Informe Mesa Sectorial del 25 de abril de 2018

AMYTS
Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid

1.- Lectura y aprobación del acta anterior.

Queda aprobada el acta N.º 8 y se entrega borrador del acta N.º 9 para alegaciones.

2.- Documento de mejora de la pediatría de atención primaria: aspectos laborales.

AMYTS solicitó la inclusión de este punto en el orden del día dado que de nuevo se constata que se estaba presentando un documento que se trabajó con sociedades científicas y que incluye aspectos de índole laboral, siendo ésta competencia exclusiva de esta mesa.

Acuden a la mesa la Gerente de Atención Primaria y el Gerente adjunto. Entregan el documento elaborado (ANEXO I) y hacen una breve exposición de los problemas que existen en relación a la atención pediátrica en Atención Primaria. De las 908 plazas de pediatras de AP, aproximadamente un 30% están cubiertas por Médicos de Familia.

El documento se elabora por un grupo de trabajo y se plantea una "reordenación de horarios", que aclaran sería para todas las categorías, aun siendo conscientes de que lo más urgente ahora es la pediatría.

AMYTS critica que de nuevo se nos informe a la mesa sectorial una vez el documento es público. Entendemos que la parte que afecta a condiciones laborales debería ser negociada y la mesa sectorial conocedora antes de ser publicado el documento de propuestas.

AMYTS manifiesta que es una contradicción ver cómo se presentan estas medidas y de forma paralela se dificultan los turnos deslizantes, o se amortizan plazas en turno de mañana. Así mismo, se plantea a la Administración la necesidad de respetar los cauces establecidos para la negociación, denunciando que nos enteramos por la prensa de la existencia de un proyecto denominado "centros de transición", o que el Colegio de Médicos firma un acuerdo con la Dirección General de Inspección en relación a la tramitación de expedientes sancionadores.

Se harán las alegaciones oportunas antes del 16 de mayo.

3.- Información sobre el plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid: 2018-2020.

La responsable de la Oficina Regional de Salud Mental hace acto de presencia e informa del Plan Estratégico de Salud Mental. Entrega un documento (ANEXO II), "mix" de plan estratégico y memoria económica, que resumen las líneas estratégicas y el resumen de efectivos a contratar, dotación de camas, etc.

Nuevamente AMYTS afea esta forma de actuación de la Administración, que vuelve a presentar el documento cuando ya es conocido y público. AMYTS insiste de nuevo en la necesidad de respetar el acuerdo sobre contrataciones y

pide expresamente que en el caso de psiquiatras y psicólogos se realicen las correspondientes convocatorias específicas para la provisión de los puestos, toda vez que aún no se dispone de bolsas de contratación.

4.- Alianza estratégica entre el Hospital Virgen de la Poveda y la Fundación H. Alcorcón.

Para este punto se presentan los gerentes de ambos hospitales y hacen una somera explicación del acuerdo (ANEXO III). Nace hace un año y tras ver su funcionamiento se concluye con la firma de la alianza el pasado 4 de abril.

Nuevamente AMYTS manifiesta su malestar por ser informada esta mesa sectorial a posteriori, y resalta que en el acuerdo se contemplan contrataciones, objeto de negociación en el correspondiente ámbito, en este caso los comités de empresa de ambos hospitales.

5.- Información sobre el estado de situación de las aplicaciones informáticas en materia de RRHH.

La Administración nos informa de un proyecto de centralización de las aplicaciones de Recursos Humanos, actualmente con modelos diferentes en hospitales, primaria y SUMMA. Será una tarea compleja que se hará con modelo de conectores a los diferentes aplicativos. (ANEXO IV)

6.- Estatutarización voluntaria del personal laboral de la CAM.

Este punto, solicitado de forma habitual por AMYTS, se incluye en el orden del día y por ello desde AMYTS se manifiesta que está incompleto, que pedimos sea para fijos y no fijos. Además, y dado que se acordó no implementarlo hasta que se cierre el acuerdo de carrera profesional, solicita AMYTS dejar el punto sin abordarlo, salvo si es para hablar de la inclusión de los no fijos. Se deja finalmente en suspenso.

7.- Carrera Profesional.

Tras la entrega en la reunión de la pasada mesa sectorial de un borrador de acuerdo y la presentación de las alegaciones preceptivas, se avanza en un borrador de acuerdo que parece tener algo más de consenso en relación a los previos. Tanto en la inclusión del calendario y % de pago, como en la aceptación de incluir en la carrera, a todos los efectos, al personal no fijo, como en la valoración de la “excepcionalidad” de retribución en 2018 a los evaluados en este mismo año, hay acercamiento de posturas. Se queda emplazada la Administración al envío del nuevo borrador para valoración y si es preciso convocatoria de mesa sectorial extraordinaria.

AMYTS solicita se informe sobre si hay ya fecha de reunión de la comisión bilateral Gobierno-CCAA para hablar del aviso de recurso al Tribunal Constitucional, a lo que el Director General de RRHH contesta que no ha habido reunión ni está fijada fecha de la misma.

8.- Ruegos y preguntas.

Dada la hora, se decide que este punto no se aborda y que se remitan los temas por escrito. AMYTS enviará los siguientes:

AMYTS solicita información sobre estado de situación **del plan de prevención del Ca de mama**. Continúan recibiéndose cartas en las que se oferta realizarse la mamografía únicamente en clínicas concertadas.

AMYTS reitera nuevamente que se han excluido del orden del día numerosos puntos solicitados que se pasan a detallar:

1.- Información sobre aplicación de sentencia que anula los pactos de gestión y sobre el anuncio de puesta en marcha de las **"peonadas"**. Negociación de las condiciones laborales de estas últimas.

2.- Información sobre situación actual de las **comisiones de servicio tras toma de posesión de OPEs 2015.**

3.- Calendario de **grupos de trabajo**.

4.- Seguimiento del pacto de permisos, licencias y vacaciones. Aclaración de cómo se aplica el día de libre disposición en los contratos de guardias. **5.- Decreto de selección y provisión**. Seguimos sin convocatoria de grupo de trabajo.

6.- Jornada 2018.

7.- Situación de los **descansos de guardias de sábados**.

8.- Concursos de **traslados**.

9.- Bolsas de empleo en **especialidades hospitalarias**.

10.- Estatutarización voluntaria de personal de los **Hospitales de Alcorcón y Fuenlabrada**.

11.- Negociación de un nuevo **plan de urgencias y emergencias** y reconocimiento de **trabajo nocturno en el SUMMA 112/SAR**.

12.- Regulación de la **figura de jefe de guardia**. AMYTS remitió un documento-propuesta el pasado 10 de marzo de 2017.

ANEXO I

ATENCION PEDIATRICA DE ATENCION PRIMARIA

Atención Pediátrica de Atención Primaria

Propuestas de mejora en el modelo de atención de la Comunidad de Madrid

Índice

1. INTRODUCCIÓN 5

2. LA ATENCIÓN PRIMARIA 6

3. LA PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA 8

4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN 12

4.1. La Pediatría 12

4.2. La Enfermería en la atención infanto-juvenil 13

4.3. Mejoras en la Atención Pediátrica en el primer nivel asistencial 15

5. PROBLEMAS DETECTADOS Y PROPUESTAS DE MEJORA 17

5.1. HORARIO DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA 17

5.1.1. Situación en otras Comunidades Autónomas 17

5.2. NÚMERO INSUFICIENTE DE PROFESIONALES CON EL MODELO ACTUAL 22

5.2.1. MIR de Pediatría 22

5.2.1.1. El número de pediatras que se forman vía MIR 22

5.2.1.2. No elección de la Pediatría de AP como destino laboral 23

5.2.1.2.a. Escaso contacto durante su período formativo con la pediatría de atención primaria 23

5.2.1.2.b. Otras opciones laborales más atractivas 25

5.2.2. Pediatras 25

5.2.3. Médicos no pediatras 26

5.2.4. Problema para el recambio generacional 27

5.3. CONSULTAS SATURADAS 27

5.4. ACCESIBILIDAD Y ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN PEDIATRÍA: DEMANDA ASISTENCIAL, ATENCIÓN AL PACIENTE NO CITADO, USO DEL SISTEMA SANITARIO COMO UN BIEN DE CONSUMO. 31

5.4.1. Alta demanda asistencial 31

5.4.2. Atención al paciente no citado 32

5.4.2.1. Actuaciones dirigidas a los usuarios/pacientes 34

5.4.2.2. Actuaciones dirigidas al personal de los equipos sanitarios 34

5.4.2.2.a. Personal no sanitario de los centros de salud 34

5.4.2.2.b. Personal sanitario: Equipo de pediatría 34
5.4.2.3. Actuaciones dirigidas a la Administración Sanitaria 37
5.4.3 El sistema sanitario como bien de consumo 37
5.5. AUSENCIA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA 39
5.6. EL PAPEL DE LA PEDIATRÍA DE AP DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO 41
5.6.1. Mejora de la coordinación con el nivel hospitalario 41
5.6.2. La política sanitaria y la necesidad de definir el modelo a seguir de atención a la población infanto juvenil en el primer nivel asistencial de nuestra Comunidad. 41
5.6.3. Visibilidad pediátrica en los objetivos de la organización 42
5.6.4. La Pediatría en el organigrama sanitario de AP 42
5.6.5. Los profesionales de la pediatría frente a las nuevas tecnologías. 43
5.7. REMUNERACIÓN 43
6. RESUMEN EJECUTIVO 46
7. TABLA RESUMEN DE PROPUESTAS 48
8. DOCUMENTOS ANEXOS 52
ANEXO 1. PACIENTES SIN CITA 52
1.1. Circuito informativo para los pacientes sin cita que acuden al centro de salud 52
1.2. Hoja de Bienvenida al centro de salud. 53
1.3. Folleto informativo para pacientes sin cita 54
1.4. Hoja de autotriaje 54
ANEXO 2. "NO HACER" EN PEDIATRÍA. 54
ANEXO 3. GESTIÓN DE AGENDAS 58
ANEXO 4. EL CORREO ELECTRÓNICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA 59
4.1. Metodología propuesta para la comunicación con los pacientes en AP 59
4.2 . Información para entregar a los pacientes 59
ANEXO 5. PROPUESTA DE GUIÓN PARA LA ROTACIÓN PEDIATRÍA AP 61
5.1. Propuesta de guión para la rotación pediatría de AP. 61
5.2. Metodología docente 61
5.3. Contenidos 62
5.4. Bloques temáticos. 63

ANEXO 6. LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA. 68

ANEXO 7. LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. 72

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, diferentes foros, tanto de ámbito sanitario como social (sociedades científicas (SSCC), Colegios profesionales, agrupaciones de pacientes, sindicatos, gestores sanitarios, profesionales, etc...) han debatido sobre la situación global del futuro sanitario y en particular de la situación de la Pediatría de Atención Primaria (PAP), ofreciendo diferentes soluciones y dejando constancia de ello en la bibliografía[1,2,3]

En este contexto, la Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria (GAAS) ha propuesto a un grupo de profesionales trabajar en un documento que recoja el análisis actual de la situación en la Comunidad de Madrid y que sirva como punto de partida para ofrecer soluciones a corto, medio y largo plazo sobre los aspectos prioritarios detectados.

Este documento pretende ser un punto de inflexión para actualizar determinados aspectos del modelo de atención planteado en la reforma sanitaria; modelo útil y con excelentes resultados en salud, pero necesitado de cambios para adaptarlo al nuevo contexto social y profesional.

El contexto profesional ha cambiado, el contexto social es diferente, y esta situación hace necesario debatir y ofrecer soluciones nuevas, que busquen el adecuado equilibrio entre las necesidades de usuarios y profesionales, para que el sistema pueda ofrecer siempre los máximos niveles de calidad posibles en cada una de las interacciones que se producen en el contexto sanitario.

Este documento pretende ofrecer soluciones diferentes a problemas conocidos, en el primer nivel asistencial.

---

[1]Atención sanitaria a la infancia y a la adolescencia en la Comunidad de Madrid. Situación actual y propuesta de mejora. Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria (AMPap). Junio 2002.Disponible sólo en pdf

[2]La situación de la Pediatría en la atención primaria de Madrid. Análisis y propuestas de la AMPap.Septiembre de 2007 http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2013/.../proyecto_asistencia_pediatrica_CAM.pdf

[3]Plan estratégico de Pediatria y neonatologia. https://saluda.sanidadmadrid.org/f5-w-68747470733a2f2f73616c7564612e73616c75642e6d61647269642e6f7267$$/HOSPITAL/planesdeespecialidades/Documents/f5-w-doubledot/Paginas/pediatria.aspx

2. LA ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria de Salud (APS) asienta sus bases en el Real Decreto 137/1984 de 11 de enero sobre Estructuras Básicas de Salud y la Ley 14/1986 General de Sanidad de 25 de abril estableciendo su estructura organizativa con Áreas y Zonas de salud, centros de salud y Equipos de Atención primaria.[4,5]

Las **funciones** básicas de la AP son:

1. Oferta de servicios sanitarios: médicos de familia, pediatras, enfermeros y auxiliares de enfermería, matronas, odontólogos, higienistas, psicólogos, fisioterapeutas, ESAPD y no sanitarios: unidad administrativa y trabajadores sociales.

2. Relación con la comunidad. Actividades comunitarias y educación para la salud (EPS).

3. Docencia e investigación: pregrado y posgrado.

4. Organización y gestión. Conjunto de actuaciones dirigidas a orientar la atención y los servicios al ciudadano, así como las correspondientes a organización interna y coordinación con las estructuras de gestión del sistema de salud.

En la sanidad pública madrileña, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria tiene definido su misión, visión y valores que son transversales a esta propuesta y están en su fundamentación.

Misión. Somos una organización pública que presta servicios sanitarios. Contribuimos a mejorar la salud integral y la autonomía de las personas, familias y comunidad, con criterios de equidad, calidad y sostenibilidad. Promovemos la investigación, compartimos el conocimiento y nos coordinamos con otras instituciones, favoreciendo la participación y la satisfacción de ciudadanos y profesionales.

Visión. Queremos ser una organización excelente y de referencia por nuestra calidad asistencial, la mejora continua e innovación de los servicios ofertados, la motivación y el orgullo de pertenencia de nuestros profesionales, la satisfacción de la población y nuestro compromiso con la sostenibilidad y la equidad.

Valores. Calidad, trabajo en equipo, profesionalidad, asistencia humanizada, eficiencia, equidad, responsabilidad, respeto, accesibilidad, orientación a las personas y compromiso con la organización, son valores centrales y núcleo de toda nuestra actividad.

Han transcurrido más de 30 años desde la reforma sanitaria que dio origen al actual modelo de atención primaria y en estas décadas la AP en España ha logrado ser reconocida como una de las mejores del mundo; también ha logrado indudables éxitos en la mejora de la salud de la población, debido fundamentalmente a sus características de financiación pública,

[4]Real Decreto sobre Estructuras básicas de salud 137/1984 de 11 enero. Disponible en:https://www.boe.es/boe/dias/1984/02/01/pdfs/A02627-02629.pdf

[5]Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. Disponible en:https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf

universalidad, gratuidad en el momento del uso, buena accesibilidad, elevado nivel de prestaciones y una importante mejora en el nivel científico-técnico de sus profesionales[6].

Pero también a lo largo de estos años, han ido apareciendo nuevos retos para el Sistema Nacional de Salud (SNS), como son entre otros: el progresivo crecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, el aumento en las cargas de trabajo de los profesionales, la necesidad de mejorar la coordinación asistencial y las nuevas tecnologías [6].

Es necesario potenciar el primer nivel asistencial para adecuar la dotación de recursos de AP a los nuevos retos planteados por el contexto social y profesional, tanto desde el punto de vista de nuevos recursos como desde el punto de vista de posibles nuevos modelos de organización de los recursos existentes actualmente. Otros aspectos a revisar son, el porcentaje del gasto sanitario público en AP por habitante se ha mantenido en los últimos años en cifras en torno al 14% del gasto sanitario total o los recursos asignados a AP vs AH tradicionalmente inferiores.

Hay mucho margen de mejora en el desarrollo de las potencialidades del primer nivel asistencial, tanto de su capacidad de intervención sobre la prevención, promoción y cuidados, como sobre las posibilidades de tratamiento. Del mismo modo se hace necesario revisar las políticas dirigidas a conseguir mayor visibilidad y proyección de los profesionales. Contamos con una estructura organizativa necesitada de mayor flexibilidad y capacidad de adaptación.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con un total de 116.711 médicos y 169.601 enfermeras, con una razón enfermera/médico de 1,5. La Atención primaria cuenta con 34.888 médicos y 29.441 enfermeras. La densidad de profesionales por cada 1.000 habitantes se mantiene en cifras de 0,8 médicos en atención primaria y de 1,7 médicos en atención especializada (el doble). Respecto a la pediatría, según datos del SIAP (Sistema de Información de Atención Primaria 2016), Madrid cuenta con 908 plazas de pediatría, tiene el porcentaje más alto de feminización (81%) y el número de TSI media más alto por profesional (1173, frente a la media en España de 1040)[7]. Concretando más: Madrid arroja el mayor número de consultas entre 1251 y 1500 TSI y más de 1500 TSI por cupo en el 39% y 45% respectivamente. Dicho de otro modo **más de un tercio de los pediatras de atención primaria de Madrid tienen más de 1250 TSI asignadas y uno de cada diez más de 1500**[7].

En los últimos años se ha producido una importante mejora en la posibilidad de acceso de los ciudadanos a los servicios ofertados en AP. Esta deseable y necesaria mejora en la accesibilidad de los ciudadanos, presenta también su escala de grises: inadecuación, hiperfrecuentación, inmediatez, saturación, masificación, disminución del tiempo medio dedicado a cada usuario.

España es el país de la Unión Europea (UE) en que más veces se visita al médico de AP por año, una media de 8,1 visitas por habitante, mientras que la de media de la UE es de 5,8[6].

---

[6]Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012. Proyecto AP-21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:https://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

[7] Sistema de Información del sistema Nacional de Salud. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ConsultaSIAP/mttoRecurPed.do?metodo=crearRecurPed

En este escenario de la atención primaria precisa cambios orientados a conseguir que los profesionales y usuarios mejoren tanto las expectativas laborales como de salud respectivamente en el marco del sistema público de salud de la Comunidad de Madrid.

Los grandes retos del Sistema; financiación, regulación legislativa y normativa, disminución del número de profesionales disponibles, aumento de los pacientes crónicos, nueva orientación del sistema, nuevos roles, conciliación de la vida profesional y laboral, atención rural, entre otros, necesitan escenarios flexibles y dinámicos para dar nuevas respuestas.

3. LA PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Desde el inicio de la AP, la pediatría ha estado presente en los centros de salud para ofrecer atención integral a la población infantil y sus familias, desde el nacimiento hasta la adolescencia. La pediatría es, por tanto, uno de los primeros contactos de este grupo de edad con el sistema de salud.

La Pediatría se define como la medicina integral del periodo evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el final de la adolescencia[8]. Su ámbito de actuación discurre desde los cuidados generales en la salud (Pediatría preventiva), pasando por la asistencia médica integral y continuada del niño enfermo (Pediatría clínica) y no olvidando el entorno del niño, tanto sano como enfermo, y sus interrelaciones (Pediatría social).

La Pediatría de AP proporciona una asistencia eficiente y humanizada, próxima al niño y a su familia, teniendo en cuenta las características de su entorno y partiendo de una visión global de la medicina en la que el objeto fundamental no es la enfermedad sino el niño en todas sus etapas. Contribuye a los buenos resultados en salud de nuestra población infantil y está considerada una conquista social[9].

La ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del SNS, BOE 29/05/2003 en su artículo 12, enumera las prestaciones de la AP citando de forma independiente las atenciones y servicios específicos relativos a la infancia y a la adolescencia[10]. Esta atención es realizada en los dos ámbitos asistenciales: atención primaria y atención hospitalaria. Actualmente en la Comunidad de Madrid (CM) la asistencia pediátrica comienza con el nacimiento y termina a los 14 años en atención primaria, mientras que en el ámbito hospitalario se considera edad pediátrica hasta los 16 años de edad desde febrero de 2016.

En general, según se recoge en las publicaciones científicas, **la infancia** es percibida de forma errónea, como un grupo de población con escasas necesidades y pocos problemas de salud, que precisa poca atención y recursos, lo que condiciona la planificación de servicios.

---

[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. Disponible en:https

[9] Domínguez Aurrecoechea B, Valdivia Jiménez C. Radiografía de la Pediatría de Atención Primaria española: nuestro espacio en el Sistema de Nacional de Salud. Rev Pediatr Aten Primaria Supl.2011;(20); 59-70. Disponible en:http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v13s20/mesa05.pdf

[10] Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf

Realmente se trata de un periodo de desarrollo *muy vulnerable,* tanto desde el punto de vista físico como psicosocial, y que responde positivamente a factores protectores, por lo que resulta preciso abordar la infancia como una etapa de la vida con necesidades y problemas de salud específicos[9]. Asimismo no debemos olvidar el componente de "inversión en salud" que van a tener todas las actuaciones llevadas a cabo en la edad pediátrica, ya que los niños de hoy serán los adultos del mañana. Además, la atención en la consulta pediátrica nos ofrece una ventana de acceso a la población joven y adulta.

El pediatra, por sus competencias, es un especialista altamente resolutivo trabajando en el primer nivel asistencial, modelo que se ha considerado como el más coste/efectivo[11,12]. Por tanto el modelo de pediatría actual necesita mantenerse debidamente actualizado y encontrar las áreas de mejora que el sistema permite, como así se ha debatido en numerosos foros y reuniones.

La Pediatría de AP se ve afectada también por los problemas referidos con anterioridad en este texto y que afectan a la AP en general al ser parte integrante de la misma, pero la Pediatría tiene particularidades y problemas intrínsecos inherentes a su cometido profesional y a la población a la que atiende.

La Atención Primaria Pediátrica atraviesa dificultades en todo el territorio nacional, si bien con distinto grado de afectación según comunidades. En España hay 6.400 plazas de pediatría creadas en los centros de salud de titularidad pública o concertada. En el año 2010 Sánchez Pina y cols realizaron un análisis comparativo de la situación de la asistencia sanitaria a la población infantojuvenil en AP en las distintas comunidades autónomas españolas[13,14]. Encontraron que hasta un 30% de plazas están ocupadas por médicos no pediatras, sobre todo en Baleares, Canarias, Madrid, Murcia y Valencia. También Madrid presenta uno de los niveles más bajos de enfermería con dedicación exclusiva a Pediatría, y también Madrid junto con Cataluña son las comunidades con mayor porcentaje de pediatras asignados a turno de tarde exclusivo [13,14,15].

En la encuesta PAPE (**Panorámica de la Pediatría de Atención Primaria en España** 2013), encuentran que es una profesión altamente feminizada, 1 varón por cada 3 mujeres, con la mitad de los profesionales por encima de los 50 años. Solo la mitad de los profesionales tienen

---

[11] Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de AP sobre el modelo de asistencia infantil. Octubre 2016. Disponible en: http://www.pap.es/files/1116-2226-pdf/RPAP_72_AEPap_modelo_atencion.pdf

[12] Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en AP en países desarrollados? Revisión sistemática. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010; 12:(Supl 18): s9-s72).

[13]Sánchez Pina C, Palomino Urda N, De Frutos Gallego E y cols. Puntos negros de la asistencia a la población infantojuvenil en Atención Primaria en España (primera parte). Rev Pediatr Aten Primaria, 2011; 13:15-31. Disponible en:http://www.pap.es/files/1116-1268-pdf/pap_49_02.pdf

[14]Sánchez Pina C, Palomino Urda N, De Frutos Gallego E y cols. Puntos negros en la asistencia a la población infantojuvenil en Atención Primaria en España (segunda parte).Rev Pediatr Aten Primaria.2011; 13:e1-e14. Disponible en:http://www.pap.es/files/1116-1271-pdf/pap_49_e.pdf

[15] Domínguez Aurrecoechea B, Valdivia Jiménez C. La pediatría de AP en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS Gac Sanit. 2012;26(S):82–87

turno fijo de mañana y en cuanto a las preguntas sobre satisfacción profesional solo la mitad de los profesionales dice sentirse contento en su trabajo[16].

Centrándonos en **datos de Madrid**, la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria (AMPap) realizó un estudio[17] de la situación en el año 2014, mediante encuesta a los profesionales, encontrando que existe un 2% de plazas de pediatría sin cubrir. El número de Tarjetas Sanitarias adjudicadas por profesional ha subido claramente en los últimos años. De 3,7% de profesionales con más de 1500 pacientes asignados en el año 2008 a un 13% en el momento de esta encuesta. Además existen profesionales con más de 1800 pacientes en su cupo, datos que superan claramente lo fijado como óptimo en el Real Decreto 1575/1993[18] de 10 de septiembre por el que se regula la libre elección de médico. También se ha incrementado el número de plazas cubiertas por médicos no pediatras, médicos de familia, puericultores, de un 21,5% en 2008 a un 30% en el momento actual. Asimismo el modelo de enfermería con dedicación exclusiva a la población infantojuvenil también va a la baja. En Cataluña la enfermería pediátrica es mayoritaria y en Murcia ya se ha definido el puesto de trabajo del enfermero especialista en pediatría para primaria, con notable éxito.

Respecto a la **situación laboral** de los profesionales, aunque recientemente se han convocado OPE y concurso de traslados, la inestabilidad laboral sigue siendo un área de mejora.

Un 35% de los profesionales tienen un **horario** en turno de tarde fijo hasta las 21.00h, hecho que supone habitualmente mayor carga asistencial y una dificultad para la conciliación de la vida familiar[17]. Cierto es que hay una tendencia progresiva a facilitar turnos acabalgados y deslizantes, pero aún insuficientes, y en ocasiones con situaciones en los centros de salud de agravio comparativo para los profesionales de la Pediatría, que al ser menos en número ven mermadas sus posibilidades organizativas frente a otros colectivos.

Otro tema inquietante es el **recambio generacional** a la vista de la tendencia de los últimos años donde sólo 2-3 de cada 10 residentes de Pediatría que terminan por año elegirán la AP como destino laboral. Estas cifras no solo son insuficientes para cubrir la demanda actual en AP, si no que de aquí a 10 años no se podrá asegurar la cobertura de futuras jubilaciones [19,20,21].

---

[16] Sánchez Díaz MD, García Vera C, Encuesta PAPE: panorámica de la Pediatría de Atención Primaria en nuestro país. Rev Pediatr Aten Primaria Supl 2013; (22):35-42. Disponible en:http://www.pap.es/files/1116-1605-pdf/sup23_04.pdf

[17] "Más sombras que luces". Situación de los pediatras de Atención Primaria en los centros de salud de la Comunidad de Madrid. AMPap, 2014. Disponible en: http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2015/08/EncuestaAMPap2014.pdf

[18] Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud. Disponible en https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1993-24302

[19] La pediatría necesita más plazas MIR reflexiones y propuestas de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria ante la convocatoria MIR. Septiembre 2014 Disponible en:https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/mir_ped_aepap.pdf

[20] Oferta y Necesidad de Especialistas Médicos en España (2010-2025)". Dic 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas(2010-2025).pdf

En el debate de estos problemas tanto la Gerencia Sanitaria como los profesionales coinciden en que la organización de la atención pediátrica presenta aspectos de mejora importantes para poder dar respuesta a las demandas de asistencia sanitaria de la población infantojuvenil en nuestra comunidad, con los recursos disponibles y cada día más escasos, motivo por el cual se requieren cambios organizativos de calado. Esto es un problema acuciante en los últimos tiempos y que obedece a diversos factores que inciden de forma compleja, interrelacionados en ocasiones y con un peso específico diferente en otras.

[21]Recursos humanos y empleo público. Recursos humanos del Servicio Madrileño de salud. Disponible en:http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354190900347&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1354611580132

4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

4.1. La Pediatría

La Pediatría, como parte integrante de la AP y presentando problemas comunes, se beneficiará de mejoras globales en la AP.

El ideal sería avanzar en la mejora del modelo público de APS sin perder las ventajas que supone: el trabajo en equipo, la cooperación y una estrategia de intervención centrada en promoción y prevención, diagnosticar, tratar y cuidar. Ha de contar con un equipo de salud multidisciplinar, en el que se impulse y fomente la capacidad de organización del equipo para cubrir de manera adecuada las necesidades de salud de su población de referencia y en el que la atención sociosanitaria y el estudio de los problemas de salud medioambiental y de salud pública locales estuviesen contemplados e integrados[22].

Para ello es necesario contar con recursos suficientes y equilibrados respecto a otros niveles asistenciales, tener una definición precisa de los roles profesionales actuales y nuevos que puedan surgir en los equipos, flexibilidad organizativa, versatilidad de sus componentes y un aumento de la capacidad resolutiva y de la calidad asistencial mediante la desburocratización de las consultas y la accesibilidad a todo tipo de pruebas diagnósticas cuando estén indicadas y sean pertinentes.

La vinculación con la comunidad, el enfoque preventivo y la recuperación de los valores propios de la AP (continuidad asistencial, integralidad, accesibilidad y equidad), junto a la mejora del prestigio, las condiciones laborales y la autoestima entre sus profesionales son ineludibles en este proceso de revitalización que la APS pública necesita. El liderazgo profesional y el aplanamiento de las estructura de toma de decisiones, contando con la opinión de los ciudadanos, parecen hitos imprescindibles a cubrir en esta línea. Resulta ineludible coordinar niveles, AP y hospitalaria, con los servicios sociales y usar la salud pública como elemento cohesionador[22].

Es necesario promover la formación de ciudadanos y pacientes en el uso adecuado de unos recursos que, aún en tiempos de bonanza económica, siempre serán limitados. Las autoridades sanitarias deben promocionar estas actuaciones mediante alianzas con las organizaciones de ciudadanos e impulsar iniciativas que favorezcan los comportamientos responsables de la ciudadanía en el uso de los recursos colectivos gestionados por el SNS[23].

---

[22]Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. AES, Asociación de Economía y Salud. Primera edición, febrero 2014. Disponible en:http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf

[23]Declaración sobre Ética y responsabilidad en la sostenibilidad del sistema nacional de salud. Comités de Bioética autonómicos y Comité de Bioética de España. Noviembre, 2016. Disponible en:http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/declaracion_sostenibilidad_sistema_nacional_salud.pdf

La brecha entre eficacia y efectividad tiene un claro exponente en la atención primaria y su reducción exige una aproximación multifactorial que incida en el papel del médico, enfermería, los servicios de atención al usuario, los servicios sociales, las TIC y la educación del paciente.

4.2. La Enfermería en la atención infanto-juvenil

El modelo actual de AP en España parte de una situación donde existía igualdad en el número de médicos de familia y pediatras con el de enfermeras/os, en un modelo de equipo médico-enfermera/o.

Posteriormente el número de médicos de familia y pediatras ha ido aumentando paulatinamente mientras que el de profesionales de enfermería lo hace en menor medida. Esto conlleva la pérdida del anterior concepto de "paridad" y un desequilibrio de profesionales. Un solo profesional de enfermería atiende en este momento a pacientes asignados a más de un médico (de adultos o pediatría), lo que dificulta la organización de la asistencia.

La situación aumenta en complejidad con la libre elección de médico y de enfermera. Esto conlleva la posibilidad teórica de que todos los médicos de un equipo trabajen con toda la enfermería y viceversa. Afortunadamente esta situación no se produce con frecuencia en la atención de los adultos: una enfermera suele atender a los pacientes de dos o tres profesionales médicos a lo sumo; pero sí es más habitual en pediatría, sobre todo en los centros que carecen de enfermería dedicada a la atención infantil.

También tenemos distintas realidades desde el punto de vista geográfico en la Comunidad (rural, periurbana y urbana), y distintos modelos asistenciales que coexisten en la atención a la población infantojuvenil por los profesionales de enfermería. Desde el punto de vista de su formación hay profesionales generalistas, enfermeras familiares y comunitarias, y enfermeras con la especialidad de pediatría. En cuanto a la forma organizativa de la atención hay profesionales que se dedican de forma exclusiva a la atención de la población adulta o infantil y profesionales que compaginan ambas.

