



Asociación Madrileña de Pediatría
de Atención Primaria
AMPap



Madrid, 15 de enero 2011

Para los Comités del PLAN ESTRATÉGICO PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA 2011-2015

La Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria (AMPap) es una organización científica que agrupa a la mayoría de los pediatras que trabajan en Atención Primaria (AP) en la Comunidad de Madrid. Está federada en la Asociación Española de Pediatría de AP (AEPap) y entre sus actividades se encuentran la ampliación del conocimiento científico y el desarrollo profesional de sus asociados, todo ello orientado a la mejor atención de nuestros pacientes. Como asociación defendemos la necesidad de alcanzar amplios consensos que permitan un desarrollo de la pediatría y que aborden los problemas derivados de los cambios sociales. Agradecemos la oportunidad de participar en este Plan Estratégico ya que representamos a casi 500 pediatras de AP de Madrid.

Defendemos el modelo actual de Pediatría de Atención Primaria (AP) **con pediatras en el primer nivel asistencial**, atendiendo a niños de 0 a 14 años. El pediatra de AP es por su formación, por su posición respecto del niño y su familia y por la proyección social de su trabajo, el elemento clave en la atención a la infancia. De su importancia da idea el hecho de que los países que tienen pediatras en AP tienen un Índice de Mortalidad Infantil menor^{1,2}. Los resultados de una reciente revisión sistemática³ demuestran que el pediatra es el profesional más adecuado como primer contacto del niño con el sistema sanitario. El apoyo de los ciudadanos a nuestro trabajo se ha visto reflejado en las más de 24000 firmas recogidas en apoyo del Manifiesto en Defensa del Pediatra de Cabecera⁴. Los partidos políticos madrileños también consideran imprescindible el trabajo de los pediatras en el primer nivel asistencial^{5,6}.

Además los Pediatras de Atención Primaria tienen un papel decisivo en la derivación a consulta hospitalaria y en la orientación y consejo a los padres en la libre elección de Hospital, somos los **proveedores de pacientes**.

Hay actualmente adjudicadas 849 plazas de pediatría de atención primaria en Madrid repartidas entre 250 centros de salud. Consideramos que los **principales problemas** en la atención pediátrica madrileña en atención primaria son:

- la escasez de pediatras⁷ (5% de plazas están vacantes y más del 20 % son atendidas por médicos no especialistas en pediatría). Madrid es de las autonomías peor dotadas de pediatras en primaria.
- la masificación de las consultas (1 de cada 3 pediatras en Madrid tiene asignados más de 1200 niños y 1 de cada 10 más de 1400 niños⁷), siendo aconsejables cupos máximos de 900-1000 pacientes.
- los turnos de trabajo que dificultan la conciliación de la vida laboral y familiar
- el aislamiento y la dispersión con dificultades de coordinación:
 - entre los pediatras de los diferentes centros de salud
 - con otros profesionales:
 - enfermería (menos de la mitad de los pediatras trabajan con enfermeros/as dedicados preferentemente a los niños⁷)
 - pediatras de hospital.

En 2009 trabajamos con la Consejería a través de la DG de AP en un Plan de Mejora ante el Déficit de Pediatras en Atención Primaria (http://www.ampap.es/profesion/pdf/2009_05_doc_DG_revisado.pdf) que ha sido escasamente desarrollado. Gran parte de sus objetivos y actividades siguen pendientes y aunque algunos no se relacionan con hospitales (por ejemplo quedan aún en nuestra comunidad 369 plazas de pediatría de atención primaria con turno de tarde fijo) y no incidiremos en ellos, otras muchas influyen en la relación con la atención hospitalaria pediátrica.

Nuestras **propuestas** en relación con este Plan estratégico son:

1.- Los especialistas en Pediatría debemos seguir siendo el primer contacto del niño y adolescente con el sistema sanitario:

Defendemos el modelo asistencial actual que ha conseguido un óptimo nivel de salud en la población infantojuvenil: un pediatra al cargo de un cupo de niños y formando parte del equipo de atención primaria. El fundamento de este modelo es asegurar la continuidad asistencial, elemento primordial que buscan los pacientes cuando acuden a nuestras consultas.

