

(PE)

Planificació i Avaluació
Plans Estratègics d'Ordenació de Serveis

Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària

Índex

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:	
Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària (Catalunya)	
Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària. - (Planificació i avaluació ; 11)	
Bibliografia	
ISBN 978-84-393-7491-6	
I. Catalunya. Departament de Salut II. Títol III. Col·lecció: Planificació i avaluació ; 11	
1. Atenció primària pediàtrica - Política governamental - Catalunya 2. Infants - Assistència mèdica - Política governamental - Catalunya 3. Catalunya - Política sanitària	
616-053.2-083.98(467.1)	

Presentació	5
1. Resum executiu	7
2. Introducció	13
3. Objectius	17
4. Metodologia	21
5. Antecedents i estat actual	25
5.1 Organització de l'atenció pediàtrica a l'àmbit europeu	27
5.2 Organització de l'atenció pediàtrica a Catalunya	27
5.2.1 Característiques demogràfiques i assistencials per a tot Catalunya	27
5.2.1.1 Característiques demogràfiques	27
5.2.1.2 Característiques assistencials	28
5.2.2 Característiques demogràfiques i assistencials per a cada regió sanitària	31
5.2.2.1 Regió Sanitària Lleida	31
5.2.2.2 Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran	31
5.2.2.3 Regió Sanitària Camp de Tarragona	32
5.2.2.4 Regió Sanitària Terres de l'Ebre	33
5.2.2.5 Regió Sanitària Girona	34
5.2.2.6 Regió Sanitària Catalunya Central	35
5.2.2.7 Regió Sanitària Barcelona	35
5.3 Característiques de la provisió de serveis de pediatria a l'AP Catalunya l'any 2005	de 41
5.4 Cartera de serveis	44
6. Problemes principals detectats	47
7. Visió estratègica dels serveis de pediatria de l'atenció primària	51
8. El nou model d'atenció pediàtrica d'atenció primària a Catalunya	55
Població diana de l'atenció pediàtrica	57
Cartera de serveis / nivell de resolució	57
Sectorització territorial i punts d'atenció	58
L'organització dels recursos humans: l'equip pediàtric territorial	59
Implantació del nou model	62
Coordinació amb altres recursos assistencials del territori	63
Sistemes d'informació	63
9. Despesa de l'atenció de pediatria a l'atenció primària	65
10. Normativa	69
11. Metodologia de consens i aprovació	73
12. Punts crítics del pla d'implantació	77
13. Recomanacions operatives a curt termini (2007-2008)	81
14. Requeriments d'implantació. Rols dels serveis centrals i territorials	85
15. Acrònims	89
16. Bibliografia	93
17. Annexos	97
18. Actors del Pla	129

La planificació sanitària és un dels eixos fonamentals de la política de govern. El bon nivell de qualitat i eficiència del sistema sanitari català fa que la salut dels ciutadans de Catalunya sigui una de les millors del món. En aquest marc, la planificació sanitària del Departament de Salut té com a objectiu marcar les directrius estratègiques per continuar avançant en la millora de l'estat de salut, la disminució de les desigualtats i l'eficiència dels serveis de salut. A més a més, fa un èmfasi especial en el fet que els serveis de salut continuïn contribuint a la millora de la salut i de la qualitat de vida dels ciutadans amb la incorporació de la nova evidència científica i la visió dels professionals i dels ciutadans.

El Pla de salut de Catalunya és l'eina amb la qual es dota el Govern per marcar les prioritats en matèria de salut. El Govern de la Generalitat, fomentant el rol directriu del Pla de salut, el reforça desenvolupant el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública i els plans estratègics d'ordenació de serveis, que s'encarreguen de traslladar les polítiques de salut a polítiques de serveis.

Els plans estratègics d'ordenació de serveis, adaptats a la realitat del nostre país i al context econòmic i sanitari, defineixen les activitats i l'ordenació de serveis necessàries per assolir les polítiques plantejades amb una visió integrada entre els diferents nivells assistencials i d'acord amb els avenços en el coneixement científic, en el desenvolupament dels serveis sanitaris i en l'evolució de les competències dels seus professionals. Els plans estratègics d'ordenació de serveis defineixen un model d'atenció i d'organització de serveis que, partint de la realitat, permeten continuar avançant en l'eficiència i la qualitat del sistema.

Amb aquestes línies els vull presentar el Pla estratègic d'ordenació de l'atenció de pediatria a l'atenció primària (AP) de salut, fruit del treball de molts professionals que, juntament amb institucions proveïdores de serveis i tècnics del Departament i del CatSalut, han elaborat les principals línies estratègiques i operatives per assolir els objectius de salut, de qualitat i d'eficiència dels serveis sanitaris.