Hay pocos estudios de calidad que comparen ambos modelos de atención y sus resultados no son concluyentes[24,25,26], pero evidentemente, la especialización y la formación siempre serán un valor añadido. La comparación de los resultados de cartera o contrato programa de centro tampoco es valorable.

---

[24]Evaluación de modelos de organización en enfermería. Beamud Lagos M, García López M, Ochandorena Juanena MS, Gil de Pareja MJ, Pérez Rivas J, Sobrados Ferradal C. Jornada SEMAP. Madrid 5 de junio 2008.

[25]Planes de cuidados en la población infantil. Enfermera de pediatría vs enfermera de familia. Antón Barca C, García López M, López Palacios S, Sánchez García JM, Alejo Bru N, López Gómez C. Congreso Nacional de FAECAP. Santiago de Compostela 2015. Libro de comunicaciones

[26]Enfermera familiar o de pediatría: ¿qué modelo de trabajo es más efectivo en A. Primaria? R. García Vallejo, Enfermero del C. S. Campamento, Prof. asociado de la facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la UCM. A. Alberquilla Menéndez-Asenjo, Médico Técnico de Salud Pública de la UDM de A F y C Centro. C. Antón Barca y M. García López, Enfermeras Responsables de Centros de la DA Centro. S. López Palacios, Directora de Enfermería de la DAC. Metas Enferm abr 2017; 20(3):49-55

La enfermería pediátrica en España se diferenció como especialidad en 1964 (Decreto 3524/1964, de 22 de octubre), ante el convencimiento de que los problemas de salud y las necesidades de cuidados que se presentan durante la infancia y adolescencia son diferentes a los que se requieren en la edad adulta. Pero no es hasta el Real Decreto 450/2005[27] cuando adquiere la forma actual. Mediante la Orden SAS/1730/2010 del BOE [28] se estableció el programa formativo de la especialidad, el cual define el perfil de la enfermera especialista en Pediatría y las competencias a adquirir durante el período formativo.

La enfermera 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, primaria y hospital, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente sano o enfermo y su rehabilitación, dentro de un equipo multiprofesional y en colaboración con enfermeras especialistas de otras áreas[24]. Ver Anexo 6. La Especialidad de Enfermería pediátrica.

La enfermera familiar y comunitaria tiene como misión la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural, con un enfoque más preventivo y comunitario. Ver Anexo 7. La Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

El valor de la infancia y adolescencia para el futuro de las próximas generaciones ha determinado que uno de los parámetros más importantes que se utilizan para establecer el nivel de desarrollo de un país sean los índices de morbilidad y mortalidad infantil. Por todo ello, el Programa de Salud Infantil tiene una vertiente preventiva muy importante de educación para la salud, pero también otra de detección precoz de problemas que requiere conocimientos y experiencia.

Los profesionales de enfermería pueden implicarse en muchas de las actividades realizadas con la población infantojuvenil en el primer nivel de atención:

- Consulta a demanda de dudas y procesos banales
- Valoración (triaje) de los pacientes sin cita
- Educación en autocuidados y seguimiento de patologías crónicas
- Nuevos problemas emergentes:
    - La Salud Mental Infanto-Juvenil, los trastornos del desarrollo neuroevolutivo (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trastorno del espectro autista)
    - La adolescencia y las conductas de alto riesgo
    - Los problemas relacionados con la nutrición (obesidad y Trastornos de la conducta alimentaria).
    - La adopción, el fracaso escolar, la disfunción familiar y los derivados de la inmigración, la desigualdad y la marginación social, el maltrato infantil, etc.

[27] Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7354

[28] Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica.

El niño en el primer nivel no solo es "Niño Sano", es mucho más, y de su mejor conocimiento se derivará su mejor cuidado. Creemos que la enfermera pediátrica es el profesional más capacitado, por conocimientos y competencias, para la atención a la población infantojuvenil, resultando ser en muchas ocasiones el primer contacto de los padres con la AP. El escenario que planteamos es que ambas especialidades trabajen en colaboración y en beneficio de la población infantil y sus familias. Sin embargo esta forma de trabajar, basada en la capacitación y buscando la mejor calidad en la atención, choca con la realidad de las necesidades organizativas de los centros, de los pactos de gestión de RRHH o de los pactos con otros actores del sistema como los sindicatos.

Una mejora en el modelo de la atención pediátrica en nuestra comunidad, necesita centrar el debate en determinar cuál debe ser el nuevo rol de la enfermería, de manera que le ofrezca un papel más relevante y determinante como agente de salud, con asunción de nuevos cometidos en la promoción, prevención y cuidados en salud y nuevas competencias también sobre la enfermedad, es decir, nuevos roles profesionales, basados en un abanico de competencias más amplio, sea cual sea su formación de origen, pediatría o comunitaria.

Se debería por tanto definir este nuevo rol enfermero, orientando su formación y capacitación, y acompañado de una adecuada planificación de los recursos humanos respecto a los profesionales de enfermería en los servicios de salud[29].

4.3. Mejoras en la Atención Pediátrica en el primer nivel asistencial

La Atención Primaria debe seguir siendo la puerta de entrada y elemento clave de la sostenibilidad del sistema sanitario público, porque ha mejorado y puede seguir mejorando la salud de nuestra población. Hemos de buscar, entre todos los agentes implicados: gestores, profesionales, agentes externos, ciudadanos y pacientes, vías de solución a los problemas actuales, implantado medidas de mejora e innovación para el momento presente y con visión de futuro.

En esta proyección de futuro visualizamos una **Atención Pediátrica** en el primer nivel asistencial fortalecida, mejorada, empoderando la atención primaria, con una estructura organizativa flexible, que se adapte a la realidad social y a los recursos disponibles en cada momento, y en el que se reorganicen y surjan nuevos roles profesionales.

Creemos que los profesionales deben liderar este cambio, acompañando a la población en su relación con la salud y la enfermedad y contando con líderes de la organización comprometidos que faciliten la comunicación y resolución de problemas entre todos los agentes implicados.

Así los profesionales de la Pediatría, avalados por los años de experiencia en este nivel asistencial, consideran que una **Atención Primaria Pediátrica** que conjugara todo lo referido debería contar con un equipo de profesionales que desarrollaran las siguientes actividades:

- **Atención a demanda**, solicitada por la población, con cita previa.
- **Consulta Programada**, con cita previa, que permita la atención y seguimiento del niño sano, paciente crónico, revisión de tratamientos, realización de técnicas: cirugía menor, ecografía, espirometría; consulta social...
- **Paciente sin cita/urgente.** Circuito propio.
- **Actividad docente.** Voluntaria y reconocida.
- **Educación para la salud (EPS) y Atención comunitaria.**
- **Investigación. Posibilidad de Consultas monográficas en algunos centros referentes.**

Una vez de acuerdo en el modelo hacia el que se quiere ir, la Pediatría que se quiere tener en Atención Primaria en nuestra comunidad, se establecerá el marco legal, estructural y los recursos que se precisen para su consecución.

Este documento pretende ser el principio de un proyecto de mejora y renovación, analizando y revisando los problemas existentes, planteando soluciones con medidas serias, justificadas, adecuadas en tiempo y contexto, y enmarcadas en un equilibrio entre recursos y demandas, impulsando un aire nuevo, sin miedo al cambio.

A continuación desarrollamos los principales problemas que detectamos y las propuestas que planteamos, con el siguiente cronograma temporal de posible implantación:

- A corto plazo (<6 meses)
- A medio plazo (6-12 meses)
- A largo plazo (>12 meses)

5. PROBLEMAS DETECTADOS Y PROPUESTAS DE MEJORA

5.1. HORARIO DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA

EL **factor que más impacto tiene** a la hora de condicionar la situación laboral de los profesionales en AP es el **horario de trabajo.**

En nuestra comunidad la atención sanitaria está organizada en los centros de salud desde las 8.00h hasta las 21.00h ininterrumpidamente. En el caso de la atención pediátrica el grupo coincide en que este horario se adapta más a las necesidades de los adultos que a las de los niños.

Este horario laboral se identifica como un elemento clave que dificulta la conciliación con la vida familiar de los profesionales. De hecho, incide negativamente a la hora de elegir la AP como destino laboral de las nuevas generaciones, en las renuncias que se producen posteriormente en los profesionales de plantilla, incluso a plazas en propiedad, y en la solicitud de reducciones de jornada y otros permisos que dificultan la organización de la asistencia en los centros.

En pediatría es además un problema acuciante en el momento actual, con repercusión en la asistencia (reducciones de jornada y plazas sin cubrir). Hay que revisar si como sistema de salud podemos seguir ofreciendo un horario de atención tan amplio, en un contexto de déficit de profesionales, que en el caso de los niños es, además, probablemente innecesario. Otra cuestión es la atención al paciente urgente, que siempre tendrá su tiempo, y que es debatida más adelante en el documento.

El acuerdo sobre **turnos deslizantes,** que tan beneficioso ha sido en los centros para otros profesionales, ha podido ser aplicado de forma mucho menos amplia en las plazas de pediatría, dado el escaso número de pediatras por turno que hay en los centros, incluso en muchos de ellos profesionales únicos.

En un ámbito como es el sanitario, donde el capital humano es clave y ante profesionales escasos y de una alta cualificación como es el pediatra hoy en día, es necesario un cambio hacia una política de recursos humanos que ofrezca unas mejores condiciones laborales.

5.1.1. Situación en otras Comunidades Autónomas

La situación de los pediatras de la Comunidad de Madrid en cuanto a su horario laboral es mejorable si lo comparamos con el resto de España. Según un estudio realizado por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) los pediatras de la Comunidad de Madrid, que son el 14% de los pediatras de España, representan un 34% de todos los pediatras españoles que trabajan en turno de tarde[16].

En las comunidades autónomas de Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria, la mayoría de las provincias de Castilla y León (Ávila, Burgos, Palencia, Valladolid y Zamora), Extremadura y

Valencia no hay plazas de turno de tarde de Pediatría en los centros de salud. En 7 CCAA, que reúnen a 24 provincias de las 50 de nuestro país, no hay plazas en turnos de tarde. Con la provincia de Cuenca y la de Ourense suman 27 provincias españolas: más de la mitad del territorio nacional, sin pediatras trabajando en turno de tarde. En algunas de estas Comunidades los turnos en Pediatría son mixtos con 4 mañanas-1 tarde o 3 mañanas-2 tardes, pero no existen turnos de tarde como tal. En Cataluña la existencia de diversos proveedores de salud hace difícil obtener datos globales, pero no hay plazas de tarde fijas (5 tardes). Las plazas son de mañana o deslizantes. Plazas de tarde como tal solo existen en el ICS (Instituto Catalán de Salud), de forma no generalizada y con turno deslizante.

En Castilla La Mancha, en Albacete y Ciudad Real son un 5%, en Toledo un 10%. En 4 provincias de Castilla y León (León, Salamanca, Segovia y Soria) hay turnos de tarde esporádicos en muy pocos centros de salud. En Galicia en Lugo 5,5% y en Pontevedra 10%. En Murcia 5%.

En La Rioja 5,26%. En 13 provincias hay menos del 10% de pediatras en plazas de tarde.

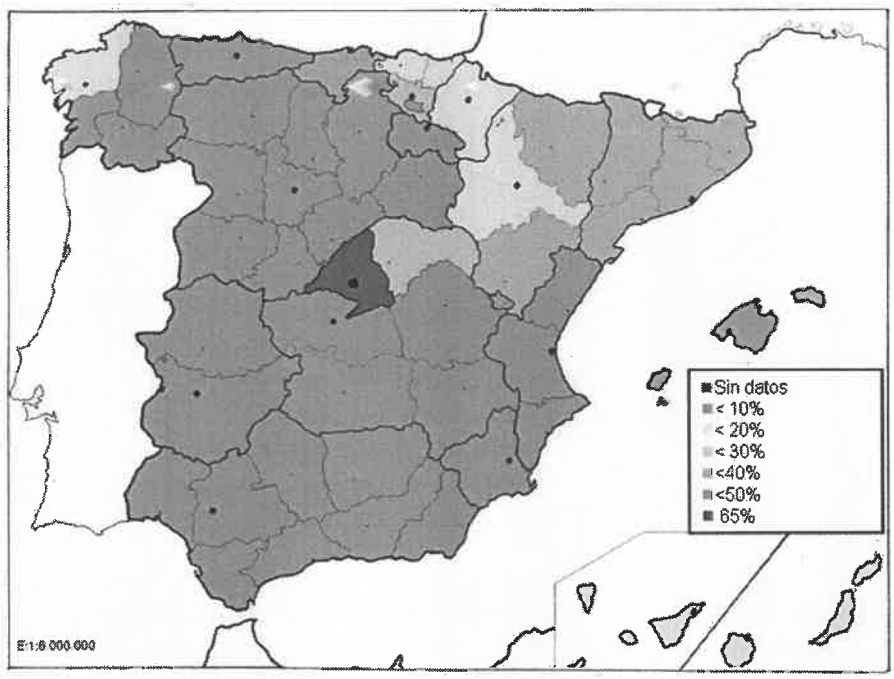
Comunidad	% plazas de tarde	% plazas tarde fija	Mañanas
Andalucía	0	0	Repartos en algunos centros para cubrir alguna tarde (urbanos)
Aragón*	9		
Asturias	0	0	2, 5 horas de tarde (15.00-17.30) a la semana para cumplir con jornada, pero se va a cambiar por 30 minutos más al día.
Baleares	0	0	4 mañanas y 1 tarde
Canarias	20	4	Mañanas: 20% puras. 20% 4 M/1T. 55% con 2 ó 3 tardes.
Cantabria	0	0	4 mañanas y 1 día hasta las 17.00. Los centros cierran a las 17.00.
Castilla La Mancha	7	7	En prov de Albacete y Cuenta hacen 4M/1T.
Castilla y León	1	1	Mañanas puras o 4 mañanas y 1 tarde. En Soria y Segovia 1 plaza de tarde fija pediatra de área.
Cataluña		0	4 mañanas y 1 tarde, algunos 3M/2T ó 2M/3T. Hay distintos proveedores. Solo el Insitutuo Catalán de Salud puede tener plazas orgánicamente de tarde, pero tardes fijas son excepcionales (no datos concretos).
Extremadura	0	0	
Galicia	15	9,7	El 10% de las plazas de mañana son deslizantes (4M1T ó 3M2T)
La Rioja	5	2,5	
Madrid	65	35	
Murcia	5		
Navarra	11	7	Plazas de tarde solo zona urbana
País Vasco	20		
Valencia	0	0	4 mañanas y 1 tarde en Valencia y Castellón. En Alicante igual con alguna plaza suelta 3M/2T.
* Aragón: datos solo provincia Zaragoza			

En total suman 40 provincias, de las 50 que existen en nuestro país, con menos del 10% de plazas de tarde.

En 7 provincias la situación empeora: Zaragoza (9%), A Coruña (13%) y Navarra (13%) llegando al 20 % de turnos de tarde en el País Vasco (23% Vitoria) y hasta el 21% en Guadalajara. Faltan datos de Teruel y Huesca.

La situación con mayor margen de mejora se da en Madrid, según datos de la AMPap de 2014[17], con el 65% de las plazas de Pediatría de los centros de salud de la comunidad con turno de tarde.

PORCENTAJE DE TURNOS DE TARDE EN PEDIATRIA DE AP
Datos AEPap 2017

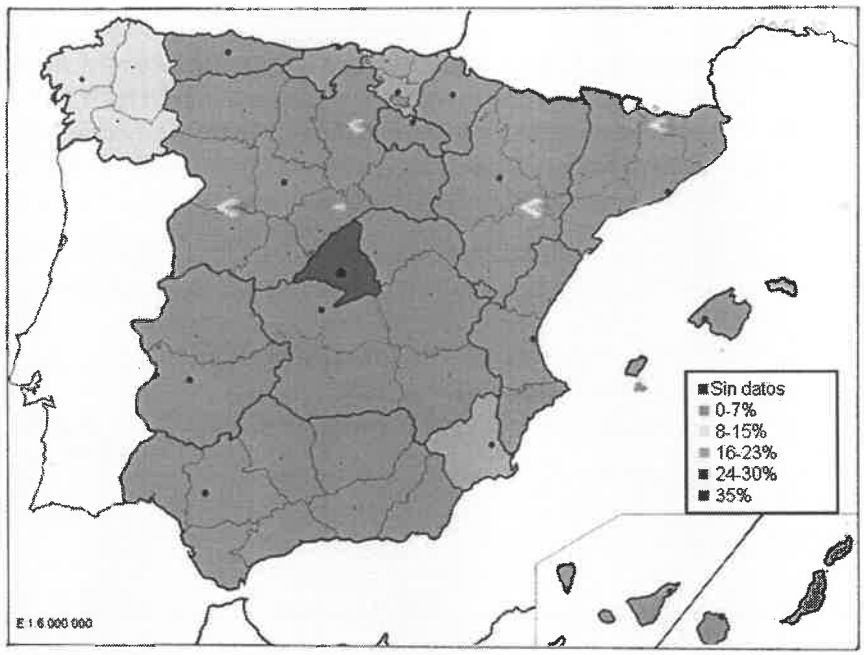


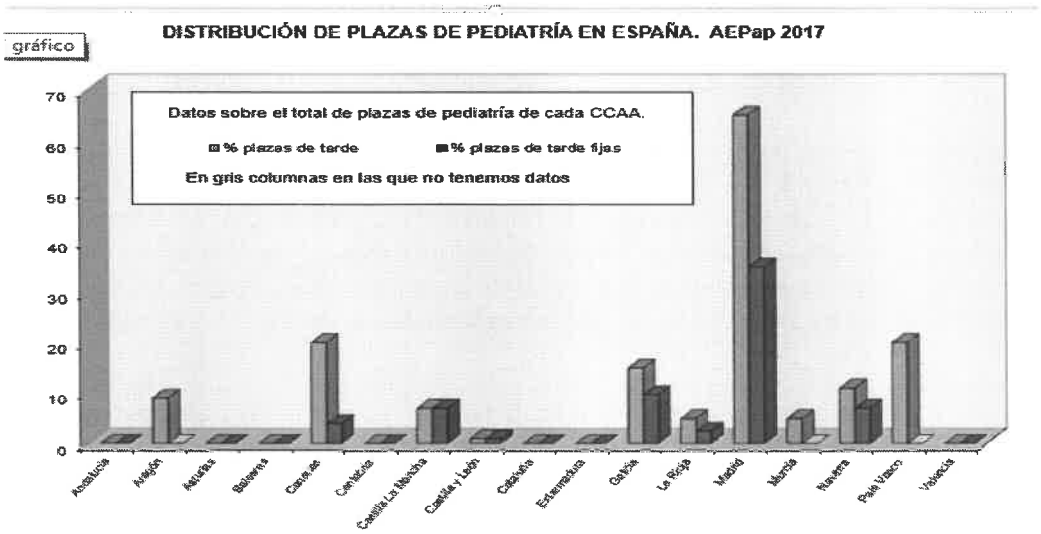
Si tenemos en cuenta datos sobre plazas de tarde fijas (5 tardes a la semana) la situación en la Comunidad de Madrid, con un 35% de plazas en esta situación, es más excepcional aún. La Comunidad que más se le acerca es Galicia, con un 9,7%, seguida de Castilla La Mancha con un 7%. El resto por debajo del 5% y en muchas de ellas no existe este tipo de turnos (ver gráfico). No tenemos datos sobre plazas con turno fijo de tarde en Euskadi, Aragón, Murcia, donde el porcentaje global de plazas de tarde, deslizantes incluidas, es del 20, 9 y 5% respectivamente.

En cuanto al horario de finalización del turno de tarde en las provincias y centros donde existe, varía entre las 17.00 horas en Cantabria, las 20.00 h en el País Vasco, Navarra, Andalucía o Baleares y las 21.00 h en Madrid o La Rioja.

PORCENTAJE DE TURNOS DE TARDE FIJOS EN PEDIATRIA DE AP

Datos AEPap 2017





Medidas propuestas:

Organización funcional y de agendas en tres fases:

1) ***A corto plazo****. Es necesario actuar sobre aquellas plazas de pediatría que aún hoy siguen teniendo un turno de tarde fijo. El mecanismo actual por el que se instauran los turnos deslizantes ha demostrado ser poco eficaz en Pediatría, por no permitir su aplicación en muchos casos. Así se propone que estas plazas queden fuera de ese acuerdo general, favoreciendo una flexibilidad organizativa y horaria, dada la situación crítica de la pediatría y en aras de intentar dar la mejor atención posible acorde a los recursos disponibles en el momento actual.*

   Dado que el objetivo a largo plazo es valorar la posibilidad de citación en los centros de salud hasta las 18.30h, con independencia de que se siga prestando atención hasta las 21,00 h, se plantea que las ***plazas de tarde de Pediatría*** *funcionalmente* ***se conviertan en 3 mañanas y 2 días de 11.30 a 18.30 h, o si no fuera posible 2 tardes.***

   En este punto se considerarían dos excepciones:

   1. *Que el profesional que ocupa una plaza de tarde pura y prefiera ese turno podría seguir teniéndolo.*
   2. *Que en el centro no haya espacio físico para establecer ese deslizamiento. En este caso se podría valorar la posibilidad de priorizar el turno deslizante del pediatra con respecto a otras categorías o, al menos, poder ocupar el espacio físico disponible por la mañana en las mismas condiciones que el resto. Podría ser que, aun así, hubiera centros donde no fuera posible. Esos centros mantendrían pediatra en turno de tarde fijo siendo conscientes del riesgo grande que corren esas plazas de quedar sujetas a una reducción de jornada o a quedar vacantes.*
      Como complemento *a esta medida, y para favorecer la conciliación de los pediatras de tarde, podría aplicarse a las plazas* ***vacantes de turno de mañana un horario de 4 mañanas y 1 tarde*** *(esa tarde con horario bisagra 11.30-18.30 h), respetando los derechos adquiridos de los actuales propietarios con turno de mañana puro. Para quienes son ya propietarios se podría aplicar algún tipo de incentivo en la medida en que voluntariamente quisieran permutar su horario un día a la semana con un compañero de tarde.*

      Asimismo cuando se cree una ***nueva plaza de pediatra único*** *en un centro ésta debería ser de mañana o a lo sumo turno de 11.30 a 18.30h.*

   Paralelamente se considera necesaria la información y concienciación de la población en dos sentidos:

   1. El uso adecuado de los servicios sanitarios de forma general, no solo de las urgencias hospitalarias sino también del centro de salud.

   2. Informar sobre el nuevo sistema organizativo y la necesidad de adecuarse al mismo, especificando que la atención a partir de las 18.30h será exclusivamente para aquellas situaciones urgentes o no demorables.

2) ***A medio plazo.*** *El horario de atención programada y/o con cita en los centros de salud de la Comunidad de Madrid para la atención pediátrica terminaría a las 18.30 h, de lunes a viernes. Esta medida supondría que:*

   - *Las plazas de pediatría que actualmente son de **tarde pasarían** a tener un horario bisagra **de 11.30 a 18.30h**.*

   - *Establecer un **Plan Organizativo** para asegurar la **asistencia urgente desde las 18.30 hasta las 21.00h,** en tanto la población va siendo conocedora de los nuevos cambios organizativos y las medidas educativas a la población van siendo implementadas. La realidad geográfica, de recursos y presión asistencial es muy diversa en nuestra comunidad, de ahí que pudiera haber varias posibilidades organizativas, para cuyo diseño nos ofrecemos a colaborar con nuestra gerencia.*

3) ***A largo plazo: Horario de atención hasta las 18.30 horas y apertura de los centros o puntos de atención continuada a partir de esa hora.*** *Un nuevo modelo de atención primaria adaptado a un escenario más que probable de escasez de médicos en general y en el que prime la distinción clara entre la consulta habitual (programada y a demanda) y la demanda de atención urgente (justificada o no). El grupo de trabajo lo considera un objetivo deseable a largo plazo aunque la propuesta excede del objetivo del grupo, al incluir a todas las categorías profesionales.*

   En este punto se quiere reflejar la problemática del **Área rural** por la gran dispersión de la población. En esas zonas puede ser necesario, en virtud de una optimización de recursos, reorganizar la asistencia evitando que los profesionales deban desplazarse a varios dispositivos. En la Comunidad de Madrid podrían plantearse, si no se ha hecho ya, medidas organizativas en este sentido en aquellos núcleos donde no exista una población infantil como para justificar una plaza de pediatría.

5.2. NÚMERO INSUFICIENTE DE PROFESIONALES CON EL MODELO ACTUAL

5.2.1. MIR de Pediatría

*5.2.1.1. El número de **pediatras que se forman vía MIR***

Es insuficiente para cubrir las necesidades asistenciales en el momento actual en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid.

En España contamos con 413 plazas MIR de pediatría en 2017, 80 son de la CM (19,37%). Analizando lo ocurrido en los últimos años, descontados los residentes que retornan a su comunidad autónoma de origen para ejercer, 1 de cada 4 residentes no opta por trabajar en la sanidad pública. De los que sí lo hacen solo 2-3 de cada 10 eligen AP como destino laboral [16,17].

Asimismo la creación de 12 nuevos hospitales en la CM en los últimos 10 años, sumando un total de 36 hospitales públicos en nuestra comunidad, está suponiendo un desvío de profesionales hacia este nivel en detrimento de la atención primaria.

Medidas propuestas:

- *Proponer a las administraciones competentes aumentar el nº de plazas MIR pediatría*

5.2.1.2. No elección de la Pediatría de AP como destino laboral

5.2.1.2. a. Escaso contacto durante su período formativo con la pediatría de atención primaria

La formación de los MIR de Pediatría es fundamentalmente hospitalaria, en tiempo y orientación profesional. Durante los cuatro años de residencia, el contacto con la AP está limitado a un periodo muy corto, que ronda el 5% del tiempo del total de sus rotaciones por diferentes servicios y subespecialidades.

Resolver este desequilibrio parte del reconocimiento de la Pediatría de AP como un área de capacitación específica, ya que las habilidades y capacidades necesarias en este campo no se adquieren desde la generalidad clínica de la formación que se ofrece en la residencia de Pediatría.

El último Programa Oficial de la Especialidad (POE) de Pediatría y sus Áreas Específicas[8] incluye un documento anexo, la "Guía orientativa de conocimientos para la realización del plan formativo aplicable a las rotaciones de residentes de Pediatría y sus áreas específicas por centros de salud acreditados a tal fin". Desde la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) se consideró la necesidad de desarrollar y ampliar dicha guía. Así en el año 2010 publican el "Programa de formación. Área de capacitación específica en pediatría de Atención Primaria"[29]y posteriormente la "Guía abreviada para la rotación del residente por Pediatría de AP"[30]. Ambos documentos pretenden ser herramientas de apoyo y orientación, para guiar tanto la formación del residente de Pediatría como del pediatra de AP en ejercicio, teniendo como objetivo alcanzar las competencias específicas que se precisan para trabajar en el primer nivel asistencial. Estas quedan recogidas también en el primer "Currículum Europeo de Pediatría de AP publicado en el año 2014"[31].

Medidas propuestas:

---

[29]Disponible en https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/programa_formacion_aepap.pdf
[30]Disponible en https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/cuadriptico_mir_0.pdf
[31]Disponible en https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/curriculo_europeo_ingles_alta.pdf

- *Promocionar el conocimiento de la Pediatría de AP a los diferentes estratos formativos, estudiantes y residentes.*

  - *En **Grado**:*
    - *Proponer a las Universidades incorporar la rotación de Pediatría en la planificación de rotaciones de los alumnos de Medicina en los centros de salud.*
    - *Plantear a las universidades la participación más directa de pediatras de AP en la formación de estudiantes: clases, seminarios, prácticas...*

  Para ello precisamos:
    - *En un primer momento sondear a los pediatras de AP dispuestos a participar en la tutorización de alumnos de grado de Medicina.*
    - *Definir los elementos esenciales a trabajar con los estudiantes: duración de la rotación y contenidos.*
    - *Posteriormente presentar a las Facultades de Medicina la oferta de rotación por consultas de Pediatría de AP.*

  - *En **Postgrado (MIR)**:*
    - *Analizar el grado de cumplimiento del período de rotación por pediatría de AP.*
    - *Impulsar medidas para garantizar el cumplimiento de esta rotación, establecida en el programa de la especialidad de Pediatría y sus Áreas específicas y que es de 3 meses*[8]
    - *Establecer unos objetivos de aprendizaje "mínimos" durante el período de rotación tanto para MIR de Pediatría como de Medicina de Familia (Anexo 5). Propuesta de guion para la rotación por Pediatría AP.*
    - *Promover el conocimiento por parte de los tutores y colaboradores docentes de los documentos mencionados con anterioridad de apoyo a la docencia*[30, 31, 32]
    - *Organización de cursos, jornadas, con temas que competen a la AP dirigidos a los residentes de Pediatría en formación.*
    - *Posibilidad de diseño de rotación para el MIR de Pediatría de 4º año de residencia que elige AP.*

- *Realizar periódicamente un sondeo entre los residentes de Pediatría para conocer sus inquietudes y tener en cuenta sus opiniones para mejorar nuestra Pediatría de AP*[32].

- *Establecer un feed back con las Unidades docentes sobre el trabajo de los colaboradores docentes y tutores: puntos a mejorar.*

- *Presencia del pediatra de AP en las Comisiones de docencia de los hospitales.*

- *Apoyar la incorporación de pediatras de AP como Tutores MIR de Pediatría.*

- *Reconocimiento y compensación a los tutores y colaboradores docentes.*

5.2.1.2. b. Otras opciones laborales más atractivas

El aumento de los hospitales de la red pública en nuestra comunidad en los últimos años ha supuesto la integración en sus plantillas de profesionales de pediatría, con menoscabo de la Atención Primaria. Las plazas de pediatra estatutario en hospitales públicos en la comunidad de Madrid han aumentado de 326 a 500 (30 mayo 2017, plantillas del SERMAS) es decir un 54%, mientras que en AP de 726 a 912, solo un 25%[35,36].

Asimismo dadas las difíciles condiciones laborales en AP eligen otras opciones como trabajar en la medicina privada o migrando a otras comunidades y destinos.

Medidas propuestas:

- *Priorizar la contratación de pediatras en AP, que es donde más se precisan, limitando los contratos de guardias en hospitales. Así asegurando la asistencia en el primer nivel mejoraremos la atención y disminuiría la frecuentación a las urgencias hospitalarias no justificadas.*

- *Nuevas modalidades de contratación que contemplen la problemática coyuntural actual y le den respuesta: horarios, compatibilidades, remuneración adecuada.*

5.2.2. Pediatras

También buscan opciones laborales mejores que les permitan conciliar su vida familiar y/o mayor proyección profesional.

---

[32] Encuesta a residentes de pediatría de la CAM. Elaborada por AMPap. 2014. Disponible en http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2015/01/Documento-Encuesta-Residentes-Pediatr%C3%ADa-AMPap.pdf

Medidas propuestas:

- *Evitar la marcha de profesionales con opciones laborales más atractivas: horarios, remuneración, nuevas modalidades de contratos, incentivos específicos.*
- *Permitir a los pediatras suplentes, compatibilizar Atención Primaria con guardias hospitalarias, tanto en pública como en privada, sin exigir tantos requisitos para la compatibilidad.*
- *Permitir el trabajo público en dos comunidades autónomas sin penalización.*
- *Personal exclusivamente dedicado a la Pediatría en la bolsa de trabajo de la Gerencia de AP, lo que permitirá una gestión más eficaz en la contratación de profesionales.*
- *Permitir, diseñar e impulsar la proyección profesional dentro de nuestra organización, con reconocimiento de méritos y potenciando el talento.*

5.2.3. Médicos no pediatras

En los últimos años y ante la escasez de pediatras, profesionales no pediatras (médicos de familia la mayoría) están pasando consultas de Pediatría. Estos profesionales presentan dificultades a la hora de consolidar su plaza en el sistema. Entendemos que hay que buscar una solución para esta situación a través de medidas de estabilidad de los profesionales no pediatras en plazas de Pediatría.

