10
POBLACIÓN DIANA DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA.	11
Ratio Pediátrica	11
Potenciar el rol de la Enfermería.....	13
MODELO ORGANIZATIVO DE ATENCION PEDIATRICA EN AP:.....	13
Equipo pediátrico territorial.....	13
Características de las líneas de Servicio de Pediatría de Atención Primaria	15
MODELO ASISTENCIAL DE ATENCION PEDIATRICA EN AP.....	16
Cartera de servicios / nivel de resolución	16
Modelo de Equipo de Pediatría para la atención Infanto-juvenil en los Equipos de Atención Primaria (EPAP):.....	18
La propuesta describe un marco de potencialidades.	19
Distribución de funciones	19
ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN EL ENTORNO RURAL.	23
Situación Actual de la Pediatría Rural.....	24
LÍNEAS DE ACTUACIÓN PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN EL ENTORNO RURAL.....	28
CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.	32
1.- Continuidad asistencial en Pediatría.....	34
2.- Propuestas de mejora en Continuidad Asistencial	34
3.- Modelos de interconsulta en las diferentes situaciones o escenarios.	35
4.- Servicios socio sanitarios. Coordinación Intersectorial.	36

URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIATRICA	38
DOCENCIA E INVESTIGACION EN ATENCION PRIMARIA.....	40
SITUACIÓN ACTUAL DE LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA	40
Revisión histórica.....	41
Situación en España.....	44
Resultados de la encuesta del grupo de docencia de la AEPap 2007 (Nacional/Castilla La Mancha).....	45
Propuesta de la AEPap de la rotación de residentes de Pediatría por Atención Primaria.....	46
INVESTIGACION EN PEDIATRIA DE AP	48
1. Propuestas organizativas:.....	48
CONCLUSIÓN	51
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXO I: COMPETENCIAS, FUNCIONES Y OFERTA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA	57
ANEXO II: Documento de distribución de funciones de Pediatra y Enfermera de pediatría al Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad.2006.....	59
GLOSARIO (términos, abreviaturas y definiciones utilizados en este documento)	60

INTRODUCCION

La Ley General de Sanidad y el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud (1) sentaron las bases del actual modelo de Atención Primaria, estableciendo un nuevo marco de actuación en el que se definían, entre otras cuestiones, el trabajo en equipo multidisciplinar, la referencia a un territorio y población concretos, la integración de las actividades de curación y rehabilitación con las de promoción y prevención, el aumento del tiempo de atención y la integración de los pediatras en el seno de los Equipos de Atención Primaria (EAP).

El pediatra es, pues, el médico que, con un enfoque integral, presta atención al período evolutivo de la existencia humana que va desde la concepción hasta el fin de la adolescencia, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, psíquico y social que, en cada momento, se liga a la interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño se desenvuelve.(2)

Con anterioridad a 1984 la Pediatría estaba poco estructurada existiendo básicamente tres tipos de Pediatras dentro del sistema público:

Los Pediatras Hospitalarios, los cuales, además del papel que actualmente desempeñan en el ámbito de subespecialidades o de segundo nivel en la patología de la infancia, trataban en consultas externas gran parte de los problemas que hoy día se resuelven de manera habitual en atención primaria (asma, infecciones del tracto urinario, trastornos alimentarios, enuresis, encopresis, digestivos, etc.)

Los Pediatras de Ambulatorio, los cuales, si bien en teoría deberían atender a los problemas extrahospitalarios (casi exclusivamente en el plano de la patología, y con escasa dedicación a la promoción de la salud), a causa de la falta de medios técnicos, de acceso a pruebas diagnósticas, de jornada laboral suficiente, estaban relegados, salvo honrosas excepciones, a un segundo plano en la atención real a la infancia y en la solución de problemas. Estos Pediatras eran en gran parte suplidos por la medicina privada (por tanto no universal) desempeñada en muchas ocasiones por ellos mismos, con más tiempo y dedicación, o por los Pediatras hospitalarios en jornada laboral de tarde.

Los Pediatras de Sanidad Pública, o Pediatras Puericultores del Estado (cuerpo al que se accedía por un concurso-oposición especial vigente hasta hace pocos años) eran los encargados de la salud escolar, guarderías, vacunaciones, casas de acogida, orfanatos, etc. Pertenecían a la función pública, su número era muy reducido y se trataba de un cuerpo profesional aparte: Pediatras del Estado con funciones de salud pública (abandonadas por los otros dos grupos) pero de mucho menos alcance tanto en cantidad como en calidad y menos desarrollada que los actuales programas de salud infantil que se prestan en Pediatría de Atención Primaria.

Este panorama tan dispar provocó grandes diferencias en la atención a la población infanto-juvenil, donde la función de pediatra de cabecera, no tenía un papel relevante en el Sistema Nacional de Salud. Aunque hubo honrosas excepciones de profesionales individuales, se estaba a gran distancia de la Pediatría actual, fundamentalmente por la ausencia absoluta de programas y protocolos preventivos, socio-comunitarios, de salud mental, etc., ya que los Pediatras puericultores del Estado, verdaderos encargados de velar por la salud pública de los niños, eran muy escasos y con tareas muy concretas y globales. En la patología grave (o

menos grave) que necesitaba hospitalización la uniformidad de atención ha sido siempre mayor, con la diferencia respecto a hoy en día, de que los ingresos hospitalarios eran mucho más frecuentes y duraderos.

Desde el punto de vista científico la Asociación Española de Pediatría aunaba a todos estos profesionales, organizada territorialmente en un ámbito regional no superponible al mapa autonómico actual, y dedicada fundamentalmente a la formación e investigación hospitalaria.

En los años 80, el Dr. Prandi comenzó en Barcelona a dar relevancia a lo que entonces se dio en llamar Pediatría Extrahospitalaria (en contraposición a la hospitalaria) siendo uno de los pioneros, junto con su equipo de colaboradores en considerar a la Pediatría que se hacía fuera de los hospitales digna de atención científica y formativa.

Las evidencias disponibles avalan que los países que tienen una Atención Primaria de Salud más sólida, basada en una “Atención de Primer Contacto” (el médico/pediatra de AP es la puerta de entrada y el mediador de la atención del paciente), mayor longitudinalidad (mismo médico o equipo de salud a lo largo del tiempo), mayor integralidad (única fuente de atención –curativa, preventiva, rehabilitadora- para cualquier cuidado a prestar en primera instancia), mayor coordinación (interrelación entre todos los niveles y profesionales que proporcionan atención a la Salud en cualquier momento, en cualquier lugar), mayor orientación hacia la atención familiar y comunitaria, presentan mayor satisfacción de los usuarios, menores costes económicos, mejores resultados en salud y más equidad (menores desigualdades en salud).

Por fin en nuestro país en 1984, el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud se sustituye el Ambulatorio tradicional por los Centros de Salud (3), lo que supuso una reforma fundamental al crear la figura de médico de Atención Primaria, médico de familia para los adultos y pediatra para los menores de catorce años. El aumento de la jornada laboral de dos a siete horas al día, y el establecimiento de un modelo de salud bio-psico-social de carácter curativo y preventivo, con programas y protocolos llevados a cabo por profesionales especialistas formados por el sistema MIR, junto con la incorporación de forma muy activa de los profesionales de enfermería, trabajadores sociales y otros miembros del EAP, cambió radicalmente el modelo sanitario de nuestro país.

Desde el punto de vista de la pediatría, este nuevo modelo de atención sanitaria universal incluye una atención integral a los niños y niñas desde su nacimiento hasta la adolescencia, con un seguimiento continuado de la salud y desarrollo infantiles, siendo además la vía de acceso al sistema sanitario para dicha población.

La abundancia de profesionales especialistas en pediatría y médicos de familia (3) permitió un reparto de tareas infantil/adulto equilibrada partiendo de premisas similares en el estilo de trabajo con funciones que abarcan:

Asistenciales de alta calidad permitiendo el manejo en el primer nivel, de patologías anteriormente de ámbito hospitalario (4) con la consiguiente disminución del número de ingresos. Dado el grado de formación científico técnico y el acceso a pruebas complementarias, se vienen asumiendo tanto problemas urgentes, como cotidianos incluyendo patología con un grado de complejidad mucho mayor que el que se daba en los antiguos Ambulatorios

- a) Prevención primaria: vacunaciones, programas de Salud, educación sanitaria individual y grupal.
- b) Prevención secundaria: programas y protocolos de cribado y detección y diagnóstico precoces.

- c) Prevención terciaria: programas de control y seguimiento de patología crónica, población de alto riesgo (neurosensorial, social, etc), necesidades especiales,....
- d) Atención psíquica: con conocimientos específicos, grupos de autoayuda, e integración y proximidad de los equipos de Salud Mental de adultos e infanto-juveniles.
- e) Atención en el ámbito socio-familiar: colaborando e integrándose en la comunidad, mundo escolar y familia.

Pero aun en el seno del Equipo de AP e implicado en el trabajo conjunto del mismo, la Pediatría de AP presenta peculiaridades generadas por las características específicas de la población atendida, destacando:

- a) Mayor importancia de la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad (educación, hábitos saludables, vacunaciones, etc.) y del conocimiento del medio familiar, social y escolar donde el niño se desarrolla y donde podemos actuar de manera precoz y coordinada, ya que se trata de los ciudadanos del futuro.
- b) La patología aguda, que precisa una exploración más exhaustiva aún en situaciones aparentemente banales y cuya anamnesis es recogida a segundas personas de las que puede además obtenerse mucha información relevante independientemente de la patología por la que se consulta.
- c) Control y seguimiento de un número cada día mayor de patologías crónicas que ya no precisan ser soportadas por el segundo nivel, algunas de las cuales se mantienen a lo largo de toda la edad infantil y adolescente y continuarán estando presentes en la vida adulta.

La ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, en el que por primera vez se recoge la rotación por atención primaria con carácter obligatorio.

La rotación del residente de pediatría por AP se hace necesaria para adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes propios del ámbito y paliar las lagunas formativas que viene padeciendo. Por otra parte, será un buen punto de partida para mejorar la relación entre los dos niveles asistenciales, aumentando la confianza mutua y la motivación profesional.(5)

En conclusión, que si bien es verdad que desde el punto de vista puramente asistencial tradicionalmente la mayor parte de la carga de trabajo del pediatra ha tenido que ver con el diagnóstico y manejo de las enfermedades infecciosas, en el futuro, van teniendo cada vez mayor trascendencia el trauma menor, los trastornos del desarrollo, los problemas derivados de una aumento de supervivencia de la patología grave, del control y seguimiento de las enfermedades crónicas y de factores socio-familiares emergentes, Para ello se precisa de un entrenamiento sólido y una formación continuada, difícilmente alcanzables de manera satisfactoria cuando éste no es el único marco de actuación (3). Además, la Pediatría de Atención Primaria ha de coordinar la participación de diferentes estructuras cuyo objetivo fundamental es elevar la salud del niño y su entorno, escuela, familia, barrio, organizaciones comunitarias etc. Comparte con el pediatra hospitalario la población atendida y con el médico de familia las características de la atención primaria y su abordaje específico de la salud en el que adquiere especial relevancia la promoción y la prevención. Por su

posición de primer nivel en la asistencia y su accesibilidad, es la vía natural de entrada en el Sistema Nacional de Salud de los principales problemas sanitarios de la infancia.(1) Es por tanto, responsable de proporcionar a la población una atención integral, global (biopsicosocial) y continuada desde el momento del nacimiento hasta la adolescencia. Se puede afirmar que, por su formación, por su posición respecto del niño el adolescente y su familia y por la indudable proyección social de su trabajo, -verdadero protector del menor- el pediatra es el elemento clave y de mayor responsabilidad dentro del sistema público, en la atención de la salud en la infancia y adolescencia.(1)

Según Katz (6) Los elementos básicos que definen idealmente la Pediatría de primer nivel son: a) respuesta rápida a las necesidades inmediatas del paciente; b) coordinación entre médicos y niveles de atención; c) continuidad en el tratamiento y seguimiento del paciente; d) Pediatría holística (curativa-preventiva) .

La Pediatría comunitaria se enfoca hacia el reconocimiento, comprensión, prevención y tratamiento de “enfermedades con base en la comunidad y sociedad”, como protección al niño, maltrato y abuso, niños con necesidades especiales, pediatría emocional y de conducta, desarrollo y crecimiento, pediatría escolar, etc.

La Academia Americana de Pediatría recuerda en una reciente declaración, la dimensión comunitaria de la Pediatría de Atención Primaria (PAP) (7) y destaca los siguientes aspectos:

- Una perspectiva que amplía el foco de interés a todos los niños en una comunidad.
- Un reconocimiento de que la familia, la educación, el medio y la economía actúan de forma favorable o desfavorable, pero siempre significativamente en la salud del niño.
- La buena práctica es una síntesis entre promover la salud del niño y promocionar la salud de todos ellos en el seno de la familia, la escuela y la comunidad.
- Es una obligación usar los recursos comunitarios en colaboración con otros profesionales, padres y agentes de salud para asegurar una óptima accesibilidad y calidad de servicio, especialmente para aquellos que tienen desventajas a causa de razones económicas, sociales o como consecuencia de sus especiales necesidades.

EL PEDIATRA DE AP MODERNO DEBE:

- Trabajar de forma interdisciplinaria y colaborar con todos los agentes que contribuyen al bienestar del niño.
- Buscar y utilizar los datos epidemiológicos y los recursos de su zona de influencia.
- Abogar por promover espacios y conductas saludables en el colegio y la comunidad.

Los niños dependen de la interacción con la comunidad en la que ellos viven. Padres históricos de la Pediatría, como Jacobi, ya reconocían que la forma más plena de responder a las necesidades de los niños es en el contexto de la familia y la comunidad en la que viven

Vemos pues que según renombradas instituciones y autores, nuestro modelo público de PAP: biopsicosocial, integral universal y acceso al sistema sanitario, es el más adecuado para mejorar la salud de toda la población infanto-juvenil.

Hay otros modelos europeos (8) en los que la pediatría es un campo especializado y la mayor parte de la asistencia sanitaria a los niños la ejercen los médicos familia (MF) aunque hay consultorios para niños sanos atendidos por médicos que han adquirido alguna formación en este trabajo pero que no tienen el título de pediatras. El mayor protagonismo de los médicos de familia nos parece menos adecuado debido a lo limitado de su rotación por el servicio de pediatría (en muchos casos sólo dos meses), la complejidad que tiene la patología emergente en pediatría y, sobretodo, las crecientes necesidades de atención a la salud en la infancia y un mayor enfoque social y comunitario.(4) El dato que debe tenerse en cuenta es el perfil del profesional, válido para atender las necesidades de salud de los niños y disminuir las hospitalizaciones. Por otra parte consideramos que no es lo mismo una atención puntual de una enfermedad aguda leve que la responsabilidad de llevar a cabo y asumir todos los aspectos relacionados con la salud global de una población infanto-juvenil concreta.

La necesidad sentida por la población de que sus hijos sean atendido por pediatras,(9) que solicitan cada vez un nivel más alto de salud para sus hijos, es un criterio criticado por algunos autores,(10) pues lo consideran un consumismo que por sí mismo no es criterio de calidad, incluso en el hipotético caso de que dicha afirmación fuera cierta, volver atrás en un logro social conseguido va a ser difícilmente asumible por la ciudadanía.

A pesar de todo ello, en el momento actual, también se observan algunos signos preocupantes, que nos hacen temer por el futuro de éste modelo de atención pediátrica. (1) Ello es debido por un lado a la carencia de pediatras, que son los profesionales que más han contribuido a establecer y consolidar dicho modelo y, por otro, la ausencia de respuesta por parte de las autoridades sanitarias (1-8) que continúan prestando una mayor consideración sobre la atención pública a la salud infantil centrada más en los hospitales que en la AP y más en la tercera edad que en la infancia.