El Departament de Salut de Catalunya estableix com a prioritari potenciar l'AP de salut i situar-la com a nucli del sistema. Aquest Pla estratègic d'ordenació de la pediatria a l'AP s'emmarca dins del Pla de reorientació de l'AP i Salut Comunitària a Catalunya, que està impulsant el Departament de Salut i que té com a objectiu aconseguir una AP més resolutiva, accessible i orientada a les necessitats dels ciutadans de Catalunya.

A Catalunya, l'atenció pediàtrica es caracteritza per una qualitat elevada. Això no obstant, els darrers anys diferents factors demogràfics, socials i professionals fan que sigui necessari reorientar els serveis de pediatria per tal que puguin donar resposta adequada a aquesta societat canviant. A Catalunya, els últims anys s'ha incrementat molt la població pediàtrica, i també estem observant un increment de la taxa de naixements, que confronten les previsions a la baixa realitzades en el passat. Alhora, la nostra societat està evolucionant tant en la composició, amb el creixement de la població immigrada que té valors i comportaments sanitaris diferents als de la població autòctona, com en els rols i models familiars, cada cop més distanciats dels rols i models familiars tradicionals. Cal no oblidar tampoc l'evolució en el coneixement científic i en les competències professionals, que fa reorientar els rols i les dinàmiques de treball dels equips d'AP i dels hospitals. Davant d'aquest nou marc social i sanitari, calia replantejar l'atenció pediàtrica de Catalunya. Per això, l'objectiu d'aquest Pla estratègic és contribuir a continuar proveint una assistència de qualitat, més ajustada a les noves demandes socials i professionals i que potencii una atenció de salut integral i integrada. Vull esmentar que aquest Pla, a més, es complementa amb els treballs realitzats en el marc del Pla estratègic d'ordenació a l'atenció maternoinfantil.

Vull agrair a tots els qui han participat en l'elaboració del document la dedicació i l'esforç esmerçats. Espero i desitjo que aquest Pla sigui útil a tots els professionals que treballen en el sistema sanitari i que contribueixi a millorar la salut i la qualitat de vida dels ciutadans de la Catalunya del segle XXI.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

1. Resum executiu

1. Resum executiu

Antecedents

- El Govern de Catalunya estableix com a prioritari potenciar l'AP de salut i situar-la com el nucli del sistema. Per aquest motiu, la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut ha dissenyat el Pla d'Innovació de l'AP i Salut Comunitària de Catalunya, amb l'objectiu d'aconseguir una AP més resolutiva, accessible i orientada a les necessitats dels ciutadans de Catalunya. Dins d'aquest Pla, s'ha desenvolupat el Pla estratègic d'ordenació de pediatria a l'AP de Catalunya.
- L'objectiu general del Pla és ordenar l'atenció pediàtrica a l'atenció primària de Catalunya per tal de continuar proveint una assistència d'alta qualitat, però fent-la més resolutiva i potenciant una coordinació adequada entre els diferents nivells assistencials i d'altres recursos de què disposa el sistema, com també apropant-la a l'entorn natural del nen i adolescent, fonamentalment a les escoles i a la comunitat. Aquest objectiu es concreta en els objectius específics següents: *a)* fer una anàlisi de la situació actual de la pediatria a l'AP (internacional i Catalunya); *b)* actualitzar la cartera de serveis de pediatria per a Catalunya (actualització del programa de seguiment del nen sa per part de la Direcció General de Salut Pública i potenciació del paper de les infermeres en la provisió d'aquests serveis); *c)* orientar el model assistencial per executar la cartera de serveis donant resposta a l'objectiu general, i *d)* establir un sistema de monitorització i d'avaluació.

Situació

- Durant els últims anys la població entre 0 i 14 anys ha sofert un increment anual de més del 2,5 % (1.073.965 nens de 0-14 anys l'any 2005). Per a l'any 2015 s'ha estimat que en un escenari de creixement mitjà el nombre total de nens de 0 a 14 anys a Catalunya serà d'1.382.506. Segons un escenari de creixement alt, aquesta xifra augmentarà a 1.466.757.
- Pel que fa als recursos humans disponibles, l'any 2005 als equips d'atenció primària (EAP) hi havia 949 professionals de pediatria que atenien els nens de 0 a 14 anys. De manera agregada, cada pediatre atendria una mitjana de 1.061 nens. Això no obstant, quan s'estudien les dades desagregades per Àrea Bàsica de Salut (ABS) aquesta proporció és molt variable (98 ABS amb 1 pediatre/>1.200; 89 ABS 1 pediatre/1.000-1.200; 153 ABS 1 pediatre/<1.000). En aquestes tres franges d'ABS, s'inclouen tant EAP rurals, com semiurbans i urbans.
- No existeix un *gold-standard* sobre el nombre de nens per pediatre que seria l'adequat per proporcionar una atenció excel·lent, però es podria considerar una ràtio adequada a Catalunya d'1 pediatre/1.200 nens de 0-14 anys adscrits. Això correspondrà a 1 pediatre/800-900 nens visitats.
- Pel que fa a infermeres, hi ha 357 infermeres dedicades exclusivament a atendre població de 0-14 anys, i 878 que atenen nens i adults. Amb aquestes dades s'ha estimat que hi ha 1 infermera/2.764 nens de 0-14 dedicada exclusivament a aquesta població, i 1 infermera/1.124 nens que també atenen població adulta.
- A Catalunya hi ha 60 hospitals de la XHUP on s'atén població infantil i adolescent, 45 dels quals tenen servei de pediatria, amb un total de 335 pediatres, 59 neonatòlegs i 185 metges residents en pediatria (any 2005). La relació de pediatres de l'hospital per nens 0-14 anys és d'1/3.203, amb variació territorial.
- L'organització de l'atenció pediàtrica a l'AP de Catalunya segueix dos models: *a)* atenció integrada, on es proporciona l'atenció d'una manera coordinada (direcció territorial