Medidas propuestas:

- *Reconocer el tiempo trabajado en Pediatría para concursos de oposición y/o traslado de Medicina de familia, como si se hubiera pasado una consulta de medicina de familia.*
- *Ofrecer las vacantes resultantes tras procesos de OPE y traslado, a recolocación de forma provisional hasta nueva adjudicación por pediatras en OPEs, traslados o movilidad.*
- *Mantener la posibilidad de pasarse a plazas de Medicina de Familia en cualquier momento cuando el interesado lo solicite, por mejora de empleo (a veces esto no resulta posible por falta de pediatras).*
- *Estabilidad en los contratos hasta los concursos de OPE, traslados o movilidad interna. (Hacer contratos con duración mínima de un año)*
- *Planteamos la opción de que estos profesionales pudieran adquirir la condición de interinos en plazas de Médicos de familia adscribiéndose posteriormente de forma provisional a las plazas de Pediatría no cubiertas por especialistas en pediatría, hasta adjudicación por pediatras en OPEs, traslados o movilidad . En el momento de redactar este documento parece que esta propuesta ha sido aprobada por Mesa Sectorial de Atención Primaria, reunidos el día 24 de octubre de 2017.*

- *Facilitar adscripciones de forma provisional a consultas vacantes de Pediatría, hasta su cobertura por pediatras en nuevas OPE , traslados o concursos de movilidad, para aquellos que quieran continuar en plazas de Pediatría tras obtener la condición de propietario de Medicina de Familia.*

- *Establecer un valor, como mérito extra de cara a concursos y oposiciones para la categoría de médico de familia no como una mayor ponderación directa en el tiempo trabajado sino en el "compromiso con la organización".*

- *Mejorar/flexibilizar la compatibilidad laboral. Permitir a los médicos de familia suplentes, compatibilizar Atención Primaria con guardias hospitalarias tanto en pública como en privada.*

- *Permitir el trabajo público en dos comunidades autónomas sin penalización.*

5.2.4. Problema para el recambio generacional

Según datos de plantilla de AP publicados por SERMAS, a fecha 22/8/2017 existen 912 plazas de pediatría de AP, 11 pediatras de área y 7 pediatras de cupo, total 930 plazas de pediatría. El plan de ordenación de recursos humanos del SERMAS[33] (datos a 31/12/2012) refleja que 261 pediatras de AP (36% de la plantilla entonces) se jubilarán en un plazo de 10 años (31/12/2022), al igual que 171 pediatras hospitalarios (52%), de manera que en total 432 pediatras se jubilarán hasta 2022[34]. Las plazas MIR de Pediatría en la convocatoria 2017-18 fueron 423 plazas en España, 84 en Madrid (BOE nº 223, 15 septiembre 2017)[35]. Las plazas en Madrid en las últimas 5 convocatorias fueron 406 en total en los 5 años. Si estimamos según la tendencia de los últimos años que 1 de cada 4 residentes no opta por trabajar en la sanidad pública y que de los que sí lo hacen solo 2-3 de cada 10 eligen AP como destino laboral, podríamos concluir que de las 406 plazas MIR ofertadas en los últimos 5 años, en torno a 304 optarían por la sanidad pública y de esos entre 60 y 90 lo harían por Atención Primaria, es decir entre 12-18 pediatras al año. Si el total de pediatras de AP a jubilar entre 2012 y 2022 serán 261 (unos 26 al año), quedarían sin cubrir entre el 30-55% de las jubilaciones.

5.3. CONSULTAS SATURADAS

Entre los factores dependientes de la administración, de los profesionales y del propio sistema sanitario que favorecen el aumento de la demanda y la saturación de las consultas, encontramos:

- El aumento de los ratios por profesional debido a la escasez de los mismos:

---

[33] Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud

[34] Estudio de efectivos por edad y sexo

[35] Estadística elaborada por el Ministerio de Sanidad.
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMiisterior/SUAP/Estad

- Existe un excesivo número de TSI adjudicado por profesional, hecho que dificulta una atención humanizada y de calidad.

- Según datos del SIAP (Sistema de Información de Atención Primaria) de 2016, Madrid cuenta con 908 plazas de pediatría de AP (el 14% del total de España). Madrid es la comunidad autónoma con más TSI por pediatra, 1173 frente a la media española de 1040, y con mayor número de consultas entre 1251 y 1500 TSI y más de 1500 TSI por pediatra, el 39% y el 45% del total de España respectivamente. Más de un tercio de las plazas de pediatría de AP en Madrid tiene más de 1250 TSI asignadas y una de cada 10 más de 1500 (Figura 1).

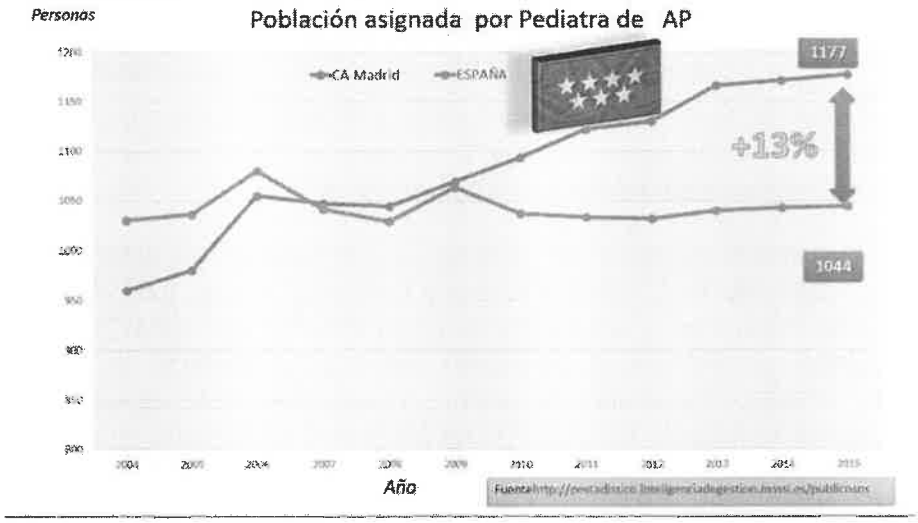


Figura 1.

- No adecuación de los cupos según zona geográfica y perfil poblacional.

- Desequilibrio de cupos entre profesionales, incluso en un mismo centro de salud.

- Escasa libertad de gestión de agendas por parte del propio profesional.

- Escaso tiempo de atención por paciente (citas cada 5 minutos).

- Sobrecarga de tareas derivadas desde atención hospitalaria (recetas inducidas).

- Burocratización excesiva (certificados, informes de salud,...).

- Protocolos y programas de seguimiento no actualizados ni basados en la evidencia científica disponible.

- Escasa comunicación con profesionales de otros niveles (hospitalarios y de centros de especialidades).

- Cultura de accesibilidad ilimitada (la salud como bien de consumo), sin medidas de control y organización adecuadas, para problemas que en ocasiones no requieren

realmente contacto con el sistema sanitario, generando una utilización desorganizada e ineficiente de los servicios sanitarios, junto a una importante sobrecarga de los profesionales.

Medidas propuestas:

A corto plazo:

- *Establecer una diferencia no superior al 10% entre los cupos de profesionales del mismo centro o centros cercanos, fomentando la adjudicación de pacientes a los cupos menos sobrecargados, siempre respetando la normativa vigente de libre elección.* [36]

- *Reconocimiento del número real de pacientes asignados, independientemente de su situación administrativa.*

- *Tiempos mínimos de atención por paciente con criterios de calidad, seguridad y humanización*[37]*: 10 minutos por paciente en cita a demanda, 20 minutos para citas de revisiones del programa de salud infantil y actividades actualmente contempladas en cartera de servicios y estrategia de crónicos.*

- *Agilizar los procesos de actualización de protocolos disponibles en AP-Madrid; en el caso de pediatría actualmente los de Obesidad y Seguimiento del paciente asmático, para poder incorporar las nuevas actuaciones consensuadas en los grupos de trabajo.*

- *Seguimiento del Programa de Salud Infantil (PSI), que se posiciona como un documento de recomendaciones, avalado por profesionales y por la Gerencia, y que contempla las actividades a realizar, la cronología de las mismas y los profesionales encargados, descansando mayoritariamente en los profesionales de enfermería (última actualización 2017).*

- *Desburocratización de la consulta: Trabajar de forma coordinada con la Consejería de Educación para acordar procedimiento ante faltas escolares por motivos de salud, tal y como se realiza en otras Comunidades*[38]*. Son los padres los responsables de justificar las faltas de asistencia. Se facilitarán circuitos coordinados entre sanidad, educación y servicios sociales para el correcto seguimiento de niños con absentismo escolar frecuente. Los centros escolares proporcionarán el justificante correspondiente a los padres a los que hayan avisado para que recojan a su hijo.*

---

[36] DECRETO 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Artículo 5.

[37] Código de Ética y Deontología Médica. Artículos 18.1 y 20.1

[38] Orden de 26 de octubre de 2012, de la Consejería de Educación, Formación y Empleo de Murcia por la que se establece y regula el Programa Regional de Prevención, Seguimiento y Control del Absentismo Escolar y Reducción del Abandono Escolar (Programa PRAE).

- *Aplazar las actividades del Programa de Salud Infantil en mayores de 2 años en los meses de mayor demanda asistencial para poder realizarlas con posterioridad en los meses de abril a septiembre.*

- *Preservar los equipos de pediatría con 3 o más profesionales y no fragmentarlos, dado que podrían trabajar como una unidad funcional con capacidad organizativa y resolutiva de cara a ausencias por diferentes motivos.*

A medio plazo:

- *Decretar un número máximo de TSI por pediatra (800-1000) y enfermero (1700-2000)*[39]

- *Determinar un factor corrector que ajuste dicho límite según zona geográfica, dispersión, perfil poblacional y nº de profesionales*[40].

- *Establecer un tiempo mínimo de permanencia con un pediatra tras haber ejercido el derecho a libre elección de profesional, con el objeto de permitir una continuidad asistencial, y modular reiterados cambios de pediatras intracentro de pacientes.*

- *Mejorar la coordinación entre Hospital-Atención Primaria a través del uso de correo electrónico, teléfono y figuras de enlace que faciliten el seguimiento y manejo de forma individual y concreta de los pacientes.*

- *Promover Educación Para la Salud grupal que han demostrado ser, al menos, tan efectivas como la atención individual y con mayor contenido, sin incrementar el tiempo invertido*[41]. *Permiten un aprendizaje centrado en la familia con mayor participación de los padres. Se realizaría en grupos sistemáticos y evaluados en el CPC en número según pirámide poblacional de cada centro.*

A largo plazo:

- *Elaborar protocolos de atención hospitalaria-primaria, para problemas y patologías prevalente, válidos para todos los hospitales de la Comunidad de Madrid. Por ejemplo: protocolos de Gastro-Suroeste; protocolo de seguimiento de prematuros. Difusión a profesionales y pacientes.*

- *Formar a los profesionales sanitarios en habilidades de comunicación y técnicas de educación para la salud grupal e individual.*

---

[39]La calidad de la Asistencia Pediátrica de Atención Primaria en los Sistemas Sanitarios Públicos Españoles: "No más de 1.000 niños para cada pediatra en Atención Primaria". Grupo de Consenso de Pediatría de Atención Primaria. Asociación Española de Pediatría y Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). Documento aprobado en octubre de 2001. Enlace a PDF.

[40]Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud. Artículo 6.

[41]F. Bargall et al. Recomendaciones de GATPap sobre los profesionales responsables del Programa de Salud Infantil (PSI). Enero 2015.

- *Optimizar la oferta formativa y, de forma paralela, establecer indicadores que permitan identificar a aquellos profesionales que precisan actualizar sus conocimientos sobre el manejo de patologías y problemas prevalentes, reduciendo el uso de recursos innecesarios y la petición de pruebas e instauración de tratamientos no indicados que, de forma directa aumentan el gasto sanitario y la demanda. → Ver Anexo 2 "No hacer en pediatría".*

- *Mejorar la gestión de las agendas (microgestión y agenda de calidad) → Ver Anexo 3. Gestión de agendas.*

- *Favorecer el uso de las **nuevas tecnologías** (blogs, webs, redes sociales, desarrollar más ampliamente la web institucional para pacientes).*

- *Potenciar la **consulta no presencial.** Promover el uso del correo institucional para la relación con los pacientes, estableciendo un circuito adecuado para citación en agenda, que permita el abordaje de algunas consultas que no requieren la presencia física en los centros de salud. → Ver Anexo 4. El correo electrónico en la consulta de pediatría.*

5.4. ACCESIBILIDAD Y ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN PEDIATRÍA: DEMANDA ASISTENCIAL, ATENCIÓN AL PACIENTE NO CITADO, USO DEL SISTEMA SANITARIO COMO UN BIEN DE CONSUMO.

5.4.1. Alta demanda asistencial

La accesibilidad de nuestro sistema sanitario público, sobre todo en AP y en urgencias, unido a una sociedad que busca la inmediatez en la resolución de sus demandas, hace que la población acuda a estos servicios de forma cada vez más frecuente tanto por motivos reales de atención como por cuestiones banales que podrían ser solventadas por otros cauces[42].

El hiperfrecuentador pediátrico consulta en urgencias como primera opción por procesos generalmente poco urgentes que no requieren intervenciones diagnóstico-terapéuticas de

[42]Millas Rosa J, Otegui Recio A, Perez G, Arzuaga Arambarri MJ, Martinez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Miembros del Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Guipúzcoa (CGO). Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? Aten Primaria 2011; 43(10):516-23.

forma sistemática[43]. Además la condición de hiperutilizador tiende a mantenerse constante hasta la vida adulta.

Esta hiperdependencia/hiperfrecuentación de algunos ciudadanos se ha convertido en un problema grave, crónico y de alcance que precisa múltiples abordajes ya que su disminución reduciría la presión asistencial y mejoraría la calidad asistencial al tener más tiempo para atender lo realmente importante

Medidas propuestas:

- ***EPS grupal:*** *Mejorar la educación sanitaria de la población, trabajando con metodología de EPS grupal con tiempos establecidos en las agenda: grupos de padres y de crianza dirigidos por profesional de enfermería formado en los centros de salud, difusión de documentos informativos para los paciente, guías de autocuidados[44].*
- ***EPS individual:*** *Favorecer la autonomía en la toma de decisiones que evita la dependencia, facilitando protocolos de actuación ante procesos banales prevalentes, con recursos ya elaborados (Familia y Salud, EnFamilia, Sociedad Española de Urgencias pediátricas...). Mantener al paciente informado sobre la evolución esperable de su proceso: tiempos estimados de evolución y signos de alarma.*
- *Considerar la* ***ansiedad familiar*** *sobre todo materna como factor determinante y modificable para disminuir la hiperfrecuentación pediátrica[45].*
- ***Establecer un número aconsejable de consultas diarias que*** *puede atender un profesional para asegurar una atención de calidad y segura para el paciente[46].*
- ***Reestructuración y ajuste de cupos*** *pediátricos dentro de los EAP.*
- ***Búsqueda activa*** *mediante sistema informático,* ***de pacientes hiperfrecuentadores*** *para ofrecer formación e información dirigida sobre educación sanitaria.*

5.4.2. Atención al paciente no citado

Existen pocos estudios en nuestro medio que analicen de forma específica la razón del aumento de las consultas "sin cita" y de las medidas recomendadas para mejorar el problema, aunque coinciden en la mayoría de sus conclusiones: la "urgencia pediátrica" se ha convertido

---

[43]Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García S, Campos Segura A, Fernández Iglesia V. Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? An Pediatr (Barc), 86 (2017), 67-75

[44] Material elaborado por el grupo EPS de la AEPap para uso racional de urgencias pediátricas. http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud/biblioteca/programa-de-eps-sobre-el-uso-racional-de-las-urgencias-pediatricas

[45]Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Bellón Saameño JA, Castillo Castillo R. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en atención primaria. Aten Primaria. 1992;10:591-7

[46] Código de Ética y Deontología Médica. Artículos 18.1 y 20.1

en un hábito social con importantes repercusiones sobre todo el sistema sanitario (insatisfacción de usuarios y profesionales, sobrecarga asistencial, consumo de recursos,...)[47].

La Pediatría de Atención Primaria tiene la peculiaridad de contar con menos profesionales disponibles en cada centro, en comparación con el número de médicos de familia y enfermeros. Esto supone que todos los pacientes que acuden "sin cita" al centro serán valorados por los mismos profesionales que atienden, de forma simultánea, a todos los pacientes con consulta a demanda o programada, sin posibilidad de reparto o de destinar un profesional para urgencias, como ocurre en ocasiones con el equipo de médicos de familia.

Además de campañas educativas sobre el uso racional de los recursos sanitarios es fundamental que la Administración legisle sobre el acceso a los recursos con medidas que regulen los flujos de pacientes evitando un uso inadecuado y reiterado de los dispositivos sanitarios basados en un acceso sin control. La consecuencia de estos flujos desordenados hace que el incremento de la oferta de dispositivos asistenciales genere un aumento de la demanda sin racionalizar su uso[48].

Es evidente que es un problema difícil de abordar pero parece que está claro que **aumentar la oferta horaria tampoco resuelve el problema de base, que es el uso inadecuado de las urgencias**[49].

Objetivos a corto y medio plazo:

- Mejorar la calidad asistencial mediante el correcto manejo del paciente sin cita.
- Reorganizar la atención de estos pacientes mediante un sistema de triaje que permita priorizar la atención de la verdadera urgencia médica.

Objetivos a largo plazo:

Atender en las consultas de Pediatría de los centros de salud sólo aquellos pacientes con cita programada, a demanda y verdaderas urgencias médicas, estableciendo otros circuitos de atención para los pacientes que demanden asistencia sin cita que sea evaluada por los profesionales sanitarios como demorable.

Medidas propuestas:

Basamos gran parte de nuestras propuestas en el estudio e informe realizado por el Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de la Sociedad Valenciana de AP[50].

---

[47] Álvarez de Laviada Mulero et al. Informe GATPAP. Recomendaciones para la atención de urgencias y consultas no demorables en la consulta pediátrica de atención primaria.

[48] Luaces C. Hiperfrecuentación en las urgencias pediátricas. Respuesta del autor. An Pediatr (Barc), 87 (2017), 122

[49] Herranz Jordán B, Jiménez García JJ. Hiperfrecuentación en urgencias pediátricas. An Pediatr (Barc), 87 (2017), 121

[50] Álvarez de Laviada Mulero et al. Informe GATPAP. Recomendaciones para la atención de urgencias y consultas no demorables en la consulta pediátrica de atención primaria.

5.4.2.1. Actuaciones dirigidas a los usuarios/pacientes

- *Averiguar la causa del mal uso de la consulta (horario laboral, limitación por trabajo, demanda de la escuela,...) mediante encuestas, entrevistas, grupos focales...*
- *Ofrecer alternativa asistencial según la causa que ha generado la consulta sin cita.*
- *Informar al paciente por qué profesional va a ser valorado y qué circuito seguirá su demanda (Ver Anexo 1. Pacientes sin cita)*
- *Informar verbalmente del mal uso cada vez que se produzca.*
- *Información dirigida a los ciudadanos: Campaña institucional sobre el uso racional de los servicios pediátricos: cómo funciona el sistema sanitario, coste y que los recursos disponibles son limitados.*
- *Difusión de nuevos recursos disponibles como la Escuela Madrileña de Salud, organizado por la Subdirección de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid.*

5.4.2.2. Actuaciones dirigidas al personal de los equipos sanitarios

5.4.2.2. a. Personal no sanitario de los centros de salud

- *Proporcionar a los usuarios información actualizada sobre el funcionamiento del centro de salud con las diferentes opciones para solicitar cita con pediatría o enfermería, los horarios de atención de sus profesionales, fechas de revisiones del programa de Salud Infantil. Se podrá acompañar de información por escrito elaborada por la Gerencia y adaptada a las necesidades de cada centro/área de salud. (Ver Anexo 1.2.)*
- *Participar en el cumplimiento del protocolo de atención al paciente sin cita. Cada centro o área de salud podrá establecer un diagrama de flujo adecuado a sus necesidades entre las diversas opciones que se encuentren validadas por la Gerencia. Ver 5.4.2.2.b.*
- *Participar de forma proactiva en el cambio de paradigma que supondrá la gestión del paciente sin cita. Se posibilitará la asistencia a cursos de formación sobre comunicación con el paciente y estrategias para la correcta citación de los pacientes. Será fundamental la coordinación con el equipo de Pediatría.*
- *Implicar a los auxiliares administrativos en la elaboración de los circuitos coordinados con el equipo de Pediatría con el objetivo de informar y concienciar a los pacientes del uso adecuado de los servicios sanitarios.*
- *Participar en explicar el concepto de urgencia médica y cita no demorable y el circuito a seguir ante la demanda del paciente dando el folleto informativo por escrito.*

5.4.2.2. b. Personal sanitario: Equipo de pediatría

Medidas propuestas para enfermería:

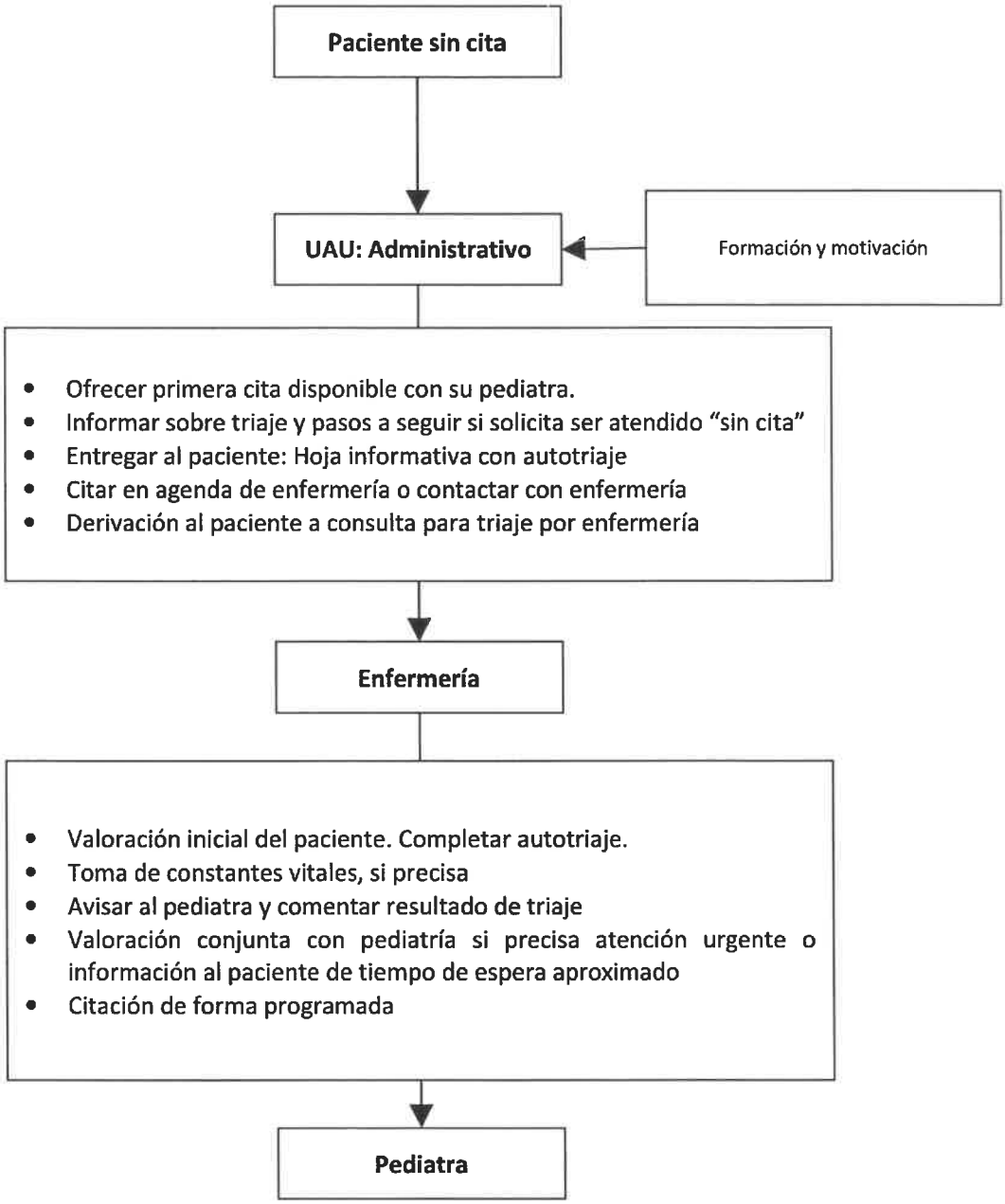
- *Poner en marcha un **sistema de valoración** por enfermería[51], que permita conocer el grado de urgencia de atención médica de los pacientes que esperan ser atendidos sin cita en AP[52], de forma que se pueda establecer el recurso y el tiempo de demora de atención más adecuado para cada caso, con el objetivo final de reducir la morbimortalidad de los pacientes que acuden sin cita[53].*
    - *La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias asume y propone que la actividad de recepción, acogida y triaje sea realizada por enfermeros (artículos 52,53 y 54 del RD 1231/2001 de 8 de noviembre y Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias).*
    - *El triaje en AP (TAP/TEP) tendrá como objetivo clasificar a los pacientes en función de la gravedad de su situación clínica (ver anexo TEP), para lo que será necesaria la realización de talleres de formación específica para enfermería.*
- *Realizar una guía de intervenciones de enfermería con protocolos y algoritmos consensuados para actuar y prestar atención inicial frente a los motivos de consulta más frecuentes (fiebre, heridas, quemaduras, dificultad respiratoria, síndrome miccional, vómitos,...)*
- *Se podrán establecer diferentes circuitos, en función de las características de cada centro o área de salud. Realizamos aquí una propuesta general. Ver anexo 1.4.*

---

[51]Brugués Brugués A, et al. Evaluación de la gestión enfermera de la demanda en atención primaria. Aten Primaria. 2015

[52] I.Rancaño-García, J.C. Cobo-Barquín, R.Cachero-Fernández, J.A. Noya-Mejuto, J.M.Delgado-González y R.Hernández-Mejía. Triaje en los servicios de urgencia de atención primaria Semergen.2013;39(2):70-76

[53]María Candelaria Ayuso Raya, Nieves Perez López, María José Simarro Herraez, y Francisco Escobar Rabadán. Valoración de un proyecto de "triage" de urgencias por enfermería de atención primaria. REV CLIN MED FAM 2013;6(3):144-151


Paciente sin cita
UAU: Administrativo
Formación y motivación
Ofrecer primera cita disponible con su pediatra.
Informar sobre triaje y pasos a seguir si solicita ser atendido "sin cita"
Entregar al paciente: Hoja informativa con autotriaje
Citar en agenda de enfermería o contactar con enfermería
Derivación al paciente a consulta para triaje por enfermería
Enfermería
Valoración inicial del paciente. Completar autotriaje.
Toma de constantes vitales, si precisa
Avisar al pediatra y comentar resultado de triaje
Valoración conjunta con pediatría si precisa atención urgente o información al paciente de tiempo de espera aproximado
Citación de forma programada
Pediatra

Medidas propuestas para Pediatría:

- *Mejorar la gestión de las agendas (microgestión) (Ver Anexo 3. Gestión de agendas)*
- *Mejorar la interrelación y comunicación con los centros docentes y de atención a la infancia.*
- *Realizar una guía de intervenciones de enfermería con protocolos y algoritmos consensuados para actuar frente a los motivos de consulta más frecuentes (fiebre, heridas, quemaduras, dificultad respiratoria, síndrome miccional, vómitos,...)*

5.4.2.3. Actuaciones dirigidas a la Administración Sanitaria

- *Facilitar sustituciones ante ausencias de profesionales y refuerzos en épocas epidémicas mediante la creación de un pool de pediatras interesados en contratos cortos o doblajes.*
    - *Destinar un administrativo concreto en la bolsa de pediatría para la gestión de las suplencias y refuerzos necesarios.*
    - *Mejorar las retribuciones en caso de doblajes y suplencias.*
- *Garantizar respaldo institucional frente a la decisión de los profesionales de prestar atención únicamente a aquellos pacientes que acuden sin cita en los que la atención sanitaria no deba ser demorada atendiendo a criterios médicos, elaborando normativas visibles para los usuarios sobre situaciones que no serán atendidas sin cita (solicitud de recetas, derivaciones, ...). Ver Anexo 1.3.*
- *Campaña educativa por parte de las instituciones sobre el uso racional de los servicios pediátricos de urgencias.*
- *Facilitar la formación de los profesionales en gestión de consultas y habilidades de comunicación para seguir unas normas comunes en todos los centros.*
- *Adecuar las nuevas tecnologías ante las ausencias, es decir que sea posible solicitar cita web y aplicación móvil con otro profesional del centro cuando su pediatra/enfermera no está ese día o días.*
- *En el caso de que no haya profesional disponible en su centro, se podría avisar a los pacientes, a través de la aplicación y de la web, del centro sanitario al que deben acudir (protocolo por ausencia de pediatra en el centro).*

5.4.3 El sistema sanitario como bien de consumo

Las causas del uso inadecuado de los servicios sanitarios no dependen sólo del propio usuario. Son factores múltiples; sociales, dependientes de la administración y/o del sistema, de los

profesionales sanitarios y no sanitarios, que hay que tener en cuenta para actuar sobre todos ellos[54].

Como factores dependientes del usuario: ansiedad familiar, incompatibilidad de horarios, falta de autonomía en el cuidado de su salud, comodidad, falta de apoyos familiares, falta de empoderamiento de los padres o tutores legales..

Como factores sociales: la nueva cultura sanitaria con un bombardeo continuo de información/pseudoinformación, expectativas en relación a la salud, estilo de vida, cultura consumista e inmediatez, baja tolerancia a la enfermedad, falsa idea de gratuidad de los servicios.

Como factores dependientes de la administración y/o sistema sanitario: aumento de los ratios por profesional, burocratización excesiva, imposibilidad de pedir cita por teléfono en determinados horarios, restricciones en la gestión de algunos trámites, accesibilidad sin filtros, modelo de consulta casi exclusivamente presencial.

Como factores dependientes de los profesionales: escaso trabajo en equipo, mala gestión de agendas, paternalismo, medicina defensiva, excesiva dependencia de la opinión de los sanitarios.