No se trata pues de que nuestra manera de hacer pediatría no funcione o lo haga mal (aunque tiene sus debilidades que serán comentadas en este documento) sino de un problema coyuntural por falta de planificación, que si bien a corto plazo puede darnos algunos quebraderos de cabeza, requiere de un esfuerzo conjunto de Administraciones, profesionales (y sociedades científicas) así como de la población general en estos momentos y un buen proyecto de futuro (sobre todo en las Facultades y en el periodo formación MIR), por fuerza dará frutos para continuar con una de las mejores pediatrías del mundo occidental a la que de ninguna manera debemos renunciar ni como profesionales ni como ciudadanos.

El modelo de asistencia pediátrica en Atención Primaria por pediatras es un ejemplo a seguir por otros países. Si se administra con pasividad e indolencia, la PAP ejercida por pediatras perderá su carácter universal y quedará sólo al alcance de algunos sectores. Esta situación será difícilmente reversible una vez establecida. Garantizar la calidad de la prestación sanitaria pediátrica en el sistema público, y por pediatras, es una demanda social que debería contemplarse como prioritaria (11).

MODELO DE ATENCION A LA POBLACION INFANTO-JUVENIL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

El objetivo general de este documento es proponer un modelo de atención a la población Infanto-Juvenil en la Atención Primaria para el Siglo XXI que siga contribuyendo a una asistencia de alta calidad pero haciéndola más resolutive, potenciando una coordinación adecuada entre los diferentes niveles asistenciales e integrando los diferentes recursos de atención a la Salud que dispone el Sistema, y acercándola al entorno natural del niño y adolescente, fundamentalmente a las escuelas y a la comunidad.

Este objetivo se concreta en los objetivos específicos siguientes:

- I. actualizar la oferta de servicios de pediatría de Atención Primaria en respuesta a las nuevas necesidades de salud de la infancia y adolescencia y potenciar el trabajo compartido pediatra-enfermera en la provisión de estos servicios
- II. orientar el modelo asistencial para poder desarrollar una cartera de servicios que de respuesta al objetivo general y
- III. establecer un sistema de monitorización y de evaluación que refleje adecuadamente las actividades realizadas.
- IV. proponer un modelo organizativo

VISIÓN ESTRATÉGICA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

ASPECTOS GENERALES.

Teniendo en cuenta los puntos fuertes, los problemas y los retos identificados en el contexto actual de provisión de servicios de pediatría de AP, y considerando los cambios en las características sociales y demográficas de la población, los potenciales recursos existentes, como también los avances en el conocimiento científico, y cualificación profesional, la redefinición del modelo de atención de pediatría de AP del Sistema Público de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas se plantea con el objetivo de conseguir la siguiente visión estratégica :

- Que todo niño tenga un pediatra de cabecera o de referencia .
- Que se encuentre cerca del entorno natural del niño y el adolescente.
- Que toda la población infanto-juvenil tengan la posibilidad de ser atendidos por un profesional competente todos los días de la semana en un dispositivo de alta accesibilidad.
- Le aporte información y apoyo a los padres y niños para fomentar el autocuidado y contribuya a la participación en las decisiones sobre como gestionar su padecimiento y promover la salud.
- Se adecue a los estándares internacionales de conocimiento científico.
- Se promuevan los hábitos y estilos de vida saludables.

- De apoyo al crecimiento y desarrollo saludables del niño hacia el período adulto.
- Que promueva y colabore en el desarrollo de actividades de salud comunitaria.
- Toda la población infanto-juvenil enferma debe tener un acceso rápido a un consejo adecuado y a una atención de calidad de acuerdo con sus necesidades.
- Que tenga una orientación proactiva hacia la población infanto-juvenil con mayores riesgos de salud.
- Que garantice que los profesionales gocen de unos conocimientos y recursos adecuados para dar respuesta a las necesidades de la población y que estén motivados.
- Que sea resolutiva y eficiente, promoviendo equipos de trabajo donde se complementen las competencias y donde se potencien las tecnologías.
- Que se disponga de un sistema de información compartido entre los diferentes dispositivos de atención pediátrica dentro un territorio definido.
- Que se caracterice por una organización integral territorial de la atención pediátrica, donde exista una continuidad de la atención y una buena interrelación entre los pediatras de un mismo territorio.

POBLACIÓN DIANA DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA.

Como ya se ha expuesto con anterioridad, el pediatra es el profesional mejor preparado para proporcionar calidad a los servicios de cuidado y atención a la salud del niño y adolescente dentro del contexto de su familia, comunidad y ambiente. Por consiguiente, el primer nivel de acceso de la población infanto-juvenil en nuestro Sistema Sanitario Público deben ser los **equipos de PAP**, integrados por pediatras, enfermeras con habilidades específicas en pediatría (EHP), matronas y trabajador social, etc, de los Equipos de Atención Primaria.

Así, en el estado español todo niño de 0 a 14 años debe tener un pediatra de cabecera.

RATIO PEDIÁTRICA

No existe un estándar de oro sobre cuál debe ser la ratio pediatra/población infantil para poder conseguir una atención de excelencia. No obstante, considerando las distintas variables socio-demográficas, la carga ponderal asistencial óptima debería ser inferior a 1000 niños por pediatra pero en zonas de especial gravosidad (inmigración, bajo nivel social, dispersión) podría ser inferior.

La ponderación en función de la carga de trabajo se debería efectuar aplicando al número de Tarjetas Individuales Sanitarias (TIS) en cada tramo de edad, utilizando determinados índices que se determinarían según Resolución de las Direcciones de Atención Primaria, siguiendo el ejemplo de la Comunidad Foral de Navarra (12)

Es aceptado que la edad, al asociarse directamente con la mayor o menor presencia de problemas de salud, es uno de los factores a considerar a la hora de determinar las diferentes cargas que genera un determinado grupo de población a los profesionales del ámbito de la Atención Primaria.

El diferente peso relativo y diferente carga de trabajo que se atribuye a cada TIS en relación a la edad debería calcularse en función de la frecuentación relativa de cada grupo etario, estableciendo unos índices de ponderación de carga de trabajo según tramos de edad, que se aplicarían sobre las TIS. (13)

La ponderación en función de la carga de trabajo a cada tramo de edad podría establecerse en los siguientes coeficientes:

ENTRE 0-2 AÑOS (0-36 MESES): 4.582 DE CARGA DE TRABAJO

DE 3-6 AÑOS (37-72 MESES): 2.236 DE CARGA DE TRABAJO

7-14 AÑOS: 1.471 DE CARGA DE TRABAJO

MAYORES DE 15 AÑOS: 1 DE CARGA DE TRABAJO.

Así, dentro del marco retributivo de los profesionales facultativos y de enfermería de los Equipos de Atención Primaria se establecerían, por un lado, el complemento caputivo, así como un plus de dispersión geográfica, en función del grado de dispersión geográfica de la población asistida., el cual tiene la consideración de compensación de gastos por desplazamientos. Ambos se determinarían mensualmente a cada uno de los profesionales conforme a los criterios que lo regulen en las distintas Comunidades Autónomas.

Dicho complemento caputivo es el resultante de multiplicar el importe económico que se determine por el número de Tarjetas Individuales sanitarias reconvertidas que corresponden a cada profesional. Dichas TIS reconvertidas se determinarían en función del número de titulares del derecho a la asistencia sanitaria adscrito, ponderado según la carga de trabajo generada por cada grupo de edad y según el coeficiente de dispersión asignado a cada puesto de trabajo.

Por encima de 1000 pacientes pediátricos, sin descartar la cifra de 800, o cuando el porcentaje de menores de 2 años sea grande y/ o con población en zonas de especial gravedad se establecieron apoyos asistenciales (X horas/semana que se pueden gestionar en los centros de salud).

Por ejemplo, en un centro donde los pediatras tengan aproximadamente 1.150 TIS ponderadas se tendría derecho a un apoyo de 6 horas semanales, que se podría organizar como se estime más conveniente. Al ser complicado contratar a una persona 1,25 h al día se puede acordar, con el director o coordinador del centro, que con este presupuesto que corresponde por exceso de cupo, tener un apoyo lunes y viernes de Octubre a Mayo de 1/2 jornada (que se puede utilizar para atender el exceso de demanda y poder esos días seguir atendiendo a los pacientes con patología más crónica, o como apoyo en programadas de exámenes de salud, etc.) y aún puede permitir el aumentar el porcentaje de sustituciones en el verano. Por tanto, la Dirección Gerencia debe remitir al Equipo de Atención Primaria el porcentaje

de horas de apoyo que correspondería a cada profesional por exceso de TIS y se utilizaría en consenso con el director del centro como se estime más conveniente.

Estas ofertas de medias jornadas a otros profesionales resulta ya más atractiva y es una oferta posible, bien porque se hacen 1/2 en otro centro o gente con contratos de 1/2 jornadas que los complementa, o gente con contratos de guardias y los enriquece con estos apoyos.

POTENCIAR EL ROL DE LA ENFERMERÍA

El Real Decreto 450/2005 de 22 de Abril, sobre Especialidades de Enfermería publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de fecha 6 de mayo de 2005, establece la especialidad de Enfermería Pediátrica y Enfermería familiar y comunitaria, y en el Real Decreto 183/2008 de 8 de Febrero de 2008 publicado en el BOE de 21 de febrero de 2008, se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación especializada contemplando en el artículo 7, apartado 2 y su anexo II la formación en las unidades docentes multidisciplinares, en el caso de la enfermería pediátrica, en la misma que los especialistas en pediatría por su campo asistencial afín, estando aún pendiente de desarrollar la definición de los contenidos de los programas de formación de ambas especialidades. (14,15)

En la actualidad estos profesionales, después de años de ejercicio, han conseguido un grado de especialización y de comprensión del medio óptimo para prestar con eficacia la atención sanitaria a la población infanto-juvenil en Atención Primaria. Por ello se han diseñado las estrategias que se desarrollan a continuación.

MODELO ORGANIZATIVO DE ATENCION PEDIATRICA EN AP:

EQUIPO PEDIÁTRICO TERRITORIAL

En la situación actual, en la que los profesionales pediatras y enfermeras de pediatría se sienten aislados y con la falta de profesionales de pediatría, planteamos un modelo organizativo más eficiente como es la agrupación funcional, constituyendo un servicio de pediatría en Atención Primaria que provea la atención pediátrica de un territorio determinado. De esta manera logramos tener una “masa crítica” de profesionales que originaría una mejora la gestión de personal y su cobertura; por otro lado, los profesionales podemos compartir dudas clínicas, guías de actuación, sesiones, cursos, proyectos de formación, docencia e investigación, etc.

LA ORGANIZACIÓN DEL EQUIPO PEDIÁTRICO TERRITORIAL es un Equipo, que estará formado por pediatras, enfermeras de Atención Primaria, que tengan como referencia el mismo hospital pediátrico. El equipo territorial tendrá un coordinador que será un pediatra localizado en AP. Este coordinador dependerá del director de AP. Los profesionales dependerán de este coordinador de forma funcional o de forma orgánica. El coordinador territorial de pediatría deberá trabajar conjuntamente con el jefe de servicio del hospital de referencia para que la atención pediátrica que se proporcione sea integral y se garantice la continuidad.

En zonas con escasa población infanto-juvenil o muy dispersas el equipo de atención pediátrico territorial de AP, funcionara en coordinación con el Hospital comarcal. En estas zonas específicas habrá un equipo pediátrico territorial y un único director/coordinador/responsable de la atención pediátrica a todo el territorio de referencia, con el que el resto de los profesionales del equipo territorial tienen una dependencia funcional u orgánica. El PAP, aunque pueda encontrarse asignado a un EAP determinado, debería poder atender también a otra población del área. Al mismo tiempo, el pediatra de cualquiera de las Zonas Básicas de Salud podrá ejercer parte de su actividad en el hospital (eso se materializará en la asistencia a sesiones clínicas, y realización de guardias cuando así se determine, con el acuerdo del profesional).

En el ejercicio de sus funciones, el director/coordinador del equipo de AP de pediatría del equipo pediátrico debe actuar como apoyo y referente para el director del EAP en lo concerniente a la gestión de la atención pediátrica en el territorio.

El responsable del equipo pediátrico territorial deberá trabajar cuidadosamente y de manera coordinada con los directores de los EAP para garantizar:

- a) una gestión adecuada de la atención pediátrica en el EAP y en el conjunto de Equipos de Atención Primaria territorial donde se encuentra el EAP, y
- b) la unidad y la cohesión de los miembros del EAP (pediatra, médico de familia, enfermera, matrona, odontólogo).

Los pediatras darán servicio a la población en los Centros de Salud, dentro de los equipos, siempre y cuanto haya un número suficiente de pediatras. En aquellas situaciones donde no se alcance este número mínimo de pediatras por la demografía de la población infanto-juvenil de la zona se podrían agrupar los profesionales de varios equipos en un Centro de Salud para constituir una línea de servicio de pediatría.

CARACTERÍSTICAS DE LAS LÍNEAS DE SERVICIO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Las líneas de Servicio de Pediatría de AP se definen como a un conjunto de profesionales de la pediatría que trabajan en equipo y que proceden de diferentes Equipos de Atención Primaria (EAP), su zona de influencia se considera única.

En lo concerniente a su funcionamiento ha de ser equiparable al de un EAP. Se debe considerar como una unidad productiva con responsables (director y adjunta de enfermería), y deben tener especialistas pediátricos de referencia únicos.

Los pediatras que desarrollen su actividad principalmente en el ámbito hospitalario, habrán de ser un apoyo para los pediatras del AP. En este sentido, deberán hacer consultorías a cada EAP de manera sistemática para discutir casos clínicos con los pediatras. Las consultorías se deberían organizar preferentemente para los problemas de salud que comporten más carga asistencial a consultas externas de los hospitales y a los servicios de urgencias. La finalidad debe ser que la AP tenga el mayor nivel de resolución posible dotándola del apoyo tecnológico adecuado.

También, deberían contar con los PAP en lo concerniente a proyectos de investigación y formación continuada.

Para poder resolver con calidad la cartera de servicios de atención pediátrica se considera necesario que, aparte que los pediatras y las enfermeras del territorio lleven a cabo parte de su actividad en la AP y en la hospitalaria (atención continuada, urgencias, patologías específicas, etc.), quede claramente definida para cada profesional el nivel asistencial al que deben dedicar la mayor parte de su actividad (sea en el hospital o AP). De esta manera se garantiza que los profesionales tengan el conocimiento crítico necesario para poder resolver con calidad la mayor parte de los procesos que deberán atender, sea en la AP o en la hospitalaria.

(16)

CARTERA DE SERVICIOS / NIVEL DE RESOLUCIÓN

El responsable último de la atención a la población infanto-juvenil es el pediatra, teniendo la enfermera también tiene un papel relevante, como se ha expresado previamente, en el proceso de atención de la población diana, integrándose ambos en el Equipo de Pediatría de Atención Primaria (EPAP).

En los casos de equipos con población infanto-juvenil reducida o muy dispersa, especialmente en las zonas rurales, los médicos de familia pueden inicialmente prestar asistencia a la población infantil con un apoyo formativo adecuado y con un equipo pediátrico de referencia. Estos profesionales deberán garantizar el cumplimiento de la cartera de servicios definida para la población infanto-juvenil por los diferentes servicios de Salud. Este aspecto se desarrolla en un capítulo específico de este documento por su singularidad.

La cartera de servicios debe prever los servicios de promoción y de educación de la salud individual y colectiva, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y también la rehabilitación.

Al mismo tiempo, se debe potenciar la innovación con la introducción de nuevas formas de provisión de servicios que utilicen las nuevas tecnologías de información y comunicación (especialmente la consulta telefónica y el correo electrónico), así como también potenciar la atención grupal. La cartera de servicios de pediatría de AP en lo concerniente al Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud infanto-juvenil (PSI), será la definida por el Servicio de Salud correspondiente y tomara en consideración la propuesta del PSI desarrollada por la AEPap, donde se potencia en la enfermera su rol asistencial. Más adelante se desarrolla en este documento una propuesta orientativa de distribución de funciones. (17)

El desarrollo de la atención comunitaria exige que se realicen en el entorno natural del niño y el adolescente, principalmente la escuela. En este tipo de actividades los profesionales de enfermería de atención primaria tienen un papel fundamental, pero no en exclusiva.