1. Resum executiu

única, protocols conjunts, sistemes d'informació compartits AP- hospitals), dins d'aquest model se situa l'11,3% de les ABS de Catalunya, i b) atenció fragmentada, on l'AP i l'atenció hospitalària es proveeixen per diferents equips sense vinculació de la gestió de recursos humans ni de processos assistencials, sota aquest model es troba el 88,6% de les ABS de Catalunya.

- La Direcció General de Salut Pública està actualitzant l'atenció preventiva dins de la cartera de serveis de l'AP pediàtrica. D'altra banda, la nova cartera de serveis globals de la pediatria a l'AP detallada en aquest document, inclou un protagonisme més gran de la infermera.
- Actualment, els sistemes d'informació no permeten disposar d'una quantificació exacta sobre la despesa que representa l'atenció pediàtrica a l'AP de Catalunya. Això no obstant, es poden fer estimacions partint de dades d'activitat i d'estructura. Amb aquestes dades, s'estima que la despesa de l'atenció pediàtrica a l'AP de Catalunya l'any 2005 va ser de 107.920.266 euros.
- Els *problemes principals detectats* en l'atenció pediàtrica a l'AP de Catalunya són: a) manca de recursos humans i/o mala distribució d'aquests; b) desigualtats territorials pel que fa a la ràtio nen/pediatre; c) manca de relació formal i sistemàtica entre els pediatres dels EAP i entre aquests i els seus homònims de l'hospital de referència. Manca de protocols conjunts EAP - hospital; d) necessitat de formació addicional en aspectes concrets, sobretot en pediatria d'urgències; e) nivell de formació d'infermeres heterogènia, i f) sistemes d'informació deficitaris.

Visió estratègica dels serveis de pediatria de l'atenció primària

- La visió estratègica de l'atenció pediàtrica a AP per a Catalunya inclou els aspectes següents: a) tot nen (0-14 anys) té un pediatre assignat; b) un únic model assistencial territorial; c) atenció propera al punt on es genera la demanda; d) informació i suport als pares i als nens de 0 a 14 anys per potenciar l'autocura i les decisions compartides; e) atenció primària resolutiva i coordinada amb altres recursos del sistema; f) més protagonisme de l'activitat de la infermera, però sense trencar l'equip pediatre-infermera; g) millora de les condicions laborals i formatives dels professionals; h) qualitat elevada de l'atenció, i j) atenció sostenible.

El nou model assistencial

- El nou model assistencial de l'atenció pediàtrica a l'AP es resumeix en els apartats següents: a) sectorització territorial (de dispositius a territori) en dos nivells geogràfics territorials: 1) ABS; 2) GTS/conjunt de GTS. Es considera un àmbit territorial idoni per donar atenció pediàtrica integrada aquell que contingui un servei d'atenció pediàtrica hospitalària i les ABS de referència de l'hospital. En la majoria de zones de Catalunya, els àmbits geogràfics territorials més idonis correspondran als governs territorials de Salut (GTS) i, en algun cas, podrien correspondre a l'agregació de més d'un GTS; b) punts d'atenció: 1) l'EAP serà la porta d'entrada i el responsable de l'atenció programada i espontània; 2) l'atenció continuada s'ha d'organitzar tenint en compte la combinació de criteris de proximitat i de volum de població. Podrà centralitzar-se en un, o més d'un, dels EAP del territori depenent del nombre d'ABS que englobi aquest i la seva dispersió territorial; 3) l'atenció urgent en els territoris on es despleguin recursos específics d'urgències d'AP se centralitzarà en aquests, i en els territoris que, per les seves característiques geogràfiques o poblacionals, s'acordi l'assumirà un hospital comarcal; c) l'equip de primària de pediatria del GTS/conjunt de GTS el formaran els pediatres i les infermeres de l'AP i de l'hospital de referència, amb el suport dels metges de família en situa-