Medidas propuestas:

- *Campañas institucionales: Información dirigida a los ciudadanos sobre uso racional (y coste) de los servicios sanitarios, recursos disponibles limitados, fomentar autocuidados. (http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/listadoNormativas.jsf#no-back-button)*[55]

- *Manejo de los pacientes anárquicos, averiguando el motivo del mal uso del sistema (horario laboral, limitación por trabajo, cuidadores, etc.)*

- *Ofrecer alternativas asistenciales (consulta no presencial: telefónica*[56]*, correo electrónico, cita diferida,...)*

- *Entregar hoja informativa sobre el funcionamiento de las consultas → Ver Anexo 1.2*

- *Evitar el exceso de visitas no fundamentadas en la evidencia científica como el seguimiento de procesos banales.*

- *Informar y posponer la atención del paciente que consulta sin cita con un motivo demorable explicando el uso inadecuado del sistema*

---

[54]Jiménez Alés R. Sobrecarga asistencial y accesibilidad desmedida: el fracaso del éxito. La pediatra dependencia y la limitación de la calidad de la asistencia. Pediatría Integral 2011; 15 (nº esp 14):97-100

[55]ORDEN 727/2017, de 7 de agosto, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid

[56]Monsalve Saiz M, Peñalba Citores AC, Lastra Gutierrez S. La consulta telefónica en Atención Primaria, ¿está justificada? Rev Aten Primaria. 2013;15:329-31

- *Campañas (audiovisual y escrita) sobre el uso racional de los servicios pediátricos.*

5.5. AUSENCIA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

La actuación de los profesionales de enfermería es vital en Atención Primaria, con sus propias competencias y trabajando en equipo con el resto de profesionales sanitarios y no sanitarios, tanto en la promoción, prevención y cuidados, como en la enfermedad, en la patología crónica y aguda.
Las premisas necesarias para una atención de calidad proporcionada por enfermería a la población infantojuvenil son: capacitación, formación, tiempo, continuidad en la atención y trabajo en equipo.
Dada la realidad de la que partimos en el momento actual, exponemos las siguientes

Medidas propuestas:

A corto plazo:

- *Mantener la estructura funcional de los CS en los que existen enfermeras con dedicación exclusiva o preferente a la población infantil, para evitar que por ajustes de plantilla esa población sea atendida por varios profesionales de enfermería.*

- *Revisión de agendas de pediatras y enfermeras con población infantil para evitar la sectorización de sus horarios, posibilitando la citación conjunta con ambos cuando las circunstancias lo requieran, fundamentalmente para actividades del programa de Atención a la Salud Infantil.*

- *Ubicar la consulta de enfermería pediátrica próxima al resto del equipo pediátrico para posibilitar asistencia conjunta.*

- *Aplazamiento en los meses de mayor demanda asistencial, de las actividades del Programa de Salud Infantil en mayores de 2 años, para poder realizarlas con posterioridad en los meses de abril a septiembre.*

- *Definir un nuevo rol de enfermería para Atención primaria, como ya se ha comentado anteriormente en este documento, y planificar el número de profesionales de enfermería (pediátrica o comunitaria) con competencias para la atención infantojuvenil, priorizando aquellos centros en los que existan plazas vacantes prolongadas sin cubrir por pediatra*

- *Contratación y traslados en enfermería a Atención primaria por competencias y formación, no por tiempo trabajado. Existe un número considerable de profesionales de enfermería, con historia laboral en el medio hospitalario, sin ningún conocimiento de AP, que recalan en este nivel, sin demostrar el manejo de las competencias que luego tendrán que desarrollar y ser responsables.*

A medio plazo:

- *Incrementar los profesionales de enfermería en los centros de salud, para el desarrollo de las actividades antes expuestas. Dadas las dificultades actuales y futuras de encontrar facultativos para el sistema sanitario público, se plantea esta opción organizativa: podría aplicarse en periodos de mayor demanda (noviembre-abril) para la atención a los pacientes sin cita, quizás priorizando en zonas de mayores umbrales, demanda asistencial y problemática social.*

- *Priorizar la contratación de profesionales de enfermería con dedicación a la población pediátrica en los centros con población menor de 15 años superior a 1500 por cupo pediátrico.*

- *Pilotar una nueva forma de atención pediátrica en centros de salud que actualmente tengan una plantilla de 5 ó más pediatras, o una población menor de 15 años superior a 4000 personas, para desarrollar este nuevo modelo de trabajo de enfermería dedicado exclusivamente a la atención infantil.*

- *Aumentar la contratación de enfermería con capacitación en la atención a la población infantil en zonas de salud con plazas de pediatría sin ocupar o aquellas que tienen elevada problemática socio-familiar.*

- *Racionalizar el número de profesionales de enfermería con dedicación preferentemente pediátrica asegurando una atención de calidad a la infancia en todas sus vertientes: prevención, educación y cuidados.*

A largo plazo:

- *Remuneración personalizada de los profesionales de enfermería en función de la población atendida. En pediatría valorar sobre todo los menores de 2 años y el grupo de 2 a 6 años, introduciendo un sistema capitativo en función del número de tarjetas sanitarias.*

- *Remuneración por asumir agendas de pacientes citados por otros compañeros no sustituidos.*

- *Cada Dirección Asistencial valorará el reparto de estos profesionales en los distintos centros sin menoscabo de la atención pediátrica, quedando sujeto a una norma o bien mayor y no a intereses particulares.*

- *Se debería favorecer la incorporación de las enfermeras especialistas en pediatría sobre todo en las plazas acreditadas para la docencia de los EIR de Pediatría.*

5.6. EL PAPEL DE LA PEDIATRÍA DE AP DENTRO DEL SISTEMA SANITARIO

5.6.1. Mejora de la coordinación con el nivel hospitalario

El primer nivel de atención cuenta con profesionales altamente cualificados y manifiesta una alta capacidad resolutiva. Además el coste en el primer nivel es inferior al que se genera en la atención hospitalaria[57].

Esto se ha de apoyar, mantener e incluso mejorar, intentando evitar interferencias competenciales.

Medidas propuestas:

- *Mejorar la relación Atención Primaria y Hospital. Grupos de trabajo, protocolos conjuntos. Figuras de enlace, eficientes y comprometidas.*
- *Impulsar e implementar la e-consulta. Ya hay proyectos en la comunidad, como un canal de comunicación eficiente para el paciente y para los profesionales.*
- *Potenciar la Continuidad Asistencial en todas sus vertientes.*
- *Actualizar la dotación de medios y pruebas diagnósticas en Atención Primaria. Revisar y completar el desarrollo de circuitos para el acceso a determinadas pruebas ya contempladas en el Catálogo de Pruebas diagnósticas[58].*
- *Manejo en atención primaria de problemática de salud que perfectamente se puede asumir en este nivel asistencial.*

5.6.2. La política sanitaria y la necesidad de definir el modelo a seguir de atención a la población infantojuvenil en el primer nivel asistencial de nuestra Comunidad.

Tradicionalmente la infancia se ha visto como un grupo etario sin apenas problemas, pocas demandas y por tanto con pocos recursos a emplear, no prestándole la atención que merece. La atención pediátrica desde los comienzos de la AP ha estado mayoritariamente en manos de pediatras, especialistas en el primer nivel, trabajando en equipo con profesionales de

[57]ORDEN 727/2017, de 7 de agosto, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid
[58]Catálogo de Pruebas Diagnósticas disponibles desde Atención Primaria. 2006: https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/CarteradeServicios/Otrosdocumentosrelacionados/CatalogodePruebas Diagnosticas.pdf

enfermería, modelo que ha demostrado ser el más coste eficiente, de mejores resultados en salud y muy aceptado por la población[9, 11,12].
Ante la problemática de falta de profesionales, se han buscado soluciones de compromiso y se ha perdido la esencia del modelo inicial. Por ello es prioritario que se defina qué modelo de atención pediátrica se quiere para la población infantojuvenil de la Comunidad de Madrid y dirigir todos los esfuerzos en su consecución, con un proyecto serio, realista, con unas bases sólidas sobre las que construir y avanzar.

Medidas propuestas:

- *Políticas sanitarias concretas, justificadas, coherentes, con proyección a largo plazo.*
- *Definir el modelo sanitario a seguir, con posibilidad de reevaluación y adecuación a los cambios y demandas sociales y a los avances científico técnicos que vayan ocurriendo.*
- *Pacto entre Administración, Sociedades, Colegios Profesionales, Sindicatos profesionales, usuarios del sistema... por un renovado modelo de atención sanitaria en AP.*

5.6.3. Visibilidad pediátrica en los objetivos de la organización

Objetivos en cartera, en contrato programa, desarrollo de planes específicos para la infancia (Prematuros, adolescentes, paciente crónico pediátrico, actividades comunitarias, EPS...

Medidas propuestas:

- *Implementación y desarrollo de estas actividades a corto-medio plazo.*

5.6.4. La Pediatría en el organigrama sanitario de AP

No se cuenta con pediatras en cargos de organización y gestión, donde serían el perfil profesional indicado dada su cualificación y conocimiento del campo en el que trabajan.

Medidas propuestas:

- *Profesionalización de la gestión, también para los pediatras.*
- *Mejora de la comunicación dentro del organigrama sanitario.*
- *Potenciar la figura del coordinador de pediatría dotándolo de los medios y recursos que precise para su labor.*
- *La existencia en el organigrama sanitario de una Figura o cargo con dedicación exclusiva a la Pediatría de AP.*

5.6.5. Los profesionales de la pediatría frente a las nuevas tecnologías.

Durante los últimos años la incorporación de nuevas herramientas y programas informáticos ha mejorado la gestión de las consultas, con posibilidad de registro y posterior análisis y consecuente mejora de las actividades realizadas por los profesionales. Véase Consult@Web, e-Soap, Farmaweb...

A diferencia de los residentes de Medicina de Familia, los residentes de Pediatría desconocen que pueden acceder a cursos de formación sobre estas herramientas y programas informáticos implantados en atención primaria. Asimismo muchos pediatras no utilizan estos recursos por falta de tiempo o por no conocer bien su funcionamiento y utilidad para la actividad pediátrica.

Medidas propuestas:

- *Establecer un Protocolo de incorporación de nuevo pediatra a AP: Destinar un administrativo de la Bolsa de trabajo de Atención Primaria a la contratación de pediatras de atención primaria que en el momento de la firma de contrato se encargue de proporcionar información básica, si es la primera vez que se incorpora a la Pediatría de Atención Primaria. Como ejemplo, entregar dossier informativo elaborado entre sociedades científicas y Gerencia, disponible en http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2017/05/2017_05_InfoPrimaria.pdf*

- *Dar a conocer a los residentes de pediatría la accesibilidad a formación específica en herramientas y programas informáticos implantados en AP.*

- *Ofertar a los pediatras cursos de gestión de las diferentes aplicaciones informáticas con contenidos y supuestos prácticos especialmente dirigidos a los pediatras de AP y que sean objetivos de formación valorados como "líneas estratégicas".*

- *Mejorar la visibilidad de los contenidos de actividad pediátrica y facilitar su registro (por ej. que al codificar asma u obesidad se abra protocolo correspondiente)*

- *Mejorar la explotación informática de los datos sobre adecuación de prescripciones en población pediátrica de acuerdo a la evidencia científica y los estándares de calidad y seguridad.*

5.7. REMUNERACIÓN

La Mejora de las condiciones laborales es un objetivo clave a la hora de atraer hacia la Atención Primaria, a los pediatras recién formados, y contrarrestar, en cierto modo, el escaso interés que estos profesionales muestran por la Atención Pediátrica en el primer nivel asistencial. Las condiciones laborales son también el motivo por el que algunos pediatras, incluso con plaza fija, abandonan la AP. Ello obedece a varias causas ya analizadas en este documento y previamente en numerosos foros y grupos de trabajo: turnos incompatibles con la conciliación familiar y laboral, falta de reconocimiento profesional, demandas sin control,

reparto de consultas por ausencias de compañeros, dificultad para docencia o para participar en otras actividades que la meramente asistencial, soledad en muchas ocasiones etc. .....

Hemos de remarcar que el pediatra como parte integrante de la AP, comparte con los médicos de familia la mayoría de los problemas anteriormente enumerados, por lo que **nuestras propuestas relativas a la mejora de las retribuciones son comunes a ambos.**

Por otro lado, somos conscientes de que el tema de retribuciones es competencia de otros organismos como sindicatos, dentro de las correspondientes mesas de negociación pero, pensamos y solicitamos que se establezca un reconocimiento retributivo por la sobrecarga asistencial que supone la asunción de consultas no suplidas, a veces de manera mantenida durante meses e incluso años, por diversos motivos: vacantes, reducciones de jornada, bajas maternales o ausencias por los permisos reglamentarios, sin cubrir , y asumidas por un solo profesional en numerosas ocasiones y no repartidas como en el caso de los compañeros médicos de familia.

Medidas propuestas:

A corto plazo:

- *En caso de **vacantes no cubiertas durante más de 15 días**, se procederá a **retribuir el pago de TIS entre el resto de pediatras** que asumen la atención de ese cupo de pacientes.*
- *Articular también el pago en aquellas situaciones que supongan la derivación de pacientes a pediatras de centros de salud próximos.*
- ***Contratar por periodos largos,** no por días sueltos, de forma que cualquier suplente pueda cobrar las fiestas que haya entre semana.*
- *Pagar mejor los doblajes, o asumir que el doblaje, como opción para paliar una ausencia, se conceptúe como 4h de consulta abonándose como un doblaje de jornada completa.*
- *Abonar los fines de semana a los profesionales que hagan suplencias cuando los contratos engloben dichos días.*

A medio plazo:

- ***Revisar e implantar**, los Acuerdos del 29 de noviembre de 2006, sobre AP (Resolución del 30 de marzo de 2007 de la DG de Recursos Humanos) por los que se dictaban las instrucciones para **el abono de consultas no suplidas. Repartos.***
- *Aplicar un **complemento en las retribuciones para las jornadas de tarde,** un 15%, que no se llegó a implantar en ningún momento, estando recogido en la resolución anterior. Entendemos que no habría lugar a establecer esta compensación en la medida de que el turno de tarde fijo en pediatría desaparezca, según lo propuesto en el apartado de "horarios". No obstante sería necesario implementarlo mientras tanto en las plazas que aún continúen siendo de tarde hasta las 21.00 h.*

- ***Actualizar el pago capitativo (TIS),*** *con la idea de, al menos, igualar las retribuciones totales percibidas por este concepto, a las de nuestros compañeros de Medicina de familia, injustamente superiores a las de los pediatras desde la implantación del pago por TIS para un cupo máximo teórico (desde los años 90). Podrían para ello asimilarse los grupos de edad de 0-2 años, y de 3 a 6, en un mismo grupo. Además podría aumentarse el coeficiente en los menores de dos años, si no se considerará la anterior propuesta.*

A largo plazo

- *Dado que por CEIBE se conocen los pacientes* ***de libre elección, factor corrector para este grupo de pacientes,*** *especialmente si proceden de otras zonas básicas.*
- ***Compensar económicamente la superación de los cupos óptimos*** *(800-1000) con un coeficiente de multiplicación sobre el complemento percibido por pago capitativo y modulado por la presión asistencial.*

6. RESUMEN EJECUTIVO

Mejoras en el modelo de la Atención Primaria Pediátrica en la Comunidad de Madrid

El modelo español de atención a la infancia en el primer nivel asistencial, basado en la asistencia a los niños por pediatras, ha demostrado ser altamente resolutivo, costo/efectivo y satisfactorio para las familias.

La figura del pediatra de AP (PAP) es clave en el acceso de los niños al sistema sanitario, tanto para los problemas de salud comunes e indiferenciados, las enfermedades agudas, los problemas psicosociales, como para las intervenciones preventivas (cribados, vacunaciones) y el seguimiento de su crecimiento y desarrollo. En la comunidad, es un agente de salud pública, comprometido con la educación sanitaria y la promoción de estilos de vida saludables. Asimismo atiende problemas complejos y enfermedades crónicas, coordinado con los especialistas hospitalarios. Es esencial en su papel como guía de las familias en un sistema sanitario complejo.

El Pediatra de AP trabaja en equipos competentes con otros profesionales, principalmente profesionales de enfermería, donde asume un papel de cooperación y coordinación.

La Administración Sanitaria debe asegurar que los niños y adolescentes reciban los mejores cuidados posibles a cargo de los profesionales más cualificados para ello.

Como Grupo de Trabajo de la Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria (GAAS) creemos que el mejor modelo de atención sanitaria a la población infantojuvenil en el primer nivel asistencial, debería ser aquel que se base en la atención proporcionada por pediatras y profesionales de enfermería con dedicación exclusiva o preferente a este grupo de población.

No obstante el principal problema de la pediatría de AP en la Comunidad de Madrid es la **escasez de pediatras y la organización de los existentes**. Este déficit se ha intensificado durante los últimos años, y la situación puede deteriorarse aún más en el futuro por la ausencia de recambio generacional.

Las consultas de PAP en Madrid son en el momento actual, las que más demandas asistenciales /día reciben de España, presentan los cupos más altos y el mayor porcentaje de PAP con más de 1250 y 1500 TIS. Esta sobrecarga en la asistencia repercute negativamente en la calidad de la atención prestada.

Es evidente que se precisan medidas diferentes si se quiere, no solo preservar un modelo exitoso que aporta tanto a la salud de los niños de la Comunidad de Madrid, sino también mejorarlo y adaptarlo a la realidad social y profesional actual y futura. La transición hacia este modelo exigirá la implantación de medidas que permitan progresivamente la nueva organización, priorizando aquellas que puedan tener mayor impacto a corto plazo en el alivio de la difícil situación actual o que sean el primer paso de avance en una línea de mejora futura.

El grupo de trabajo considera que las dos medidas fundamentales que han de ponerse en marcha de forma inmediata son:

A) El **aumento de plazas MIR** para la formación de futuros pediatras.

B) **La mejora de las condiciones laborales y profesionales**, con el objetivo de reducir la fuga de los pediatras que actualmente trabajan en AP, atraer nuevos profesionales que actualmente ejercen en otros ámbitos y, a medio-largo plazo, que el aumento de número de profesionales derivados del incremento de plazas MIR repercuta positivamente en la pediatría de AP.[59]

El resto de las propuestas realizadas para esta mejora de la pediatría de AP deberían implantarse, o al menos abordarse, de forma conjunta y transversal, pues muchas de ellas, y no una sola, inciden con mayor o menor peso, en la posible solución o alivio del problema.

Como decálogo de propuestas el Grupo establece las siguientes medidas:

1. **Establecer horario de atención pediátrica en AP de 8.00h a 18.30h** con reajuste de los turnos laborales de los profesionales.
2. Adjudicar **mayor número de profesionales de enfermería dedicados preferente o mayoritariamente a la atención de la población infantojuvenil.**
3. **Organizar la atención al paciente sin cita** dando respuesta a la población, pero diferenciado de la cita a demanda y programada.
4. **Mejora salarial, carrera profesional.**
5. **Retribución de la sobrecarga asistencial: repartos, consultas no suplidas.**
6. **Priorizar la contratación de pediatras en AP frente al Hospital.**
7. **Informar a la población** sobre recursos sanitarios y su uso adecuado.
8. **Aumentar la capacidad resolutiva** de los pediatras de atención primaria: tiempos adecuados en consulta (10 min visita a demanda, 20 min visita concertada) y más recursos: técnicas diagnósticas, ampliar pruebas complementarias.
9. Potenciar el **empleo nuevas TICs en AP**: información, consulta.
10. Presencia del **pediatra en el organigrama sanitario.**

Los profesionales que han realizado este análisis de situación, y que representan a todos los implicados en la atención a los niños en el primer nivel asistencial, agradecen la confianza de la Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria al invitarles a participar en la elaboración de este documento, y en la generación de las propuestas que contiene, necesarias para mantener la calidad de la atención sanitaria que los niños madrileños disfrutan y que no deben perder en el futuro.

[59] https://www.consalud.es/profesionales/medicina/fallo-del-gobierno-en-sus-previsiones-sobre-la-escasez-de-medicos-en-2017_43406_102.html

7. TABLA RESUMEN DE PROPUESTAS

PROBLEMAS	PROPUESTAS
1. Horario de atención pediátrica	*A corto plazo:* - Turno de tarde: priorizar deslizantes mínimo 3T+2M o turnos de 11,30 a 18,30 h. *A medio plazo:* - Finalizar la atención pediátrica a las 18 horas. Circuito de asistencia de pacientes sin cita con atención no demorable de 18:30 a 21 horas atendido por pediatras. - Estudio de organización de atención pediátrica en el área rural. *A largo plazo:* - Cierre de los CS a las 18,30 h y atención en los centros de atención continuada.
2. Número insuficiente de profesionales	*A corto plazo:* - Personal exclusivamente dedicado a pediatría en bolsa de trabajo de la Gerencia de AP. - Priorizar desde la Consejería de Sanidad la contratación de pediatras en AP frente a contratos hospitalarios o privados. - Obligar al cumplimiento de la rotación mínima establecida de los MIR de Pediatría en la CAM. - Apoyar la incorporación de pediatras de AP como tutores MIR de Pediatría. - Reconocimiento y compensación a los tutores y colaboradores docentes. - Reconocer a los profesionales médicos de familia que pasan consultas de pediatría el tiempo trabajado en Pediatría para concursos de oposición y/o traslado de Medicina de familia, como si se hubiera pasado una consulta de medicina de familia. - Posibilidad para los médicos no pediatras de pasarse a plazas de Medicina de Familia en cualquier momento cuando el interesado lo solicite, por mejora de empleo. - Compatibilización de AP con guardias hospitalarias. - Permitir el trabajo público en dos comunidades autónomas *A medio plazo:* - Nuevas modalidades que mejoren el atractivo de los contratos de AP - Establecer objetivos mínimos de aprendizaje durante la rotación de MIR en Pediatría de AP. - Fomentar rotación por Pediatría de AP desde pregrado.

	- Favorecer el acceso a plazas de Profesor Universitario a pediatras de AP. - Facilitar adscripciones temporales a consultas vacantes de Pediatría, hasta su cobertura por pediatras en nuevas OPEs, traslados o concursos de movilidad, para aquellos que quieran continuar en plazas de Pediatría tras obtener la condición de propietario de Medicina de Familia. - Establecer como mérito añadido el tiempo trabajado en consultas de Pediatría para los médicos no pediatras. - Estabilidad en los contratos de plazas de Pediatría hasta concursos de OPE, traslados o movilidad interna. *A largo plazo:* - Proponer aumentar número de plazas MIR de Pediatría, como medida con repercusión a largo plazo que requiere instauración urgente.
3. Consultas saturadas	*A corto plazo:* - Limitar si existe una diferencia máxima de TSI entre profesionales del mismo centro o cercanos - Actualizar protocolos AP-Madrid-PSI - Coordinar con Educación la no petición ni emisión de justificantes médicos. Emisión de justificantes en el centro escolar si avisan a los padres. - Implantar Consulta no presencial: correo electrónico para pacientes y TICs. - Limitar revisiones PSI de > 2 años a épocas de menor demanda asistencial. - Contratar personal eventual de refuerzo en épocas epidémicas. *A medio plazo:* - Decretar un máximo de TSI por pediatra y enfermera. - Determinar factores correctores para cupo máximo - Tiempos mínimos 10 minutos para consulta a demanda, 20 minutos para programas de cartera de servicios - Mejorar microgestión de agendas de calidad - Mejorar coordinación y comunicación con hospital - Protocolos AP-Hospital comunes para toda la CAM *A largo plazo:* - Formación y mejora de las habilidades de comunicación y EPS - Establecer mejores indicadores sobre buena práctica clínica en pediatría
4. Alta demanda asistencial, atención al	*A corto plazo:* - Sistema de triaje por enfermería de pacientes sin cita. - La atención médica pediátrica se realizará acorde a la

paciente no citado, y uso inadecuado del sistema sanitario	situación y recursos disponibles en cada CS - Aviso en , sistema de citación , APP y web sobre ausencia del pediatra asignado y circuito alternativo de cita - Posibilidad de solicitar cita a través de APP y web con otro profesional (del mismo centro o diferente) ante ausencias *A medio plazo:* - Limitar el número máximo de consultas totales diarias (a demanda+concertada+no demorable) por profesional. - Mejorar el conocimiento del usuario sobre el funcionamiento de los centros de salud *A largo plazo:* - Atender en la consulta de pediatría de los CS sólo aquellos pacientes con cita, y urgencias médicas, estableciendo otros circuitos de atención para los pacientes sin cita demorable. - Mejorar la educación sanitaria, empoderamiento y capacidad de autocuidado de la población.
5. Ausencia de enfermería pediátrica	*A corto plazo:* - Racionalizar el reparto de profesionales de enfermería asegurando una atención de calidad a la infancia. - Mantener la estructura funcional de los Centros de Salud en los que existen enfermeras con dedicación exclusiva o preferente a la población infantil. - Evitar la sectorización de horarios, posibilitando la citación coordinada con el pediatra. - Fomentar la consulta a demanda de las agendas de enfermería pediátrica. - Mejorar la formación de enfermería específica para pediatría - Contratación y traslados en enfermería a Atención primaria por competencias y formación, no por tiempo trabajado. *A medio plazo:* - Enfermería con dedicación exclusiva o preferente a la edad pediátrica - Priorizar los centros con plazas de pediatría sin cubrir, con mayor presión asistencial y/o elevada problemática socio-familiar - Adecuar las actividades del PSI en mayores de 2 años en los meses de mayor demanda asistencial (noviembre – abril) para la atención a los pacientes sin cita, priorizando zonas de mayores umbrales, demanda asistencial y problemática social. - Contratación de profesionales de Enfermería pediátrica en los centros con población menor de 15 años superior a

	1500 por cupo pediátrico. *A largo plazo:* - Favorecer la incorporación de las enfermeras especialistas sobre todo en las plazas acreditadas para la docencia de los EIR de pediatría. - Enfermeras especialistas en pediatría en todas las consultas de enfermería que atienden a la población infantil. - Remuneración en función de la población atendida y asunción de agendas de pacientes citados por otros compañeros no sustituidos.
6. La Pediatría de AP dentro del organigrama sanitario	*A corto plazo:* - Personal administrativo exclusivamente dedicado a pediatría en GAAP. - Protocolo de incorporación de nuevo pediatra a AP: información básica. - Potenciar la figura del coordinador de pediatría dotándole de los medios y recursos que precise para su labor. - Ofertar cursos de aplicaciones informáticas con contenidos especialmente dirigidos a los pediatras de AP (líneas estratégicas de formación). *A medio plazo:* - Incluir pediatras dentro del organigrama de la GAAP. - Mejorar la relación Atención Primaria y Hospital. Grupos de trabajo, protocolos conjuntos. Figuras de enlace, eficientes y comprometidas. - Impulsar e implementar la e-consulta, como un canal de comunicación eficiente entre profesionales y profesionales-pacientes. - Potenciar la Continuidad Asistencial en todas sus vertientes. - Aumentar la dotación de medios y pruebas diagnósticas en atención primaria. *A largo plazo:* - Mejora de la comunicación dentro del organigrama sanitario - Políticas sanitarias concretas, justificadas, coherentes, con proyección a largo plazo. - Definir el modelo sanitario a seguir, con posibilidad de reevaluación y adecuación a los cambios y demandas sociales y a los avances científico técnicos que vayan ocurriendo.
7. Remuneración	*A corto plazo:*

	- Contratar por periodos largos y no por días sueltos, - Pagar a los suplentes los fines de semana cuando los contratos engloben esos días. - Retribuir el pago de TIS en el caso de vacantes no cubiertas por un periodo superior a 15 días entre los profesionales que asumen la atención de ese cupo de pacientes. - Pagar los doblajes mejor. - Reconocimiento de todos los pacientes desde el alta en el CS (independientemente de situación administrativa) para reconocimiento de nº total real de pacientes asignados a efectos de organización y nómina. *A medio plazo:* - Abono de consultas no suplidas (en el mismo centro o en centros próximos). - Complemento en las retribuciones para las jornadas de tarde (15%) hasta que desaparezca el turno de tarde. - Abono de pacientes derivados de otros centros próximos. *A largo plazo:* - Actualizar el pago capitativo (TIS) para igualar o mejorar las retribuciones totales percibidas por este concepto a las de nuestros compañeros MF. - Aplicar factor corrector para pacientes por LE procedentes de otras zonas básicas. - Compensar económicamente la superación de los cupos óptimos (800-1000) con un coeficiente de multiplicación sobre el complemento percibido por pago capitativo. - Desarrollo y remuneración de carrera profesional, fidelización

8. DOCUMENTOS ANEXOS

ANEXO 1. PACIENTES SIN CITA

1.1. Circuito informativo para los pacientes sin cita que acuden al centro de salud

Muchos usuarios utilizan el método o argumento "urgencia" como forma de acceder a la consulta en el mismo día que solicitan la cita, y a poder ser, sin esperar turno. Ello obliga a los profesionales a diferenciar el paciente con una patología realmente urgente del paciente sin cita con patología demorable o no demorable.

Estas situaciones generan sobrecarga en la consulta del profesional porque se acumulan varios pacientes a la misma hora, con la falta de tiempo necesario para dicha atención, y muy a menudo, conflictos a la hora de gestionar esas dos consultas paralelas.

Para ayudar a este problema sería necesaria la implantación de un circuito informativo, coordinado con la Unidad Administrativa, puerta de acceso al sistema, y los médicos/enfermería de los dos turnos horarios.

Los objetivos de dicho circuito serían:

1. Informar a los usuarios del funcionamiento de los servicios del centro de salud.
2. Concienciar y corresponsabilizar del uso correcto de los servicios
3. Mejorar la calidad de la atención en las consultas, mediante un sistema organizado, priorizando la gravedad clínica y con tiempo suficiente para una atención humanizada.

1.2. Hoja de Bienvenida al centro de salud.

Se entregaría a todos los ciudadanos, entre ellos nuestros padres con un recién nacido, que se van a dar de alta en el centro de salud. Se adjuntaría con la entrega de la tarjeta sanitaria o la hoja provisional de asignación del profesional sanitario.

"Cómo acceder al sistema de consultas en Atención Primaria en el Servicio Madrileño de Salud"

Bienvenidos a nuestro Centro de Salud.

Su hijo ha sido asignado a la consulta del pediatra --- y del profesional de enfermería ---

El horario de atención en la consulta es ---

Para acudir al centro de salud, puede solicitar cita:

- Online, a través de la web: www.madrid.org/citasanitaria
- Desde su teléfono móvil, descargando la APP "Cita Sanitaria" disponible para Android y iPhone.
- Por teléfono : *nº teléfono del CS*
- En el Terminal de Citación (disponible en algunos CS)
- Presencialmente, en la Unidad de Atención al Usuario de su centro de salud.

Descarga app Cita Sanitaria

Las citas programadas para revisiones de salud sólo se pueden solicitar presencialmente o telefónicamente, hablando con el personal administrativo.

Habitualmente, podrá disponer de cita en las 24-48h siguientes.

La petición de cita previa facilita una mejor atención sanitaria. Si en algún momento presenta un problema de salud que, a su juicio, no puede esperar, comuníquelo en la Unidad de Atención al Usuario.

La atención de las consultas sin cita, en caso de ser una situación no demorable, es prestada por los pediatras del centro; no hay un personal exclusivo para "urgencias".

La Unidad de Atención al Usuario le resolverá aquellas dudas que tenga relativas al acceso a los servicios sanitarios del centro de salud.

Gracias por colaborar en el uso adecuado de los servicios sanitarios.

1.3. Folleto informativo para pacientes sin cita

Les será entregado por el personal administrativo cuando se personen en el centro para solicitar esta atención. El contenido del mismo versará sobre cómo funciona la consulta habitual, que no es lo mismo acudir sin cita, una situación urgente y una situación no demorable, y que un profesional sanitario valorará su situación y la actuación consecuente.

En el momento actual existen diferentes modelos utilizados por los profesionales a modo de organización interna y como medida de contención, pero sería pertinente unificar un modelo consensuado con la gerencia.

1.4. Hoja de autotriaje

Nombre del paciente:

Edad del paciente:

¿Tiene alguna enfermedad importante?

¿Por qué motivo consulta sin cita?

Si consulta por dificultad respiratoria, acuda a sala --- para tomar saturación de oxígeno:

¿Tiene fiebre? Sí No ¿Desde cuándo? ¿Temperatura máxima?

¿Tiene manchas en la piel? Sí No

¿Tiene vómitos? Sí No ¿Tiene diarrea? Sí No ¿Orina normal? Sí No

ANEXO 2. "NO HACER" EN PEDIATRÍA.

Diversas sociedades e instituciones científicas han emitido recomendaciones de "No hacer" respecto a determinadas intervenciones médicas en niños, adolescentes y adultos, que no están suficientemente basadas en pruebas científicas. El objetivo principal es disminuir tratamientos y pruebas innecesarias por mostrar una efectividad escasa o dudosa, no ser coste-efectivas ni prioritarias, incluso tener, en ocasiones, efectos iatrogénicos. Consecuencias directas de estas medidas resultarían en beneficio del paciente y de la sostenibilidad del sistema sanitario, pero además supondría una disminución de la frecuentación.
Presentamos este anexo como propuesta inicial, que podría ampliarse y revisarse en posteriores grupos de trabajo.

Recomendaciones generales

1. No hacer analíticas rutinarias sin una indicación clara.
2. No continuar tratamientos antibióticos iniciados, si evolutivamente no hay indicación.