Es muy importante la coordinación con los otros recursos que también intervienen en este tipo de servicio, como los servicios de salud municipales, servicios sociales, organizaciones no gubernamentales, entidades de tercer sector o los servicios de salud pública.

De manera ideal no debería existir separación entre la pediatría del AP y la hospitalaria, sino una continuidad asistencial desde el abordaje de la promoción, prevención y atención a patologías prevalentes no complejas (en AP) hasta el abordaje de patologías complejas y poco prevalentes al hospital. La continuidad asistencial se desarrolla más adelante en el documento, en un capítulo específico. (18-20)

BORRADOR

MODELO DE EQUIPO DE PEDIATRÍA PARA LA ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (EPAP):

- En el inicio de este documento se han establecido 3 premisas básicas que deben ser consideradas como la piedra angular de este documento, estas son:
- Tanto el pediatra como el enfermero con habilidades específicas en pediatría (EHP) tienen un papel propio en la atención a la población infanto-juvenil en la Atención Primaria.
- Por todo lo expuesto con anterioridad el pediatra y la enfermera con habilidades específicas en pediatría son los profesionales formados adecuadamente para atender a la población infanto-juvenil en la atención primaria.
- Dar una buena atención requiere de la interdependencia del pediatra y la enfermera/o.

En esta etapa de la vida, a la que dedicamos nuestra actividad profesional, donde el sujeto de atención es dual (niño/familia) la actuación de ambos profesionales en compartimientos estancos puede generar, con facilidad, desconfianza. El respeto a la tarea del compañero viene de la confianza, y este sentimiento se transmite a los niños y familias. Interdependencia también quiere decir, a nuestro juicio, cooperación. Los sujetos de nuestra atención son únicos, pero son también individuos poliédricos y la atención a estas múltiples facetas requiere de ópticas diversas, como las que aportan los pediatras y las enfermeras

Cuando hablamos de interdependencia lo hacemos desde la vertiente del trabajo en equipo, entendiendo este como el trabajo complementario. Cuando distribuimos funciones hablamos de preponderancia no de exclusividad: por ejemplo, el que indiquemos que a la enfermera de pediatría le corresponde la educación sanitaria o dar consejos de salud no excluye que el pediatra mantenga la actitud de educar en sus actuaciones o refuerce los consejos de salud (previamente acordados).

LA PROPUESTA DESCRIBE UN MARCO DE POTENCIALIDADES.

Queremos hacer énfasis que este documento habla de potencialidades, que hacen referencia fundamentalmente a dos aspectos:

- La distribución de funciones que se propone no es un corsé, que impida la posibilidad de que un profesional realice una tarea que no le haya estado asignada, pero tampoco es una excusa para no realizarla si el otro no lo puede hacer.
- Si bien muchas de las actividades propuestas pueden formar parte de la práctica diaria de muchos equipos, no se puede universalizar su implementación, sin modificaciones en la organización de los equipos, formación específica y mejora de los equipamientos.

Antes de pasar al apartado concreto de distribución de funciones, queremos hacer tres últimas consideraciones:

Primera. La adecuada implementación de este documento permitirá, sin duda, lograr unos Servicios de Pediatría en el Ámbito de Atención Primaria con un gran poder resolutivo

Segunda. La siguiente distribución se hace en base a situaciones clínicas en las que ambos profesionales interaccionan en la atención del niño. Consideramos evidente que en la práctica profesional, las situaciones posibles no se limitan exclusivamente a los apartados que describiremos a continuación: actividades preventivas, patología aguda o crónica, y que requerirán de una actuación o seguimiento puntual que se hará desde la especificidad propia de cada profesional.

Tercera. Las enfermeras, en el marco de los servicios del equipo de atención primaria, y transversalmente a cada uno de ellos, desarrollan una serie de actuaciones dirigidas a la población que presentamos agrupados en:

Servicios.

Niveles de Intervención.

Intervenciones específicas.

En el anexo I se definen estos términos, las intervenciones específicas y los niveles específicos de intervención a partir de documentos de referencia

Esta oferta de servicios no es exclusiva y cerrada, sino dinámica y abierta, y que no pretende ser un catálogo de prestaciones, dado que tiene como objetivo dar una perspectiva de los campos de trabajo de las enfermeras pediátricas dentro del equipo pediátrico de atención primaria.

DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES

HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica tiene un único propietario que es el niño / familia, no es preciso considerar este apartado como específico y propio de ninguno de los dos profesionales del equipo. En lo concerniente a los datos no recogidos en el desarrollo habitual de las consultas (antecedentes, carnés vacunales previos, genograma y otros datos de interés sanitario), a nivel local y previo consenso, se puede dar preferencia a uno u otro profesional al mismo tiempo registrarlos, eso no debe comportar nunca exclusividad.

La realización de la anamnesis forma parte de la relación terapéutica, por este motivo su cumplimentación se debe realizar de la forma más precoz posible. Sin embargo, las ventajas de una relación longitudinal hacen posible que se puedan cumplimentar algunos datos en visitas sucesivas.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Debe quedar claro que los dos profesionales del equipo tienen una actividad propia y relevante en las visitas del programa de actividades preventivas, y que la enfermería con habilidades en pediatría tiene un mayor peso específico, en lo concerniente a actividades y tiempo dedicado.

No se trata de actuar en compartimientos estancos ni que las actividades exclusivamente pueda realizarlas aquel profesional que las tiene descritas en su apartado, sólo se quiere dar un orden de preferencia en lo concerniente a la realización.

Hay que recordar que el Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud infanto-juvenil (PSI) va dirigido a toda la población infanto-juvenil, no exclusivamente a niños aparentemente sanos. Tengamos presente que puede haber niños con problemas crónicos que reciban cuidados por su enfermedad pero al mismo tiempo precisan también de un abordaje integral para otros aspectos de su salud.

- **Pediatra**

_ Exploración física: En función de la edad del niño realizará las exploraciones imprescindibles detalladas por su competencia profesional incluidas en el PSI, con la valoración y complemento de los cribajes hechos por la enfermera/o, eso no quiere decir repetirlas.

_ Valoración integral del niño y familia: Sobre su situación psicosocial, valoración y control de las enfermedades sobrevenidas, derivación y seguimiento de los informes de otros especialistas o tratamientos recibidos

_ Diagnóstico y seguimiento de alteraciones detectadas.

- **Enfermero/a con habilidades en pediatría (EHP)**

_ Valoración integral del niño y familia según modelo de cuidado enfermeras. En esta valoración también estarían incluidas las siguientes actividades de cribaje:

- Somatometría: Peso, Talla y perímetro cefálico
- Test de desarrollo Psicomotor
- Alimentación
- Toma de Tensión Arterial
- Evaluación de la agudeza visual y cromática
- Toma de muestras para metabolopatías.
- Valoración psicosocial
- Consejos de salud
- Elaboración de diagnósticos de enfermería para el seguimiento de las alteraciones detectadas

NIÑOS/AS CON PATOLOGÍA CRÓNICA

En conjunto, las patologías crónicas en la etapa infanto-juvenil comienzan a ser bastante significativas. Hacemos referencia a patologías respiratorias, alérgicas, endocrino-metabólicas, discapacidades, disfunciones psíquicas y sociales, etc.

Las patologías más prevalentes admiten un enfoque en coordinación, por ejemplo el Asma y la Obesidad, y se debe procurar distribuir funciones entre ambos profesionales en función de sus competencias y protocolos escritos. Otras como la Enuresis, atención a dependientes etc. se deberían incluir también.

Toda la patología crónica del niño se beneficiará de la actuación integral del pediatra y la enfermera de atención primaria.

Para lograrlo deberán adoptar una actitud proactiva en su control y seguimiento.

Proponemos la siguiente distribución de funciones para dar respuesta a la atención de estos niños y jóvenes.

Como se ha dicho en la introducción, hay situaciones que no corresponden a patología crónica ni aguda; estas requerirán del seguimiento que cada profesional determiné.

- **Pediatra**

_Diagnóstico, situación actual del paciente, plan de tratamiento y valoración de su evolución.

_Supervisión del tratamiento así como de la educación sanitaria pertinente.

- **Enfermero/a con habilidades en pediatría (EHP)**

_acompañamiento en la vivencia de la enfermedad al paciente y familia.

_Establecer de los posibles diagnósticos de enfermería y sus planes de cuidado correspondientes.

_ Dispensación y control de la utilización del material. Actividades instrumentales de enfermería: Peso, T/A. Etc.

_ Cumplimiento de los planes terapéuticos.

_ Educación sanitaria.

NIÑOS/AS CON PATOLOGÍA AGUDA

Hay que considerar que tanto el Pediatra como la Enfermera deben resolver procesos agudos que le son propios, aunque la atención a urgencias concretas puede requerir la actuación de ambos profesionales al mismo tiempo.

El número de consultas y procesos a resolver por parte del Pediatra es más elevado que la Enfermera, motivo por el que la dedicación en tiempo a la atención de estos niños/se debe ser superior.

- **Pediatra**

_ Resolución del agudo propio

_ Apoyo al agudo de enfermería cuando haga falta.

_ Atención telefónica del agudo propio

- **Enfermero/a con habilidades en pediatría (EHP)**

_ Resolución del agudo propio

_ Apoyo al agudo del pediatra cuando haga falta.

_ Gestión consulta aguda telefónica

_ Atención telefónica del agudo propio

ATENCIÓN COMUNITARIA

Actualmente las enfermeras tienen un volumen de actividad superior, debido en parte a la implementación de programas comunitarios de alcance general (Salud y escuela, Consulta joven, etc.), esta situación no excluye el papel de los Pediatras en la atención a la comunidad y atención socio-sanitaria, ambos profesionales deben orientar parte de su actividad hacia la atención a la comunidad.

Técnicas propias de Enfermería

Por las características concretas de la población infanto juvenil, se requiere un perfil concreto de enfermera pediátrica para realizarlas (extracciones, electrocardiograma, inmunizaciones, aplicación tratamientos parenterales, inmovilizaciones, tratamiento de heridas, etc.).

ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN EL ENTORNO RURAL.

El modelo de atención pediátrica existente en nuestro país y la defensa de que toda la población infanto-juvenil tenga su pediatra de cabecera o de familia plantean una mayor complejidad cuando hablamos del entorno rural.

Se hace imprescindible que profesionales, administraciones y familias o población general trabajen juntos en la dirección de alcanzar estos objetivos, asegurando una asistencia pediátrica que mantenga unos mínimos de calidad y eficiencia y evite desigualdades en la atención que reciben los niños en función de su lugar de residencia; manteniendo, por tanto, la prestación de una cartera de servicios básica y la posibilidad de acceso a un pediatra de referencia en Atención Primaria. De igual forma, es imprescindible tener en cuenta las condiciones de trabajo en el medio rural, evitando desigualdades y diferencias con los demás profesionales sanitarios y con los pediatras que trabajan en zonas urbanas, facilitando su labor para prestar una atención eficaz y un seguimiento adecuado de la salud de la población infantil y adolescente, también en el entorno rural (21).

Así, en el año 1.998 se creó la figura de **Pediatra de Área** como profesional de apoyo a los Equipos de Atención Primaria, con el objeto de asegurar determinados servicios o prestaciones de la PAP en aquellas zonas rurales que no reuniesen los criterios demográficos o geográficos para justificar la creación de una plaza de pediatra. En estas circunstancias, el pediatra de Área realizaría su labor en dos o más Zonas Básicas de Salud, prestando asistencia médica y llevando a cabo actividades de la cartera de servicios de forma programada y asesorando al médico de familia en la atención a la salud de los niños menores de 14 años, pero sin tener un cupo asignado de población pediátrica propio(22-23).

Sin embargo, su desarrollo posterior no ha sido equilibrado ni objetivo; manteniendo o creando nuevas plazas de pediatra de Área en zonas con suficiente población pediátrica y/o exigiéndoles funciones que, por sí mismas, justificarían la creación de plazas de pediatría de Equipo; y además, a pesar del tiempo transcurrido y las circunstancias derivadas de su labor real, tampoco se han revisado o considerado mejoras en sus condiciones de trabajo y retributivas (24).

Más aún en éste mismo sentido, y motivado en ocasiones por demandas de la población y/o presiones políticas, se ha ido promoviendo desde la Administración sanitaria y desde los Ayuntamientos ,que también los pediatras de Equipo se desplacen de una localidad a otra en su propia Zona de Salud para atender a los niños en su proximidad, aunque sean núcleos pequeños, con escasa población infantil; haciendo que se desplacen a un número variable de municipios en la misma jornada laboral o a pueblos diferentes uno o más días en semana. Es lo que conocemos como **pediatras “itinerantes”** (los pediatras de Área también lo son), o como se dice en Andalucía “*pediatras conductores*”. Una figura que no está regulada legalmente y a la que se imponen funciones y unas condiciones laborales que no están bien establecidas(21,25).

En uno y otro caso se prima acercar la figura del pediatra a zonas rurales dispersas; pero no estamos seguros que de esta forma se haya mejorado la calidad de la atención pediátrica, ya que esta situación provoca falta de continuidad asistencial, que se realice con recursos inapropiados y creando diferencias en los servicios que recibe la población infantil de estas zonas, lo que origina desigualdades en función del lugar donde viven los niños. Por otro lado, no se concretan las funciones a desarrollar ni se establecen las condiciones idóneas de trabajo para que los pediatras «itinerantes» puedan desarrollar su actividad, afectando a su labor profesional y a su situación laboral¹; a la vez que esto incide en la organización y funcionamiento de los propios Equipos de Atención Primaria y genera desigualdades entre los profesionales. Y, lógicamente, también las familias demandan cada vez más una atención completa por pediatras y a diario, imposible de garantizar (26).

De ésta forma, el ejercicio de la pediatría en el entorno rural, ya de por sí difícil, se hace aún más complejo; manifestando dificultades añadidas a la situación problemática en la que se desarrolla la PAP en la actualidad.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PEDIATRÍA RURAL.

Entre Enero y Marzo de 2.008, la *AEPap* realizó una encuesta de situación de la pediatría rural en las diferentes CCAA a través de sus Asociaciones federadas y, de manera individual, entre PAP que trabajan en el entorno rural; contestando un total de 136 pediatras de 13 CCAA, con un tiempo medio de ejercicio en zonas rurales de 10 años(28) .

Así, aunque pueden existir pequeñas diferencias entre CCAA y zonas de trabajo, los principales problemas que se detectan en la atención pediátrica que se realiza en zonas rurales son (21,27-30)

1. Aislamiento profesional y personal.

Más de la mitad de los pediatras que trabajan en el entorno rural están solos, como únicos pediatras, en su Zona de Salud (está situación es todavía más relevante en aquellas CCAA con mayor dispersión geográfica y predominio de zonas rurales); existiendo, por tanto, una escasa relación con otros compañeros pediatras y aumentando las dificultades para el intercambio de formación, compartir tareas o realizar sustituciones.

Generalmente, los demás profesionales dentro del Equipo de Atención Primaria sólo participan de la atención a la población pediátrica en situaciones de obligada necesidad. En estas circunstancias, la

sensación de soledad del pediatra dentro del Equipo se incrementa de manera proporcional al número de consultorios o centros a los que acude y entre los pediatras de Área; llegando, incluso, a asumir tareas que no le corresponden.

Por último, también es escasa la relación con el Servicio de Pediatría del Hospital de referencia; si bien, la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales es un punto débil generalizado en nuestro Sistema Sanitario Público(31).