En mayo de 2009 la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid creó la figura de Facultativo Especialista de Área (FEA) de pediatría para la prestación de servicios coordinados en los ámbitos asistenciales de Atención Especializada (AE) y Primaria (AP). Son pediatras contratados en los hospitales que trabajan parte de su tiempo en el hospital y parte en atención primaria. Consideramos que esto hace que su trabajo no sea eficaz en ninguna de las dos prestaciones. Cada nivel requiere una diferente capacitación y funciones. Cada consulta de primaria se cubre así entre varios profesionales sin tener los ciudadanos un único pediatra de cabecera de referencia integrado en un equipo de atención primaria. Además en este modelo, en que cada familia es atendida por dos a cuatro pediatras diferentes, es inviable cumplir la premisa de libre elección de médico. El rechazo de los pediatras recién formados y de los pediatras con contratos temporales a este nuevo trabajo ha provocado que se hayan firmado muy pocos contratos de este tipo, solamente el 1,7 % de las plazas de pediatría de primaria están actualmente cubiertas por estos nuevos contratos. Si el objetivo inicial de la creación de estos contratos era cubrir la pediatría de primaria no se está cumpliendo. Consideramos que estos contratos deben desaparecer.

Sin embargo hay que valorar cambios en los modelos organizativos de asistencia pediátrica en los centros de salud y otras propuestas de agrupación funcional de pediatras de atención primaria, de cara a fomentar puestos de trabajo más atractivos, facilitar las contrataciones de pediatras en primaria y el adecuado desarrollo de la actividad asistencial.

2.- La rotación de los residentes de pediatría en los centros de salud es una parte esencial de la formación de los futuros pediatras y una vía fundamental para atraer a

los mismos hacia la Atención Primaria. La Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre, aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas⁸, que incluye una rotación obligatoria por atención primaria durante un período de 3 meses. Consideramos crucial para nuestro recambio generacional que se respeten en los planes de formación de los residentes, los tres meses obligatorios como mínimo⁸ de rotación por los centros de salud porque no se están cumpliendo en muchos de los casos.

Creemos necesario promover la acreditación de centros y tutores en atención primaria así como mejorar su formación. En el año 2006 se publica la resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por la que se establecen los requisitos generales para la acreditación de centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas y en nuestra comunidad se inició el proceso de acreditación de centros. Sin embargo, la condición previa de que el centro esté acreditado para la docencia MIR en medicina de familia, a nuestro juicio injustificada dado que esta rotación va dirigida exclusivamente a residentes de pediatría, no participan en ella médicos de familia, sino exclusivamente pediatras de atención primaria y los requisitos materiales, organizativos, humanos y docentes para la acreditación de centros de salud para formación MIR en Pediatría son prácticamente los mismos que para Medicina de Familia, ha desanimado a solicitarlo a muchos pediatras interesados. Por todo lo anterior, solicitamos que para acreditar centros de salud para formación de residentes de Pediatría en Atención Primaria se elimine la condición previa de acreditación para Medicina de Familia.

En la misma resolución se contempla que “las comunidades autónomas en el ámbito de sus competencias puedan determinar la pertinencia de nombrar figuras docentes específicas para el seguimiento y coordinación de la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas durante sus rotaciones por Atención Primaria de Salud”. Amparados en esta consideración, planteamos la necesidad de desarrollar la normativa que permita acreditar nominalmente a los pediatras de AP como tutores de rotación específica como ya se está llevando a cabo en algunas CCAA.

Consideramos que se deben poner en marcha las Comisiones Docentes Mixtas de Pediatría Hospital-Primaria.

El grupo de docencia de la AEPap ha elaborado la Guía Abreviada para la Rotación del residente de Pediatría en AP http://www.aepap.org/docencia/cuadriptico_MIR.pdf y el Programa de Formación en el Área de Capacitación específica de Pediatría de Atención

Primaria http://www.aepap.org/docencia/programa_formacion_AEPap.pdf como herramientas de apoyo para esta formación .

El último año ha disminuido, a pesar de la reconocida falta de pediatras, el nº de plazas MIR en Madrid. Creemos que este número debe aumentar aprovechando todos los recursos docentes disponibles.