3. No volver a citar, de forma rutinaria, problemas de salud en lo que se puedan dar recomendaciones de autocontrol e indicaciones claras sobre cuándo es necesario volver a consultar.
4. No realizar pruebas complementarias y derivaciones al segundo nivel asistencial solo por tener accesibilidad.
5. No dar antitérmicos de forma sistemática en los procesos febriles ni tras vacunación en niños asintomáticos.

Burocracia

1. No emitir justificantes médicos a posteriori, si no se tiene constancia del hecho.
2. No emitir justificantes de ausencia al colegio o instituto.
3. No emitir certificados médicos de aptitud para prácticas deportivas ni escolarización.
4. No continuar tratamientos prescritos por otro profesional si no se consideran adecuados.

Alergia

1. No usar prick test para el diagnóstico de alergia alimentaria en AP.
2. No solicitar en AP IgG para el diagnóstico de alergia alimentaria.
3. No realizar con fines diagnósticos dietas de exclusión genéricas, en caso de sospecha de alergia alimentaria mediadas por IgE.
4. No solicitar de forma sistemática neumoalergenos en sangre en pacientes con polinosis.

Cardiología

1. No derivar a cardiología los niños mayores de un año con soplos sistólicos de características fisiológicas.
2. No derivar a cardiología síncopes vaso vagales típicos.
3. No derivar a cardiología síncopes con sospecha de origen cardiaco sin realizar previamente un ECG.

Dermatología

1. No derivar nevus sin signos de sospecha de malignidad.

Endocrinología

1. No derivar pacientes con talla baja por encima de -2 DE (p3), adecuada para su talla diana y velocidad de crecimiento normal.
2. No solicitar la edad ósea si la velocidad de crecimiento es normal y no hay datos de desarrollo puberal.
3. No realizar estudios complementarios en las pubarquias o telarquias aisladas sin ningún otro signo de desarrollo puberal.

Gastroenterología

1. No solicitar pruebas de imagen en el estreñimiento idiopático.
2. No usar enemas de fosfato ni medicación rectal para realizar la desimpactación fecal a menos que haya fallado la medicación oral y siempre que la familia lo consienta.
3. No utilizar test serológicos para el diagnóstico de enfermedad celíaca antes de introducir el gluten en la dieta.
4. No solicitar test del aliento ni antígeno en heces para determinar *H. pylori* en pacientes con dolor abdominal funcional, o como parte del estudio de los pacientes con anemia ferropénica o talla baja.
5. No instaurar tratamiento dietético ni farmacológico en neonatos/lactantes con reflujo gastroesofágico fisiológico sin repercusión clínica.

Infectología

1. No solicitar de forma rutinaria cultivo de exudado faríngeo tras un test rápido negativo para *S. pyogenes*
2. No administrar de forma rutinaria antibióticos ni antidiarreicos en las gastroenteritis agudas.
3. Limitar la petición de coprocultivos a diarreas prolongadas, cuando se prevé tratamiento antibiótico (inmunosupresión, disentería), exista sospecha de síndrome hemolítico urémico (SHU) o en brotes epidémicos. No solicitar coprocultivos de control para comprobar negativización.
4. No prescribir antibióticos ante un cuadro febril sin foco aparente.
5. No realizar analíticas ni radiografía de tórax en niños con fiebre sin signos de enfermedad que lo justifiquen.

Nefrología

1. No hacer tira reactiva de orina en niños febriles que tengan otro foco claro de infección.
2. No solicitar urocultivo en una muestra de orina recogida por bolsa.
3. No solicitar urocultivo de control tras infección del tracto urinario (ITU) simple en niños asintomáticos.
4. No tratar la bacteriuria asintomática con antibióticos.
5. No hacer pruebas de imagen rutinarias para localizar ITU o descartar reflujo vesicoureteral. Tampoco tras la primera ITU típica (sin signos de gravedad y por *E. coli*) en niños mayores de 6 meses con buena respuesta al tratamiento.

Neumología

1. No hacer radiografía de tórax de forma rutinaria en neumonía extrahospitalaria sin factores de riesgo.
2. No realizar de forma rutinaria en la bronquiolitis, radiografía de tórax.
3. No prescribir en la bronquiolitis fármacos orales ni nebulizados (antibióticos, broncodilatadores, montelukast, corticoides, suero salino hipertónico, adrenalina).

Neurología

1. No derivar sistemáticamente los síncopes si no existen signos que sugieran epilepsia.
2. No usar antitérmicos para prevenir las crisis convulsivas febriles.
3. No derivar al segundo nivel asistencial los pacientes con la primera convulsión febril simple.
4. No prescribir midazolam o diazepam rectal para administración domiciliaria, salvo antecedentes de crisis epilépticas graves o prolongadas.
5. No usar de entrada fármacos en los niños con trastornos del sueño.
6. No solicitar radiografía de cráneo tras traumatismo craneal leve en mayores de 1 año.

ORL

1. No usar antibióticos, descongestivos tópicos u orales ni corticoides para el tratamiento de la otitis serosa. Tampoco terapias alternativas: homeopatía, osteopatía, acupuntura, inmunoestimulantes...
2. No revisar de forma rutinaria las otitis medias agudas (OMA) cuya evolución es favorable.
3. No tratar inicialmente con antibióticos las OMA en niños mayores de 6 meses, las OMA leves, no bilaterales y sin factores de riesgo. En estos casos pautar analgesia durante 48 horas.

Salud Mental

1. No iniciar tratamiento farmacológico en caso de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en AP.
2. No hacer el diagnóstico de TDAH basándose de forma exclusiva en las escalas de observadores (SNAP IV, Conners, Vanderbilt).
3. No hacer de forma rutinaria electrocardiogramas (ECG) ni analíticas sanguíneas de control en niños con TDAH tratados con fármacos, a menos que haya una indicación clara.
4. No derivar rutinariamente (y menos sin ver al niño) a niños que presenten problemas educacionales, en el ámbito escolar, o derivados de la separación de los padres.

Traumatología

1. No derivar a traumatología niños con pies planos flexibles asintomáticos.
2. No derivar niños con desviaciones leves y simétricas del eje de miembros inferiores (varo, valgo...).
3. No solicitar pruebas complementarias ante el hallazgo aislado de un clic de caderas.
4. No solicitar telerradiografía en escoliosis leve.

Urología

1. No practicar análisis de orina en caso de enuresis nocturna primaria monosintomática a menos que exista sospecha de otra enfermedad.
2. No realizar controles analíticos en niños tratados con desmopresina.
3. No derivar al segundo nivel asistencial los niños con fimosis fisiológica.

Bibliografía:

1. Recomendaciones de "no hacer" en Pediatría. AEP http://www.aeped.es/documentos/recomendaciones-no-hacer-en-pediatria
2. Algoritmos AEPap. http://algoritmos.aepap.org/
3. 10 Actividades burocráticas para NO hacer en AP http://e-documentossemfyc.es/10-actividades-burocraticas-para-no-hacer-en-atencion-primaria/
4. Children and young people. Do not do. National Institute for Care and Health Excelence.https://www.nice.org.uk/guidance/population-groups/children-and-young-people
5. Chosing wisely http://www.choosingwisely.org/

ANEXO 3. GESTIÓN DE AGENDAS

Las agendas de trabajo se establecerán respetando los estándares de nuestra organización, pero dejando opción al profesional para que diseñe sus actividades y tiempos para llevar a cabo todas las competencias que tienen cabida en Atención Primaria.

- Actividades de prevención, educación para la salud, actividades comunitarias, atención, docencia e investigación, atención multidisciplinar (servicios sociales, atención temprana...), que debieran registrarse en la agenda a través de códigos concretos que permitan a la GAAP comprobar el compromiso y la realización de la actividad.

- Contemplar tiempos para reuniones: con enfermería, trabajadores sociales, centros escolares, con profesionales de otros centros, de hospital, cursos de formación online obligatorios (receta electrónica...), consulta de correo corporativo, etc. Códigos de registro específicos y contar con actas de las reuniones.

- Valorar en función de las necesidades de cada centro: Agenda sectorizada/no sectorizada.

- Adaptar la agenda a la demanda estacional. Por ejemplo, durante el invierno, reducir el número de huecos para revisiones del programa de salud infantil y limitar las revisiones a < 2 años de edad, aumentando así el tiempo disponible para atender las citas a demanda.

- Gestión de pacientes dependientes o hiperfrecuentadores (cita programada), explicación de tiempos evolutivos esperados de la patología encontrada e indicaciones al paciente sobre motivos por los que, de aparecer, debe acudir nuevamente.

ANEXO 4. EL CORREO ELECTRÓNICO EN LA CONSULTA DE PEDIATRÍA

4.1. Metodología propuesta para la comunicación con los pacientes en AP

1. Adecuación o creación de cuentas de correo corporativo, para minimizar problemas de seguridad con servidores externos.
    - Se podría habilitar la posibilidad de envío de correo electrónico a través de la aplicación "Cita sanitaria" y de la web, directamente al pediatra asignado al paciente, con citación simultánea en la agenda del profesional.
2. Carteles y hojas informativas para las familias, con las normas de uso detalladas. El uso posterior del correo por su parte implica la aceptación de dichas normas (ver 4.2).
3. El pediatra emitirá una respuesta a la consulta recibida, tras comprobar que el correo pertenece a un paciente de su cupo correctamente identificado. Se citará al paciente en agenda. Proponemos la creación de modo de consulta "correo electrónico" pero mientras tanto podría emplearse "consulta telefónica".
4. Se crearán episodios específicos en el programa informático AP Madrid para dejar constancia de la consulta.
5. Tras la contestación, se podrá solicitar al paciente/familiar que cumplimente una encuesta de satisfacción, tanto al inicio del servicio como en un plazo posterior, para elaborar conclusiones y poder optimizar el funcionamiento (control de calidad).

Bibliografía:

- Access to digital technology among families coming to urban pediatric primary care clinics. Pediatrics. 2013 Jul; 132 (1) e142
- Correo electrónico para la comunicación entre pacientes/ cuidadores y profesionales sanitarios. Cochrane. 2012.
- Correo electrónico para la información sobre la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Cochrane 2012.
- How to safely communicate by e-mail with patients. J Med Assoc Ga. 2012; 101(3):38.
- A literature review of e-mail based telemedicine. Stud Health Technol Inform. 2010; 161; 20-34.
- Rosen P, C. Kwoh V. K. Patient-physician e-mail: an opportunity to transform pediatric health care delivery. Pediatrics. 2007 Oct;120(4):701-6

4.2. Información para entregar a los pacientes

El correo electrónico es un medio de comunicación rápido, usado actualmente por la mayor parte de la población para realizar gestiones de todo tipo, por lo que cada vez son más médicos los que atienden consultas a través del mail.

No es útil para atender consultas en las que sea necesario explorar al niño, ni en situaciones urgentes. Pero es ideal sobre todo para dudas relacionadas con la alimentación, algunos hábitos de salud y prevención, dudas sobre vacunaciones,... así como para proporcionar resultados de pruebas, seguimiento de algunas patologías, buzón de sugerencias, etc.

Nos ofrece algunas **ventajas** con respecto a la consulta convencional:

- Ahorra tiempo y desplazamientos a las familias.

- Permite una pregunta más meditada y una respuesta del médico más razonada.
- Posibilita adjuntar anexos (informes, fotos,...)
- Aporta algunas ventajas con respecto al teléfono: los familiares pueden redactarlo a cualquier hora, y el médico se organizará dentro de su horario de consulta para responder, evitando que suene el teléfono mientras está atendiendo a otro paciente.

Hay que ser consciente de que también existen **inconvenientes**:

- Posible pérdida de mensajes, virus informáticos y otros problemas técnicos.
- Problemas de privacidad y seguridad (como cualquier otra información que viaja por internet).

Para el buen funcionamiento de este sistema acordaremos una serie de **normas de buen uso:**

1. Cada pediatra atenderá solamente a los pacientes de su cupo. Los correos deben ir con una clara **identificación**: Nombre y apellidos y fecha de nacimiento del paciente en el asunto del correo.
2. La comunicación no es un chat a tiempo real. Intentaremos responder a la mayor brevedad posible, pero podemos demorarnos **24-48 horas tras el envío** del correo o más en el caso de sábados, domingos, festivos y vacaciones.
3. La información será tratada de forma **confidencial y se adjuntará a su historia clínica.**
4. Tras recibir la respuesta de su pediatra, **debe reenviarle un mail indicando la recepción y lectura del mismo**. Además, en algunas ocasiones le pediremos que rellene una **encuesta** para ayudarnos a mejorar.
5. Por cada motivo de consulta, debe enviar un mail nuevo. Es decir, **NO** puede usar **"reenviar".**
6. El uso del e-mail como forma de consulta por parte de las familias supone **acuerdo tácito sobre el conocimiento y la aceptación de las normas de funcionamiento.**

Muchas gracias por tu participación. Esperamos que sea de utilidad para todos.

ANEXO 5. PROPUESTA DE GUIÓN PARA LA ROTACIÓN PEDIATRÍA AP

5.1. Propuesta de guión para la rotación pediatría de AP.

El Programa Oficial de la Especialidad de Pediatría establece una rotación obligatoria por Atención Primaria con una duración establecida de 3 meses, siendo aconsejable su distribución en dos periodos (en los dos primeros años y en los dos últimos de la residencia). Podría contemplarse una rotación más amplia en el último año de residencia

Los objetivos de la 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 psicosocial 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.*

El programa oficial incluye un documento anexo, la "Guía orientativa de conocimientos para la realización del plan formativo aplicable a las rotaciones de residentes de pediatría y sus áreas específicas por centros de salud acreditados a tal fin", que se limita a una enumeración de contenidos. Por ello, desde la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), a través del Grupo de Docencia, se consideró la necesidad de desarrollar y adaptar dicha guía, para lo que se elaboraron diversos documentos de apoyo, disponibles en la web del Grupo de Docencia de la AEPap, como el *Curriculum de formación en pediatría de atención primaria de la ECPCP*, el *Programa de formación: Área de capacitación específica en pediatría AP* y la *Guía abreviada para la rotación del residente por pediatría de AP.*

Asimismo, la AEPap está desarrollando la plataforma *Formatio*, en la que se ordena y estructura una selección de materiales docentes escogidos según las competencias del *Curriculum de Formación en Pediatría de Atención Primaria*, que puede servir de apoyo bibliográfico a los tutores y colaboradores docentes.

Como síntesis, se ha llevado a cabo este documento, cuyo objetivo es ayudar al tutor o colaborador docente en la planificación de la rotación del residente por pediatría de AP.

5.2. Metodología docente

El aprendizaje de los especialistas sanitarios se produce fundamentalmente mediante la práctica supervisada junto a un tutor "experto" con asunción progresiva de responsabilidades. El residente va adquiriendo destrezas mediante su trabajo, con una autonomía creciente junto a un tutor que, entre otras cosas, deberá promocionar una búsqueda activa de información de calidad y que sea pertinente para la toma de decisiones clínicas, con disminución de la incertidumbre. La función del tutor es sobre todo facilitar la adquisición de conocimientos, más que proveerlos directamente. Hay que reconocer la capacidad de autoaprendizaje del residente y darle una formación específica para detectar sus necesidades, planificar su aprendizaje y disponer de los recursos adecuados. En definitiva, una enseñanza basada en el residente.

La docencia necesita un tiempo extra y se hace preciso adoptar estrategias para evitar los retrasos en la consulta, como introducir "colchones", escoger los pacientes que el residente vaya a ver solo, hacer sólo comentarios puntuales entre paciente y paciente y dejar las explicaciones detalladas para el final de la consulta, insistiendo al residente para que vaya tomando nota de las dudas que le vayan surgiendo, y reservar todos los días un tiempo para la docencia.

En cuanto a la actividad asistencial del residente, se debe huir tanto de la tentación de utilizar al residente como mano de obra, como de la sobreprotección excesiva que impida la maduración e identificación de las deficiencias de un residente que tendrá en el futuro que enfrentarse él solo a la consulta. Es razonable que inicialmente todos los pacientes sean valorados de manera conjunta, señalando el tutor los hallazgos significativos y las estrategias diagnósticas y terapéuticas y que, posteriormente, el residente vaya atendiendo él solo pacientes seleccionados (urgencias, revisiones programadas, etc.) supervisados por el tutor, con asunción progresiva de responsabilidades.

Entre los métodos docentes a emplear cabe citar:

- Autoaprendizaje (estudio individual, lectura bibliografía recomendada, recursos de internet actividades, cursos...)
- Aprendizaje de campo en consulta y evaluación durante la actividad, a través de actividades profesionales que demuestran la adquisición de competencias o EPAs (*Entrustable profesional activities*) con un nivel decreciente de supervisión
    - Observación directa (el residente ve lo que hace el tutor).
    - Intervenciones directamente tutorizadas (el residente realiza sus actividades delante del tutor).
    - Actividad no supervisada directamente por el tutor pero que está disponible en otra sala para las consultas necesarias.
    - Actividad sin supervisión (se obtiene información por otras vías como la revisión de las historias clínicas).
    - El residente supervisando a residentes pequeños o estudiantes
    - Asistencia a talleres o seminarios.

Lo ideal es aprovechar los casos que se vayan presentando en la consulta para que el aprendizaje resulte más práctico y directo.

En todo caso, la herramienta fundamental es el "feed-back" docente, que debe ser constructivo, claro, oportuno, específico, respetuoso, centrado en el comportamiento y no en la persona, descriptivo más que evaluativo y personalizado.

5.3. Contenidos

En primer lugar se llevará a cabo una adecuada identificación de las necesidades formativas del residente, teniendo en cuenta que las autovaloraciones pueden identificar antes lo que queremos que lo que necesitamos.

Como punto de partida se puede utilizar la Guía abreviada para la rotación del residente por pediatría de AP elaborado por Grupo de Docencia de la AEPap (http://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/cuadriptico_mir_0.pdf), documento a modo de "check-list" con las competencias

específicas de AP que puede ser utilizado tanto por el residente para realizar una autovaloración de sus conocimientos al inicio y al final de su rotación, como por el tutor para programar la actividad docente.

Además, en función, fundamentalmente, del año de residencia y las rotaciones previas conviene revisar los conocimientos y manejo de las patologías compartidas con el hospital más prevalentes.

La práctica clínica es también la mejor fuente para detectar necesidades formativas. El método más sencillo es la revisión de incidentes críticos, también llamada "audit" de eventos significativos, que consiste en reflexionar sistemáticamente sobre las causas y el impacto de incidentes inusuales que se producen en nuestra práctica. Un incidente crítico puede ser cualquier evento digno de atención, por ejemplo un error diagnóstico, un error en el tratamiento, una discusión con un paciente, etc.

Es recomendable establecer una sistemática docente y programar, de acuerdo con el residente, un calendario de sesiones que incluya los contenidos esenciales de la rotación y las necesidades formativas referidas por el residente, a las que se añadirán las que se vayan detectando con los métodos previamente descritos, aprovechando si fuera posible visitas concertadas de seguimiento de la patología a tratar.

Se proponen una serie de bloques temáticos mínimos que corresponden a competencias específicas de AP, patologías crónicas con seguimiento en AP o con alta prevalencia y otras patologías o motivos de consulta frecuentes que no suelen ser objeto de formación en el hospital. (Los motivos de consulta más prevalentes en AP pueden consultarse en la Base de Datos Clínicos - Atención Primaria Sistema Nacional de Salud (BDCAP)

Es bastante probable que no se puedan abarcar todos los temas en el tiempo de la rotación, por el tiempo disponible y la aleatoriedad de la patología en la consulta de AP. Habría que intentar que, con cualquiera de las herramientas descritas (incidente crítico, elaboración de sesión, pacientes concertados...) se priorizar el conocimiento del máximo de temas correspondientes a las competencias específicas de AP.

5.4. Bloques temáticos.

CONOCIMIENTOS GENERALES

Acogida del residente

- Información necesaria para la orientación en el centro de salud (teléfonos de contacto, ubicación de lugares comunes, horario, organización de las citas, bloques de consulta, características de la población, entorno físico, transporte, aparcamiento...)
- Organización de la consulta de pediatría y de enfermería, sistemática de revisiones, urgencias, protocolos, hojas de información...
- Exploración de los intereses y conocimientos previos del residente y planificación de la rotación, con objetivos docentes

Estructura y organización AP

- Funcionamiento de la historia clínica informatizada de AP
- Sistemas de información AP

- Estructura organizativa de la AP, contrato programa, cartera de servicios...
- Normativa legal: recetas, visados, certificados, informes, EDOs, legislación relativa al puesto de trabajo, confidencialidad y autonomía del paciente
- Colaborar con otros niveles asistenciales, incluidos los socio-sanitarios: conocer y manejar protocolos comunes, indicadores de derivación etc

Recursos web

- AEPap: Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico (Guía ABE) , Programa de Salud Infantil (PSI), Guía de dosificación, Algoritmos, Evidencias, revista Pediatría de AP, Familia y salud, Respirar, Curso AEPap, Formatio...
- Dosis Pedia
- Guía Rápida EKG
- Grupo Independiente de Pediatras Informatizados (GIPI)
- Continuum
- Biblioteca virtual
- Buscadores bibliográficos

COMPETENCIAS BÁSICAS

Habilidades interpersonales, ética, profesionalismo, calidad y seguridad del paciente

- Comunicación y habilidades interpersonales. Entrevista clínica
- Manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones
- Gestión de calidad (manejar instrumentos cuantitativos y cualitativos para la detección de situaciones mejorables)
- Seguridad del paciente
- Bioética (concepto menor maduro, confidencialidad, consentimiento informado, conflictos de intereses con la industria farmacéutica, ética en la investigación...)

Investigación y medicina basada en la evidencia

- Búsquedas bibliográficas
- Pediatría basada en la evidencia
- Interpretación de artículos científicos
- Elaboración de sesiones, publicaciones y comunicaciones

COMPETENCIAS ESPECÍFICAS DE AP:

PEDIATRÍA PREVENTIVA

Guía anticipatoria. Promoción de la salud

- Programa de salud infantil
- Aplicación de las actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas en la infancia y adolescencia teniendo nociones claras de su nivel de evidencia
- Sueño
- Crianza, apego, hábitos, disciplina, rabietas, higiene, juegos y nuevas tecnologías

- Promoción del buen trato y prevención del maltrato
- Educación en sexualidad y en adolescentes prevención de embarazo y de las infecciones de trasmisión sexual
- Consejo sistemático sobre tabaquismo pasivo y activo, alcohol y otras drogas

Vacunación infantil

- Calendario vacunal de la comunidad autónoma
- Calendarios correctores
- Calendarios en situaciones especiales
- Vacunas no sistemáticas
- Generalidades: vías de administración, intervalos vacunales, falsas contraindicaciones...
- Manejo del rechazo a la vacunación

Otras actividades preventivas

- Prevención de accidentes en cada grupo de edad: dispositivos de retención en el automóvil, intoxicación, atragantamiento...
- Prevención Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)
- Fotoprotección
- Prevención de la obesidad
- Promoción de la actividad física
- Prevención de la obesidad
- Prevención hipercolesterolemia, hipertensión, profilaxis vit D.

Cribados. Detección precoz

- Cribado auditivo neonatal y de metabolopatías
- Patología visual: exploración visual del recién nacido y lactante pequeño, cribado de ambliopía, cribado defectos de refracción
- Cribado de displasia evolutiva de cadera
- Cribado de criptorquidia
- Detección y manejo de patología neonatal precoz (deshidratación, ictericia...)
- Cribado de ferropenia

DESARROLLO

Nutrición

- Alimentación del lactante. Lactancia materna (identificar signos de amamantamiento ineficaz; ofrecer consejo y apoyo para el inicio y mantenimiento de la LM). Fórmulas adaptadas y especiales. Alimentación complementaria.
- Alimentación del niño mayor.
- Hábitos de alimentación saludable
- Obesidad. Niño mal comedor.

Seguimiento del crecimiento y desarrollo

- Variantes normales del crecimiento y desarrollo
- Fallo de medro

- Alteraciones en el desarrollo puberal
- Talla baja
- Sobrepeso

Seguimiento del desarrollo psicomotor

- Hitos del desarrollo psicomotor
- Evaluación del desarrollo psicomotor: escalas y señales de alarma
- Trastornos del espectro autista: características, cribado
- Circuito de derivación a Atención Temprana

PEDIATRÍA COMUNITARIA

- Fundamentos de educación para la salud
- Sistemas de vigilancia epidemiológica
- Atención al niño inmigrante
- Reconocimiento a la familia como un recurso de salud. Identificar las crisis del desarrollo por las que atraviesan el niño y su familia a lo largo de su ciclo vital. Valorar la influencia de las relaciones interpersonales en la familia en el proceso salud/enfermedad
- Prestar una atención individual en la consulta considerando el contexto social y comunitario reconociendo su influencia sobre la salud.

MALTRATO Y NEGLIGENCIA

- Detección y atención al maltrato infantil
- Reconocimiento de situaciones de violencia doméstica (búsqueda de factores de riesgo y protectores...
- Atención a la población infantil con riesgo social, cultural y en relación con minusvalías
- Manejo de los conflictos de los padres separados
- Sistemas de protección a la infancia

COMPETENCIAS COMPARTIDAS CON ATENCIÓN HOSPITALARIA

Odontopediatría

- Erupción normal y patológica. Maloclusiones. Traumatismos dentales.
- Prevención de caries

Cardiología

- Síncope
- Dolor torácico / palpitaciones
- Lectura rápida EKG

Dermatología

- Dermatitis atópica
- Urticaria
- Acné
- Pediculosis y escabiosis

- Moluscos y verrugas (crioterapia y curetaje)
- Malformaciones vasculares
- Alteraciones pigmentarias

Enfermedades musculoesqueléticas

- Exploración general del aparato locomotor
- Displasia evolutiva de cadera
- Alteraciones rotacionales y angulares de los miembros inferiores
- Patología del pie
- Aproximación inicial de la cojera
- Manejo inicial del traumatismo
- Escoliosis
- Tortícolis congénita

Patología crónica de seguimiento extrahospitalario:

- Enuresis nocturna
- Asma
- Cefalea crónica
- Obesidad
- TDAH
- Estreñimiento
- Coordinación de la atención del paciente complejo (diabetes mellitus, fibrosis quística, síndromes...)

Patología compartida prevalente en atención primaria

- Fiebre sin foco
- Enfermedades exantemáticas
- Infecciones ORL
- Bronquitis /bronquiolitis aguda en el ámbito extrahospitalario
- Tos crónica
- Asma
- Rinoconjuntivitis alérgica
- Infección urinaria
- Diarrea aguda y crónica
- Dolor abdominal recurrente
- Alergias alimentarias (PLV,...)

Para la aportación recursos bibliográficos se recomienda utilizar la plataforma FORMATIO, de la AEPap:http://www.luaediciones.com/aepap/curriculum/

REFERENCIAS:

- Curriculum de formación en pediatría de atención primaria ECPCP. Disponible enhttp://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/curriculo_europeo_traducido.pdf
- Programa de formación área de capacitación pediatría AP Grupo Docencia MIR AEPap:http://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/programa_formacion_aepap_0.pdf
- Guía abreviada para la rotación del residente por pediatría de AP Grupo Docencia MIR AEPap. Disponible en http://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/cuadriptico_mir_0.pdf
- Competencias pediátricas específicas de atención primaria (AEPap). Disponible enhttp://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/competencias_especificas_pediatria_de_ap_aepap.pdf
- Plataforma *Formatio*. Disponible enhttp://www.luaediciones.com/aepap/curriculum/
- Ten Cate O. AM Last Page: What Entrustable Professional Activities Add to a Competency-Based Curriculum. Academic Medicine. 2014; 89(4):691. doi:10.1097/ACM.0000000000000161.Disponible en
- http://journals.lww.com/academicmedicine/Citation/2014/04000/AM_Last_Page__What_Entrustable_Professional.39.aspx

ANEXO 6. LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.

El primer intento de profesionalizar la enfermería pediátrica española tiene sus orígenes en el año 1923 cuando se funda la Escuela Nacional de Puericultura de Madrid adscrita al Consejo Superior de Protección de la Infancia. Sus principales funciones eran luchar contra la mortalidad infantil y la formación de profesionales que debían ayudar a los niños con problemas de salud.

La Enfermería Pediátrica en España se diferenció como especialidad en 1964 (Decreto 3524/1964, de 22 de octubre), ante el convencimiento de que los problemas de salud y las necesidades de cuidados que se presentan durante la infancia y adolescencia son muy diferentes a los que se requieren en la edad adulta. Esta convicción ha determinado que en España la enfermería pediátrica haya sido una constante en las distintas disposiciones que a lo largo del tiempo han regulado las especialidades de enfermería, a través, en primer lugar, del Decreto 3524/1964, de 22 de octubre, posteriormente, mediante el Real Decreto 992/1978, de 3 de julio, y finalmente, a través del vigente Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, que se inscribe en el marco de lo previsto en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en cuyo Título II se aborda una nueva regulación de las distintas especialidades en Ciencias de la Salud.

El valor de la infancia y adolescencia para el futuro de las próximas generaciones ha determinado que uno de los parámetros más importantes que se utilizan para establecer el nivel de desarrollo de un país sean los índices de morbilidad y mortalidad infantil.

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, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente sano o enfermo y su rehabilitación, dentro de un equipo multiprofesional y en colaboración con enfermeras especialistas de otras áreas.

Asimismo es el profesional que, con una actitud científica responsable ejercerá el liderazgo en el ámbito del cuidado al recién nacido, niño y adolescente, sano y con procesos patológicos agudos, crónicos o discapacitantes, estando capacitado para planificar, ejecutar y evaluar programas de salud relacionados con su especialidad y desarrollar trabajos de investigación y docencia para mejorar la calidad de los servicios y colaborar en el progreso de la especialidad.

La formación clínica de la enfermera residente en pediatría, se desarrollará en Atención Primaria y en Atención Especializada, siguiendo la siguiente distribución en las rotaciones: Atención Primaria: 7 meses Urgencias Pediátricas: 2 meses. Unidades de Pediatría: 5 meses. Unidad Neonatal: 2 meses. Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN): 3 meses. Cuidados

Intensivos Pediátricos (UCIP): 3 meses. Es decir, la formación en Atención Primaria constituye aproximadamente 1/3 del curriculum de la especialidad.

Se requerirá la participación del enfermero residente en programas que incluyan, al menos, los siguientes aspectos: Atención al niño sano. Atención al niño/adolescente con enfermedad crónica. Atención al niño y adolescente con patología aguda. Salud escolar. Atención al adolescente.