2. Carencia de enfermería con dedicación específica a pediatría.

Hay notables diferencias en la relación con el personal de enfermería en el entorno rural respecto de los Equipos ubicados en zonas urbanas. En muchos casos no están constituidas las unidades básicas de atención pediátrica (pediatra:enfermera) con enfermeras con dedicación específica a pediatría; y cuando existen, a menudo se comparten con otros pediatras y/o con otras funciones generales del Equipo, reduciendo el tiempo de atención destinado a la población infantil que les corresponde. En general, hay escasa participación de enfermería en las actividades e intervenciones diarias y hay necesidad de una mayor formación específica en relación con los servicios que se prestan a la población pediátrica en Atención Primaria.

Uno de cada tres pediatras comparte tareas con una o varias enfermeras de familia en su Zona de Salud (es decir, enfermeras que comparten cupos con médicos de familia y atienden a los hijos de las familias que les corresponden) en general poco motivadas para la atención pediátrica, limitándose en muchas ocasiones a vacunas y botiquín. Esta situación se acentúa en los consultorios periféricos y en aquellos centros que no tienen un pediatra estable (como es el caso de los pediatras de Área); a veces, el pediatra se encuentra sólo, sin ningún apoyo de profesionales de enfermería.

3. Problemas asociados con los desplazamientos

Los pediatras que se desplazan, a veces atienden núcleos de población en días alternos o determinados días en semana, debiendo ausentarse de su centro de referencia (bien durante algunas horas en la misma jornada laboral o incluso, días completos) y los desplazamientos limitan el tiempo dedicado a la asistencia. De esta forma, la atención que se presta es irregular o discontinua, dificultándose la continuidad asistencial y un seguimiento apropiado de la salud infantil, así como la posibilidad de realizar actividades programadas, todo lo cual redundan en la calidad de la atención que reciben estos niños.

- En algunas CCAA la dispersión entre los núcleos de población atendidos es grande y el tiempo invertido en desplazamientos limita el tiempo para la asistencia y la realización de otras actividades. Estas circunstancias no se tienen en cuenta generalmente para ajustar los cupos de población adscrita, lo que origina problemas de “exceso” de demanda y limita la posibilidad de realizar actividades programadas en los cupos grandes; mientras en aquellos con cupos más pequeños, el pediatra mantiene una actividad asistencial completa pero no se realiza un ajuste económico [relacionado con el complemento de productividad fija y el número de TIS que tiene asignado] que tenga en cuenta estas condiciones de trabajo.
- Por otro lado, el 100% de los pediatras que trabajan en el entorno rural y se desplazan utilizan un vehículo propio y tienen un riesgo mayor de accidente por los desplazamientos, que aumenta según lo hacen las dificultades orográficas. Una encuesta reciente, realizada entre pediatras de

Atención Primaria que trabajan en el entorno rural y de ámbito nacional, revela que 1 de cada 4 ha sufrido un accidente de tráfico leve en sus desplazamientos; y un 3,4% han tenido un accidente grave. Sin embargo, no cuentan con un seguro de accidentes específico; y, mayoritariamente, no reciben compensación económica por transporte o kilometraje (25,27)

- También hay que tener en cuenta la distancia en tiempo al Hospital de referencia, o al Centro de Salud de Zona en el caso de consultorios médicos periféricos, lo que puede dificultar el acceso a pruebas diagnósticas y/o tratamientos especializados; y hace necesario que las consultas estén bien dotadas y el personal sanitario entrenado para la atención de urgencias vitales o situaciones graves.

4. Dificultades para la Formación Continuada

Los pediatras de Atención Primaria que trabajan en el entorno rural tienen mayores dificultades de acceso a la formación continuada, docencia e investigación por su situación de aislamiento y las condiciones laborales en las que trabajan.

Las distancias grandes y los desplazamientos complican la asistencia a las reuniones de Equipo y sesiones clínicas y la posibilidad de realizar actividades formativas con otros pediatras de Atención Primaria de Zonas cercanas, del Área de Salud y/o con el Hospital de referencia.

Además, tienen más dificultades para conseguir sustituciones que le permitan la asistencia a Cursos, Reuniones o Congresos y otras actividades formativas. De hecho, de la encuesta citada con anterioridad se obtiene que más del 50% de los pediatras rurales y 2 de cada 3 pediatras de Área nunca son sustituidos para poder asistir a actividades de formación continuada.

Por otro lado, aunque la mayoría de las CCAA han informatizado las consultas médicas, los mayores problemas de acceso a Internet los encontramos en el medio rural y en los centros más periféricos, limitando también el acceso a formación *on line*.

5. Condiciones laborales

Las condiciones de trabajo para la pediatría en el entorno rural son complejas y muy heterogéneas. Desde la Administración sanitaria se ejerce presión para cubrir estas plazas, pero no se hacen consideraciones ni concesiones relativas a su situación profesional. Así (27, 30, 32):

- Las plazas de pediatra de Equipo en las zonas rurales asumen, también, cupos excesivos y con gran presión asistencial; empeorando la situación cuando el pediatra tiene que desplazarse en la misma jornada a otra localidad.
- El incremento de población inmigrante, sobre todo en algunas zonas donde se concentran por razones de trabajo, dificulta aún más el desarrollo de la consulta.
- Algunos centros y, sobre todo, los consultorios periféricos no reúnen condiciones ni tienen material apropiado para la atención pediátrica, incluyendo los medios necesarios para atender una urgencia vital.
- Tienen menor disponibilidad o dificultad de acceso a pruebas diagnósticas.

- Y hay mayores dificultades para el trabajo en equipo y de funcionamiento del Centro de Salud. En algunos casos, el pediatra debe asumir tareas y funciones que no le corresponden por falta de personal adecuado (auxiliares de enfermería, personal administrativo, celadores...) y cuentan con escaso apoyo de los demás profesionales sanitarios del Equipo (médicos de familia y enfermería) para prestar servicios básicos de atención pediátrica.
- La escasez o falta de suplencias para cubrir ausencias por vacaciones o formación es mayor en el entorno rural. Unas veces, esto conlleva una sobrecarga asistencial para los compañeros que asumen la consulta o para el propio pediatra a su regreso, o que se interrumpa la atención pediátrica no urgente; en otras ocasiones, dificulta la posibilidad de acceso a formación continuada, actividades de reciclaje o de elección de los períodos reglamentarios de vacaciones.
- La escasez de profesionales dificulta la creación de nuevas plazas de pediatría, sobrecargando los cupos existentes; y, especialmente en el entorno rural, conlleva que estas plazas sean atendidas por médicos de familia.

6. Otros

- En ocasiones el pediatra se desplaza a núcleos con escasa población infantil por razones políticas que pretenden satisfacer las demandas de la población; pero no se tienen en cuenta las necesidades de los profesionales ni los recursos apropiados para garantizar una asistencia adecuada, eficiente y con un mínimo de calidad para estos niños.
- No hay un desarrollo normativo suficiente que defina unos objetivos específicos y unas prestaciones básicas, por lo que todas las estrategias de cambio inciden sobre los profesionales (aumento de cupos, prestación de nuevos servicios, desplazamiento a otras localidades, turnos de tarde, etc.), lo que conlleva una mayor presión y carga asistencial sin un aumento de los recursos existentes.
- De otro lado, la educación sanitaria de la población general es escasa y las políticas de información sobre accesibilidad a los sistemas de salud inadecuada, lo que origina un mal uso de los servicios sanitarios y dificulta la planificación y optimización de los recursos existentes para garantizar una atención eficaz.
- Los pediatras rurales tienen mayores dificultades de promoción en carrera profesional y no se priman sus circunstancias especiales de trabajo; lo que provoca una falta de motivación y de fidelidad a estas plazas, originando una mayor movilidad de estos profesionales.

7. Problemas “específicos” de los Pediatras de Área (21,23,24, 28)

Además de los problemas anteriores, los pediatras de Área se enfrentan a una realidad que agrava su situación:

- a) La mayoría no tienen un cupo asignado propio de población pediátrica, ya que los niños deben estar adscritos a un médico de familia en su Zona de Salud; por lo que tienen una menor retribución económica.
- b) Sin embargo, el 90% de los pediatras de Área atienden la demanda de la población infantil de las Zonas de Salud a su cargo, sin que hayan sido valorados previamente por su médico de familia

como está determinado, produciendo una sobrecarga de trabajo adicional a las funciones que tiene previstas.

- c) De esta forma, los pediatras de Área están atendiendo zonas con una población infantil que es muy similar a los cupos adscritos a un pediatra de Equipo y realizando funciones similares. La encuesta anterior revela que el 75% de los pediatras de Área conocen el cupo de población que atienden, con una media de 836 niños por pediatra y predominio de menores de 7 años, que son más demandantes. Así pues, y más aún si consideramos población pediátrica hasta los 14 años de edad, se puede afirmar que muchas de las Zonas de Salud con pediatra de Área tienen población suficiente para crear plazas de pediatra de Equipo.

La encuesta realizada por la AEPap a principios de 2.008, revela que el 50% de los pediatras de Equipo y un 82% de los pediatras de Área cambiarían a una zona urbana, fundamentalmente para mejorar sus condiciones laborales y familiares. Si bien, de forma general, se encuentran satisfechos con el trabajo que realizan en el ámbito rural, a pesar de los problemas referidos, y creen que es posible mejorar tanto las condiciones de trabajo como la asistencia que se presta a la población infantil en estas zonas (28).

La problemática situación actual de la PAP y las circunstancias complejas en las que se desarrolla el ejercicio de la Pediatría en el entorno rural, reclaman un análisis reflexivo de profesionales, Administraciones y población general que permita unas condiciones dignas de trabajo para los profesionales y optimizar los recursos necesarios que garanticen una atención pediátrica eficiente y de calidad y que todo niño menor de 14 años pueda tener un pediatra de referencia.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN PARA ASEGURAR LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA EN EL ENTORNO RURAL(21,23,28,30,33)

Para ello, desde la AEPap se realizan las siguientes PROPUESTAS:

- A) Centralización de la atención pediátrica.

Se propone concentrar la atención pediátrica en el Centro de Salud de una Zona Básica de Salud o en el centro sanitario que se designe como cabecera de comarca de una o varias Zonas de Salud o del territorio que se considere.

Su ubicación puede determinarse, teniendo en cuenta la dispersión geográfica, delimitando isócronas máximas de tiempo y distancia desde los diferentes núcleos de población y con el hospital de referencia (como se hace para los Puntos de Atención Continuada), disponibilidad de medios públicos de transporte y vías de comunicación para el acceso de las familias, etc. Estos Centros dispondrían de personal adecuado (pediatra y enfermera de pediatría), de los recursos materiales apropiados y el acceso a

pruebas y servicios que garanticen la atención pediátrica; evitando en lo posible la consulta del pediatra aislado y sin apoyo (33).

De ésta forma, las familias tendrían posibilidad de acceder a la atención por pediatría cualquier día de la semana, facilitando el seguimiento clínico, la continuidad asistencial y la prestación de una misma cartera de servicios básica. Desde el punto de vista de los profesionales, se limitarían los desplazamientos, centralizando la atención, lo que permitiría optimizar el tiempo útil de asistencia y mejorar la calidad de los servicios que se prestan y ofrecen a la población infantil.

Otras alternativas podrían facilitar el acceso de la población infantil y familias a estos servicios sanitarios básicos y a tener un pediatra de referencia y una atención pediátrica eficaz. Así por ejemplo, las entidades municipales podrían promover transporte público para facilitar el acceso de la población a estos servicios sanitarios u otros servicios públicos; y/o desde las administraciones también se puede valorar la utilidad de otras medidas alternativas que utilicen las nuevas tecnologías, como la telemedicina (30,34); etc.

Por otro lado, el pediatra o pediatras responsables de la salud infantil de una determinada Zona pueden acordar con los médicos de familia y enfermeras de los consultorios periféricos y con los demás miembros del Equipo, determinados protocolos o guías de actuación ante problemas o situaciones concretas.

También, de otro lado, y dada la situación actual de escasez de profesionales, la concentración de la atención pediátrica podría dar una mejor respuesta a la falta de suplencias, posibilitaría el desarrollo de actividades de formación continuada y, en algunos casos, dar respuesta a las necesidades de atención continua a la población infantil.

B) Enfermería específica para pediatría (Unidades de atención pediátrica).

Una demanda mayoritaria para dar respuesta a las necesidades de atención de la salud de la población infantil es compartir la atención con enfermería de pediatría, completando las unidades básicas de atención pediátrica (pediatra y enfermera con un ratio 1:1) con personal de enfermería con dedicación específica a pediatría y especialmente motivado y cualificado para realizar esta labor. Esta unidad de trabajo debe mantenerse en cualquier situación; por supuesto, también para los pediatras itinerantes, incluidos los pediatras de Área.

C) Limitar y mejorar las condiciones de los desplazamientos (26,34)

- Siempre que sea posible, evitar que el profesional se tenga que desplazar a diario.
- Evitar los desplazamientos cuando en una localidad haya más de 600 niños < 14 años de edad; si fuera necesario, por dispersión geográfica y distribución de pequeños núcleos de población, se puede valorar la posibilidad de que pediatras de otras Zonas próximas puedan atender parte de esta población o implementar una nueva plaza de pediatría para atender localidades periféricas.
- Cuando un pediatra deba desplazarse, debería asignarse una enfermera que también se desplace, formando equipo con el pediatra; y tener apoyo administrativo, organizativo y medios apropiados en los otros centros o consultorios.

- Se debe contemplar la utilización de medios de transporte y/o vehículos oficiales para los desplazamientos; y, en cualquier caso, tener un seguro obligatorio de accidentes.
- Retribución económica por transporte según kilometraje y concepto de penosidad o riesgo.

D) Facilitar la formación continuada

Promover y facilitar la asistencia a actividades de formación continuada para pediatría, tanto dentro como fuera del Equipo (sesiones de pediatría con pediatras de Zonas vecinas o un Área de Salud y/o con el Hospital de referencia; asistencia a Cursos y Congresos, etc.); con carácter obligatorio y con sustituciones.

También, facilitar conexión a Internet en todas las consultas, posibilitando la formación *on line*.

E) Mejora de las condiciones laborales

- Se debe tener en cuenta el factor agravante de las condiciones impuestas de trabajo y las dificultades en el ejercicio de la pediatría en el entorno rural para considerar cupos óptimos de población infantil adscrita a cada pediatra de 700-800 niños (y cupo máximo de 1.000 niños), según dispersión geográfica y atención en uno o más núcleos de población.
- Asimismo, se subraya de nuevo la importancia de asignar personal de enfermería a cada plaza de pediatría.
- La continuidad asistencial y la atención pediátrica urgente deben estar garantizadas en el entorno rural, bien a través de las agrupaciones funcionales territoriales de pediatría, y también haciendo partícipes al resto de profesionales sanitarios (médicos de familia y enfermeras), mejorando su formación básica y protocolizando las actuaciones con el equipo pediátrico de Zona.
- Consultas de pediatría bien equipada para la prestación de todos los servicios de atención pediátrica; y facilitar el acceso a pruebas diagnósticas.
- Incentivar laboral y económicamente el trabajo en el área rural, y promoción en carrera profesional, para atraer más profesionales a estas zonas, reduciendo la movilidad y facilitando las sustituciones.
- Promover entre la población campañas de educación y sensibilización para un uso racional y adecuado de los recursos sanitarios.

F) Suprimir la figura del pediatra de Área (21,24,33) De forma general, y como ya ha ocurrido en algunas CCAA se propone la reconversión de todas las plazas de pediatra de Área en plazas de pediatra de Equipo.

Toda Zona de Salud con una población pediátrica menor de 14 años de, al menos, 600 niños debería contar con una plaza de Pediatría de Equipo de Atención Primaria y, por tanto, con una Unidad de atención pediátrica (pediatra y enfermera con un ratio 1:1).