3.- Hay que mejorar la coordinación primaria-especializada:

3.1. Mejorar el flujo de información clínica entre la Atención Hospitalaria y la AP

El insuficiente desarrollo de los sistemas informáticos dificulta la relación entre los pediatras de AP y de Hospital. En este sentido, consideramos que las líneas de trabajo prioritarias, deberían ser la mejora del flujo de información clínica entre la Atención Hospitalaria y la AP. Más aún cuando con la libre elección de especialista tendremos pacientes repartidos por los diferentes hospitales de Madrid.

3.2. Mejorar los sistemas de información: Es imposible avanzar en la solución de los problemas cuando no se tiene información fiable. No disponemos de un sistema de información sólido de la cartera de servicios de cada servicio de pediatría, ni conocemos sus indicadores de actividad y calidad. El disponer de estos sistemas de información será necesario tanto para nuevas propuestas organizativas como para aconsejar a las familias en la libre elección de Hospital.

3.3. Definir un foro de encuentro, conocimiento mutuo e intercambio de experiencias periódico con presencia física como reuniones mensuales en horario accesible para todos los turnos de trabajo de primaria y especializada (de 14.00 a 15.00) con sesiones programadas de temas de interés general, en algún Centro de Salud bien situado con facilidades de aparcamiento. Consideramos sería adecuado crear un grupo por cada nueva Dirección Asistencial (7). Podría encargarse de organizarlo y de programar las sesiones un equipo de pediatras mixto primaria-hospital. Esta experiencia funciona ya en algunas zonas como en Getafe en la nueva DA Sur con gran reconocimiento de todos los pediatras de primaria y del hospital <http://www.infodoctor.org/gipi/gpapa10/sesiones.htm> o en la DA Noroeste (antigua área

6) en conjunto con el Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda <http://pediatriadeprimariayespecializada.blogspot.com/>

3.4. Favorecer la difusión de los **protocolos conjuntos** y guías de práctica clínica ya existentes y diseñar un plan de elaboración conjunta de los procesos asistenciales más frecuentes.

3.5. Es necesario un **Coordinador de pediatras de AP**: los pediatras de AP trabajamos muy aislados en los diferentes centros de salud. Es frecuente que haya un solo pediatra por turno. Esta situación dificulta la necesaria coordinación no sólo entre los pediatras de AP sino con el Hospital. La nueva estructura de AP, con cada centro más autónomo y menos direcciones asistenciales, que a su vez deben relacionarse con varios hospitales, va a dificultar aún más esta coordinación. Creemos necesaria la figura de un Pediatra de AP Coordinador/ Director de pediatras^{9,10,11} en cada nueva Dirección Asistencial (7 en Madrid) para optimizar recursos que sea, entre otras funciones, el facilitador de la comunicación con los Hospitales. De esta manera los hospitales sabrían a quién dirigirse para todos los temas relacionados con aspectos tan importantes como la coordinación de los procesos asistenciales, creación y seguimiento de protocolos conjuntos, guías de práctica clínica, formación y rotaciones de residentes, sesiones mixtas...Esta nueva responsabilidad debería recaer en un pediatra de Equipo de Atención Primaria por cada Dirección Asistencial. Esta figura debe ser reconocida y su nivel equiparable al de los Directores de Centro. Entendemos las dificultades económicas actuales con lo que, inicialmente, no supondría mayor retribución pero sí, al menos, reconocimiento institucional y atribución de funciones. Consideramos esta figura indispensable para fomentar la comunicación actualmente inexistente entre dos niveles asistenciales complementarios.

3.6. Facilitar el **contacto personal** entre pediatras: con los grandes avances en comunicación interpersonal y redes sociales de que disponemos actualmente consideramos que los pediatras de AP y los pediatras del hospital deberían disponer de una lista de los correos electrónicos, teléfonos, funciones, pruebas diagnósticas y horarios de consulta de los pediatras del hospital más cercano de referencia y de los pediatras de primaria, actualizada cada cierto tiempo. También se deberían valorar otras alternativas como los foros virtuales de comunicación e intercambio de documentación

tipo Google Group entre los pediatras del hospital y su zona básica de referencia habitual.

4.- Es necesario potenciar las enfermeras especialistas en pediatría en primaria:

Más de la mitad de los niños madrileños no tiene en la actualidad enfermera de pediatría en los centros de salud⁷, Madrid es la segunda autonomía peor dotada de enfermeras infantiles en AP. Creemos en el trabajo en equipo y en la necesidad de que pediatra y enfermera formen una unidad funcional^{9,10,11} que potencie el trabajo de la enfermera de pediatría.