Actividades formativas mínimas necesarias para la superación del programa en el ámbito de la Atención Primaria:

Actividades	Mínimo
• Llevar a cabo la atención al niño y al adolescente a través de los programas específicos a los que se refiere el apartado 6.1 y de las valoraciones individuales a niños sanos y enfermos que se llevan a cabo en el centro de salud distinguiendo los cuidados de enfermería pediátrica que requieran una aplicación inmediata de los que exigen una planificación y gestión en el tiempo, en un contexto de educación a los padres y adolescentes que favorezca el autocuidado. • Dichas intervenciones incluirán, al menos, las siguientes actividades específicas que serán cuantificadas por el tutor. Actividades vinculadas y/o encaminadas a: • La Acogida del RN en el Centro de Salud. • La evaluación del vínculo afectivo con la familia del RN y lactante. • La formación de los padres en los conocimientos de puericultura destinados a la adquisición de habilidades necesarias para el cuidado del niño. • La impartición de consejos antitabaco a los padres para la prevención del fumador pasivo. • La impartición de consejo sobre lactancia materna. Inicio, técnica de administración y dificultades, así como su extracción, conservación y congelación. • La educación de los padres sobre la correcta preparación y administración de fórmulas adaptadas y de la alimentación complementaria. • La educación de los padres en las técnicas de masaje infantil. • Asesorar a los padres sobre las técnicas de estimulación precoz infantil. • Asesorar a los padres sobre la importancia del juego en las diferentes etapas de desarrollo, como actividad lúdica y terapéutica. • Asesorar al niño, adolescente y familia sobre la alimentación equilibrada. • Asesorar y fijar pautas para que los padres puedan colaborar en los cuidados que sean necesarios para detectar las alteraciones que pueden afectar a los niños y niñas desde su nacimiento hasta la adolescencia. • La prevención de accidentes. • Promover en los niños y adolescentes hábitos de vida saludables mediante el fomento del autocuidado, la autoestima, la alimentación y actividad física equilibrada, la seguridad vial, las relaciones sociales. • Fomentar en la adolescencia conductas responsables asociadas a la prevención de trastornos alimentarios, consumo de drogas, salud afectivo-sexual, conflictos y violencia. • Las distintas aplicaciones del calendario vacunal según la situación específica de cada niño, adoptando las pautas necesarias para su corrección y cumplimiento. • La detección de los signos y síntomas de las alteraciones más frecuentes en los adolescentes así como de los problemas más habituales en el desarrollo biológico, psicoafectivo y social. • La detección y adopción de medidas vinculadas a situaciones de sospecha de abuso sexual o maltrato infantil, siguiendo los protocolos de actuación establecidos para una	300

máxima efectividad. • La gestión de cuidados de enfermería al niño con un proceso crónico	
• Realizar visitas domiciliarias al RN para su valoración inicial así como para realizar el análisis de su situación en el ámbito familiar.	20
• Utilizar los protocolos y guías clínicas vigentes a fin de cribar la patología y saber valorar su efectividad y repercusión en la prestación de los cuidados.	20
• Realizar intervenciones grupales planificadas relacionadas con conductas de riesgo de los adolescentes: trastornos afectivo sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, o los vinculados al consumo de drogas, así como actividades relacionadas con la prevención del embarazo, enfermedades de transmisión sexual, maltrato, violencia, etc	3
• Colaborar en el diseño, desarrollo y ejecución de programas de intervención relacionados con la salud infantil y de la adolescencia	2
• Utilizar y visitar los dispositivos de ayuda disponibles, ante la sospecha de conductas de riesgo, malos tratos y abusos sexuales (en centros de acogida, de protección de menores, en centros escolares, etc).	10
• Participar activamente en las sesiones clínicas y en las reuniones de trabajo del Centro de Salud realizando presentaciones orales sobre temas relevantes propuestos por el tutor que impliquen búsqueda y selección de información, manejo de bases de datos, lectura crítica de textos, etc.	5

ANEXO 7. LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

La OMS considera que la enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria «ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros, etc.» Previendo así mismo que esta especialista esté «preparada para intervenir en órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio o en la comunidad que influencian de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen, por lo que deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc. elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud».

La misión de la Enfermera Familiar y Comunitaria es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural. Los valores de la Enfermera Familiar y Comunitaria: La acción de la Enfermera Familiar y Comunitaria está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario, de una actuación multiprofesional y en equipo, y de una participación activa de las personas a las que atiende, con visión holística del ser humano en su relación con el contexto familiar, social y ambiental.

Rotaciones y actividades mínimas: Al menos el 60% del tiempo de formación se desarrollará en el centro de salud, en el que el residente llevará a cabo actividades, tanto en consulta como en los domicilios de los pacientes, así como en otros dispositivos, organizaciones e instituciones existentes en la comunidad.

Durante el primer año se llevará a cabo una rotación, de al menos cuatro meses, en el centro de salud donde preste servicios el tutor y se finalizará el segundo año de la misma forma. El resto del tiempo se distribuirá entre tiempo en el centro de salud y rotaciones por otros dispositivos, según recursos y necesidades.

Competencias	Actividad mínima	Dispositivo de rotación
Atención en la infancia.	100 visitas niño sano.	Centro de salud.
	50 consultas agudo/crónicos.	Escuela.
	Participa en el desarrollo y ejecución de, al menos, un programa de intervención en salud escolar en todas sus	Centro de salud mental infanto-juvenil.

	etapas.	
Atención en la adolescencia.	Intervención grupal en una de las siguientes unidades temáticas: educación afectivo sexual, prevención embarazo no deseado, ITS, violencia, drogadicción, etc.	Centro de salud.
	25 consultas individuales de adolescentes.	Instituto de enseñanza secundaria.
		Consulta joven.
		Comunidad: Asociaciones juveniles, centros juveniles de recreo cultura o deporte.
		Centro de salud mental infanto-juvenil.
Atención a la salud general en la etapa adulta.	300 consultas de enfermería a demanda/programada en adultos con déficits de salud agudos y crónicos.	Centro de salud.
	50 visitas domiciliarias programadas.	Centro de Salud Mental.
	Participar en la planificación y desarrollo y evaluación, al menos en una intervención de educación para la salud grupal de adultos con patología crónica.	Unidad valoración dependencia.
	Intervenciones de cirugía menor: 20.	Hospital: Unidad educación diabetológica o de otras patologías crónicas.
	Intervención en los programas de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas existentes en el centro de salud (Control anticoagulación, hospitalización domiciliaria etc.).	Centro deportivo para adultos.
	Participar al menos en una intervención comunitaria y/o participación comunitaria.	
	Intervención en programa de ejercicio físico para la salud.	
	200 urgencias en C. Salud.	
La atención a la salud sexual, reproductiva y de género.	Orientación para la planificación familiar: 15 parejas.	Centro de Salud.
	Valoración y consejo sobre ITS a 5 hombres y a 5 mujeres.	Centro Orientación Familiar.
	Anticoncepción de urgencia e intervención educativa: 10.	Dispositivo de preparación al parto y seguimiento del embarazo en atención primaria.
	Atención y seguimiento a la mujer embarazada: 10.	Hospital: Obstetricia y sala partos, unidad menopausia, unidad prevención cáncer ginecológico.

	Colaborar en la asistencia a 5 partos (se potenciará la utilización de simuladores).	
	Visitas puerperales: 10.	
	Promoción de la lactancia materna: 10.	
	Educación para la salud sexual y la convivencia entre géneros: intervención en dos grupos.	
	Atención a la mujer y al hombre en su etapa climatérica: 10.	
Atención a las personas ancianas.	300 consultas de enfermería a demanda/programada.	Centro de salud.
	Talleres para cuidadores: 2.	Centro deportivo para la tercera edad.
	Intervención en programa de ejercicio físico para la salud.	Centro de salud mental.
	Atención a pacientes con deterioro cognitivo en domicilio: 25.	Unidad valoración dependencia.
	Valoración funcional y cognitiva en el domicilio: 25.	Centros comunitarios de atención a ancianos (centros de día, geriátricos etc.).
	Intervenciones para el mantenimiento funcional, social y cognitivo del anciano en el domicilio: 25.	Unidad de coordinación sociosanitaria.
	Coordinación de recursos sociosanitarios: 5.	Dispositivo o unidad de cuidados paliativos (domiciliarios, hospitalarios, etc.).
	Atención a pacientes en final de vida en el domicilio: 10.	
Atención a las familias.	Valoración-intervención familiar en las distintas etapas del ciclo familiar:	Centro de salud.
	con niños recién nacidos: 2.	
	con escolares: 2.	
	con adolescentes: 2.	
	con síndrome «nido vacío»: 2.	
	unipersonales de riesgo: 2.	
	con familiares inmovilizados: 4.	
	con ancianos con problemas de salud: 25.	
	con personas en final de vida: 10.	
Atención a las urgencias y emergencias.	100 demandas de atención urgente hospitalaria infantiles.	Centro de salud (Urgencias y atención continuada).
	100 demandas de atención urgente hospitalarias.	Urgencias pediátricas hospitalarias.
	250 demandas de atención urgente en el centro de salud y/o domicilio.	Servicio de atención urgente hospitalario.
	10 intervenciones en situación de emergencia.	Servicio de transporte sanitario urgente.

Salud Pública y comunitaria.	2 Actividades de vigilancia epidemiológica (establecimientos alimentarios, manipuladores de alimentos, comedor escolar, mercados, toma de muestras etc.).	Centro de Salud.
	Actividades de gestión en al menos 3 programas de salud.	Unidad epidemiología (Consejería o servicio de salud).
		Unidad de programas (Consejería o servicio de salud).
		Inspección.
		Dispositivos de control alimentario y de manipuladores de alimentos.
		Unidades de salud ambiental.
		ONG.

- **Evaluación:**
- **Indicadores:**
- **Periodicidad:**
- **Responsables de la evaluación:**
- **Fecha entrada en vigor:**
- **Archivar:**
- **Promotor del desarrollo del documento:**
- **Realización:**

Coordinado por: Jesús Vázquez Castro. Gerente Adjunto de Asistencia Sanitaria. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.

Grupo de trabajo convocado por la Gerencia:

Integrantes	Puesto de trabajo	Lugar de trabajo
Alberto Luis Panero López	Pediatra. Coordinador de pediatría. DANO	CS Collado-Villalba
Alicia Negrón Fraga	Enfermera especialista familiar y comunitaria	CS Arroyo de la Vega
Ana I. Díaz Cirujano	Pediatra. Coordinadora de pediatría. DAN	CS Rosa Luxemburgo
Ana Isabel Monzón Bueno	Pediatra. Coordinadora de pediatría. DAS	CS Pinto
Ana Isabel Rodríguez Cordobés	Médico General-Puericultura.	CS Miguel Servet
Andrea Soledad Ramos Castillo	Enfermera	CS Carabanchel Alto
Andrés López Romero	Médico de familia	Responsable DTDI.
Ángel Carrasco Sanz	Pediatra	CS Potosí
Antonio Guijarro Jiménez	Médico de familia. Pediatra	CS Moraleja de En medio
Carmen Martínez González	Pediatra	CS Villablanca
Carmen Vázquez García	Enfermera	CS Sector 3
Concepción Bonet de Luna	Pediatra	CS Segre
Concepción Herranz Calvo	Médico de familia.	CS General Ricardos
Cristina Antón Barca	Enfermera	Responsable Centros DAC
Cristina Besora Altes	Técnico UAP Sur	DA Sur
Esther Barrios Miras	Pediatra	CS San Fernando

Esther Ruiz Chércoles	Pediatra	CS M. Jesús Hereza
Eva. M. Luque Lora	Enfermera	CS San Fernando
Inmaculada López Escobar	Pediatra. Directora de centro.	CS Meco.
José Luis Sánchez Suárez	Responsable de Formación Continuada	GAAP
Juan Carlos García Antón	Administrativo de RRHH	
Juan Antonio García Sánchez	Pediatra	CS San L. del Escorial
Juan B. Machado Mellana	Pediatra	CS Miguel de Cervantes
Juan José Jiménez García	Pediatra.	CS García Noblejas
Juan M. Bombín Granado	Pediatra. Coordinador de pediatría. DAE	CS Juan de Austria
Juan Rodríguez Delgado	Pediatra	CS Alpedrete
Luis Domínguez Pérez	Enfermero pediátrico	CS Reyes Católicos
M. Adoración Bejarano López	Pediatra.	CS General Fanjul
María del Juncal Martínez Irazusta	Médico de Familia. Directora de CS	CS Brújula
M. de los Reyes Hernández Guillén	Pediatra	CS El Naranjo
M. Elena Almaraz Garzón	Pediatra. Directora CS	CS Bustarviejo
M. Isabel López Serrano	Enfermera	CS Rosa Luxemburgo
M. Luz Peralta Ibáñez	Pediatra.	CS Huerta de los Frailes
M. Rosario Azcutia Gómez	Médico de Familia	Directora Asistencial Médica DANO
María Aparicio Rodrigo	Pediatra	CS Entrevias
María Rosa Pavo García	Pediatra	CS García Noblejas
Marta Torres Narbona	Pediatra y Médico de familia	CS Arroyo de la Vega
Mercedes Martínez Piédrola	Responsable Formación de Estudiantes	GAAP
M.Á. Fernández-Cuesta Valcárce	Pediatra. Director CS	CS Juan de la Cierva
Nieves Sánchez Cordero	Pediatra	Cs Alicante
Nury Alejo Brú	Enfermera .Responsable UAP	DA Centro
Paloma de la Varga Martín	Pediatra. Coordinador de pediatría. DAO	CS Pedro Laín Entralgo

Pedro Medina Cuenca	Director Asistencial Médico	DA Norte
Pilar Vallejo Sánchez-Monge	Médico de Familia y Médico apoyo	DA Sur
Victorina de Blas Salvador	Enfermera de Apoyo UAP	DA Este
Yolanda Martín Peinador	Pediatra. Coordinador de pediatría. DAC	CS Goya

Documentos acompañantes:

Se adjuntan separatas de la documentación aportada por cada subgrupo de trabajo.

Difusión del documento:

Ciclo de revisión:

Palabras clave:

APROBADO: Comisión de Dirección Presidente:
Fecha Comisión de Dirección:

GESTIÓN DOCUMENTAL DEL DOCUMENTO

CÓDIGO	
VERSIÓN	
MATERIA	

SUBMATERIA	
TÍTULO	
COORDINACIÓN	
GRUPO DE TRABAJO/AUTORES	
REVISORES	
APROBADO POR	
EMISOR	
DESTINATARIO	
DISTRIBUCIÓN	
EN VIGOR DESDE	
TIPO DOCUMENTAL	
Cómo nombrar el documento	

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIONES REALIZADAS

ANEXO II

PLAN ESTRATEGICO DE SALUD MENTAL DE SERMAS 2018-2020

MEMORIA DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2018-2020

El Plan de Salud Mental 2018-2020 plantea 11 líneas estratégicas con 81 objetivos específicos para cuya consecución se proponen 290 actuaciones, evaluables a través de indicadores específicos, recogidos en la formulación del plan. Cuenta en su memoria económica con un presupuesto total consolidado a la finalización del periodo de **33.288.482,91€,** con informe favorable de la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda.

Supone un reto en la **reorientación activa de la organización hacia el paciente, especialmente hacia el paciente grave y vulnerable**, con la mejora de los procesos internos y de colaboración entre redes de ámbito sanitario, social y educativo. Se trata de conseguir tratamientos efectivos, seguros y dignos para los pacientes, adelantando tiempos y acortando espacios.

Se compromete con la **Humanización de la atención a la Salud Mental, con la participación de los usuarios y familiares y con la protección y promoción de los derechos humanos** en estos pacientes.

11 Líneas Estratégicas

Línea estratégica 0: Desarrollo de la organización
Línea estratégica 1: Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave
Línea estratégica 2: Atención a la salud mental en niños y adolescentes
Línea estratégica 3: Atención a la salud mental en el ámbito de Atención Primaria
Línea estratégica 4: Atención a las personas con trastornos adictivos
Línea estratégica 5: Prevención del suicidio
Línea estratégica 6: Atención a las personas con trastornos del espectro autista
Línea estratégica 7: Atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria
Línea estratégica 8: Atención a las personas con trastornos de la personalidad
Línea estratégica 9: Participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental
Línea estratégica 10: Formación y cuidado de los profesionales

- La primera línea de desarrollo de la organización (denominada línea 0) pretende dar soporte, cohesión y plasticidad a los cambios internos propuestos, especialmente de coordinación y colaboración entre redes y dispositivos a diferentes niveles y áreas, con actuaciones que refuerzan la capacidad de planificación, seguimiento y evaluación a nivel central desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Se pretende mejorar la atención a los usuarios en su trayectoria asistencial a través de la coordinación interna entre los múltiples dispositivos de atención en salud mental y con otros dispositivos de la Red de atención social y Red de adicciones en las diferentes áreas clínicas de gestión, así como por otras entidades vinculadas a la salud mental, como educación y justicia.
- Las líneas 1 y 2 son las dos líneas preeminentes del plan, en cuanto a que albergan acciones que afectan a todos los usuarios con trastorno mental grave así como a todos

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

los niños y adolescentes, indistintamente del tipo de trastorno, que pueden requerir una atención multiprofesional y multidispositivo en Salud Mental a lo largo de su trayectoria clínica desde la atención precoz hasta la mayor recuperación y reintegración social.

- La línea 3 y la línea 4, de salud mental en Atención Primaria y de atención a los trastornos adictivos, incorporan actuaciones orientadas especialmente a la coordinación entre dos redes de atención diferentes en el momento actual a la Red de Salud Mental, que sin embargo, comparten la atención a los mismos pacientes y con los que la colaboración resulta imprescindible para lograr la sinergia de las redes en favor del paciente, frente a la disonancia entre las mismas. En el caso de la Atención Primaria, trata a su vez de adecuar la demanda y promover las buenas prácticas en colaboración con Salud Mental.
- La línea 5 de prevención del suicidio conlleva actuaciones esencialmente organizativas y funcionales, ya pilotadas en determinadas áreas y que se pretende su extensión a la Comunidad, junto a la atención telefónica 24 horas y las campañas de sensibilización.
- Las líneas 6, 7 y 8 que afectan a trastornos específicos (trastorno del espectro autista, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad), albergan actuaciones orientadas a la mejora organizativa y de coordinación, en la atención a tres procesos asistenciales según su estado de maduración dentro de la organización, con actuaciones estructurales en aquellos con menor desarrollo y mayor recorrido de mejora.
- La línea 9, avanza en el intento de situar al usuario dentro del sistema sanitario (no ya como centro, sino como parte) y promueve su participación, y la adaptación del sistema a sus necesidades reales (humanización). Así mismo, propugna acciones para mejorar su integración social a través de la lucha contra el estigma y la discriminación, y la atención especialmente cuidadosa con las poblaciones más vulnerables.
- Finalmente la línea 10 reconoce la importancia de los profesionales y equipos de trabajo y de su formación como elemento esencial de la organización, que debe cuidarse para avanzar hacia el objetivo de proporcionar la mejor atención posible a las personas con problemas mentales.

Participantes

El Plan se ha elaborado con un enfoque y metodología que persiguen involucrar al máximo de actores posibles, con el fin de generar compromisos que permitan la viabilidad y sostenibilidad de las acciones, así como el ajuste a las necesidades y prioridades del momento.

En la elaboración del plan han participado, con la coordinación técnica de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 80 profesionales en 8 grupos de trabajo, y han realizado aportaciones 11 agrupaciones y asociaciones de usuarios y familiares, los responsables de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, 7 sociedades científicas, 5 colegios y asociaciones profesionales y otros agentes de interés de la Comunidad de Madrid implicados en la atención a la salud mental como la Subdirección General de Actuación en Adicciones de la D.G. de Salud Pública, la Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo de la Consejería de Sanidad, la Comisión Técnica de acciones en salud contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid y la Subdirección General de Atención a Personas con

Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con Enfermedad Mental de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

Situación de partida

La previsión de recursos específicos de Salud Mental para cubrir las necesidades en asistencia sanitaria tanto en población infantil y adolescente como en población adulta se ha estimado en base a la evaluación del plan de salud mental 2010-2014 (concebido y ejecutado sin dotación presupuestaria) y los recursos disponibles y necesidades actuales, destacando los siguientes aspectos (estos argumentos se exponen ampliamente en el análisis de situación que se recoge en la Introducción del Plan):

- Elevada carga de enfermedad de los trastornos mentales
- Carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo
- Reto sanitario en la Unión Europea por los costes directos, indirectos y en carga de enfermedad y calidad de vida generados.
- Incremento poblacional de la Comunidad de Madrid
- Infratratamiento de pacientes más graves, con elevados costes sociales y económicos.
- Funcionamiento reactivo del sistema que privilegia la demanda frente a la necesidad
- Análisis de la demanda creciente de asistencia en los últimos años y al estimado en los futuros, tanto en población de adultos como especialmente en la de niños y adolescentes
- Ratio de profesionales en atención ambulatoria por debajo de estándares recomendados sin dotación específica desde el año 2007, en el marco del Plan de Salud mental 2003-2008, y con ligero decremento desde entonces por tasa de reposición parcial.
- Incremento de la complejidad atendida, ilustrado entre otros por el aumento muy significativo de los usuarios incluidos en programas de continuidad de cuidados de los centros de salud mental, que triplica las cifras de análisis de situación de planes previos.
- Dificultad de acceso a la atención de personas con trastorno mental grave, que por su misma patología tienden a no demandar asistencia, y por ello, a la posibilidad de mayor deterioro y peor pronóstico.
- Incremento muy notable de demoras en atención ambulatoria que supera los seis meses y llega a alcanzar el año para primera cita en algunos ámbitos geográficos, y hospitalaria de media y larga estancia que alcanzan en promedio en torno a dos años.
- Actividad asistencial actual, tanto ambulatoria como hospitalaria, con señales de eficiencia al límite por la necesidad de insumos.
- Necesidad de coordinar, unificar y cohesionar la organización desde dentro, para facilitar una mejor atención a los pacientes.

Actuaciones planificadas

- **La mayor parte de las medidas planificadas van orientadas a la mejora organizativa y de coordinación del sistema y a la promoción de la participación del paciente** (76%

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

del total) que no generan gasto: La coordinación que permita homogeneizar y agilizar los procesos entre diferentes ámbitos de atención (Primaria-Salud Mental, Salud Mental-Red de Adicciones, Salud Mental-Red Social), dentro de la misma Red de Salud Mental (Implantación de procesos asistenciales integrados, constitución de comisiones a nivel estratégico y táctico, grupos de trabajo, protocolos) y grupos de edad (transición en la atención de niños adolescentes que pasan a adultos); La participación del paciente en el ámbito clínico en los aspectos que afectan a su salud, a sus derechos y al conocimiento por el sistema de su visión, tanto a nivel de los profesionales (colaboración en la formación como expertos) como a nivel de la organización (evaluación y planificación a través del Observatorio de Salud Mental).

- Por otra parte, se plantean **actuaciones presupuestadas** (24% del total) con un total de 33.288.482,91€, que se distribuye de la manera siguiente:

- En un 58,6% a **dotación de recursos humanos** (19.512.232,91€)
- En un 33,7% a **dotación de infraestructuras y nuevos dispositivos** (11.236.250,00 €)
- En un 6,5% a **tecnologías de la información y comunicación** (2.150.000€)
- En un 0,7% a **formación de los profesionales** (240.000€)
- En un 0,5% a **campañas de sensibilización** (150.000€)

Con estas actuaciones se **amplía la dotación de personal con la incorporación de 225 nuevos profesionales a la Red de Salud Mental** destinada a la atención de los pacientes más graves y vulnerables, en población adulta y en niños y adolescentes, lo que supone la potenciación de la Atención a la Salud Mental tanto en dispositivos existentes como en centros de nueva creación:

- Refuerzo de la atención comunitaria con **141 nuevos profesionales en los Centros de Salud Mental**. Destaca la potenciación de la **atención domiciliaria por enfermería con un total de 56 nuevas enfermeras.** Así mismo se suman, en estos centros, 25 psiquiatras, 27 psicólogos, 13 trabajadores sociales y 10 administrativos.
- Puesta en funcionamiento de un **nuevo Hospital de Día Infanto-juvenil en el Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda.**
- Apertura de un **nuevo Hospital de Día de Trastornos de Personalidad en el Hospital Dr. Rodríguez Lafora.**
- Creación de un **nuevo Hospital de Día de Adultos en el Hospital La Paz**
- **Ampliación de la dotación de Unidades de Hospitalización Breve con 21 profesionales.**
- Puesta en funcionamiento de una **nueva Unidad de Hospitalización Breve de adolescentes**
- **Refuerzo del Hospital de Día de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital de Santa Cristina**
- Refuerzo de personal en **programas especiales de Diagnóstico Complejo de Trastorno del Espectro Autista y del Programa para la Atención Médica Integral a estos pacientes** (AMITEA).
- **Refuerzo de profesionales en el Equipo de Calle de Salud Mental** (ECASAM), que atiende a las personas trastorno mental grave sin hogar de la Comunidad de Madrid.

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

- **Refuerzo del Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual** (SESM-DI) que presta atención en centros de toda la Comunidad.
- **Refuerzo de la Unidad de Valoración y Orientación del Profesional Sanitario Enfermo con el programa PAIPSE** (Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo)
- Dotación de **personal para una nueva actuación de Apoyo en situación de crisis a través de líneas telefónicas 24 horas** considerada esencial en prevención del suicidio.
- **Incremento de 100 camas de media y larga estancia** (incluyendo diferentes programas de tratamiento intensivo, rehabilitación y cuidados psiquiátricos), para pacientes con trastorno mental grave.

A continuación se describen de manera más detallada los recursos planificados que conllevan presupuesto que cubrirán las necesidades situándonos en un escenario de mínimos, estando planificadas temporalmente en el inicio las que refuerzan la atención ambulatoria, considerando las obligaciones asumidas por el Servicio de Salud para ofrecer atención a los pacientes en el ámbito de la Salud Mental. Es razonable realizar una reevaluación anual de la situación para adoptar las medidas necesarias para afrontarla adecuadamente.

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

ACTUACIONES CON PRESUPUESTO DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2018-2020

Entre las 290 actuaciones previstas en el nuevo Plan de Salud Mental, 67 son con coste (24% del total de las actuaciones), 17 de ellas relacionadas con dotación en personal, 8 sobre dotación de infraestructuras, 26 actuaciones de formación a los profesionales, 3 actuaciones de sensibilización y prevención a través de campañas informativas y 13 relacionadas con el desarrollo de Tecnología de la información y Comunicación.

A continuación procedemos a describir las actuaciones referidas que conllevan coste en el plan, agrupadas como se ha expuesto en las cinco modalidades anteriores. El resumen con costes totales, distribuidos por capítulos presupuestarios, se expone en el anexo I.

I. Actuaciones relacionadas con dotación de personal en la Red de Salud Mental

Con el Plan de Salud Mental 2018-2020, se amplía la dotación de personal con la incorporación de 225 nuevos profesionales a la Red de Salud Mental, 141 profesionales dedicados a la atención comunitaria desde los Centros de Salud Mental, 69 profesionales destinados a atención hospitalaria (nuevos dispositivos, programas especiales y Unidades Breves de Hospitalización) y 15 profesionales de Atención a grupos vulnerables y situaciones especiales (atención a personas con trastorno mental grave sin hogar, pacientes con discapacidad).

Atención comunitaria desde los Centros de Salud Mental

Con el fin de facilitar el acceso de los pacientes a los recursos de proximidad en un tiempo que no menoscabe el pronóstico de la enfermedad mental, y con un seguimiento adecuado a través de los programas de continuidad de cuidados, resulta imprescindible reforzar los equipos actuales en los Centros de Salud Mental (CSM) con los profesionales necesarios y redistribuir las cargas de trabajo (Tabla I).

Así mismo, desde los centros de salud mental se plantea una reorientación proactiva de la atención, a través del programa de enfermería domiciliaria especializada, que pretende llegar a aquellos pacientes con trastorno mental grave, que no demandan atención como consecuencia de la patología y que suponen un grupo de población infratratada con elevada carga de enfermedad.

Con estas medidas, se facilitará el seguimiento y mejora de los pacientes en su propio medio, esencial en su proceso de integración social y se prevendrán las situaciones de crisis con atención reactiva a través de los Servicios de Urgencias y Emergencias, con los consiguientes ingresos y estancias hospitalarias evitables.

Tabla I. Capítulo I: Recursos Humanos en los Centros de Salud Mental

CSM	2018	2019	2020	Total
Psiquiatras	12	7	6	25
Psicólogos Clínicos.	15	11	11	37
Enfermeras	16	37	3	56
T. Sociales	5	4	4	13
A. Administrativos	4	3	3	10

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

Atención Hospitalaria

Las actuaciones de refuerzo en personal a nivel de hospitales, tiene por objetivo cubrir las necesidades de este tratamiento intensivo bajo el criterio de equidad, dando prioridad a la dotación de nuevas infraestructuras consideradas básicas para cubrir las necesidades estimadas por población y área (tabla II). Dos de los nuevos recursos están relacionados con la atención infanto-juvenil, área especialmente infradotada en nuestra Comunidad y con una demanda creciente no atendida que generaba situaciones de especial vulnerabilidad. Así mismo, se proyecta la atención especializada a personas con trastornos de la personalidad en situaciones de mayor gravedad, con demanda no resuelta creciente en los últimos años. Y finalmente se planifica la dotación de Hospitalización de Día en el único hospital de nivel I que carecía de la misma, permitiendo la modalidad de tratamiento intensivo sin abandonar el medio sociofamiliar a los pacientes de su zona de referencia.

Tabla II. Recursos Humanos en dispositivos hospitalarios de nueva creación y refuerzo Hospital de Día TCA

	2018	2019	2020
Hospital de Día Infantojuvenil del Hospital Puerta de Hierro.			
Psiquiatras		2	
Psicólogos Clínicos.		1	
Enfermera		1	
T. Sociales		1	
T. Ocupacional		1	
M. Ocupacional		1	
Unidades de Hospitalización Breve de Adolescentes			
Psiquiatras			2
Psicólogos Clínicos.			1
Enfermeras			9
A. Enfermería			9
Supervisora. Enfermería			1
Celadores			3
Hospital de Día de Trastornos de la Personalidad del Hospital Dr. Rodríguez Lafora			
Psicólogos Clínicos.	1		
Enfermeras	1		
T. Ocupacional	1		
A. Administrativo	1		
Hospital de Día de Adultos del Hospital La Paz			
Psiquiatras	2		
Psicólogos Clínicos.	1		
Enfermeras	1		
T. Ocupacional	1		
Hospital de Día de Trastorno Conducta Alimentaria del Hospital Santa Cristina			
T. Ocupacional	1		
Enfermeras	1		

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

Por otra parte, se pretende reforzar la dotación de personal en la atención especializada a las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) (Tabla III), actualmente con grandes áreas de mejora tanto en diagnóstico como en tratamiento especializado, a niveles de Unidades de referencia para diagnóstico complejo y la extensión de un Programa para la Atención Médica Integral a estos pacientes (AMITEA), actualmente existente en un solo hospital.

Tabla III. Capítulo I: Recursos Humanos en Atención al Trastorno del Espectro Autista

	2018	2019	2020
Diagnóstico complejo TEA			
Psiquiatras		1	
Psicólogos Clínicos		1	
Programa AMITEA			
Psiquiatras	1		
Enfermeras	1		
A. Enfermería	1		

Finalmente, se plantea en la línea de trastorno mental grave, el refuerzo de la dotación de recursos de hospitalización breve (Tabla IV) de psiquiatría en hospitales del Servicio Madrileño de Salud en los que se ha percibido la necesidad, que permita una atención adecuada a los pacientes en situación de gravedad que excede las posibilidades de atención deseable a nivel ambulatorio. Con ello se pretende lograr una atención de proximidad, bajo criterios de equidad, sin reducir la eficiencia conseguida en estas Unidades.

Tabla IV. Capítulo I: Recursos Humanos en Unidades de Hospitalización Breve

UHB	2018	2019	2020
Psiquiatras	4	1	
Psicólogos Clínicos.	6		
Enfermeras		2	
T. Sociales		3	
A. Enfermería		2	
A. Administrativos		3	

Atención a grupos vulnerables y situaciones especiales

En Plan de Salud Mental plantea así mismo el refuerzo de la dotación del equipo de atención a poblaciones especiales, con dotación limitada para su población de referencia (tabla V).

Por una parte, se pretende reforzar el Equipo de Calle de Salud Mental (ECASAM), que atiende a las personas trastorno mental grave sin hogar de la Comunidad de Madrid, con una importante inversión de tiempo en los desplazamientos. Por otra parte, también se plantea reforzar el Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual (SESM-DI) que presta atención en centros y dispositivos de toda la Comunidad.

Dentro de la Consejería de Sanidad, la Unidad de Valoración y Orientación del Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE), referencia de todo el personal del Servicio Madrileño de Salud con su programa PAIPSE (Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo),

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

presenta una actividad creciente y requiere un refuerzo con el fin de mejorar la detección de forma precoz de la aparición de trastornos o situaciones problemáticas y tratar adecuadamente al profesional enfermo y restituir los equipos de trabajo.

Finalmente, se plantea la dotación de personal para una nueva actuación de Apoyo en situación de crisis a través de líneas telefónicas 24 horas, esencial en prevención del suicidio.

Tabla V. Capítulo I: Recursos Humanos a personas sin hogar, a personas con discapacidad intelectual, a profesionales sanitarios enfermos y de apoyo telefónico 24 horas para situaciones de crisis y riesgo suicida.