cions concretes; d) la gestió clínica territorial única amb un director territorial únic, pot ser assolida de manera progressiva mitjançant la creació de l'equip d'AP de pediatria territorial, que tindrà un coordinador que dependrà del director d'AP d'una de les entitats proveïdores d'AP del GTS/conjunt de GTS i que haurà de treballar estretament amb el cap de servei de pediatria de l'hospital; e) la gestió clínica territorial comportarà: treball per processos, utilització de protocols conjunts, sistemes d'informació compartits, organització de l'atenció (programada, continuada i urgent) compartida entre diferents proveïdors (si escau en el territori), i f) cartera de serveis definida per AP, on s'especifiqui el nivell de resolució i el millor professional sanitari (amb competències i millor relació cost-benefici) per executar-la.

Punts crítics per al Pla d'implantació

- Per fer efectiu aquest nou model assistencial, cal tenir en compte els següents punts crítics d'èxit: a) desenvolupament d'instruments administratius/jurídics que ajudin en el desplegament; b) disminució de les desigualtats laborals (RH) entre proveïdors; c) acceptació del suport als pediatres per parts dels metges de família; d) capacitat real de decisió/gestió del director/coordinador de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS; e) el director de l'EAP ha de veure la figura del responsable de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS com una ajuda i aquest hauria de treballar estretament amb els directors dels EAP del territori; f) disponibilitat de formació/capacitació de mínims a través de l'IES o altres institucions, tant per a metges de família com per a infermeres i reforç educatiu per a pediatres en temes concrets; g) dotació de plantilles amb ràtios adequades per tal de poder dur a terme l'activitat assistencial, i h) la infermera ha d'assumir més responsabilitat en el programa de seguiment del nen sa i altres processos assistencials, i el pediatre de l'equip li ha de donar suport per desenvolupar les seves funcions.

Recomanacions operatives a curt termini

- Recomanacions operatives a curt termini (2007-2008): a) aplicar, o desenvolupar, el suport legislatiu necessari per fer efectiu el nou model de pediatria de l'AP a Catalunya; b) implantació progressiva del model. L'objectiu és iniciar el procés l'any 2007 i que l'any 2011 tot el territori de Catalunya es trobi sota aquest model d'atenció; c) augmentar la dotació de pediatres o d'infermeres, de manera progressiva, en aquells EAP amb 1 pediatre/>1.200 nens adscrits entre 0-14 anys. Aquesta dotació podria fer-se combinant dues estratègies, tot considerant la ruralitat -redistribució de pediatres dins del GTS/conjunt de GTS, dels EAP amb 1 pediatre/<1.000 nens (0-14 anys) cap a EAP amb 1 pediatre/>1.200 nens (0-14 anys) i afegint pediatres i/o infermeres com a nova acció. L'inici de les accions es faria durant l'any 2007 i de manera progressiva per assolir l'objectiu l'any 2011; d) assumpció de més competències per part de la infermera en el programa de seguiment del nen sa i en l'atenció a la patologia urgent (lleu i moderada) i en la coordinació amb altres dispositius del sector a l'atenció al nen amb discapacitat. Per tal que la infermera pugui assumir un paper més rellevant en tot el procés d'atenció, es recomana el disseny de cursos per millorar/actualitzar la formació d'aquests professionals en les àrees que la cartera de serveis els designi. D'altra banda, l'assumpció de més competències s'hauria de fer de manera progressiva i d'acord amb el nivell de formació de les infermeres. L'inici d'aquesta acció es faria l'any 2007, fins a assumir l'objectiu total l'any 2011; e) definir un programa de reforç en formació de patologia pediàtrica d'alta prevalença per als metges de família. Aquest curs s'hauria de prioritzar per a metges de família que treballin en EAP on hagin de fer de suport en l'atenció continuada o en l'atenció urgent, o que treballin en EAP en els quals es necessitessin pediatres (bé pel fet de trobar-se en àrees on hi ha pocs nens o en EAP amb una demanda excessiva). El disseny del programa s'hauria de fer durant l'any 2006 i l'inici de la formació s'hauria de fer

1. Resum executiu

durant l'any 2007; *f*) reforçar la formació dels pediatres d'AP per tal de dur a terme l'atenció continuada i l'atenció urgent als recursos d'urgència del territori. El disseny i inici del programa s'hauria de fer durant l'any 2007; *g*) establir protocols d'actuació i de derivació a l'àmbit hospitalari per a patologies que requereixin una atenció compartida entre l'AP i l'atenció hospitalària. Aquests protocols s'haurien de fer a escala territorial un cop es comenci a implantar el model; *h*) aplicar el pagament per càpita a tot el territori amb incentius a l'ordenació del sistema, i *i*) dissenyar models d'incentivació per als professionals que han de fer efectiu el nou model.