La cartera de servicios infantiles registrados este último año en nuestra comunidad demuestra indicadores más altos de calidad y cantidad de actividad y servicios hacia la población infantojuvenil en las zonas donde aún se conserva la enfermería con dedicación preferente a la infancia.

El 29 de junio 2010 se ha publicado en el BOE¹² el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Pediátrica, donde dice textualmente: *“la enfermera especialista en Enfermería Pediátrica es el profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma, durante la infancia y adolescencia, en todos los niveles de atención.* La rotación por AP de los futuros Enfermeros de Pediatría para hacer el EIR (Enfermera Interna Residente) es de 7 meses dentro de los dos años de su especialidad y abarca formación en un importante número de actividades realizadas en los centros de salud. Es necesario potenciar la nueva especialidad de Enfermería de Pediatría en AP y posibilitar el acceso al título por la vía excepcional para los enfermeros de primaria bien formados no sólo por su imprescindible labor asistencial en esta época de escasez de pediatras en primaria sino para que ejerzan como tutores de los EIR en su rotación obligatoria en los centros de salud: ya hay acreditadas en Madrid 33 plazas para formación de EIR¹³ que precisan tutores en primaria.

Bibliografía

- 1.- Van Esso, D, del Torso S, Hadjipanayis A. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. Arch Dis Child. 2010; 95:791-5
- 2.- Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. Pediatrics. 2002; 109:788-96.
- 3.- Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB, y cols. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12:s9-s72.
- 4.- Hernández Merino Á, Carrasco Sanz Á. Manifiesto en defensa del pediatra de cabecera.
[http://www.ampap.es/profesion/pdf/MANIFIESTO en defensa del pediatra de cabecera.pdf](http://www.ampap.es/profesion/pdf/MANIFIESTO%20en%20defensa%20del%20pediatra%20de%20cabecera.pdf)
- 5.- Interpelación **I-9/2010 RGEF.885** de la Diputada Sra. García Álvarez, del GPIU, al Gobierno, sobre política general en materia de atención sanitaria pediátrica en la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Asamblea de Madrid, número 177, 18 de Febrero de 2010. Consultado el [10/06/2010]; disponible en http://www.asambleamadrid.es/Recursos/Ficheros/C1/BOAM/BOAM/BOAM_8_00177.PDF
- 6.- Moción **M-1/2010 RGEF.1459** presentada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida, subsiguiente a la Interpelación 9/2010 RGEF.885, sobre política general en materia de atención sanitaria pediátrica en la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Asamblea de Madrid número 181 del 11 de Marzo de 2010. Consultado el [10/06/2010]; disponible en http://www.asambleamadrid.es/Recursos/Ficheros/C1/BOAM/BOAM/BOAM_8_00181.PDF
- 7.- AMPap. Situación de la pediatría de AP en Madrid. Octubre de 2008.
http://www.ampap.es/profesion/pdf/pediatria_madrid_2008.pdf
- 8.- 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. Boletín Oficial del Estado 246 (14-10-2006)
<http://www.boe.es/boe/dias/2006/10/14/pdfs/A35657-35661.pdf>
- 9.- Ruiz Canela J, Morell Bernabé JJ. Editorial: un modelo de atención infanto-juvenil. Form Act Pediatr Aten Prim. 2009;2(4):181-2.
- 10.- Ruiz-Canela Cáceres J. El modelo de Pediatría de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12 (Supl 19):s129-s138.
- 11.- Domínguez Aurrecoechea B. Declaración 10º Aniversario, Situación actual de la pediatría de atención primaria en España. [Consultado el 11-01-11]. Disponible en <http://www.aepap.org/pdf/declaracionAEPap.pdf>
- 12.- Boletín Oficial del Estado, Núm. 157, martes 29 de junio de 2010. Sec. III. Pág. 57251-57276. [Consultado el 02/10/2010]. Disponible en www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10365.pdf
- 13.- Boletín Oficial del Estado, Núm. 230, miércoles 22 de septiembre de 2010. Secc. II.B. Pág. 80254-80449. [Consultado el 02/10/2010]: Disponible en www.boe.es/boe/dias/2010/09/22/pdfs/BOE-A-2010-14540.pdf