		2018	2019	2020
ECASAM	Psiquiatras		1	
	Enfermeras	1		
SEMS-DI	Psiquiatra	1		1
	Psicólogo		1	1
	Enfermera	1	1	1
	Trabajador social			1
PAIPSE-UVOPSE	Psicólogos Clínicos		1	
GUARDIAS PSICÓLOGOS SUMMA 112	Psicólogos Clínicos		4	

Por tanto, el presupuesto estimado con dotación de recursos humanos que se plantean, (Capítulo I por año) para lograr los objetivos propuestos incluyendo la productividad variable calculada sobre 2018 para todos los años, sería de un total de **3.381.860,93€ en 2018, 3.562.908,68€ en 2019 y 2.240.832,77€ en 2020,** todos ellos consolidables. No ha sido incluida atención continuada dado que esta partida está contemplada en el presupuesto ordinario y no se modifica por el incremento de plantilla.

El presupuesto con el incremento de gasto constante en los sucesivos años se muestra en la tabla VI. En los años 2019 y 2020 el presupuesto va asignado al programa 312A Atención Hospitalaria, que se reasignara a los Centros Gestores que tengan unidades de Salud Mental, en función de la distribución de efectivos determinado en la tabla VII, salvo aquellas unidades que estén pendiente de asignación de Centro, que deberán de dotarse en el Centro Gestor 8100, siendo reasignado el crédito en función de la planificación del despliegue de efectivos. Igualmente la evaluación de costes en gastos de personal, está calculado para una implantación efectiva con fecha 1 de enero de 2018 en función de las necesidades objetivas expuestas, si bien el gasto podría modularse en función de la incorporación efectiva del personal progresivamente a lo largo del año 2018 consolidándose éste en el siguiente ejercicio, siendo por tanto inferior al estimado y no superando lo previsto en la Ley de Presupuestos Generales de 2018 para nuevas acciones y en el Programa 312C "Plan Integral de Listas de Espera".

Tabla VI. Capítulo I: Presupuesto estimado en recursos humanos con el incremento de gasto constante

2018	2019	2020
3.381.860,93	3.381.860,93	3.381.860,93
	3.562.908,68	3.562.908,68
		2.240.832,77*
3.381.860,93	**6.944.769,61**	**9.185.602,38**

*La productividad variable del último mes de 2020 se contempla en el presupuesto de 2021 con la cantidad de 99.268,41€ con base de gasto 2018

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

Tabla VII. Capítulo I: Costes y distribución de efectivos por centros.

Hospitales	2018		Centro Gestor	2019		2020	
	Nº PUESTOS	COSTE TOTAL CON PV		Nº PUESTOS	COSTE TOTAL CON PV	Nº PUESTOS	COSTE TOTAL CON PV
H. LA PAZ	9	403.671,46	171188201	7	275.009,49	3	126.640,15
H. DOCE DE OCTUBRE	5	199.641,54	171188202	5	186.886,73	3	113.508,68
H. RAMÓN Y CAJAL	5	167.831,29	171188203	7	236.697,31	6	243.476,96
H. CLÍNICO SAN CARLOS	8	359.443,79	171188204	8	325.733,64	3	174.752,49
H. LA PRINCESA	4	181.896,65	171188205	7	262.450,41	2	95.392,17
H. SANTA CRISTINA	2	61.699,46	171188206	1	23.962,28	0	359,59
H. PUERTA DE HIERRO	3	137.691,78	171188210	9	343.735,44	2	100.080,97
H. GETAFE	2	106.716,90	171188213	1	37.665,28	1	54.428,94
H. MÓSTOLES	1	53.358,45	171188214	2	87.678,53	0	4.415,69
H. PRINCIPE DE ASTURIAS	2	61.949,76	171188216	5	169.972,27	1	60.274,71
H. GREGORIO MARAÑÓN	1	53.358,45	171188217	5	180.330,07	0	7.627,15
H. EL ESCORIAL	1	30.974,88	171188219	2	85.403,82	1	57.774,14
H. DR. R. LAFORA	4	136.879,21	171188223	0	5.845,77	0	0,00
H. JOSÉ GERMAIN	0	0,00	171188224	3	115.308,21	1	58.844,63
H. HENARES	3	160.075,35	171188228	2	94.368,93	0	4.415,69
H. SURESTE	3	160.075,35	171188229	2	94.368,93	2	111.132,59
H. TAJO	0	0,00	171188230	2	84.333,33	0	4.415,69
H. INFANTA CRISTINA	2	106.716,90	171188231	1	37.665,28	0	1.070,49
H. INFANTA LEONOR	7	306.085,34	171188232	5	216.233,81	1	40.603,64
H. INFANTA SOFÍA	6	243.573,31	171188233	4	117.746,03	1	56.218,61
TOTAL HOSPITALES	**68**	**2.931.639,87**		**78**	**2.981.395,56**	**27**	**1.315.432,98**
SUMMA 112	0	0,00	171188401	4	207.633,00	0	13.380,80
TOTAL HOSPITALES + SUMMA 112	**68**	**2.931.639,87**		**82**	**3.189.028,56**	**27**	**1.328.813,78**
H. FUNDACIÓN ALCORCÓN	2	99.151,99	171188234	1	33.527,63	0	0,00
HOSPITAL DE FUENLABRADA	3	129.715,63	171188235	1	32.323,90	0	0,00
TOTAL ALCORCÓN Y FUENLAE	**5**	**228.867,62**		**2**	**65.851,53**	**0**	**0,00**
TEA DIAGNÓSTICO COMPLEJO	0	0,00	8100*	2	106.716,90	0	6.690,40
AMITEA (H. GREGORIO MARAÑ	3	106.045,23	8100*	0	4.775,28	0	0,00
ECASAM (H. CLÍNICO SAN CAR	1	30.974,88	171188204	1	54.428,94	0	3.345,20
SESM - DI-(H. LA PRINCESA)	2	84.333,33	171188205	2	88.749,02	4	172.809,25
PAIPSE	0	0,00	8100	1	53.358,45	0	3.345,20
HOSPITALIZACIÓN BREVE ADO	0	0,00	8100*	0	0,00	25	725.828,94
TOTAL RESTO ACTUACIONES	**6**	**221.353,44**		**6**	**308.028,59**	**29**	**912.018,99**
TOTAL	**79**	**3.381.860,93**		**90**	**3.562.908,68**	**56**	**2.240.832,77**

* Pendiente de determinación de Centro de Destino

II. Actuaciones relacionadas con la dotación de infraestructuras y dispositivos en la Red de Salud Mental

Dentro de las actuaciones planteadas en el nuevo Plan de Salud Mental relacionadas con creación de nuevos recursos, tanto del Hospital de Día de La Paz, como la Unidad de trastornos de la Personalidad del Hospital Dr. Rodríguez Lafora y el Hospital de Día Infanto-Juvenil de Puerta de Hierro, conllevan coste solamente en dotación de personal (ya expuesto en apartado anterior) y no en capítulo VI. Por otra parte, con la creación de nuevas unidades de Hospitalización Breve de adolescentes, que sí generan gasto (tablas VIII y IX) se logrará una atención adecuada hasta ahora no cubierta en nuestra Comunidad de la demanda cada vez

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

más creciente de población infanto-juvenil, respondiendo a criterios de equidad territorial. En la primera fila de la tabla VIII, se expone la cantidad estimada para estas unidades correspondientes a los conceptos 221.- Suministros (subconceptos 22100, 22101, 22107 y 22109) y 271.- Productos farmacéuticos (subconcepto 27100). Así mismo, en la tabla IX se exponen las estimaciones anuales en concepto 621.- Inversiones Nuevas asociadas al funcionamiento operativo de los Centros, del programa 312 A, del Centro Gestor 8100 Servicios Centrales, no suponiendo dotación adicional a la ya presupuestada para el ejercicio 2018, dado que la citada inversión se realizaría en el ejerció 2020.

Por otra parte, se plantea incrementar el número de camas de media y larga estancia, para pacientes con trastorno mental grave que requieren una atención intensiva pero ya fuera de las Unidades de Hospitalización Breve. Si bien el acceso a estas plazas viene determinado por indicación médica, con la priorización de entrada por parte de comisiones especializadas, la lista de espera en los últimos años es creciente, y resulta necesario un incremento de los recursos para paliarla y facilitar el acceso de pacientes en espera. En este caso, en la Tabla VII se muestran las cantidades anuales estimadas en concepto 251.- Convenios y Conciertos de Salud Mental, subconcepto 25101.

Finalmente, se ha detectado un desequilibrio territorial en la accesibilidad a terapia electroconvulsiva para pacientes con trastorno mental grave, lo que se trata de solventar con la dotación de equipos proyectada, con una estimación de coste indicado en tabla IX correspondiente a concepto 62304.- Equipamiento médico y de rehabilitación, del programa 312 A, Atención Hospitalaria, del Centro Gestor 8100 Servicios Centrales, por lo que no supone una presupuestación adicional a la ya establecida para el ejercicio 2018

El presupuesto estimado en este apartado se expone en las tablas VIII y IX, correspondientes a capítulos II y VI.

Tabla VIII. Presupuesto estimado de Capítulo II, programa 312A de nueva Unidad de Hospitalización de adolescentes y de la dotación de camas concertadas de media y larga estancia

		2018	2019	2020
Unidad de Hospitalización Breve Adolescentes.- Capitulo II.- Programa 312 A				190.000
Conciertos de camas.- Cap II.- Art 25.- Programa 312A.- C.G 8100	50 camas de estancia media Unidades hospitalaria de tratamiento y rehabilitación	2.007.500	2.007.500	2.007.500
	50 camas de larga estancia Unidades hospitalarias de Cuidados Prolongados	1.551.250	1.551.250	1.551.250

El importe de los Convenios y Conciertos de Salud Mental, lo serán con cargo al programa 312A y dotación centralizada al Centro Gestor 8100, Servicios Centrales, que procederá a su descentralización de acuerdo a lo que la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental determine en función de las necesidades.

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

Tabla IX. Presupuesto estimado de Capítulo VI, programa 312A, sobre nuevos dispositivos y equipamientos, asumido con cargo a las inversiones posicionadas anualmente y, por lo tanto no supone dotación adicional a la ya presupuestada.

		2018	2019	2020
Unidades de Hospitalización Breve Adolescentes	1			250.000
Equipos de Terapia Electro convulsiva	4	120.000		

III. Actuaciones de formación a profesionales de Salud Mental

El Plan de Salud Mental incluye actividades formativas, distribuidas en diferentes líneas de acción y que se recopilan en la línea 10 de cuidado y formación de los profesionales. Con ellas se pretende avanzar hacia tres objetivos. En primer lugar, en la adquisición y actualización de conocimientos y habilidades en torno a las áreas priorizadas por el plan (como la detección precoz de trastornos psicóticos, diagnóstico de trastornos del espectro autista, la prevención del suicidio, entre otras). En segundo lugar, en el conocimiento de los derechos de los usuarios y el impulso a la participación en la toma de decisiones de las personas con trastorno mental; En tercer lugar, y de forma sinérgica con la línea de desarrollo organizativo, se plantean actividades formativas en calidad de los servicios, encaminadas a avanzar en la cultura de la evaluación y la mejora continua, en extensión de la evidencia, en seguridad del paciente y en calidad percibida. Irá destinada a profesionales de Salud Mental y también de los Equipos de Atención Primaria. Estas actividades están incluidas en el Plan de Formación anual, con un gasto estimado de 78.000 € en 2018, 80.000 € en 2019 y 82.000 € en 2020, con un total de **240. 000€** en los años de vigencia del plan en concepto 162 (subconcepto 16200), a cargo del presupuesto de la **Dirección General de Planificación, Formación e Investigación y** programa 312F Formación de Personal Sanitario que no supone una presupuestación adicional a la ya establecida para el ejercicio 2018.

IV. Actuaciones de sensibilización y prevención en Salud Mental

El Plan de Salud Mental plantea campañas informativas dirigidas tanto a población general, como a usuarios y familiares y a profesionales sanitarios, en aspectos relacionados con la prevención del suicidio y la lucha contra el estigma y la discriminación a los pacientes con enfermedad mental, en consonancia con las líneas planteadas en la Estrategia. Así mismo, proyecta la difusión de material informativo dirigido especialmente a usuarios y familiares, sobre la propia Red de Salud Mental, sus dispositivos, así como sobre la enfermedad mental y los derechos y deberes de los pacientes, con el fin de promover la mayor capacidad de usuarios y familiares para participar en los aspectos que afectan a su salud. La estimación del coste de estas campañas y material informativo asciende a 50.000€ en 2018, 50.000€ en 2019, 50.000€ en 2020, con un total de **150.000€** en el periodo de vigencia del plan. Con cargo al programa 311P Dirección y Servicios Generales del SERMAS y dotación centralizada en el Centro Gestor 8100, Servicios Centrales, que lo asignara en función de la necesidades detectadas en esta materia por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

V. Actuaciones relacionadas con el desarrollo de Tecnología de la información y Comunicación (TIC)

En las diferentes líneas estratégicas, se recogen actuaciones relacionadas con el desarrollo de TIC orientadas especialmente a tres áreas trasversales: Coordinación, Formación e información a usuarios y familiares.

Dentro de los aspectos de coordinación, se incluyen actuaciones de mejora de la comunicación entre dispositivos de la Red de Salud Mental o bien entre la Red de Salud Mental y Atención Primaria, la Red de Adicciones y la Red de atención social. Algunos ejemplos son el impulso a la consultoría online desde Atención Primaria a los CSM, el avance en la interoperatividad de la historia clínica electrónica y la comunicación telemática entre dispositivos específicos.

También se incluyen elementos facilitadores del diagnóstico y del seguimiento de procesos específicos en la historia clínica electrónica, como los signos de alarma del autismo, la recogida de factores de riesgo de suicidio y la mejora de la gestión de la información referente a los pacientes en programas asistenciales.
Finalmente, en relación a los usuarios, se plantea la Implementación progresiva de TIC en el proceso de información a pacientes y familiares sobre la atención en salud mental.

La Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria ha estimado el importe total de las acciones planteadas en el Plan se Salud Mental 2018-2020 relacionadas con TIC un total de **2.150.000 €**, incluyendo actuaciones de adaptación a los sistemas de Historia Clínica Electrónica (1.150.000€), Telemedicina y Teleasistencia del paciente (650.000€) y Humanización y personalización TIC (350.000 €). Los equipos para procesos de información y dispositivos electrónicos de nuevas actuaciones deben ser imputados al Art. 626 (Concepto 62600), del programa 311P Dirección y SS.GG del SERMAS y dotación centralizada en el Centro Gestor 8100, Servicios Centrales, que lo asignara en función de la necesidades determinadas por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Ello no supone una presupuestación adicional a la ya establecida para el ejercicio 2018.

VI. Financiación.

En el ejercicio 2018, el gasto de los profesionales sanitarios requeridos para la ejecución del Plan de Salud Mental, se imputará a la partida 18007 de los programas 312B "Atención Primaria de Salud" y 312A "Atención Hospitalaria" del Centro Gestor 171188100, así como con créditos previstos en el programa 312C "Plan Integral Listas de Espera". Para los ejercicios 2019 y 2020, se deberán consignar los créditos necesarios en las correspondientes Leyes de Presupuestos en el programa 312A "Atención Hospitalaria" del centro gestor 171188100.

Finalmente hay que señalar que al igual que ocurre con el Plan de Salud Mental, la ejecución del Plan de Cuidados Paliativos y del Programa del Cáncer afecta tanto al ámbito de atención primaria como al ámbito de atención hospitalaria, por lo que parte de las acciones

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

correspondientes a dichos planes y programas se financian, durante el ejercicio 2018, con cargo a los programas 312A "Atención Hospitalaria" y 312B "Atención Primaria" y 312C "Plan Integral Listas de Espera" señalando que, para este ejercicio, hay crédito adecuado y suficiente en las partidas de estos programas para hacer frente al gasto que se origine por la ejecución de los tres planes.

Planes Estratégicos 2018	**Coste cap I en 2018**
Plan del Cáncer	2.299.862,10
Plan de Cuidados Paliativos	3.771.708,51
Plan de Salud Mental	3.381.860,93
Total Planes 2018	**9.453.431,54**

Financiación	**Dotaciones Presupuestarias 2018**
Programa 312A nuevas acciones	5.000.000,00
Programa 312B nuevas acciones	18.000.000,00
Total financiación disponible 2018	**23.000.000,00**

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

Anexo 1. NUEVAS ACCIONES DERIVADAS DEL PSM 2018-2020

CAPITULO I RECURSOS HUMANOS

		2018	2019	2020
Centros de Salud Mental	Psiquiatras	12	7	6
	Psicólogos Clínicos.	15	11	11
	Enfermeras	16	37	3
	T. Sociales	5	4	4
	A. Administrativos	4	3	3
Hospital de Día Infanto-juvenil Puerta de Hierro	Psiquiatras		2	
	Psicólogos Clínicos.		1	
	Enfermeras		1	
	T. Sociales		1	
	T. Ocupacional		1	
	M. Ocupacional		1	
Hospital de Día de Trastornos de Personalidad Hospital Dr. R. Lafora	Psicólogos Clínicos.	1		
	Enfermeras	1		
	T. Ocupacional	1		
	A. Administrativo	1		
Hospital de Día Adultos Hospital La Paz	Psiquiatras	2		
	Psicólogos Clínicos.	1		
	Enfermeras	1		
	T. Ocupacional	1		
H. Día UTCA H. Santa Cristina	T. Ocupacional	1		
	Enfermeras	1		
Unidades de Hospitalización Breve	Psiquiatras	4	1	
	Psicólogos Clínicos.	6		
	Enfermeras		2	
	T. Sociales		3	
	A. Enfermería		2	
	A. Administrativos		3	
Unidades de Hospitalización Breve adolescentes	Psiquiatras			2
	Psicólogos Clínicos.			1
	Enfermeras			9
	A. Enfermería			9
	Supervisora. Enfermería			1
	Celadores			3
Diagnósticos Complejos de Trastorno del Espectro Autista	Psiquiatras		1	
	Psicólogos Clínicos		1	
AMITEA	Psiquiatras	1		
	Enfermeras	1		
	Aux. Enfermería	1		
ECASAM	Psiquíatras		1	
	Enfermeras	1		
SESM-DI	Psiquíatras	1		1
	Psicólogos		1	1
	Enfermeras	1	1	1
	Trabajadores sociales			1
PAIPSE-UVOPSE	Psicólogos Clínicos		1	
Guardias psicólogos SUMMA 112	Psicólogos Clínicos		4	

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

	2018	*2019*	*2020*	*Total*
Psiquiatras	20	12	9	***41***
Psicólogos	23	19	13	***55***
Enfermeras	22	41	14	***77***
TCAE	1	2	9	***12***
Terapeutas Ocupacionales	3	1	0	***4***
Trabajadores sociales	5	8	5	***18***
Monitor ocupacional		1		***1***
Celadores			3	***3***
Auxiliares administrativos	5	6	3	***14***
	79	**90**	**56**	***225***

PRESUPUESTO ESTIMADO NUEVAS ACCIONES CAPITULO I POR AÑO

AÑO	**CAPITULO I.-**		
	Programa 312B	Programa 312C	Programa 312A
2018	1.865.413,65	1.516.447,28	
2019			3.562.908,68
2020			2.240.832,77

Plan de Formación Continuada.- Programa 312F	
Año 2018	78.000 €
Año 2019	80.000 €
Año 2020	82.000 €
Total	**240. 000€**

CAPÍTULO II

		2018	**2019**	**2020**
Unidades de Hospitalización Breve Adolescentes.- Programa 312A	1			190.000
Conciertos de camas de media y larga estancia.- Programa 312 A.- Art25.- C.G 8100	50 camas media estancia	2.007.500	2.007.500	2.007.500
	50 camas larga estancia	1.551.250	1.551.250	1.551.250
Campañas de Divulgación.- Programa 311 P.-C.G 8100	Folletos ,Guías Carteles	50.000	50.000	50.000

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

CAPITULO VI

		2018	2019	2020
Unidades de Hospitalización Breve Adolescentes.- Programa 312A	1			250.000
Equipos de Terapia Electroconvulsiva.- Programa 312A	4	120.000		

SISTEMAS DE INFORMACIÓN.- Programa 311P. C.G 8100	
Historia Clínica Electrónica	1.150.000€
Telemedicina y Teleasistencia	650.000€
Humanización y Personalización TIC	350.000 €
Total	**2.150.000 €**

RESUMEN COSTE ANUAL

	2018	2019	2020
CAPÍTULO I	3.381.860,93	3.562.908,68	2.240.832,77*
CONCEPTO 162 (subconcepto 16200).-312F	78.000	80.000	82.000
CAPÍTULO II.-Art 25	3.558.750	3.558.750	3.558.750
CAPITULO II			190.000
	50.000	50.000	50.000
CAPITULO VI.- 312 A	120.000,00		250.000,00
CAPITULO VI.- 312 P	716.666,66	716.666,66	716.666,68
TOTAL	**7.905.277,59**	**7.968.325,34**	**7.088.249,45**

*La productividad variable del último mes de 2020 se contempla en el presupuesto de 2021 con la cantidad de 99.268,41€

	Programas									*Total*
	312B	**312C**	**312A**				**311P**		**312F**	
Año	**CAP I**	**CAP I**	**CAP I**	**CAP II**	**CAP II Art 25**	**CAP VI**	**CAP II**	**CAP VI**	**160**	
2018	1.865.413,65	1.516.447,28			3.558.750	120.000	50.000	716.666,66	78.000	**7.905.277,59**
2019			3.562.908,68		3.558.750		50.000	716.666,66	80.000	**7.968.325,34**
2020			2.240.832,77	190.000	3.558.750	250.000	50.000	716.666,68	82.000	**7.088.249,45**

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

RESUMEN COSTE TOTAL

	2018	2019	2020	TOTAL
CAPÍTULO I	3.381.860,93€	6.944.769,61€	9.185.602,38€	**19.512.232,91€**
CONCEPTO 162 (subconcepto 16200) Formación	78.000€	80.000€	82.000€	**240.000€**
CAPÍTULO II Camas de media y larga estancia	3.558.750€	3.558.750€	3.748.750€	**10.866.250€**
Campañas de sensibilización	50.000€	50.000€	50.000€	**150.000**
CAPITULO VI Infraestructuras y TEC	120.000€		250.000€	**370.000€**
ARTÍCULO 626 (Concepto 62600) -TIC				**2.150.000€**
TOTAL	7.188.610,93€	10.633.519,61€	13.316.352,38€	**33.288.482,91€**

*La productividad variable del último mes de 2020 se contempla en el presupuesto de 2021 con la cantidad de 99.268,41€

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria
Servicio Madrileño de Salud
Edificio Sollube
Pza. de Carlos Trías Bertrán, 7 – 3ª planta Zona-C
28020 – MADRID
Teléfono 91.529.06.19
Fax: 91.529.06.32

ANEXO III

ALIANZA ESTRATEGICA ENTRE H. U. FUNDACION ALCORCON Y H. VIRGEN DE LA POVEDA

Hospital Universitario
Fundación Alcorcón

Hospital
Virgen de la Poveda

ALIANZA ESTRATÉGICA ENTRE HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN Y EL HOSPITAL VIRGEN DE LA POVEDA

REUNIDOS

De una parte, D. Modoaldo Garrido Martín, Director Gerente del Hospital Fundación Alcorcón (en adelante HUFA), con domicilio en la calle Budapest, núm. 1 de Alcorcón (Madrid)

Y de otra, D. Fernando Jou Rivera, Director Gerente del Hospital Virgen de la Poveda (en adelante HVP), con domicilio en la Carretera del Hospital, Km 5 de Villa del Prado (Madrid)

INTERVIENEN

En representación de sus respectivas Instituciones, reconociéndose recíprocamente la plena capacidad para la formalización de la presente alianza estratégica.

Ambos hospitales han considerado que están en condiciones de establecer un marco de colaboración estable, a través de una alianza estratégica, que permitirá la consecución de unos objetivos y el intercambio de recursos y capacidades. Todo ello con el fin último de optimizar los recursos económicos, humanos y asistenciales de los que disponen y poder dar asistencia a los déficits del Hospital Virgen de la Poveda.

EXPONEN

1.- Que el Hospital Virgen de la Poveda:

Es un hospital público de la red de hospitales de la Comunidad de Madrid, dedicado a la atención médica de pacientes de media y larga estancia hospitalaria, provenientes de otros hospitales públicos de la Comunidad. Son pacientes en su gran mayoría con enfermedad crónica compleja.

La atención ofrecida incluye las especialidades de Medicina Interna, Geriatría y Rehabilitación, contando además con una Unidad de Demencias y otra Unidad de Cuidados Paliativos, enfocadas a la atención permanente del enfermo y su familia, con el fin de conseguir una óptima reintegración de los pacientes a su entorno familiar y social en el momento del alta hospitalaria, así como su Continuidad asistencial en sus patologías de base. Todo ello con las máximas eficiencia, eficacia y seguridad posibles del proceso asistencial, para contribución a la sostenibilidad del sistema de salud.

Para llegar a conseguir estos propósitos y para mejorar la calidad asistencial prestada al paciente, entre otros requisitos, se establecen como necesarios el cumplimiento de la legalidad aplicable a la actividad asistencial, así como el mantenimiento de políticas internas que propicien la gestión eficiente de los recursos, tanto humanos como materiales y financieros.

Que cuenta con:

- Servicio central de Admisión y Documentación, con un médico de Admision.
- Laboratorio, con 2 TEL, sin médicos adscritos.
- Radiología: con un TER de mañana. El responsable de la instalación en el Director Médico y el Gerente (que están habilitados con la titulación exigible para dirigir instalaciones radiológicas con fines diagnósticos). Ausencia de informador radiólogo de las pruebas realizadas, o para guiar Ecografías.
- Farmacia Hospitalaria, con un farmacéutico.
- Los servicios asistenciales se prestan por médicos especialistas (Geriatría, Medicina Interna y Rehabilitación), así como por graduados en Enfermería, Fisioterapia, Logopedia y Terapia Ocupacional.

Los pacientes a los que atiende son casi en el 95% paciente crónico complejos, de edad avanzada y con múltiples patologías, con frecuentes reagudizaciones. Por sus enfermedades de base, son especialmente susceptibles de infecciones, especialmente vulnerables y con muy frecuente desarrollo de resistencias a antibióticos. El Hospital se ha denominado centro centinela de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC).

En estas circunstancias carece de servicios imprescindibles para su atención (Ej. Micro-Infecciosas y Preventiva) y de las que se dispone están muy fraccionadas en distintos Hospitales. No están abiertos tampoco canales para la atención de los procesos de base con hospitales que disponen de especialidades para su resolución.

Los servicios imprescindibles de los que carece son: áreas de Laboratorio, microbiología, infecciosas, preventiva, radiología y consultas de especialidades. En búsqueda de la eficiencia no tiene sentido que disponga de estas áreas in situ pero es fundamental que pueda resolver sus necesidades a través de un Hospital con dichos servicios.

2.- Que el Hospital Universitario Fundación Alcorcón:

Es una institución sanitaria pública sin ánimo de lucro, perteneciente al Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, cuya misión es la prestación de asistencia sanitaria especializada, eficiente y accesible, para mejorar o mantener la salud de los ciudadanos integrando en la mismas actividades docentes y de investigación.

Para dar respuesta a la misión tenemos la capacidad necesaria para adaptarnos e integrar las nuevas demandas de la población. Es una organización que quiere ser excelente y comprometida con las necesidades y expectativas de los ciudadanos, que proporcione asistencia sanitaria garantizando la equidad, excelencia en la asistencia, eficiencia en la gestión de los recursos, manteniendo el compromiso con el medio ambiente. Desarrollando un entorno laboral que fomente el trabajo en equipo, la innovación y el desarrollo de nuestros profesionales.

Estos son sus valores como hospital general integrado en el Área Única de asistencia sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid:

- Orientación al paciente y a la sociedad
- Los profesionales
- Ambiente cómodo y seguro para pacientes, acompañantes y profesionales
- Excelencia clínica: una asistencia de calidad para todos
- Tecnología: efectividad en la atención a los ciudadanos
- Innovación: Formación, docencia e investigación
- Transparencia en la gestión
- Clima laboral agradable y seguro. Trabajo en equipo
- Sostenibilidad: Compromiso social y respeto con el medio ambiente
- Ambiente cómodo y seguro para pacientes, acompañantes y profesionales

A) OBJETO de la Alianza

Establecer mediante un sistema de comunicación bidireccional, entre el HVP y el HUFA, la consultoría de pacientes ingresados en el HVP, por parte de los Servicios de HUFA en las áreas deficitarias en el HVP. Con ello se obtiene una prestación de mayor calidad, con una alta eficiencia al evitar duplicar recursos y derivaciones a múltiples centros de pacientes ingresados en el HVP.

Los Objetivos de la Alianza, que se lleva a cabo de acuerdo con lo dispuesto en la resolución 42/2016 de la Dirección General de la Asistencia Sanitaria, son de tres tipos:

a) Asistenciales:
- Agilizar los procesos diagnósticos y terapéuticos.
- Facilitar la circulación de los pacientes de manera rápida y coordinada de forma que el proceso sea único e integrado con independencia del hospital que la realice.
- Colaborar en la gestión de la actividad reduciendo las demoras
- Evitar desplazamientos de pacientes

b) Económicos:
- Evitar duplicidades de exploraciones dado que ambos servicios tendrán acceso a todas las exploraciones realizadas
- Concentrar técnicas reduciendo las curvas de aprendizaje y el coste de los procesos
- Homogeneizar el material favoreciendo las economías de escala

c) Profesionales:
- Mejorar la capacitación de los especialistas
- Elaborar guías clínicas o protocolos de actuación basados en la evidencia científica
- Favorecer su especialización
- Promover la innovación e investigación conjunta
- Implicar a los profesionales en la toma de decisiones

El objeto principal de esta alianza estratégica es conseguir el óptimo aprovechamiento de los recursos del SERMAS, para que el HVP pueda ver atendidas las necesidades no resueltas en las áreas de:

- Derivación urgente de pacientes
- Laboratorio
- Microbiología, Infecciosas (PROA)
- Servicio de Preventiva
- Consultas de especialidades no disponible a través de: telemedicina, interconsultas y e consultas.

Lo que se hará a través de los servicios que le preste el HUFA. Se asegurará la provisión de estos servicios durante todo el año.

Por último, se pretende con esta alianza estratégica un mejor aprovechamiento de los recursos humanos, a través de la prestación de servicios mutuos entre ambos centros, para lo que se deberá facilitar el desplazamiento de profesionales cuando fuera necesario.

B) RECURSOS MATERIALES Y PERSONALES DESTINADOS AL PROYECTO.

La presente alianza se extiende a todos los profesionales especialistas (facultativos y enfermería) de ambos Hospitales que podrán desplazarse de uno a otro hospital con el fin de conseguir los objetivos propuestos en el apartado anterior. Así, se establecerán programas formativos, sesiones clínicas conjuntas, etc.

Además, ambos Hospitales disponen del mismo sistema de gestión de pacientes y pruebas y tienen todas las exploraciones digitalizadas lo que permite la transferencia de imágenes de uno a otro hospital y, por tanto, la colaboración y complementación de estos profesionales en los estudios que se realicen en cada hospital si fuera preciso.

C) ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO.

SITUACIÓN DE PARTIDA

La necesidad y oportunidad de esta Alianza ya se planteó en el año 2016. Con la buena voluntad por la asistencia de los pacientes, se inició una 1ª fase con la colaboración en el Area de laboratorio y de Derivaciones de pacientes Urgentes, que está ya implementada y ha sido de inestimable valor y eficiencia para la calidad asistencial. (Anexo1: Fase 1: instaurada).

Además de formalizar esta 1ª Fase, estaba pendiente la implementación de una 2ª Fase con las áreas no cubiertas y muy necesarias arriba expuestas.