2. Introducció

2. Introducció

Els nens són el principal actiu de qualsevol societat. Un correcte desenvolupament físic, psíquic i cultural és fonamental per tal de poder gaudir d'una societat avançada i responsable. Per aquest motiu, la promoció de la salut i una atenció sanitària d'alta qualitat per als infants de 0 a 14 anys han de ser objectius prioritaris per a la nostra societat. Cal assenyalar que la majoria de les intervencions que es fan per millorar la salut de la infància i la joventut influeixen també positivament en la salut de la futura població adulta, ja que els beneficis de les accions iniciades en la infància es prolonguen tota la vida.

La provisió d'instruments que potenciïn *viure en salut* ha de començar per un bon abordatge des de l'AP. De fet, el Decret 84/1985, de 21 de març, referent a mesures per a la reforma de l'AP de salut a Catalunya, determina que "l'atenció primària de salut, com a primer esglaó d'accés del ciutadà a l'assistència sanitària, integra l'atenció preventiva, curativa, rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat". El Govern de Catalunya estableix com a prioritat potenciar l'AP de salut i situar-la com el nucli del sistema. Alhora, es vol que l'AP es constitueixi en l'eix central de la planificació i l'ordenació dels serveis sanitaris a Catalunya amb conjunció amb el desenvolupament de la reforma de l'atenció especialitzada (RAE). Per aquest motiu s'ha dissenyat el Pla d'Innovació de l'AP i Salut Comunitària de Catalunya, amb l'objectiu d'aconseguir una AP més resolutiva, accessible i orientada a les necessitats (expressades i no expressades) dels ciutadans catalans.

L'atenció pediàtrica a l'AP de Catalunya s'ha caracteritzat tradicionalment pel fet de ser una de les millors tant a Catalunya, com a l'Estat espanyol i a Europa. Els pediatres fan tasques d'atenció directa i de seguiment a la consulta (ambulatoria i urgent) i al domicili, de promoció de la salut, educació sanitària i prevenció de la malaltia i també d'investigació i docència. Això no obstant, en els darrers anys diferents factors de tipus demogràfic, social i professional fa que sigui necessari reorientar els serveis de pediatria per tal que puguin donar resposta adequada als nous reptes. L'increment del percentatge de nens de famílies immigrants i els canvis en el patró d'utilització de serveis fa, entre d'altres, que les característiques de la demanda d'atenció hagin variat. També el creixement i la despoblació de determinades zones territorials i la manca de professionals amb formació reglada en pediatria, requereix una adaptació de l'organització de l'atenció pediàtrica tradicional. Aquest no és un fet aïllat al nostre país, ni tampoc ho és pel que fa a l'especialitat de pediatria. Per aquest motiu, en diferents països desenvolupats s'està reformant l'organització de l'atenció. Cal assenyalar que a Europa cada vegada hi ha més sistemes sanitaris que aposten per organitzar equips de professionals resolutius i eficients, que comparteixin competències i evitin duplicacions, i on es disposi de la millor combinació de coneixements i habilitats. És el que es coneix en termes anglosaxons com *skill-mix* o *skill-share*. Per això, el repte d'avui a pediatria no només és el què (quin tipus d'atenció s'ha de proveir), sinó també com s'ha de proveir i qui ho ha de fer. A Catalunya, dins del Pla de reorientació de l'AP i Salut Comunitària, s'ha inclòs l'ordenació de l'atenció pediàtrica. L'ordenació vol considerar tots els dispositius relacionats amb l'atenció pediàtrica principalment en l'àmbit de l'AP, però sense oblidar l'atenció hospitalària, especialment pel que fa a la coordinació entre els dos àmbits.

En aquest document es presenta una descripció de l'estat de situació de l'atenció de pediatria a l'AP a Catalunya, incloent-hi informació sobre dades de recursos, activitat i organització, com també dels principals problemes detectats als quals s'ha de donar resposta. Es presenta l'anàlisi de fluxos d'atenció a nens de 0 a 14 anys als hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). També es descriu breument l'organització de l'atenció pediàtrica en altres països europeus i els diferents models d'organització que hi ha entre els diferents proveïdors a Catalunya. Alhora, es presenta el model d'atenció a nens de 0 a 14 anys que el Departament de Salut de Catalunya vol desenvolupar en els propers

2. Introducció

anys a l'AP. Aquest document hauria de ser la base per al disseny de plans d'actuació concrets a cada regió sanitària i governs territorials per fer possible el desenvolupament del model.

Finalment, cal assenyalar que malgrat que es fa una breu referència a l'atenció pediàtrica hospitalària, aquesta requerirà d'un treball posterior amb el seu propi pla d'ordenació (que haurà de confluïr amb el model que aquí es presenta). Tampoc es fa referència en aquest treball a l'ordenació de la neonatologia, la qual ha estat objecte d'un pla estratègic d'ordenació específic.