En aquellas zonas con menor número de niños o en núcleos de población con mayor dispersión geográfica, la atención pediátrica puede asegurarse con pediatras de otras Zonas de Salud (si hay

condiciones de más fácil acceso) o puede ser necesario definir la coexistencia de pediatras de Equipo que tengan que desplazarse; en éste caso, es imprescindible mejorar las condiciones de trabajo y retributivas de estos profesionales, asegurando unas prestaciones básicas de calidad en la atención que reciben estos niños; para ello, es preciso considerar:

- en algunas ocasiones, un pediatra que se desplace puede reforzar dos Zonas de Salud próximas para atender a la población infantil a la que no llega el pediatra de Equipo;
- en cualquier caso, limitar el número de Zonas de Salud asignadas a dos como norma general, con un máximo de tres Zonas de Salud en situaciones especiales;
- se debe asignar una enfermera de Área, que también se desplace, formando equipo con el pediatra, pudiendo prestar servicios básicos de la cartera de servicios de PAP. Si esto no fuera posible se debe asignar en cada centro el personal fijo de enfermería necesario para la correcta atención de los niños y, dada la necesidad de una formación específica de estos profesionales, evitar las rotaciones;
- definir claramente sus funciones y capacidades de actuación (en atención a demanda, programada, domiciliaria y urgente; así como de cartera de servicios);
- disponer de consultas adecuadas y bien equipadas, así como del apoyo administrativo necesario en las diferentes centros sanitarios a los que acude;
- equiparar las retribuciones económicas con otros profesionales de la misma categoría, ajustando los complementos a las condiciones especiales de atención en el entorno rural; así, es preciso adecuar sus retribuciones no sólo en función del número de Zonas Básicas atendidas, también en función de la dispersión geográfica y del número total de niños que atiende y los servicios que presta;
- disponer de seguro obligatorio de accidentes en las mejores condiciones, ante los riesgos derivados de los desplazamientos en jornada laboral, la utilización de vehículo propio y el estado de las carreteras en las zonas rurales.

La Administración no puede cerrar los ojos a esta realidad y ceder sólo a las demandas de la población; debe tener en cuenta, también, a los profesionales.

Ante la situación actual de escasez de profesionales debe mantenerse el objetivo común de garantizar que todo niño tenga o pueda acceder a un pediatra de cabecera en Atención Primaria y asegurar la prestación de una cartera de servicios básica y con unos mínimos de calidad, igual a la que puede recibir otro niño, independientemente del lugar donde viva. Para ello, profesionales, administraciones y población general deben aunar esfuerzos en éste sentido, optimizando los recursos y promoviendo un uso racional de los servicios sanitarios.

Hemos de considerar la **Continuidad Asistencial** como “mucho más que la simple coordinación; es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: el ciudadano. Este concepto de continuidad, que coloca al ciudadano y no a uno de sus padecimientos en el centro de la definición, necesariamente asume el concepto de integralidad en la misma. (35)

Podemos asumir la siguiente definición de “**continuidad asistencial**”: conjunto de intervenciones que garantice a cualquier persona que contacte con el sistema de salud público, la atención sanitaria que necesite de una manera integral, personalizada y compartida por todos los profesionales que participan en su asistencia, en cualquier ámbito o momento en que se preste, considerando sus valores y preferencias, la eficiencia y la evidencia científica disponible.(36)

La **coordinación/cooperación** entre niveles se establece como elemento indispensable para la continuidad en la atención, señalando como cualidad esencial la transparencia de la responsabilidad de cada nivel y la mejora de la relación interniveles. Saber qué responsabilidades tiene cada profesional, cada nivel asistencial, los recursos tecnológicos a los que tiene acceso, etc. son condiciones previas, no sólo para mejorar la relación entre niveles y para ser capaces de evaluar la calidad y eficiencia de la actividad, sino sobre todo, como garantía de que el ciudadano sepa a donde acudir, con quien debe relacionarse y en qué lugar pueden ser atendidas sus demandas y problemas. (37).

Los planes de calidad desarrollados por las Administraciones sanitarias expresan la necesaria conjunción de los intereses de los ciudadanos y de los profesionales y enuncian que “la **Continuidad Asistencial** favorece la relación médico-paciente y la satisfacción de ambos”. En esta línea, se deberían desarrollar acciones que fomenten la cultura de la calidad-continuidad asistencial mediante estrategias de comunicación orientadas a romper barreras e integrar a los profesionales de forma activa en esta visión de la calidad, establecer entornos físicos y virtuales de interrelación, orientados a la transmisión de información, sugerencias de mejora, espacios de aprendizaje compartido, etc. (35,38)

Parece apropiado y oportuno reflexionar sobre las expectativas que los pacientes, familiares y profesionales tienen sobre la continuidad asistencial en su concepción más amplia. Y podríamos resumir que la atención integral, la mejora de la accesibilidad al sistema, la continuidad en el tratamiento por un mismo profesional, la comunicación efectiva y la disminución de las demoras son las expectativas más expresadas por los ciudadanos, destacando que el acceso telefónico a la cita y a su profesional para consultar dudas son las más valoradas.(37)

Con respecto a las expectativas de los profesionales, están relacionadas con la mejora de la comunicación entre los profesionales, la clarificación de las competencias y la sistematización de los recorridos asistenciales.

1.- CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN PEDIATRÍA

Actualmente, la Pediatría en su conjunto debe asumir el reto fundamental de hacer frente a la coexistencia de la pediatría de AP con la especialización pediátrica. En España, desde siempre, la atención primaria de salud de la población infantil ha sido desarrollada mayoritariamente por pediatras. Sin embargo, la formación de especialistas en pediatría ha sido casi exclusiva de los hospitales, a pesar de que el destino final de la mayoría de los nuevos pediatras era la AP. La rotación del residente de pediatría por AP se hace necesaria para adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes propios del ámbito y paliar las lagunas formativas que viene padeciendo. La rotación por AP, será un buen punto de partida para mejorar la relación entre ambos niveles asistenciales, aumentando la confianza mutua y la motivación profesional.(39)

Por otra parte, ha de tenerse en cuenta el desarrollo de una “nueva pediatría”, integrada en su entorno familiar y comunitario, enfocada no solo a la curación sino, sobre todo, a la anticipación diagnóstica y prevención, al seguimiento de crónicos y su adaptación psicosocial, a la educación y promoción de la salud.

El pediatra de AP conoce los problemas de salud y prioridades de su área sanitaria, los recursos sanitarios y sociales a su alcance y se ha convertido en “coordinador” de la asistencia entre niveles asistenciales y “abogado” del niño/a. Su trabajo está bien valorado por la población general, destacando el trato personalizado, la atención recibida, la accesibilidad y en la resolución de los problemas percibidos por los pacientes.(40).

Uno de los aspectos más importantes en la coordinación de los procesos de salud es definir cuáles son las funciones de cada nivel y conocer las capacidades y recursos del otro nivel. Hay que partir del respeto mutuo y de la bidireccionalidad de las actividades que se promueven. Favorecer el desarrollo de actividades de formación continuada periódicas y conjuntas entre AP y AE, es una oportunidad para potenciar la coordinación y reforzar la continuidad asistencial.(41).

2.- PROPUESTAS DE MEJORA EN CONTINUIDAD ASISTENCIAL

1. Desarrollo de sistemas de información que promuevan la “Historia de Salud única”, que asegure la necesaria confidencialidad, compartida por todos los profesionales que intervienen en la prestación del servicio asistencial, que permita la codificación, registro uniforme y que asegure la confidencialidad.(36).
 - 1.1. Favorecer la accesibilidad e información a la hospitalización desde AP. Se conseguiría con acceso directo del pediatra de AP a la hospitalización de sus pacientes, previo acuerdo con el especialista de referencia. Comunicación del pediatra responsable durante el ingreso al pediatra de AP responsable del paciente. Informe directo al pediatra de AP en el momento de alta del paciente.
 - 1.2. Asegurar una comunicación obligatoria, fluida y bidireccional entre la Atención Primaria (AP) y la Atención Especializada (AE) no pediátrica.

2. Favorecer y potenciar el trabajo en equipo multiprofesional (pediatra, enfermera, trabajo social, matronas, etc...) , con integración del trabajo de los distintos profesionales que tienen relación con la población infantil en el ámbito familiar y educativo, compartiendo información de forma sistematizada y ágil. Potenciar la capacitación e implicación de todos los componentes del equipo.
3. Desarrollo de guías de práctica clínica/ procesos asistenciales integrados específicos de pediatría que establezcan qué hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo, dónde intervenir y quién debe hacerlo. Establecer las funciones y capacidades de cada nivel y los criterios de derivación en ambos sentidos. Impulsar el desarrollo y la implantación de modelos de gestión por procesos asistenciales. (35).
4. Incrementar los recursos diagnósticos y terapéuticos al alcance del pediatra de AP que aseguren una alta capacidad resolutoria. Establecer circuitos para la utilización de los recursos de AE sin utilizar los dispositivos de urgencia. Asegurar la capacitación en el uso de los recursos diagnósticos y terapéuticos al alcance del pediatra de AP que permita una adecuada utilización del recurso. Disponibilidad de tiempo para el uso de los recursos. Sin tiempo para el paciente, todo es discontinuidad.

3.- MODELOS DE INTERCONSULTA EN LAS DIFERENTES SITUACIONES O ESCENARIOS.

En un escenario ideal, el paciente debería recibir una atención personalizada, de calidad y continua sin percibir la división entre niveles. Con los recursos a su alcance, el pediatra de AP resuelve la mayoría de las demandas asistenciales de este nivel, con la ventaja de hacerlo en su propio entorno familiar y comunitario. (36).

El proceso de “**interconsulta**” es el acto concreto de comunicación entre ambos niveles asistenciales. Cuando el pediatra de AP realiza una interconsulta, pretende conseguir la solución de un problema, al tiempo que mantiene o debería mantener la responsabilidad global sobre el estado de salud del niño/a. El pediatra hospitalario, con un enfoque más específico y con recursos más especializados, debe ejercer de consultor y ser resolutorio en sus actuaciones diagnósticas y terapéuticas, ofreciendo soluciones tanto al niño/a, la familia y al pediatra de AP.

Se pueden considerar diferentes situaciones o tipos de interconsultas:

1. El pediatra de AP debería tener acceso directo telefónico a los especialistas de referencia con los que ha elegido trabajar para la realización “**consultas telefónicas puntuales**”. Accediendo a él de forma directa para hacerle la consulta clínica en cuestión y acordar conjuntamente la pauta a seguir. De especial relevancia el uso de las nuevas tecnologías para zonas de gran dispersión geográfica.
2. Es de interés el desarrollo de la “**consulta presencial con posibilidad de resolución en acto único**” para la práctica de una técnica, valoración clínica puntual, etc. Esta modalidad de consulta puede estar precedida por una consultoría telefónica que se concrete en una cita dada sobre la marcha por el propio especialista. El pediatra de AP cumplimenta el documento clínico de la consultoría y lo entrega al paciente con las pruebas complementarias que puedan

ser necesarias. Este proceso estaría facilitado con la implantación de la historia de salud única. Con semejantes características se desarrollarían la **“consulta presencial con carácter preferente”** y la **“consulta presencial con carácter ordinario”**.

3. Ante situaciones de **“interconsulta o valoración por los dispositivos de Urgencias Hospitalarios”**, el pediatra AP explica al paciente sobre la necesidad de la consulta o valoración por el dispositivo de Urgencias y acuerda con el paciente, según la naturaleza de la consulta, a qué hospital va a ser enviado. En la recepción de estos pacientes se priorizará la atención médica en función de la valoración clínica realizada por el pediatra de AP previa a su envío. Sería deseable y proporcionado que estos pacientes, que ya han sido valorados por un pediatra de AP, fueran atendidos por médicos con un perfil competencial acorde.
4. En **“interconsultas a servicios no sanitarios”**, el pediatra de AP dispondrá de un listado claro y con teléfonos de contacto de cada uno de los servicios no sanitarios con los que pueda contar si el paciente los necesita. Cada centro tendrá establecido un protocolo de actuación conjunta con los servicios no sanitarios de utilización más habituales.

Independientemente de cualquier escenario en que se desarrolle la asistencia del paciente fuera del centro (dispositivos de apoyo, consultas externas de centro de especialidades u hospitales, dispositivos de urgencias, servicios no sanitarios, planta del hospital) el paciente recibirá en cada visita a esos servicios un **informe escrito**, dirigido a su pediatra, donde figuren todos los datos necesarios (de valoración clínica o social, pruebas y/o consultas realizadas con el resultado de las mismas, juicios clínicos y plan de actuación) para que éste tenga información suficiente para seguir realizando el seguimiento del paciente. Cuando se disponga de la Historia de salud en todos los servicios, podrá cambiarse el procedimiento.

En situaciones de **“interconsulta”** a profesionales de Atención Especializada y/o dispositivo de apoyo, deberían incluir la posibilidad de elección del especialista de referencia, con el asentimiento del paciente, gestión (nº citas mes, tanto ordinarias como preferentes) y acceso a la agenda de citas de los distintos especialistas desde la propia consulta del médico de AP y/o el propio centro, con lo que el paciente sale de la consulta o el centro con la cita dada. Garantizando una demora acordada con los especialistas de referencia (máximo 30 días) para citas ordinarias y 7 para citas preferentes.

En caso de necesidad de consulta especializada de revisión tras un ingreso hospitalario, el paciente saldrá del hospital con el día, la hora y el lugar donde ésta va a producirse. El hospital remite una copia del informe de alta al pediatra de atención primaria, siendo deseable que se realizara el mismo día del alta. El pediatra /enfermera de atención primaria se pone en contacto telefónico con el paciente en 24-48 horas tras el alta, planificando la continuidad de los cuidados.

4.- SERVICIOS SOCIO SANITARIOS. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL.

La **coordinación intersectorial** se convierte en un elemento esencial de la continuidad asistencial cuando es precisa la colaboración de otros agentes fuera del sistema sanitario para asegurar la atención adecuada para cada proceso. Debe ser entendida como la integración de todos los servicios no sanitarios relacionados con la salud infantil, con independencia del lugar en que se reciban (Centros de Atención Temprana, equipos

de orientación escolar, colegios, asociaciones de pacientes, organizaciones no gubernamentales, centros de acogida, etc.).(40).

A pesar de que el acceso al sistema sanitario público es universal y gratuito, existen situaciones en las que la actividad sanitaria se ve obstaculizada por la deficiente identificación de las necesidades, la dificultad para convertirlas en demandas y, finalmente, el desconocimiento de los centros y recursos donde pueden encontrar los servicios adecuados o bien la compleja interrelación entre éstos. Nuestra organización debe tener un enfoque especial hacia aquellas personas en las que se reúnen limitaciones socioeconómicas, culturales, étnicas, lingüísticas o religiosas.

En la coordinación con los servicios socio sanitarios, es importante la presencia en el equipo de atención primaria de la figura del “trabajador social” que conoce las estrategias de intervención y los recursos necesarios para abordarlas correctamente, y de manera personalizada, en cada caso. De interés y utilidad sería el disponer de una “Guía de recursos” socio sanitarios a disposición de los profesionales de AP y el establecimiento de Convenios de cooperación con los equipos que dependan de la Administración Pública o estén subvencionados por ella.

Un caso especial en este escenario es el trabajo con familias residentes en barriadas en situación o riesgo de exclusión social. En estos casos es necesario potenciar el desarrollo de estrategias de riesgo individuales y colectivas desde los equipos de atención primaria ubicados en estas zonas de manera que se asegure el acceso a actividades de prevención y promoción de todos sus habitantes.

URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA.

Los avances en el conocimiento de las enfermedades infantiles y, en especial, las nuevas evidencias disponibles en la terapéutica pediátrica, exigen al Pediatra una continua actualización de sus conocimientos para garantizar la calidad continua de su labor clínica.