IDENTIFICACION DE NECESIDADES:

Fase 2ª: IMPLEMENTACION DE LAS AREAS NO CUBIERTAS:

1.-MICROBIOLOGIA, INFECCIOSAS Y PREVENTIVA.

El Hospital HVP, con 200 camas, de pacientes crónicos complejos, presenta una incidencia en alza de EPC, de infecciones por gérmenes con resistencias, y es centro centinela de EPC.

En la actualidad tenemos un porcentaje de EPC del 25% (cifra muy elevada y en crecimiento), y de un problema grave de resistencias a antibióticos, e infecciones por clostridium, que triplican a la incidencia en HUFA, y superan las cifras de todos los centros de la Comunidad de Madrid. (Anexo II)

En estas circunstancias carecemos de Servicio de Preventiva, Microbiología, y de poder consultar con Infecciosas la alternativa antibiótica dirigida, y más eficiente-coste/eficaz.

La de EPCs las realiza otro centro (H Móstoles), la micro empieza a realizarla HUFA solo a nivel analítico: dos centros a medias para un mismo proceso, no terminado con ninguno. Debería unificarse todo el proceso en un mismo Hospital en términos de eficiencia y de calidad mínima asistencial

Es imprescindible disponer de estos servicios para optimizar recursos desde un punto vista:

- Seguridad del control y diseminación de infecciones y resistencias bacterianas (ahora inexistente)
- Conseguir una óptima calidad asistencial, a pacientes con especial susceptibilidad de infecciones y diseminación de estas. (Centro de Media Estancia)
- Evitar o reducir aislamientos con la mejora 2ª de disponibilidad de camas. Unificar criterios y dudas con una Unidad de Preventiva
- Optimización del uso de antibióticos, que pasarían a ser los apropiados y más eficientes
- Control adecuado de información y manejo de las resistencias antibióticas y de las infecciones.

2.-MEDICINA PREVENTIVA

Entre los años 2009-2012, el Programa de Vigilancia de la Resistencia a Antibióticos del Centro Nacional de Microbiología detectó un importante y progresivo aumento en el número de cepas de bacterias resistentes a antibióticos por producción de carbapenemasas (EPC). En la Comunidad de Madrid se detecta desde el año 2011 la presencia de enterobacterias de este tipo, que dada su capacidad de producir brotes y de extenderse, motivó la decisión de establecer un Plan de Actuación que contemplase medidas a tomar en los centros sanitarios de la región para la prevención y el control de la infección por estas enterobacterias.

El HVP fue declarado Hospital Centinela para vigilancia, control y prevención de infecciones producidas por estas bacterias, dentro del Plan de Prevención y Control frente a la infección por EPC en la Comunidad de Madrid, de septiembre de 2013.

Las estrategias de intervención para prevenir la introducción y la transmisión de la infección por estas enterobacterias en un centro sanitario se basan en la detección de los pacientes infectados y colonizados y el cumplimiento estricto de las medidas de control de la infección para evitar su diseminación. Entre las herramientas para el control de la propagación en el HVP se realiza analítica de los pacientes en el momento del ingreso con aislamiento de portadores. Se realizan tres determinaciones por cada ingreso, y aquellos que resultan positivos (se estimaba inicialmente un 10% y ahora tenemos un 20%) precisan de una determinación mensual adicional en su seguimiento.

Datos de costes en 2016

Laboratorios	Coste anual	Determinaciones Estimadas	Coste Unitario
MIC estudio de portador de multiresistentes	37.600	(900*3.3)	12,66

La estrategia para el control de la infección por EPC, pasa por el desarrollo de protocolos que deberían ser establecidos por un especialista en Medicina Preventiva, para lo que planteamos una alianza estratégica con el HUFA, que prestará sus servicios de esta especialidad en el desarrollo de los citados protocolos.

Asimismo, y dentro de las posibilidades del Servicio de Medicina Preventiva del HUFA, se colaborará en otros temas de interés para el HVP.

3.-RADIOLOGO DE REFERENCIA

El HVP no dispone de radiólogo que informe las pruebas que lo requieren, solo de un técnico que las realiza. En este tiempo, recibía los informes de los radiólogos del H. El Escorial, que en la actualidad no puede hacerlo o lo hace con más de 1 semana de demora, para una radiología aguda (fracturas etc..).

Tampoco puede realizar Ecografías, disponiendo el centro de un ecógrafo y de TER con formación e interés en realizarlas, por carecer de radiólogo asignado de referencia por telemedicina. Antes lo tenía y era muy resolutivo para evitar desplazamientos de los pacientes a Hospitales con esta prestación.

4.-CONSULTAS DE ESPECIALISTAS NO DISPONIBLES EN HVP: TELEMEDICINA, ECONSULTA, INTERCONSULTA

Ambos Hospitales disponen de Unidades de Telemedicina, cuyo uso se fomentará a través de la alianza estratégica. De este modo, se agilizará la atención a los pacientes ingresados (a través de la interconsulta a distancia) y se evitarán, en su caso, las derivaciones urgentes al HUFA y desplazamientos innecesarios.

Los Hospitales como el HVP atienden fundamentalmente pacientes crónicos complejos. Una vez el Paciente crónico está ingresado en este Hospital de Media estancia (HME), surgen necesidades asistenciales que precisan atención en las distintas especialidades que atienden

a sus procesos más frecuentes y de las que no dispone un HME. Se precisa resolver dudas, atender sus descompensaciones o atender su seguimiento mientras esta en el HME.

Para procesos en seguimiento en su Hospital derivador, al que va a volver, se podría desarrollar atención en estos. Pero para el día a día de seguimiento de procesos comunes, o nuevos problemas se precisa un acceso ágil a las especialidades requeridas. Esto se facilita con las telemedicinas y econsultas, en un Hospital de referencia que las centralice, como sería el HUFA. Se optimizarían los recursos y la eficiencia con un solo centro y se evitaría el desplazamiento de estos pacientes frágiles.

El coste medio estimado (para el HUFA) de una consulta de telemedicina es de 60 euros. Por lo tanto, el coste estimado de este servicio estará en función del número de consultas que se demanden, cuyo estudio se extrapola de las realizadas en 2017, pero que incluyen consultas a Hospitales de referencia (Anexo III). En el futuro se potenciará que todas las interconsultas que puedan se realicen por Telemedicina, reduciendo las molestias al paciente y desplazamientos innecesarios.

Se hace una estimación del nº previsible de interconsultas para 2018, pactada con los médicos peticionarios del HVP y la Dirección del HUFA (Anexo IV). En esta estimación se excluyen las interconsultas que no se harán en el HUFA, por requerir realizarse en su Hospital de referencia/ derivador (por afectar a procesos de base que volverá a estos). En esta estimación pactada se incluye la demora previsible para cada especialidad del HUFA. Estas previsiones se extraen del número de pacientes que son propios del HUFA del año 2017 (117 al año, con 77 ingresos en Unidades de Rehabilitación) y de datos complejos de las derivaciones globales en el año previo. De estas últimas se han restado las que, por ser propias del proceso de base, se mantendrán con sus Hospitales de referencia y no se derivarán al HUFA.

Se realizará un trabajo de coordinación para indicaciones y forma de realizar estas interconsultas con las especialidades implicadas. Se realizará para los principales procesos atendidos en HVP.

Se avanzará para todo ello en la visibilidad/permisos para escribir en la historia del paciente en el Hospital de Media estancia.

DESARROLLO ORGANIZATIVO

Se implementarán los cambios informáticos que permitan esta comunicación. Se desarrollará por los responsables asignados e informáticos de ambos Hospitales, con las especialidades correspondientes bajo la coordinación por las Direcciones Médicas.

Se establecerá:

- Area de Microbiología e Infecciosas: la inclusión de los pacientes de HVP en el Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA). Con acceso a consulta a Infecciosas de los casos que se requieran, a través de una interconsulta en Selene ® y/o teléfono de acceso a Unidad de infecciosas

- Area de preventiva: Acceso a dicha Unidad, con asesoramiento diario de especialista en Medicina Preventiva al HVP para resolución de consultas, y desarrollo y difusión de la guía de manejo de aislamientos y prevención de infecciones.
- Radiología: información radiológica en la radiología simple en los casos requeridos. Solicitud de las pruebas de imagen requeridas con indicaciones pactadas. En un futuro se implementará la Ecografía teledirigida.
- Consultas de especialistas no disponibles en HVP: se establecerán las principales consultas requeridas en los procesos más frecuentes y la vía de desarrollo más apropiado mediante coordinación de las necesidades de HVP y reuniones con cada servicio y Admisión para su ejecución: Telemedicina, consultas en Selene ® o consulta de presencia física. Se dejará pactado: número máximo de estas consultas y su demora (Anexo IV), siempre sujeta a la adecuada atención asistencial, cuya variabilidad será justificada.

Identificación de resultados

Se establece un seguimiento cuatrimestral del número de solicitudes tramitadas desde el HVP al HUFA. Así mismo, se llevará a cabo seguimiento cuatrimestral de las posibles desviaciones de las solicitudes y de las incidencias detectables

- Se realizará el seguimiento de resultados a través de indicadores, cuyos resultados se enviarán cuatrimestralmente a Atención Hospitalaria:
- Porcentaje de aislamientos: Pacientes aislados / Nº total de pacientes ingresados al año. Rango de intervalo a conseguir: reducción de un 5% respecto al año previo, tras incorporar una Guía consensuada con U preventiva HUFA.
- Demora de las consultas: nº de interconsultas derivadas a HUFA con demora mayor de 2 días laborables/ nº total de interconsultas al HUFA. Rango de intervalo a conseguir: menor del 10%.
- Porcentaje de interconsultas derivadas a HUFA (distintas de traumatología) realizadas como Telemedicinas: Nº de interconsultas distintas a traumatología derivadas a HUFA realizadas por telemedicina / nº total de interconsultas no traumatológica al HUFA. Rango de intervalo a conseguir: superior al 25%.
- Desarrollo de una guía de uso adecuado de antibióticos, coordinada con HUFA. Porcentaje de uso adecuado de antibióticos según el indicador aplicado en cada año según el programa PROA del HUFA.

Flujos de comunicación

Se asegurará la difusión de los circuitos entre todos los usuarios mediante sesiones. Se difundirá el proceso de diseminación de los flujos de implantación de la presente Alianza Estratégica para abordar las incidencias destacables en las áreas involucrados e implementar planes de acción ad hoc para su corrección.

ANEXO I

FASE 1. ACTIVIDAD IMPLANTADA:

1.1-Área de LABORATORIO

Por buena voluntad, el HUFA, ha iniciado la realización de las analíticas del HVP.

Fruto de la alianza estratégica, las muestras analíticas del HVP son procesadas y validadas en el HUFA y por su personal.

La fase preanalítica (recogida, identificación y traslado de las muestras) está a cargo del HVP y su personal, se ha habilitado por parte del mismo un sistema de transporte diario adecuado.

Para el correcto funcionamiento de esta alianza se estableció la conexión de los sistemas informáticos Selene ® de ambos hospitales.

La actividad anual y sus costes:

HOSPITAL POVEDA		dic-16	total 2017
DETERMINACIONES	Banco	0	0
	Bioquímica	4721	55720
	Genética	0	0
	Hematología	407	4958
	Inmunología	4	79
	Microbiología	331	4430
TOTAL PACIENTES		340	4542

HOSPITAL POVEDA		ene-18
DETERMINACIONES	Banco	0
	Bioquímica	6157
	Genética	0
	Hematología	567
	Inmunología	0
	Microbiología	558
TOTAL PACIENTES		486

Coste determinaciones Hospital Virgen de la Poveda	oct - dic 2016	2017	ene-18
Total	26.473,70 €	**134.921,90 €**	**12.829,38 €**

Esta actividad se ha realizado con los recursos humanos propios del HUFA, incrementándose únicamente el consumo de materiales, como consecuencia del incremento de actividad

Se ha iniciado (de forma incompleta) el procesamiento y resultados de estudios de microbiología, pero sí realizar las determinaciones de EPCs, que determina el Hospital Universitario de Móstoles. Tampoco disponemos en la actualidad de comunicación con la Unidad de Infecciosas (Proa) para dar consejo terapéutico por resistencias a antibioticos, y sin la disponibilidad de acceso al servicio de preventiva.

1.2-DERIVACIONES URGENTES DE PACIENTES

El HVP, ante la necesidad de que un paciente ingresado en él sea atendido con carácter urgente por un especialista y dado que el mismo no tiene Servicio de Urgencias, ni los especialistas necesarios en estos casos, a través de la alianza estratégica se derivan estos pacientes al HUFA, a excepción de los pacientes ingresados que correspondan al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Hospital Infanta Elena, Hospital General de Villalba o Fundación Jiménez Díaz, (que serán trasladados al H. U. Rey Juan Carlos).

Se ha propuesto que ante reagudizaciones de patologías ya en seguimiento en hospital derivador a nuestro Hospital, estos pacientes deberían derivarse directamente a su Hospital de referencia. Ello evitaría el paso inútil del paciente por la Urgencia del HUFA para después ser derivado al Hospital donde pueden resolver su patología. En este punto es obvio en términos de eficiencia (reduce viajes de ambulancia, atención en dos urgencias, etc...) y de confort del paciente. Para el correcto funcionamiento de este punto será necesaria la coordinación con el Servicio de Urgencia Médica de Madrid (SUMMA 112).

El coste de esta actividad (derivación a Urgencias) queda contenido dentro del sistema de Facturación Intercentros.

Gestión del cambio

Se mantendrá semestralmente una presentación de los resultados de la implantación de la presente Alianza Estratégica y seguimiento de las incidencias que pudieran aparecer, llevando a cabo así mismo sesiones de revisión y entrenamiento de la implantación.

Así mismo se mantendrá una comunicación continua entre ambos centros ante la detección de incidencias de cualquier tipo, que pudieran aparecer.

Seguimiento de la Alianza

Desde el HVP se llevarán a cabo reuniones cada dos semanas con la finalidad de revisar posibles incidencias operativas que puedan ser detectadas incluidas las posibles derivadas de la implantación de la presente Alianza Estratégica.

Cualquier incidencia detectada se comunicara a los apoyos del área de informática de ambos hospitales, así como a las áreas implicadas en el proceso, desde Comisión de Tecnología del HVP Informática, Unidad de Admisión y Documentación Clínica y Dirección Médica en el HVP y en HUFA.

D) - CONDICIONES ECONÓMICAS

Dado que no se va a incrementar la transferencia de pacientes entre ambos hospitales sino, quizás al contrario, no se establece ninguna compensación intercentros por dichas actividades y cada Hospital asumirá los costes de las actuaciones que realice su servicio.

La presente Alianza estratégica tendrá la vigencia inicial de un año, renovable por períodos iguales, a propuesta de la Comisión Mixta.

A la finalización del primer año se elaborará una Memoria de cumplimiento de las actividades realizadas y de las condiciones acordadas, que se remitirá a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, no procediendo a la renovación de la presente Alianza, si el resultado obtenido no se ajustara a los fines pretendidos.

E) COMISIÓN MIXTA DE SEGUIMIENTO.

Se constituirá una comisión mixta de seguimiento y evaluación de las actuaciones contempladas en la presente alianza, integrada por un Presidente y cinco representantes, número equitativo de cada Hospital implicados, propuestos por los gerentes y nombrados por la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

Por parte del HVP: Gerente, Director Médico, Médico de Admisión, Informático, Médico de Coordinación Clínica.

Por parte de HUFA: Gerente, Director Asistencial, Jefe de Area de Calidad y Gestión de Pacientes, Subdirectora de Sistemas de Información, Coordinador de Innovación.

F) ALIANZA DE LOS PROFESIONALES

Los profesionales de los hospitales HVP y HUFA, involucrados en el desarrollo de la actividad a que se refiere la presente alianza han manifestado su conformidad con las condiciones establecidas en la misma.

Se pretende un mejor aprovechamiento de los recursos humanos, a través de la prestación de servicios mutuos entre ambos centros, para lo que se deberá facilitar el desplazamiento de profesionales cuando fuera necesario.

G) VIGENCIA

La presente alianza estratégica tendrá la vigencia inicial de dos años, renovable por períodos iguales, a propuesta de la Comisión Mixta.

En prueba de su conformidad, las partes intervinientes firman el presente documento en Madrid, a cuatro de abril de dos mil dieciocho.

EL DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL
U. FUNDACIÓN ALCORCÓN

D. Modoaldo Garrido Martín

EL DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL
VIRGEN DE LA POVEDA

D. Fernando Jou Rivera

EL DIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN
DE LA ASISTENCIA SANITARIA

D. César Pascual Fernández

ANEXO II

INFORME RESUMIDO DEL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO DEL AÑO 2017 REALIZADO EN LA UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA DEL HUFA

AUTOR: ***Alberto Delgado-Iribarren Gª-Campero. Jefe de la Unidad de Microbiología***

1. Actividad global

Muestras 2017	H.V. POVEDA	% POS	% SOBRE TOTAL	HUFA	% POS
UROCULTIVOS	1405	60,2	5,2	27258	27,0
COPROCULTIVOS	131	43,0	4,2	3121	5,1
EXUDADOS	412	65,2	1,1	39140	9,8
HEMOCULTIVOS	47	14,9	0,4	13259	17,0
MICOBACTERIAS	17	0,0	0,5	3582	7,0
AISLAMIENTOS	1223	NA	4,3	22251	NA

Comentarios: los datos crudos no reflejan la carga de trabajo pues en Microbiología es fundamental las tasas de positividad y los aislamientos implicados, como se expondrá en el punto 2.

Las cifras bajas de hemocultivos y micobacterias probablemente reflejan un problema de infradiagnóstico.

2.- Principales microorganismos aislados

PRINCIPALES MICROORGANISMOS IMPLICADOS	H.V. POVEDA	% SOBRE TOTAL	HUFA
Nº DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE	42	29,0	104
Nº DE PACIENTES CON E.COLI	237	9,9	2155
Nº DE PACIENTES CON K. PNEUMONIAE	171	9,9	574
Nº DE PACIENTES CON PSEUDOMONAS AERUGINOSA	90	23,0	421
Nº DE PACIENTES CON STAPH. AUREUS	92	17,6	636
Nº DE PACIENTES CON ENTEROCOCCUS FAECALIS	83	12,6	406
Nº DE PACIENTES CON ENTEROCOCCUS FAECIUM	33	17,0	136
TOTAL	706	19,5	4328

Comentarios: como se ve los datos crudos no reflejan la carga de trabajo pues tan solo suponían un 5% de la carga del trabajo de la Unidad de Microbiología, pero con las tasas de positividad de los cultivos se aumenta hasta un 20% los aislamientos estudiados.

En el punto 3 se verá que estos aislamientos presentan mayor complejidad que el resto de los aislados del HUFA.

3.- Principales problemas clínicos y epidemiológicos detectados

En el punto 2 se ha expuesto la elevada prevalencia de infección por Clostridium difficile, que presenta un alta morbi-mortalidad pues presenta una tasa de recurrencias cercanas al 20% (datos presentados en el informe principal),

Respecto a la resistencias a antibióticos podemos observar en la siguiente tabla que existe un grave problema de resistencia a antimicrobianos de primera línea que duplican o triplican las tasas de resistencia del HUFA (sin incluir los aislados de AP):

PROBLEMAS DE ESPECIAL IMPORTANCIA EN E.COLI	H.V. POVEDA n=237	HUFA n=2155
%I RESISTENTE A CEF 3ªG	37	14
% RESISTENTE A QUINOLONAS	55	29
% RESISTENTE A AMOXI-CLAVULÁNICO	35	23
%I RESISTENTE A FOSFOMICINA	13	5
PROBLEMAS DE ESPECIAL IMPORTANCIA ENK.PNEUMONIAE	H.V. POVEDA n=141	HUFA n=574
%I RESISTENTE A CEF 3ªG	59	19
% RESISTENTE A QUINOLONAS	66	28
% RESISTENTE A CARBAPENEMAS	15	4
%I RESISTENTE A GENTAMICINA	34	11
PROBLEMAS DE ESPECIAL IMPORTANCIA EN PSEUDOMONAS AERUGINOSA	H.V. POVEDA n=141	HUFA n=574
% RESISTENTE A QUINOLONAS	57	39
% RESISTENTE A MEROPENEM	23	22
%I RESISTENTE A AMIKACINA	12	5
%I RESISTENTE A PIPERACILINA/TAZOBACTAM	27	20
PROBLEMAS DE ESPECIAL IMPORTANCIA EN STAPHYLOCOCCUS AUREUS	H.V. POVEDA n=92	HUFA n=636
% RESISTENTE A OXACILINA -SARM	83	37

Comentarios: los datos expuestos reflejan que la carga de trabajo de este centro es superior a cualquier centro de nuestra Comunidad. Sin duda alguna los datos de resistencias que exponemos son los mayores de la CM.

4.-Otros microorganismos multirresistentes menos frecuentemente aislados pero con alta prevalencia relativa comparada con el HUFA

PRINCIPALES MICROORGANISMOS IMPLICADOS	H.V. POVEDA	% SOBRE TOTAL	HUFA
Nº DE AISLADOS DE ACINETOBACTER	16	36,4	28
Nº DE AISLADOS DE MORGANELLA MORGANII	18	21,7	65
Nº DE AISLADOS DE PROTEUS MIRABILIS*	60	24	190
Nº DE PACIENTES CON PROVIDENCIA STUARTII	8	27,6	21
TOTAL	102	25,2	304

***Un 6% resistentes a Cefalosporinas de 3ªG y un 65% a quinolonas, frente a un 3% y un 35% en el HUFA respectivamente.**

Comentarios: los datos expuestos reflejan que la epidemiología de las infecciones de este centro es diferente a la del HUFA y probablemente a la de cualquier hospital de agudos. Además de los microorganismos expuestos en el punto 3 se aislan con más frecuencia otros gramnegativos multirresistentes. Todo ello implica la necesidad de una especial vigilancia de las resistencias, del control de la infección y de la política de antibióticos.

ANEXO III

TELEMEDICINAS REALIZADAS EN 2017 (incluyen telemedicinas con Hospitales de referencia).

HOSPITALES	ESPECIALIDADES	NUMERO
GETAFE		
	CARDIOLOGIA	**5**
	C PLASTICA	**1**
	DERMATOLOGIA	**10**
	NEUROLOGIA	**1**
	TRAUMATOLOGIA	**193**
GÓMEZ ULLA		
	ECOGRAFIA	**1**
	TRAUMATOLOGIA	**3**
REY JUAN CARLOS		
	TRAUMATOLOGIA	**12**

TOTAL: 236: con 215 traumatologías.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Hospital Virgen de la Poveda

ANEXO IV

Pacto de estimación de interconsultas-pruebas derivadas y sus demoras desde HVP a HUFA.

ESPECIALIDAD	Nº estimado a HUFA	Demora normal	Demora preferentes
TRAUMATOLOGIA*	100 (70)	2 días lab	1 días lab.
NEUROLOGIA**	60	2 días lab	1 días lab.
C. VASCULAR	30	2 días lab	1 días lab.
DERMATOLOGIA	35	2 días lab	1días lab.
OFTALMOLOGIA	25	2 días lab	1 días lab.
CARDIOLOGIA	25	2 días lab	1 días lab.
NEUMOLOGIA	18	2 días lab	1 días lab.
ENDOCRINOLOGIA	20	2 días lab	1 días lab.
MEDICINA INTERNA	5	2 días lab	1 días lab.
ONCOLOGIA	10	2 días lab	1 días lab.
ORL	35	2 días lab	1 días lab.
UROLOGIA	40	2 días lab	1 días lab.
REHABILITACION***	0	0	0
NEFROLOGIA	10	2 días lab	1día lab.
DIGESTIVO****	10	2 días lab	1día lab.
ALERGOLOGIA	25	2 días lab	1día lab.
PSIQUIATRIA	10	2 días lab	1día lab.
HEMATOLOGIA	20	2 días lab	1día lab.
CIRUGIA. GENERAL	10	5 días lab	1día lab.
REUMATOLOGIA	5	5 días lab	1día lab.
GINECOLOGIA	5	5 días lab	1día lab.
INFECCIOSAS*****	Ver nota	2 días lab	1día lab.
PROCEDIMIENTOS	Nº estimado	demora normal	demora pref
COLOCACION DE PEG	15	7 días lab	3 días lab.
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	10	5 días lab	2 días lab.
ECOCARDIO (datos no recogidos)	20	7 días lab	2 días lab.
EEG	2	7 días lab	2 días lab

Pruebas neurofisiologia	25	7días lab	2 días lab.
RADIOLOGIA	Nº estimado	demora normal	demora pref
ECO (Abd/Tiroides)	50	5 días lab	2 días lab.
Eco doppler	40	3 días lab	1 días lab.
CT Abd/Craneal	15 y 20	5 días	2 días lab.
RNM	2 y 5	20 días	3 días lab.
INFORMES RADIOLOGIA SIMPLE	300	1 días lab.	1 día lab.

TRAUMATOLOGIA*:

Cada Hospital de referencia debería atender sus procesos bases derivados. HUFA atendería los casos derivados desde su centro. EL HUFA ha ingresado en HVP en 2017: 117 pacientes de los que 77 lo han sido en la Unidad de Rehabilitación. Se estima por ello, unos 100 casos/año, al incluir algún caso agudo de otro origen que precise también valoración.

Los demás casos se estudiarían en su Hospital de referencia o en Hospital Universiario de Getafe.

NEUROLOGIA:**

Se establecerán los criterios y vía de consulta on line o telf. rápida. Se incluye de necesidad de neurofisiología clínica.

REHABILITACIÓN*:**

Las interconsultas se realizan al alta, y se derivan al Hospital de referencia

DIGESTIVO**

Se derivarían además las pruebas endoscópicas, solo que no sean derivables a su Hospital de referencia: procesos nuevos o agudos. En estos casos se pedirían directamente sin pasar por Digestivo en principio.

INFECCIOSAS***

La actividad del HUFA estará derivada de la activación del PROA; en cualquier caso se puede asumir el compromiso de demora establecido

Se adjunta hoja de firmas de esta estimación pactada por los médicos peticionarios de HVP, dentro de la prioridad de la atención adecuada de los pacientes, cuya variación sobre esta estimación será justificada. (Anexo V)

ANEXO IV

PROYECTO DE EVOLUCION Y CENTRALIZACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION DE RECURSOS HUMANOS, NOMINA Y TURNOS DEL SERMAS

Comunidad
de Madrid

Dirección General de Recursos Humanos
Y Relaciones Laborales
Servicio Madrileño de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD

PROYECTO DE EVOLUCION Y CENTRALIZACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, NOMINA Y TURNOS DEL SERMAS.

El Proyecto de Evolución y Centralización de los sistemas de información de Recursos Humanos, nómina y gestión de turnos del Servicio Madrileño de Salud es un proyecto complejo que contempla por un lado el mantenimiento de la actuales aplicaciones de nómina y la adaptación del tramado de nómina E-MInd al Sistema de Liquidación Directa de la Seguridad Social y, por otro lado, la migración progresiva de los centros a la plataforma centralizada PeopleNet. Esto requerirá la definición de todos los procesos de gestión centralizada y la adaptación a las funcionalidades homogéneas de una nueva plataforma centralizada, cuyas decisiones funcionales dejarán de ser locales al centro y serán definidas y gestionadas en la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del SERMAS.

Consta de 2 fases:

PRIMERA FASE:

Esta primera fase tendrá una duración de 3 años, y persigue varios objetivos fundamentales:

- Prestar el servicio de Atención, Soporte y Mantenimiento de los múltiples y heterogéneos sistemas de información de RRHH, Nómina y Turnos, actualmente en funcionamiento en los centros dependientes del SERMAS. Siendo muy relevante en este sentido mantener actualizados y operativos conforme a la normativa vigente los sistemas de información de RRHH, Nómina y Turnos actualmente en funcionamiento y, en particular, garantizar su compatibilidad con el tramado de nómina y las diferentes fases de evolución del nuevo sistema Creta/SILTRA de la Seguridad Social.
- Evolucionar funcionalmente la Plataforma Meta4 PeopleNet Centralizada (RRHH y Nómina) e IBM GPT Centralizada (Turnos) para dotarla de las funcionalidades necesarias para la adecuada gestión de plantillas orgánicas, nóminas y gestión presupuestaria, turnos, carrera profesional y en general la gestión de personal tanto a nivel de centros como de las funciones de gestión que corresponden a la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones laborales y a la Consejería de Economía, Empleo y Hacienda, apoyándose en sistemas informáticos con funcionalidades y bases de datos centralizadas. Estas funcionalidades deberán permitir realizar operaciones, informes y controles de forma homogénea en todos los recursos dados de alta en la plataforma.
- Integrar en la Plataforma Meta4 PeopleNet Centralizada (RRHH y Nómina) e IBM GPT Centralizada (Turnos) los siguientes centros dependientes de SERMAS:
    - Gerencia de Atención Primaria y todos sus centros dependientes (actualmente tienen 12 sistemas de información M3 de RRHH diferenciados y descentralizados)
    - Gerencia SUMMA 112 (actualmente tiene 1 sistema de información M3 de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)
    - Hospital Universitario de Getafe (actualmente tiene 1 sistema de información M3 de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)
    - Hospital Cruz Roja (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)

Sagasta, 6
28004 – Madrid
Tel: 913387785
Correo: dg.recursoshumanos.ims@salud.madrid.org

- Hospital Clínico (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)
- Hospital Severo Ochoa (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)
- Hospital de la Fuenfría (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)

SEGUNDA FASE:

En una segunda fase se incorporarían a la plataforma centralizada Meta4 PeopleNet los centros sanitarios dependientes de SERMAS que aún conserven sistemas locales descentralizados de RRHH, Nómina y Turnos, que serían fundamentalmente los siguientes centros:

- Hospital La Paz (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)
- Hospital de Móstoles (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)
- Hospital Universitario 12 de Octubre (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)
- Hospital Universitario de la Princesa (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)
- Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)
- Hospital Ramón y Cajal (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias (actualmente tiene 1 sistema de información Meta4 E-Mind de RRHH local descentralizado con desarrollos propios)

Igualmente se avanzara en otros módulos de gestión de personal tales como bosas de contratación y procesos selectivos, elaboración de presupuestos, formación y prevención de riesgos laborales, entre otros.

Esta segunda fase se estima que tendría una duración aproximada de tres años, y se podría iniciar su ejecución desde el año 2020 si se confirma que la primera fase está avanzado según lo previsto.

REGISTRO ESTATAL DE PROFESIONALES SANITARIOS

El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, introdujo una disposición adicional décima en la Ley 216/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, creando el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS).

El Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios, estableciendo la naturaleza, características y contenido del mismo, así como los organismos, entidades y corporaciones obligados a comunicar los datos.

A tal efecto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha creado un Portal web especifico con un área de intercambio de ficheros, estableciendo como plazo máximo de envió de los datos el 23 de septiembre de 2018 y debiendo estar disponible para consulta a partir del 23 de diciembre de 2018.

Al objeto de atender los requerimientos previstos en el Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, se hace necesario poder tratar la información del personal dependiente del Servicio Madrileño de Salud, gestionado por las aplicaciones de E-Mind y PeopleNet de Meta4, Saint6 de M3 y SIRIUS, integrando los datos necesarios extraídos en una base de datos única en la aplicación PeopleNet, ya preparada para la transmisión de los datos vía Web al Portal del REPS.

En el caso de los hospitales que actualmente cuentan con la aplicación PeopleNet como gestor de recursos humanos no es preciso realizar ninguna actuación adicional por parte de los centros, estando la información disponible para su envió.

Para los hospitales que disponen de la aplicación SIRIUS la integración de los datos se hará por parte de Madrid Digital, estando actualmente trabajando en ello.

Los hospitales del entorno E-Mind, están convocadas a una reunión el próximo día 26 de abril para informarles del cronograma y actuaciones que deberán realizar para facilitar los datos al REPS.

Por último, no está previsto la integración de los datos de la aplicación Saint6 de M3 por lo que la información de la Gerencia de Atención Primaria, SUMMA 112 y el Hospital de Getafe, será remitida al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, mediante informes mensuales.