3. Objectius

3. Objectius

Objectiu general

Ordenar l'atenció pediàtrica a l'atenció primària de Catalunya per tal de continuar proveint una assistència d'alta qualitat, però fent-la més resolutiva i potenciant una coordinació adequada entre els diferents nivells assistencials i d'altres recursos que disposa el sistema, com també apropar-la a l'entorn natural del nen i adolescent, fonamentalment, a les escoles i a la comunitat. La nova ordenació vol considerar tots els dispositius relacionats amb l'atenció pediàtrica, principalment en l'àmbit de l'AP, però sense oblidar l'atenció hospitalària, especialment pel que fa a la coordinació entre els dos àmbits, tot potenciant la integralitat de l'atenció i la configuració d'equips professionals compartits.

Objectius específics

- Fer una anàlisi de la situació actual de la pediatria a l'AP (internacional i Catalunya).
- Actualitzar la cartera de serveis de pediatria a l'AP per Catalunya (actualització del programa de seguiment del nen sa) i potenciació del rol de la infermera.
- Orientar el model assistencial per dur a terme la cartera de serveis donant resposta a l'objectiu general.
- Establir un sistema de monitorització i d'avaluació.

4. Metodologia

4. Metodologia

1. Pel que fa a la descripció de l'estat de situació

Anàlisi: S'ha dut a terme una anàlisi descriptiva utilitzant fonts d'informació quantitativa i qualitativa.

Àmbit de l'estudi: Atenció primària (però també es fa una breu referència a l'atenció als hospitals de la XHUP).

Població d'estudi: Equips d'AP (però també es fa una breu referència als hospitals de la XHUP).

- Fonts d'informació:** Pel que fa a les fonts d'informació quantitativa, s'ha utilitzat:
- Informació sobre recursos humans a l'AP procedent de la Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (ICS).
 - Informació sobre recursos humans a l'AP i a l'atenció hospitalària proporcionada per cada una de les regions sanitàries de Catalunya i CatSalut (s'inclouen equips d'AP i hospitalària de l'ICS i altres proveïdors).
 - Informació sobre recursos humans als hospitals de Catalunya proporcionada per la Societat Catalana de Pediatria.
 - Dades del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària de l'any 2004, estratificat per grups d'edat: 0-2 anys, 3-10 anys, 11-14 anys i 15-18 anys.
 - Dades de recursos humans procedents de l'estudi sobre unitats maternoinfantils dels hospitals de la XHUP (realitzada per la Unitat d'Anàlisi de la Demanda, de la Direcció General de Planificació i Avaluació).

Pel que fa a la informació qualitativa, s'ha obtingut mitjançant entrevistes personalitzades amb diferents proveïdors d'atenció pediàtrica a Catalunya. Alhora, s'ha fet una cerca a la bibliografia científica sobre l'estat de situació de la pediatria a Europa. D'aquesta cerca, en va resultar la identificació d'un únic article¹. També s'ha cercat bibliografia gris mitjançant Internet, sense que s'hagi trobat cap descripció de l'organització dels serveis de pediatria a Europa.

Explotació de les dades:
Les dades del nombre de professionals de pediatria d'AP s'han calculat utilitzant la unitat lloc de treball de professional equivalent a 36 hores (peq). Els pediatres de contingent (no reformats) també es troben inclosos i es consideren com a integrats, és a dir amb una activitat equivalent a 36 hores/setmanals, atès que se'n preveu la integració futura.

La població de referència utilitzada és la població inscrita al Registre central d'assegurats (RCA 2005) assignada a cada equip d'atenció primària (EAP), ponderada per la utilització de serveis d'AP (visites al pediatre els darrers 12 mesos) i per edat, d'acord amb l'enquesta de salut de Catalunya (ESCA 2002).

Els factors de ponderació ESCA 2002 per grup d'edat han estat els següents:

Grup d'edat	Factor de ponderació
0-2 anys	1,93
3-7 anys	1,02
8-14 anys	0,37

Per a l'elaboració de la informació estratificada per regions sanitàries (RS) del CatSalut, s'han considerat les set regions de la nova divisió territorial del Departament de Salut. En

4. Metodologia

el cas de la Regió Sanitària de Barcelona, atès que representa un percentatge de població molt elevat, i també d'àrees bàsiques de salut (ABS), respecte al total de Catalunya, s'ha fet una subdivisió per als quatre territoris que integren aquesta Regió Sanitària: Barcelonès Nord i Maresme, Vallès Oriental i Vallès Occidental, Barcelona Ciutat i Baix Llobregat - Garraf - Alt Penedès.