En Atención Primaria, donde se trabaja en condiciones de alta presión asistencial y con un limitado acceso a pruebas complementarias para el diagnóstico, la toma de decisiones clínicas está sometida a una importante incertidumbre, y en consecuencia, a una excesiva variabilidad de criterio profesional. Esto es especialmente importante en la atención urgente, donde las consecuencias de un error pueden resultar especialmente graves(42).

Es preciso definir, por tanto, en primer lugar “las urgencias”, y lo haremos con el concepto generado por la Asociación Médica Americana, y que ha sido aceptado por el Consejo de Europa, que dice que: “Una urgencia es toda aquella situación, que en opinión del paciente, su familia o quienquiera que toma la decisión, requiere una atención médica inmediata”.

En el mismo sentido, las *emergencias* quedan definidas como “aquellas urgencias que necesitan un mayor grado de complejidad para su resolución y comportan un compromiso vital o riesgos de secuelas graves permanentes” para el paciente.

Pero también, la urgencia puede definirse como una situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración del tratamiento efectivo, y que condiciona un episodio asistencial con importante consumo de recursos en un corto periodo de tiempo.

La mayoría de las urgencias pediátricas atendidas suelen ser procesos banales y, sobre todo, cuadros autolimitados, no precisan ningún tipo de pruebas complementarias ni tratamiento de urgencias, y más del 94 % es enviado a su domicilio en primera instancia.

Pero esta situación no es especial, se trata de un hecho inherente a los cambios actuales de la sociedad y de la transformación de la asistencia médica(43).

Durante las últimas décadas asistimos a un cambio en la estructura organizativa de la asistencia sanitaria urgente, y ya no solo atendemos urgencias en los centros de salud y hospitales, sino que han proliferado otras estructuras como los Puntos de Atención Continuada, Dispositivos de Cuidados Críticos, Unidades Medicalizadas de Emergencias, etc., la mayoría de ellas extrahospitalarias y que pretenden acercar la asistencia a veces hasta el domicilio del paciente que es donde se inicia y a veces se resuelve.

Actualmente, las urgencias pediátricas están organizadas de manera muy diversa en las diferentes Zonas Básicas de Salud, de forma que solo está garantizada una atención urgente del niño por pediatras dentro del horario habitual de trabajo de las consultas de pediatría.

Es posible valorar la creación de los Puntos de Atención Pediátrica de Zonas Básicas de Salud próximas, en algunas Áreas de Salud, con el objetivo de centralizar las urgencias pediátricas de Atención Primaria en un

único Centro de Salud, y en los que, de forma rotatoria, voluntaria, con remuneración adecuada, exclusiva, con recursos y en un horario amplio, donde son mas numerosas las consultas fuera de hora, pudiera prestarse una atención pediátrica continuada.

Este sistema planteado, es más factible en las ciudades o municipios con poblaciones numerosas y cercanas entre sí, a diferencia de las Zonas Básicas de Salud rurales, donde solo existe uno o dos pediatras a lo sumo.

Fuera de este horario, las urgencias se centralizarían en los hospitales de referencia, comarcales o terciarios. Esto último, se entiende, con recursos humanos propios y amplios, en los que pueden colaborar los Pediatras de Atención Primaria de forma voluntaria y en forma y horario a convenir según las características del Área de Salud(44).



Dado que la actual formación de los Pediatras se establece sobre la base del modelo hospitalario de enfermedad, totalmente alejada del ámbito donde mayoritariamente ejercerán una vez concluido su periodo de residencia, pensamos que la especialización ha de completarse con formación a su paso por Atención Primaria donde adquirirán una dimensión más global, promocionando y preservando la salud de la población infantil, conociendo los modelos de enfermedad prevalentes en la población infantil de la comunidad, aspecto ya recogido en la *ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas.*

Paralelamente habrá que incentivar e impulsar la investigación en Atención Primaria con el objetivo de no extrapolar modelos como se vienen realizando hasta ahora, si no basarlos en propios

SITUACIÓN ACTUAL DE LA FORMACIÓN DEL RESIDENTE DE PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

El sistema de formación médica graduada en España está basado en la figura del médico interno residente (MIR), el cual desde su implantación en 1978, ha contribuido a la mejora y desarrollo del Sistema Nacional de Salud.

El objetivo de la formación del MIR de Pediatría (MIR-Ped) es adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan convertirse en un pediatra general, que sea capaz de trabajar en medio hospitalario y extrahospitalario.

Al pediatra le incumbe cuanto se refiere a los cuidados del niño y adolescente sano (Pediatría Preventiva), en estado de enfermedad (Pediatría Clínica), y cuanto atañe al niño y adolescente sano y enfermo en sus interrelaciones individuales y con la comunidad (Pediatría Social). Esta atención pediátrica se caracteriza por ser integral, total, precoz y continua a lo largo de la vida del niño, individualizada e integrada en un modelo organizado. Así, de las características descritas, se deduce la necesidad de formación de los MIR-Ped tanto en el ámbito hospitalario como en los centros de Atención Primaria.

En España, a pesar de la orientación sanitaria hacia el modelo de Atención Primaria, dado que en ella se resuelven más del 90% de la patología pediátrica y es donde ejercerán su labor profesional casi el 80% de los MIR-Ped, la actual formación del especialista en pediatría es casi absolutamente hospitalaria. Durante los últimos años, se han producido cambios en el enfoque de la formación MIR-Ped, gracias a la implicación de los pediatras de Atención Primaria, que desde un principio han considerado la necesidad de la rotación del MIR-Ped por los Centros de Salud.

REVISIÓN HISTÓRICA.

La formación especializada en Pediatría está regulada por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas y por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas.

El primer programa unificado de esta comisión data de **1979**, y en él ya se refleja la conveniencia de “dedicar un 50% del contenido de sus programas teóricos y prácticos al logro de entrenamientos en los aspectos propios de la Pediatría Hospitalaria y otro 50% para los de la extrahospitalaria”.

En **1984** se publica en Real Decreto 127/84, que regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. En él quedan reflejados:

1. La necesidad de programas específicos de cada especialidad.
2. Los requisitos que deben cumplir los Centros y Unidades acreditados para la docencia MIR.
3. La creación de un Comité de evaluación para cada una de las especialidades.

Este mismo año, a instancias del Consejo Nacional, la Comisión de pediatría publica un programa de la especialidad. En él se distinguen dos aspectos: el que concierne a la formación como Especialista de Pediatría y otro que hace referencia a los requisitos, que debían disponer los Centros y Unidades Docentes para ser acreditados en Áreas Específicas. En el primero se incrementan los contenidos teóricos en el área de salud infantil y se considera necesaria la rotación por Atención Primaria: “el cuarto año tendrá un periodo de 6 meses de formación extrahospitalaria durante los cuales el residente de pediatría rotará por los centros de atención primaria acreditados para la docencia de Pediatría o, en su defecto, en servicios o unidades de Pediatría Social Hospitalaria”. Se iniciaba un nuevo camino para la pediatría en el ámbito de la Atención Primaria.

No es hasta el año **1996**, cuando la Comisión Nacional de Pediatría publica un nuevo programa de la Especialidad, ratificado por el Consejo Nacional, informado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y aprobado por el Ministerio de Educación y Ciencia (Resolución 25 de abril de 1996). En él se incrementan nuevamente los contenidos teóricos del área de Salud Infantil, con dos apartados específicos en Pediatría preventiva y Pediatría social.

En el apartado de rotaciones, textualmente dice: “el residente de Pediatría rotará por centros de Atención Primaria acreditados para la docencia en pediatría o, en su defecto, en servicios o unidades de Pediatría

hospitalarios”. Aunque hace referencia a dos aspectos fundamentales: la rotación por Atención Primaria y la necesidad de acreditación de los centros docentes, presenta serias carencias, ya que no establece la duración de la mencionada rotación, ni el año en que debe ser realizada. Tampoco hace referencia al sistema de acreditación de los centros ni de los tutores docentes, ni establece un sistema de evaluación de estos últimos.

Entre estas dos fechas, **1984 y 1996**, surgen los primeros grupos de pediatras que de forma voluntariosa se interesan por la docencia en Atención Primaria. Los pioneros fueron los pediatras del País Vasco, en 1984, a los que siguieron Madrid en 1990 y Andalucía en 1991. Existen experiencias aisladas posteriores de rotaciones en Centros de Salud de Asturias, Canarias, Cantabria, Murcia, León, Valencia y Zaragoza. Los MIR-Ped comienzan su paso por Atención Primaria sin criterios unificados ni sometidos a ningún tipo de control.

En su mayoría la rotación nace de la motivación del pediatra de Atención Primaria y de las relaciones personales que se mantienen con el nivel hospitalario, sin obtener acreditación por las unidades de docencia pediátricas ni ningún otro tipo de compensación. Los programas de rotación, evaluación y actividades científicas no están fijados y se realizan en breves periodos de tiempo.

En julio de **2002**, la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas reconoce a los Centros de Salud de Atención Primaria como “unidades docentes asociadas” para la formación MIR en pediatría y un año después lo ratifica el Consejo Nacional de Especialidades. En este documento se recoge el objetivo principal de estas unidades docentes: complementar la formación hospitalaria con las técnicas y habilidades que los servicios hospitalarios no pueden proporcionar, e incluye los requisitos con los que debe contar cada unidad. Dichas unidades dependen de la Unidad Docente Hospitalaria, único supervisor de la formación. Este hecho supone un nuevo avance en la rotación del MIR-Ped por Atención Primaria, si bien, siguen existiendo puntos sin esclarecer, como es la falta de mención al método por el que evaluar y acreditar a dichas unidades.

Llegamos al final del periplo situándonos en **2006**, cuando se publica la orden del 20 de septiembre en la que se establece de forma obligatoria la rotación por Atención Primaria. Textualmente dice:

“Rotación obligatoria por Atención Primaria:

Los objetivos de dicha rotación se centran en: Ampliar la formación del residente en: Atención al niño sano, seguimiento del niño en su contexto familiar, habilidades en la entrevista clínica, historia clínica en atención primaria, desarrollo psico-social del niño, otros problemas de la atención primaria pediátrica, participación en grupos de carácter multidisciplinar, prevención y supervisión de la salud buco-dental y prevención de accidentes, según el plan formativo que se determine, en cada unidad docente, a cuyos efectos se adjunta guía orientativa de conocimientos como Anexo a este programa.

Duración de la rotación: 3 meses siendo aconsejable su distribución en dos periodos (en los dos primeros años y en los dos últimos de la residencia).

Lugar de realización En centros de salud integrados en una unidad Docente acreditada para la docencia en la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que cuenten con consultas de pediatría que reúnan los requisitos específicos de acreditación exigidos al efecto.”

BOE num. 246. 14 octubre 2006. 35657-35661.

A partir de este momento se reconoce de forma definitiva la necesidad inexcusable de la rotación del MIR-Ped por Atención Primaria, así como la duración de la misma, se ofrece un programa de conocimientos orientativo y se aconseja la distribución de la rotación en 2 periodos.

Quedan pendientes por aclarar algunos aspectos de la rotación:

1. ¿Quién organiza dicha rotación?

Se echa en falta la figura de un coordinador de docencia pediátrica en Atención Primaria que permita una comunicación dinámica entre la unidad docente del Hospital de referencia y Atención Primaria, entre los tutores de pediatría de Atención Primaria y los residentes y entre las unidades docentes de Atención Primaria (medicina de familia y pediatría).

2. ¿Cómo acreditar a los tutores? ¿Cómo compensar a los mismos?

Actualmente carecemos de un modelo de evaluación oficial y en ningún momento se contempla la posibilidad de compensación documental, económica o formativa.

SITUACIÓN EN ESPAÑA.

Durante todo este tiempo, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y el grupo de docencia de la AEPap, han recogido el sentir de los pediatras de Atención Primaria sobre la necesidad de llevar a cabo la rotación MIR por Atención Primaria. En la página web de la Asociación se encuentra toda la información actualizada sobre docencia en Atención Primaria y varios documentos que han facilitado la solicitud de acreditación de los Centros de Salud como unidades docentes asociadas y a los pediatras como tutores. De este interés surge la necesidad de conocer la opinión de los pediatras y residentes de pediatría implicados en la rotación por Atención Primaria, mediante una encuesta nacional llevada a cabo a través de las distintas asociaciones federadas de la AEPap.

Con anterioridad a esta encuesta, se habían publicado ya trabajos que nos orientan de la situación de la formación MIR-Ped por Atención Primaria en el año 2005.

En los resultados de uno de estos trabajos, elaborado a nivel nacional con datos obtenidos mediante una encuesta que se distribuyó en las 17 comunidades autónomas y publicado por García Puga y el grupo de docencia de la AEPap, sorprende que a pesar de la indefinición de la rotación, hubiera interés por la misma. Así, en 2005 un 45% de los MIR-Ped rotaban por centros de salud, si bien la rotación se llevaba a cabo de forma muy desigual en cuanto a duración y periodo de rotación; más bien se realizó a elección particular de los distintos servicios de pediatría y/o preferencias del residente. En la mayoría de las provincias no existía la figura del tutor coordinador de Atención Primaria, a excepción de Zaragoza y solamente en Aragón, Albacete, La Rioja y Andalucía recibían los pediatras tutores un documento acreditativo de su labor.

En Castilla la Mancha los primeros datos de rotación de los MIR-Ped por Atención Primaria son de 1999 y proceden de Albacete. En 2005, Toledo se incorpora a la formación de residentes de pediatría. Hasta hoy son las únicas provincias castellano manchegas en las que se realiza formación. (45)

Recientemente pediatras del Área 11 de Madrid han publicado su experiencia después de 5 años de rotación obligatoria de residentes de pediatría, que nos animan a seguir con la tarea de la docencia. (46)

Reseñar entre sus resultados, que un 68% de los residentes no conocía el funcionamiento de un centro de salud antes de la rotación. Una vez realizada la rotación, ésta se adapta a las expectativas de los residentes, les da más seguridad para atender a los niños en las guardias hospitalarias, les orienta y ayuda a elegir rotaciones del último año para aquéllos que no quieren subespecializarse. El 97% de los residentes reconoce el interés de los tutores y un 100% considera que tienen buena capacidad docente. Los tutores consideran que esta labor mejora su actividad clínica, les estimula para su autoformación y a actualizar conocimientos y les confiere actitudes positivas. El ser tutor les resulta muy gratificante, a pesar de que la mayor parte (83%) dice que “les quita mucho tiempo”. Ante la posibilidad de tener algún tipo de compensación, prefieren tener acceso real a la docencia. Muy importante reseñar que en la evaluación de las distintas rotaciones del MIR-Ped realizada por la Unidad de docencia del Hospital, la rotación por Atención Primaria fue la segunda mejor valorada.

Para los autores y sobre todo para los residentes, el primer año parece el más adecuado para realizar la rotación.

El hecho de no conocer el funcionamiento de Atención Primaria puede ser un condicionante negativo para el residente, ya que éste puede percibir la rotación por Atención Primaria como una sobrecarga en los saturados cuatro años de formación y por otra parte, puede resultarle innecesaria y poco atractiva si se compara con la pediatría hospitalaria, como concluyeron en su trabajo Boscá y colaboradores. Esta opinión es radicalmente opuesta tras la rotación como ya hemos comentado.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DEL GRUPO DE DOCENCIA DE LA AEPAP 2007 (NACIONAL/CASTILLA LA MANCHA).

La encuesta se realizó con el objetivo de conocer la opinión de los pediatras tutores y residentes de pediatría implicados en la rotación por Atención Primaria.

Fue elaborada por miembros del grupo de docencia de la AEPap y canalizada a través de sus representantes o en su defecto por miembros de la AEPap en las distintas comunidades durante el año 2007 y como conclusiones se obtuvieron las siguientes:

1. Existe unanimidad de los residentes y pediatras en cuanto a la realización de la rotación de los MIR-Ped en Atención Primaria.
2. La mayoritaria participación de los residentes en la encuesta refleja un alto grado de interés por la misma.
3. La duración de tres meses es la más aceptada entre los encuestados, a ser posible dividida en dos periodos R1 y R4.
4. Se observa una opinión favorable de los MIR-Ped en cuanto a la posibilidad de subespecializarse en Atención Primaria durante seis meses en el periodo de R4 (100% Albacete, 57,1% Toledo).
5. Los objetivos prioritarios de los residentes durante la rotación fueron mejorar su formación y un mejor conocimiento del ámbito de la Atención Primaria.
6. En los estudios consultados queda manifiesto el alto grado de satisfacción de los residentes en cuanto a la docencia recibida.