2. Pel que fa al desenvolupament del model

El model d'atenció que es presenta a continuació parteix de l'anàlisi de les dades de diferents fonts i de diverses iniciatives. D'una banda, s'han utilitzat les dades procedents dels diferents sistemes d'informació de recursos i activitat del Departament de Salut, CatSalut i regions sanitàries. També, es va dur a terme una cerca a la bibliografia internacional sobre els models d'atenció d'aquesta prestació a Europa, i a la bibliografia gris (p. ex., documents de governs, organitzacions internacionals, etc.) mitjançant Internet. Per conèixer-ne els punts forts i febles, s'han dut a terme entrevistes no estructurades amb professionals (clínic i de gestió) del territori sobre l'estat actual de la pediatria a l'AP de Catalunya. Alhora, s'ha tingut en compte els diferents documents presentats al Departament de Salut per part de la Societat Catalana de Pediatria, on es posen de manifest els problemes del col·lectiu professional, de la seva pràctica diària i orienta sobre un model d'atenció adequat a les noves necessitats i demandes tant dels professionals com de la població. Finalment, el model que es proposa s'ha discutit amb diferents grups de treball on han estat implicats professionals de prestigi reconegut en aquest camp, professionals que treballen en l'ordenació dels serveis de pediatria com a proveïdors, responsables de planificació de les regions sanitàries i responsables d'institucions proveïdores de serveis.

5. Antecedents i estat actual

5. Antecedents i estat actual

5.1 Organització de l'atenció pediàtrica a l'àmbit europeu

S'ha identificat un estudi que analitza l'organització de la pediatria a l'AP a 34 països d'Europa l'any 1999¹, però no s'han trobat altres documents en mitjans informàtics. Aquest estudi identifica tres models d'atenció pediàtrica (definida com a atenció a menors de 15 anys) a l'AP:

- a) Atenció a infants de 0 a 14 anys per part d'un pediatre d'AP: S'inclouen els països en els quals més del 75% de menors de 15 anys són atesos a l'AP *per pediatres*. En aquest grup es troben 12 països, incloent-hi l'Estat espanyol i també Txèquia, Eslovàquia, Grècia, Bulgària i Rússia.
- b) Atenció a infants de 0 a 14 anys per part d'un metge de família: Es tracta de països on més del 75% de menors de 15 anys són tractats per *un metge de família*. En aquest grup hi ha sis països: el Regne Unit, Irlanda, Dinamarca, els Països Baixos, Noruega i Finlàndia.
- c) Atenció a infants de 0 a 14 anys per part d'un pediatre i per part d'un metge de família (sistema combinat): La proporció de nens menors de 15 anys tractats per un metge de família o per un pediatre és similar. Trobem els setze països restants, entre aquests, França, Portugal, Àustria, Bèlgica, Suècia, Itàlia, Alemanya, Hongria, Turquia i Suïssa. En general, la raó que existeixi un sistema combinat s'explica per la diferent densitat de població dins els territoris d'un país, fet que significa que els nens que viuen a les àrees més poblades són atesos per pediatres i els que viuen en àrees més rurals són atesos, com la resta de la població, per metges de família.

Pel que fa a la formació dels pediatres, no tots els països amb atenció pediàtrica tenen necessàriament un programa de formació específic de pediatria a l'AP. En alguns dels països on els nens són atesos per metges de família s'ofereix la formació en atenció pediàtrica dins del període de residència. La formació de postgrau en pediatria d'AP s'ofereix als residents de pediatria en el 75% dels països enquestats i als residents de medicina de família en el 60% dels països. A Catalunya, aquesta formació s'ofereix als metges de família durant tres mesos, en el qual roten pels serveis de pediatria de l'hospital (1 mes) i de l'AP (2 mesos).

Factors econòmics i sociopolítics, poder professional i factors geogràfics i històrics explicarien les diferències en l'organització de l'atenció pediàtrica entre els diferents països d'Europa. L'esmentat estudi també explicita que la taxa de mortalitat infantil és menor en països amb una renda per càpita més alta i en aquells amb un sistema pediàtric d'AP, però caldrien més estudis, de qualitat metodològica alta, per poder arribar a una conclusió definitiva de quin és el millor sistema d'organització.

Finalment cal comentar que a Europa, la mediana (nombre per sobre del qual es troben el 50% dels casos) de nens menors de 15 anys assignats per pediatre era, l'any 1999, de 2.094 nens; amb un rang entre països de 401 a 15.150 nens.