Todas estas conclusiones nos animan a seguir luchando, como venimos haciendo desde hace algunos años, por la rotación de pediatría en Atención Primaria. Ello redundaría no sólo en beneficio de los futuros especialistas de Pediatría, también en el nuestro.

PROPUESTA DE LA AEPAP DE LA ROTACIÓN DE RESIDENTES DE PEDIATRÍA POR ATENCIÓN PRIMARIA.

1. Aunque, de manera operativa, los Centros de Salud acreditados para la docencia MIR en Pediatría tengan que estar inicialmente ubicados en un área o distrito en el que exista una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, la acreditación de los mismos se haga de manera independiente a la docencia MIR en Medicina de Familia.

2. Constitución de una estructura docente para la docencia MIR de Pediatría en Atención Primaria independiente de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. En el documento aprobado se hace constar la necesidad de realizar un seguimiento y coordinación de la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas específicas durante sus rotaciones por Atención Primaria de Salud. Para realizar estas funciones proponemos tres posibles modelos:

a. Unidades Autónomas de Docencia de Pediatría de Atención Primaria vinculadas a las Comisiones de Docencia de los hospitales de referencia cuyas características se adaptarían a las peculiaridades de cada autonomía y estarán formadas por: responsables de docencia autónomos, Pediatras de Atención Primaria en su calidad de tutores de residentes y tutores de Pediatría hospitalarios.

b. Comisiones asesoras de las Unidades Docentes Asociadas según lo propuesto en el texto del grupo de docencia de la AEPap .

c. Creación de la figura de un Coordinador para la docencia MIR Pediatría en Atención Primaria en cada área o distrito sanitario en paralelo al Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Las funciones de estas comisiones serían las ya descritas y las de proponer y valorar la acreditación de tutores y de Centros de Salud.

3. Rotación **básica**, con duración de 3 meses siendo el momento adecuado durante el último período de R-2 o al inicio de R-3.

4. Posibilitar una rotación avanzada, para aquellos que opten por su "especialización" en Atención Primaria durante al menos 6 meses en el último año de residencia.

5. Revisión del Programa docente al completo, sin que afirmemos que el que hemos propuesto sea el idóneo, si debiera de tenerse en cuenta a la hora de adecuar esa rotación por Atención Primaria.

6. Reconocimiento oficial del papel de **Tutor** al Pediatra de Atención Primaria con documento expreso, recursos y formación necesarios para el desarrollo de su labor.

7. Consideración de la especialidad de Pediatría como especialidad intra y extrahospitalaria y no como una especialidad exclusivamente hospitalaria

8. Ampliación de la Comisión Nacional de la Especialidad con dos vocales representativos del colectivo de Pediatras de Atención Primaria. (47)

BORRADOR

Consideramos la formación continuada una prioridad para lograr la capacitación que nuestro ejercicio profesional requiere, tanto en la actualización de temas científicos, como en la adquisición de nuevos conocimientos que nos permitan afrontar los cambios que la **tendencia demográfica** (adolescencia, inmigración), **sociocultural** (educación para la salud, intervención comunitaria, técnicas de comunicación) y **tecnológica** (informatización de las consultas, búsqueda de bibliografía y foros científicos a través de Internet, etc.) impone. Será, además según contemplan los artículos 37 de la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias y el artículo 40 de la ley 55/2003 por la que se aprueba el Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud, una herramienta fundamental para la adquisición de los grados en los que se articulará la carrera profesional.

Actividad docente: de pregrado y postgrado: residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y residentes de Pediatría

Investigación clínica: La investigación clínica debe considerarse como una actividad profesional fundamental para el pediatra, imprescindible para abordar de forma racional y más eficaz los problemas de salud propios de la infancia. Debería ser exigida, promocionada y facilitada desde todas las instancias de la Administración Sanitaria, garantizando la disposición de los recursos necesarios. Es preciso modificar la situación actual en la que la pediatría de ap tiene un alto nivel asistencial y escasa presencia en la investigación teniendo en cuenta las características específicas de la AP que la sitúan en una posición privilegiada para investigar no solo en la enfermedad sino también en salud; no solo de forma puntual sino en la observación de los niños a lo largo de períodos ininterrumpidos y en su entorno familiar. En AP con frecuencia se aplican resultados de investigaciones realizadas en otros ámbitos en los que se atienden pacientes “ideales” que no responden a la población real; no resulta tampoco infrecuente la aplicación “mimética” de resultados de investigación en población adulta.

Por ello, sin olvidar sin olvidar la capacitación para la autoformación posterior, el Grupo de Docencia de la AEPap presentó una primera guía con distintas propuestas organizativas que reseñamos a continuación:

1. PROPUESTAS ORGANIZATIVAS:

- La Constitución de las comisiones de docencia de pediatría de AP en relación con la comisión de docencia del hospital de referencia (de la que formarían parte con un vocal) y las de docencia de medicina familiar y comunitaria

○ **Pediatras Tutores de AP:** Serán precisas acreditaciones no sólo de Centros de Salud sino también de pediatras con definición de sus funciones, provisión de la formación precisa; criterios de evaluación y reconocimiento curricular de su función..

○ **Comisión Nacional de la Especialidad:** Es preciso reconsiderar su composición planteando su transformación en especialidad mixta: hospital-AP de la que debería formar parte como vocal un representante de la AEPap

○ **Rotación básica obligatoria de 3 meses;** proponemos además una rotación opcional de 6 meses durante el último año de residencia.

2. **Modificación de la especialidad:** siguiendo el modelo cada vez más aceptado internacionalmente, constaría de una etapa troncal de 3 años. La Pediatría de AP se constituiría en una subespecialidad que exigiría una rotación de 1 o 2 años (según se estipule en el programa general de la especialidad) con nuevas opciones curriculares esenciales: Epidemiología y Salud Pública; Técnicas de trabajo de grupo y comunicación; Gestión; Educación para la salud individual y colectiva incluida en el ámbito escolar; Bioética y Metodología de la Investigación; Evaluación y gestión de la calidad. Otras rotaciones por especialidades afines: Ppsiquiatría- Salud mental infantil; Dermatología; ORL; Oftalmología, Traumatología, ortopedia y rehabilitación; Formación en adolescencia y patología predominante y seguimiento de población inmigrante.

Todos los niños tienen derecho a ser atendidos por los profesionales mejor preparados para ello. Y los pediatras tenemos la obligación de serlo. (48)

BORRADOR

CONCLUSIÓN.

Los niños son el principal activo de cualquiera sociedad. Un correcto desarrollo físico, psíquico y cultural es fundamental para poder gozar de una sociedad avanzada y responsable.

Por este motivo, la promoción de la salud y una atención sanitaria de alta calidad para la población infanto-juvenil deben ser objetivos prioritarios para nuestra sociedad. Hay que señalar que la mayoría de las intervenciones que se hacen por mejorar la salud de la infancia y la juventud influyen también positivamente en la salud de la futura población adulta, ya que los beneficios de las acciones iniciadas en la infancia se prolongan toda la vida.

La provisión de instrumentos que potencien *vivir en salud* debe comenzar por un buen abordaje, por ello el SNS debe establecer como prioridad potenciar la AP de salud y situarla como el núcleo del sistema, constituyendo el eje central de la planificación y la ordenación de los servicios sanitarios en conjunción con el desarrollo de la reforma de la atención especializada.

BORRADOR

BIBLIOGRAFIA

1. Real Decreto 137/84, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de Salud. Publicado en BOE núm. 27, de 1 de febrero de 1984.
2. Atención Sanitaria a la Infancia y Adolescencia en Asturias. Situación Actual. Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. Septiembre 2007. disponible en http://www.aepap.org/asturiana/doc_trabajo_2007.pdf. Acceso 18 de Septiembre 2008.
3. Junta Directiva de la AEPap. El modelo de atención al niño. *Rev. Pediatr Aten Primaria*. 2005;7:549-56
4. Ruiz-Canela Cáceres J, Martín Muñoz P. Futuro de la Pediatría de Atención Primaria desde la perspectiva de un pediatra de hoy. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6: 187-97
5. *ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. Publicado en el BOE 246, 14 Octubre de 2006.*
6. Katz M. Pediatría comunitaria (de primer nivel y ambulatoria) en Europa: realidades y reflexiones. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6: 291-94
7. Committee on Community Health Services. The Paediatrician's Role in Community Paediatrics. *Paediatrics* 2005; 115:1092-94.
8. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich J. Demography of paediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics* 2002; 109:788-96.
9. Proyecto de Desarrollo Estratégico para la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (APAPAA) .Escuela Andaluza de Salud pública. Consejería de Salud. Área de consultoría , septiembre 2007.
10. Buitrago Ramírez F. El pediatra en el centro de salud como consultor del médico de familia. *Aten Primaria*. 2001;27(4):217-9.
11. La Situación de la Pediatría en la Atención Primaria de Madrid. Análisis y Propuestas de la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria (AMPap) para la Atención Pediátrica en la Comunidad de Madrid .Asociación Madrileña de

Pediatría de Atención Primaria. Documento elaborado en Madrid. 15 de Septiembre 2007. Disponible en: http://www.ampap.es/profesion/pdf/proyecto_asistencia_pediatica_CAM.pdf. Acceso 3 Junio de 2008.

12. Decreto Foral 294/2004 , de 6 de Septiembre , por el que se regulan el complemento de capitación y el plus de dispersión geográfica asignados al personal sanitario de los Equipos de Atención Primaria adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea publicado en el Boletín Oficial de Navarra (BON) nº 116 , de 27 de Septiembre de 2004.
13. RESOLUCION 102/2004, de 21 de diciembre, de la Dirección de Atención Primaria, por la que se establecen los índices de ponderación de carga de trabajo, según tramos de edad, que se aplicarán sobre las Tarjetas Individuales Sanitarias para el cálculo del complemento de capitación y del plus de dispersión geográfica del personal médico y de enfermería de los Equipos de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, publicado en el BON nº 16 de 7 de febrero de 2005.
14. Real Decreto 450/2005 de 22 de Abril, sobre Especialidades de Enfermería publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de fecha 6 de mayo de 2005.
15. Real Decreto 183/2008 de 8 de Febrero de 2008 publicado en el BOE de 21 de febrero de 2008, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
16. Plan Estratégico de Ordenación de la Atención de Pediatría a la Atención Primaria Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Junio 2007.
17. Soriano Faura J, Escribano Ceruelo E, Duelo Marcos M, Martínez Rubio A, et al. Programa de salud infantil. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008.97-93
18. Gruskin A, Williams RG, McCabe ER et al. Final report of the FOPE II Paediatric Subspecialists of the Future Workgroup. *Pediatrics* 2000; 106 (5): 1224-44
19. Johnson RL, Charney E, Cheng TL et al. Final report of the FOPE II Education of the Pediatrician Workgroup. *Pediatrics* 2000; 106 (5):1175-1198.
20. Jones MD Jr, Boat T, Adler R et al. Final report of the FOPE II Financing of Pediatric Education Workgroup. *Pediatrics* 2000; 106 (5): 1256- 70.
21. Morell JJ. Atención pediátrica en el entorno rural: Situación en la Comunidad Autónoma de Extremadura. *Foro Pediátrico* 2008; vol. V (1): 10-18.
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Resolución de 23 de julio de 1998, de la presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crea la figura de Pediatra de Área en Atención Primaria, y se ordenan sus funciones y

- actividades. *Boletín Oficial del Estado* num. 187, 6 de agosto de 1998: 26738-26740.
23. Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León. Pediatría de Área en Castilla y León. Noviembre 2007. Disponible en: www.aepap.org/apapcy/documentos.htm. (fecha de consulta marzo 2008).
 24. Malmierca F. La Pediatría en Atención Primaria: pediatra itinerante o de área. Fuente: *El Médico Interactivo*, 2005.
 25. Fernández Elena. Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía: Grupo de Trabajo sobre "Pediatras que conducen". Resultado de encuesta de situación de los pediatras que conducen en Andalucía. IX Jornadas de la APAP-Andalucía. Granada, 2005.
 26. Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. Situación de la pediatría de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Marzo 2007. Disponible en www.avpap.org/gtprofesional/atprimaria07.htm (fecha de consulta marzo 2008).
 27. Rodríguez-Moldes B, Álvarez J, Morell JJ. Atención pediátrica en el entorno rural: problemas y alternativas. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2008; 10 Supl 2: S95-S109.
 28. Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. Atención sanitaria a la infancia y adolescencia en Asturias. Situación actual. Documento de trabajo 2007. Disponible en: www.aepap.org/asturiana/index.htm (fecha de consulta: abril 2008).
 29. Fraga ME: Alternativas de mejora en la Atención Pediátrica Canaria. *BSCP Can Ped* 2001; 25 (2): 1- 9.
 30. Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha (SPMYCM). Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Estado actual de la pediatría de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid. Propuesta de soluciones. Madrid, Diciembre 2007. Disponible en: www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/ USER /Situacion Pediatria.pdf (fecha de consulta: abril 2008).
 31. Morell JJ. Coordinación Atención Primaria y Especializada. Visión desde la Pediatría de Atención Primaria. *Foro Pediátrico* 2003; 12: 9-16. Disponible en: www.spapex.org/pdf/bol12.pdf (fecha de consulta: abril 2008).
 32. Navas M. La ruralidad como seña de identidad en Atención Primaria. *Centro de Salud* 2002; Septiembre (Editorial): 387-388.
 33. Asociación Gallega de Pediatría de Atención Primaria. Situación de la pediatría de Atención Primaria: propuestas de actuación. Criterios de Pediatra de Área (no publicado). 2007.
 34. [Flewelling C.](#) Telepediatrics in Canada: an overview. *Telemed J E Health* 2004 Fall; 10(3): 357-368.
 35. Plan de Calidad. Nuevas Estrategias para la Sanidad Andaluza. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2000. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/>. Acceso 18 de Septiembre 2008
 36. Lora A, Gálvez M, Ortiz MA, Páez JM, Ruiz A, Torró C. Documento del grupo de trabajo sobre Continuidad Asistencial. Pacto Andaluz por el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Sevilla 2003.

37. Guía de diseño y mejora continua de procesos Asistenciales. Consejería de Salud de Andalucía. 2001. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/procesos/>.
38. Torres A. Desarrollo de los procesos asistenciales integrados en Andalucía. Cuadernos de Gestión 2003. Vol.9, 3:127-34.
39. Morell JJ. Coordinación Atención Primaria y Especializada. Visión desde la Pediatría de Atención Primaria. Foro Pediátrico 2003;12:9-16. Disponible en : [www.spapex.org/spapex/boll 2.pdf](http://www.spapex.org/spapex/boll%202.pdf). Acceso 18 de Septiembre 2008
40. Morell Bernabé JJ. Coordinación de recursos en salud infantil. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004; p.111-21.
41. Garcia-Sicilia J. Coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Experiencia de 13 años. Bol. SPAO 2008; 2(1).
42. Manual de Urgencias Pediátricas en Atención Primaria. .Madrid. Exlibris Editores. 2006
43. Loscertales Abril M, Alonso Salas MT, Cano Franco J, Charlo Molina T. "Controversias en urgencias pediátricas en atención primaria y hospitalaria"VOX PEDIATRICA.2004;12 (2); 7-14.
44. Bercedo Sanz A. Pediatría de atención primaria y atención especializada.¿es posible la coordinación e integración profesional en mesa redonda: coordinación entre niveles asistenciales en pediatría. ? Bol. Pediatr. 2005; 45: 83-90
45. Villaizán Pérez C. Situación actual de la formación del residente de Pediatría en Atención Primaria. Resultados de la Encuesta Nacional del Grupo de Docencia de la AEPap 2007.Disponible en: [http://www.aepap.org/docencia/encuesta 2007.pdf](http://www.aepap.org/docencia/encuesta_2007.pdf). Acceso 14 de Agosto 2008.
46. Orejón de luna G. Formación MIR en Atención Primaria. Situación en la Comunidad de Madrid. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7 Supl I: S 101-107.
47. Grupo de Docencia MIR-AEPap. Opinión Grupo Docencia MIR AEPap, sobre documentos correspondientes a especialidad de pediatría y sus áreas y rotación

mir-p por atención primaria. Disponible en: <http://www.aepap.org/docencia/propuestagrupo.pdf> . Acceso 15 de Agosto 2008.

48. Domínguez Aurrecoechea B. Importancia de la rotación mir/pediatría en atención primaria. Disponible en: http://www.aepap.org/docencia/rotacion_2007.pdf . Acceso 15 de Agosto de 2008.

ANEXO I: COMPETENCIAS, FUNCIONES Y OFERTA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA. Servicio Madrileño de la Salud. S.G.A.P.- Sº Programas Asistenciales. Octubre 2007.

Las enfermeras, en el marco de los servicios del equipo de atención primaria, y transversalmente a cada uno de ellos, desarrollan una serie de actuaciones dirigidas a la población que presentamos agrupados en:

Servicios.

Niveles de Intervención.

Intervenciones específicas

A continuación se definen estos términos:

Servicios: Son agrupaciones de muchas intervenciones que se ofrecen de forma conjunta al usuario y tienen entidad por sí mismos (ejemplo: Atención al niño sano sería un servicio, compuesto de muchas intervenciones paralelas y distintas, por ejemplo: prevención de problemas en la alimentación y nutrición, prevención de problemas visuales y auditivos, prevención de problemas del desarrollo psicomotor, etc.).

Los servicios son del equipo, aunque de algunas de sus intervenciones sus responsables sean las enfermeras y de otras sean los médicos.

Niveles de intervención enfermera: Son intervenciones enfermeras que se dan en el desarrollo de un servicio de equipo y que comparten, metodologías y tiempos similares, lo que permite, en su agrupación, medir rendimientos.

- **NIVEL I: PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS**

En este nivel de intervención, la enfermera suplente a la persona o cuidadores a la hora de realizar un cuidado (poner un inyectable) o realiza pruebas diagnósticas que requieren manejo de aparatos. La responsabilidad de la enfermera está en la acción que lleva a cabo, no en el proceso que se aborda con la persona, en el que colabora con otros profesionales.

- **NIVEL II: CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD/ ACTIVIDADES PREVENTIVAS**

El papel de la enfermera es preventivo o de promoción de la salud. En este nivel la enfermera puede realizar intervenciones de forma independiente (p.e: fomento de conductas saludables, prevención de riesgos...), en cuyo caso asume la responsabilidad de todo el proceso, o intervenciones en colaboración con otros profesionales en cuyo caso es responsable de las actividades que desempeña (p.e: detección precoz de factores de riesgo).

- **NIVEL III: PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO**

La enfermera detecta y trata problemas que son de su competencia profesional (por ejemplo, la incontinencia urinaria o las diarreas estivales) y trabaja una intervención educativa a través del consejo estructurado, individual y/o grupal para ayudar a los individuos y familias a adaptarse a sus procesos vitales o a los cambios en el proceso salud-enfermedad.

En este nivel la enfermera es responsable de todo el proceso que trata.

Nivel IV: Seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación

En este nivel la enfermera trata los problemas de alteraciones de la respuesta humana complejos, que requieren un mayor tiempo de atención y también es responsable de todo el proceso que trata.

**ANEXO II: DOCUMENTO DE DISTRIBUCIÓN DE FUNCIONES DE PEDIATRA Y
ENFERMERA DE PEDIATRÍA AL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BARCELONA
CIUDAD.2006**

BORRADOR

Documento de distribución de funciones de Pediatra y Enfermera de pediatría al Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad

Comité asesor de Pediatría

Josep Bras
Josep M^a Casanovas
Ramón Casanovas
Manel Enrubia
Cristina Gonzalez de la Rubia
Francisca Jurado
Ferran Lopez Cacho
Montserrat Marti
Modesto Masdeu
Beatriz Miguel
Josep Lluís Pi
Anna M^a Solanas

Introducción

El presente documento es fruto del trabajo y la reflexión de los pediatras y enfermeras de pediatría de Atención Primaria de Barcelona, en base a la propuesta del **Comité Asesor de Pediatría del Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad**. La propuesta del mencionado comité se ha trabajado en grupos focales de pediatras y

y enfermeras de pediatría de todos los Servicios de Atención Primaria, que han reflexionado conjuntamente.

Este documento inicia un proceso más complejo que nos llevará a estructurar de forma pormenorizada una cartera de Servicios Pediátricos, donde se verán reflejadas las capacidades y habilidades propias de los Pediatras y las Enfermeras que

deben desarrollar su actividad profesional al Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad

En el inicio de la reflexión se han establecido 3 premisas básicas que deben ser consideradas como la piedra angular de este documento, estas son:

- **Tanto el/el pediatra/a como el/la enfermero/a de pediatría tienen un papel propio en la atención a la población infanto-juvenil a la Atención Primaria.**

El pediatra y la enfermera de pediatría son los profesionales formados adecuadamente para atender a la población infanto-juvenil en la atención primaria.

En

la actualidad estos profesionales, después de años de ejercicio, han conseguido un grado

de especialización y de comprensión del medio óptimo por desarrollar esta tarea con eficacia.

- **Dar una buena atención requiere de la interdependencia de ambos profesionales.**

En esta etapa de la vida, a la que dedicamos nuestra actividad profesional,

donde el sujeto de atención es dual (niño/familia) la actuación de ambos profesionales en compartimientos estancos puede generar, con facilidad, desconfianza. El respeto a la tarea del compañero viene de la confianza, y este sentimiento se transmite a los niños y familias. Interdependencia también quiere decir, a nuestro juicio, cooperación. Los sujetos de nuestra atención son únicos, pero son también individuos poliédricos y la atención a estas múltiples facetas requiere de ópticas diversas, como las que aportan los pediatras y las enfermeras. Cuando hablamos de interdependencia lo hacemos desde la vertiente del trabajo en equipo, entendiendo este como el trabajo complementario. Cuando distribuimos funciones hablamos de preponderancia no de exclusividad: por ejemplo, el que indiquemos que a la enfermera de pediatría le corresponde la educación sanitaria o dar consejos de salud no excluye que el pediatra mantenga la actitud de educar en sus actuaciones o refuerce los consejos de salud (previamente acordados) cuando detecté que es necesario.

· **La propuesta describe un marco de potencialidades.**

Queremos hacer énfasis que este documento habla de potencialidades, que hacen referencia fundamentalmente a dos aspectos:

_ La distribución de funciones que se propone no es un corsé, que impida la posibilidad de que un profesional realice una tarea que no le haya estado asignada, pero tampoco es una excusa para no realizarla si el otro no lo puede hacer.

_ Si bien muchas de las actividades propuestas pueden formar parte de la práctica diaria de muchos equipos, no se puede universalizar su implementación, sin modificaciones en la organización de los equipos, formación específica y mejora de los equipamientos.

Antes de pasar al apartado concreto de distribución de funciones, queremos hacer dos

últimas consideraciones:

Primera. La adecuada implementación de este documento permitirá, sin duda, lograr unos Servicios de Pediatría en el Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad con un grande poder resolutivo.

Segunda. La siguiente distribución se hace en base a situaciones clínicas en las que

ambos profesionales interaccionan en la atención del niño. Consideramos evidente que en la práctica profesional, las situaciones posibles no se limitan

exclusivamente a los apartados que describiremos a continuación: actividades preventivas,

patología aguda o crónica, y que requerirán de una actuación o seguimiento puntual que se hará desde la especificidad propia de cada profesional.

Distribución de funciones

1. Historia Clínica

La Historia Clínica tiene un único propietario que es el niño / familia, no es preciso considerar este apartado como específico y propio de ninguno de los dos profesionales

del equipo. En lo concerniente a los datos no recogidos en el desarrollo habitual de las consultas (antecedentes, carnés vacunales previos, genograma y otros datos de interés sanitario), a nivel local y previo consenso, se puede dar preferencia

a uno u otro profesional al mismo tiempo registrarlos, eso no debe comportar nunca exclusividad.

La realización de la anamnesis forma parte de la relación terapéutica, por este motivo debe estar llenada el más pronto posible, dependiendo de las características del niño y de la familia, se requerirá seguramente más de una visita.

2. Programa de actividades Preventivas

Debe quedar claro que los dos profesionales del equipo tienen una actividad propia y relevante en las visitas del programa de preventivas, todo y que la enfermera pediátrica tiene un mayor peso específico, en lo concerniente a actividades y tiempo dedicado.

No se trata de actuar en compartimientos estancos ni que las actividades solo pueda realizarlas aquel profesional que las tiene descritas en su apartado, se quiere dar un orden de preferencia en lo concerniente a la realización.

Hay que acordar que el programa de preventivas va dirigido a toda la población infantil

juvenil, no exclusivamente a niños aparentemente sanos. Tengamos presente que puede haber infantes que estén mucho cuidados en un aspecto concreto (enfermedad

crónica) y al mismo tiempo poco cuidados a nivel integral

_ Pediatra/a

_ Exploración física: Se trata de la aplicación de todas aquellas exploraciones por aparatos que determina el programa de actividades preventivas a la etapa infanto-juvenil, que seguramente requieren la valoración y complemento de los cribajes hechos por la Enfermera, eso no quiere decir repetirlas.

_ Valoración integral del niño y familia : Situación psicosocial, controles de enfermedades, seguimiento por especialistas y tratamientos.

_ Diagnóstico y seguimiento de alteraciones detectadas.

_ Enfermero/a de pediatría

_ Valoración integral del niño y familia según modelo de cuidado enfermeras. En esta valoración también están incluidas las siguientes actividades de cribaje:

- Somatometría
- Test de desarrollo Psicomotor
- Alimentación
- T/A
- Visual (agudeza y visión cromática)
- Screening metabólico
- Valoración psicosocial

_ Gestión de programa de preventivas y de vacunas.

_ Consejos de salud.

_ Elaboración de diagnósticos de enfermería para el seguimiento de las alteraciones detectadas.

3. Niños/se con Patología crónica

Todo y que no hay una alta prevalencia si analizamos cada uno individualmente, en conjunto las patologías crónicas en la etapa infanto-juvenil comienzan a ser bastante significativas. Hacemos referencia a patologías respiratorias, alérgicas,

endocrino – metabólicas, discapacitadas, disfunciones psíquicas y sociales, etc. Aunque mayoritariamente tienen un seguimiento especializado, no hemos de focalizar nuestra atención solo en su patología crónica ya que el niño se beneficiará de la actuación integral del pediatra y la enfermera de atención primaria. Por lograrlo deberán adoptar una actitud proactiva en su control y seguimiento.

Proponemos la siguiente distribución de funciones por dar respuesta a la atención de estos niños y jóvenes.

Como se ha dicho en la introducción, hay situaciones que no corresponden a patología

crónica ni aguda, estas requerirán del seguimiento que cada profesional determiné.

_ **Pediatra/a**

_ **Control:**

- Análisis situación actual del paciente y evaluación de su evolución.
- Control del tratamiento.

_ **Enfermero/a de pediatría**

_ **Seguimiento:**

- Acompañamiento en la vivencia de la enfermedad al paciente y familia.
- Elaboración de diagnósticos de enfermería posibles y sus planes de cuidado correspondiendo.
- Dispensación y control de la utilización del material. Actividades instrumentales de enfermería: Peso, T/A. Etc.
- Desempeño de los planes terapéuticos.
- Educación sanitaria.

4. Niños/se con Patología aguda

Hay que considerar que tanto el Pediatra como la Enfermera deben resolver procesos

agudos que le son propios, la atención a urgencias concretas puede requerir la actuación de ambos profesionales al mismo tiempo.

El número de consultas y procesos a resolver por parte del Pediatra es más elevado que la de la Enfermera, motivo por el que la dedicación en tiempo a la atención

de estos niños/se debe ser superior.

_ **Pediatra/a**

- _ Resolución del agudo propio
- _ Apoyo al agudo de enfermería cuando haga falta.
- _ Atención telefónica del agudo propio

_ **Enfermero/a de pediatría**

- _ Resolución del agudo propio
- _ Apoyo al agudo del/el pediatra/a cuando haga falta.
- _ Gestión consulta aguda telefónica
- _ Atención telefónica del agudo propio

5. Atención Comunitaria

Actualmente las enfermeras tienen un volumen de actividad superior, debido en parte

a la implementación de programas comunitarios de alcance general (Salud y escuela, tenemos un hijo, etc), que tienen el origen en diversas administraciones públicas, esta situación no excluye el papel de los Pediatras en la atención a la comunidad, ambos profesionales deben orientar parte de su actividad cabeza a la atención a la comunidad.

6. Coordinación entre niveles

Por ambos profesionales coordinarse de la manera más fluida posible con los diferentes niveles e instituciones sanitarias en su ámbito, es fundamental. Esta debería incluir la siguiente propuesta:

- Coordinación Interna: Aquella que se realiza dentro de la misma organización, se incluyen los siguientes apartados: Con otros profesionales no pediátricos del mismo EAP, con otros equipos de Pediatría del SAP, con especialistas, trabajo social, PASSIR, etc..
- Coordinación Externa: Aquella que se realiza con otras organizaciones sanitarias: CSMIJ, CDIAP, EAIA, DGAIA, etc.

7. Técnicas propias de Enfermería

Por las características concretas de la población infanto juvenil, se requiere un perfil concreto de enfermera pediátrica para realizarlas (extracciones, ECG. Inmunizaciones y aplicación tratamientos parenterales inmovilizaciones Tratamiento de heridas, etc.).

8. Técnicas comunes pendientes de informe jurídico

Hay determinadas técnicas (**Extracción de tapones de cerumen, Exeresis de molluscum contagiosum, Practicar suturas, etc.**), que se pueden realizar a la Atención primaria y que actualmente aplican algunos pediatras y enfermeras. La posibilidad que desde un punto de vista jurídico no se puedan asumir por parte de la enfermera ha generadas dudas entre este colectivo profesional, por este motivo ha que una valoración y le informo jurídico correspondiente. La aplicación de estas técnicas aumenta la capacidad resolutive de los equipos y supone una mejora importante para la población

Barcelona, Abril de 2006

GLOSARIO (TÉRMINOS, ABREVIATURAS Y DEFINICIONES UTILIZADOS EN ESTE DOCUMENTO)

Población Infanto-Juvenil: se refiere a niños/as y adolescentes en este documento comprendidos entre el nacimiento y la adolescencia.

Atención Primaria (AP)

Pediatría de Atención Primaria (PAP).

Médico interno Residente (MIR)

MIR de Pediatría: MIR-Ped

Enfermería con habilidades específicas en pediatría (EHP): Enfermeras/os que después de años de ejercicio o formación, han conseguido un grado de especialización y de comprensión del medio infanto-juvenil para poder prestar con eficacia atención sanitaria a la población infanto-juvenil en Atención Primaria.

Unidad de Atención Pediátrica o equipos de Pediatría de Atención Primaria. (EPAP): Equipos integrados por pediatras, enfermeras con habilidades específicas en pediatría y apoyo del trabajador social

Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud infanto-juvenil :(PSI)

Historia de salud única: modelo de historia escrita o digital que tiene garantizada la necesaria confidencialidad que es compartida por todos los proveedores sanitarios y que asegura el acceso a los datos que le son útiles.