5.2 Organització de l'atenció pediàtrica a Catalunya

5.2.1 Característiques demogràfiques i assistencials per a tot Catalunya

5.2.1.1 Característiques demogràfiques

Catalunya es divideix territorialment, pel que fa a la sanitat, en set regions sanitàries (RS) des del mes de juny del 2005 (abans d'aquesta data es dividia en vuit regions). Les RS de Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre i Girona continuen mantenint el mateix territori que en la distribució anterior. S'han creat tres regions sanitàries noves: a) la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran, que inclou les comarques del Pallars Jussà, l'Alta Ribagorça, l'Alt Urgell, el Pallars Sobirà, la Vall d'Aran i també la Cerdanya; b) la Regió Sanitària Catalunya Central,

5. Antecedents i estat actual

que inclou les comarques del Bages, el Berguedà, el Solsonès, Osona i l'Anoia; c) la Regió Sanitària Barcelona, que inclou Barcelona Ciutat, l'antiga Regió Barcelonès Nord i Maresme i la resta de territoris de les antigues regions sanitàries Costa de Ponent i Centre. Finalment hi ha la Regió Sanitària Lleida, que disminueix de territori i queda formada per les comarques de la Noguera, la Segarra, el Pla d'Urgell, l'Urgell, les Garrigues i el Segrià.

Catalunya, s'ha vist afectada durant els últims anys per diversos factors, com són els canvis demogràfics, culturals, sociològics i epidemiològics, que han comportat un augment de la pressió i la complexitat de l'assistència sanitària, fet que ha evidenciat la necessitat d'adequar els recursos i els processos d'atenció sanitària. Segons dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya, la immigració, principalment procedent d'Amèrica i de l'Àfrica, s'incrementa anualment a Catalunya de forma important. L'any 2004, el percentatge d'immigrants sobre el total de la població era del 6,8% (un 0,5% més que l'any 2003). El percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des de l'1,43% fins al 44,8% (dades del 2004). Un altre factor que cal considerar és l'increment constant de naixements durant els últims anys, amb una taxa de natalitat l'any 2004 d'11,4/1.000 habitants. Això fa que durant els últims anys la població entre 0 i 14 anys s'incrementi anualment més del 2,5 % (1.073.965 nens de 0-14 anys l'any 2005). Per a l'any 2015 s'ha estimat que en un escenari de creixement mitjà el nombre total de nens de 0 a 14 anys a Catalunya serà de 1.382.506. Segons un escenari de creixement alt, aquesta xifra augmenta a 1.466.757 nens de 0-14 anys a Catalunya. A Catalunya hi ha 4.032 centres escolars amb nens escolaritzats de 0 a 17 anys (curs 2004-2005), que donen formació a una població de 1.241.292 nens.

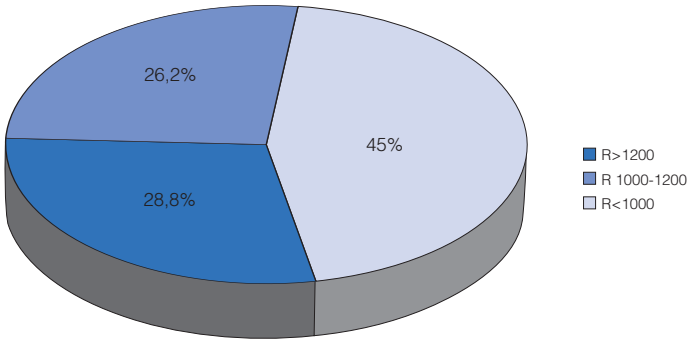
5.2.1.2 Característiques assistencials

a) Recursos

Al principi de l'any 2005, a Catalunya hi havia 346 àrees bàsiques de salut (ABS) en funcionament, amb 269 equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS), 65 gestionats per altres proveïdors i la resta gestionats per entitats de base associativa (EBA). Totes les ABS formen part de la xarxa reformada. La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut al gener del 2005 era de 7.105.324, un 15,1% dels quals eren menors de 15 anys.

Pel que fa als recursos humans disponibles, als EAP hi havia 949 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Tenint en compte el nombre de pediatres a l'AP de Catalunya i la població infantil de 0-14 anys ponderada per ESCA, de manera agregada cada pediatre atendria una mitjana de 1.061 nens (any 2005). Això no obstant, quan s'estudien les dades desagregades per ABS, atès que la població de nens de 0-14 anys en les diferents ABS és molt variable (des de 222 fins a 14.975 per ABS), la proporció de nens per pediatre també varia. Amb la informació disponible per ABS s'observa que, a 98 ABS el nombre de nens per a cada pediatre és superior a 1.200, a 89 ABS la proporció de nens per pediatre està entre 1.000 i 1.200, i a les 153 ABS restants el nombre de nens per cada pediatre és inferior a 1.000. També hi ha 6 ABS que no disposen de pediatre (encara que a una estava en procés de selecció l'any 2005). Per tant, s'observa variabilitat territorial quant a la dotació de pediatres als EAP al territori català. La taula 1 presenta aquestes dades per regió sanitària.

Figura 1. Percentatge d'ABS amb diferents ràtio pediatre/població de 0-14 anys



No existeix un estàndard d'or (*gold-standard*) sobre quina ha de ser la ràtio pediatre/població infantil per tal de poder assolir una atenció d'excel·lència. Això no obstant, considerant les característiques poblacionals, la cartera de serveis de pediatria que s'ofereix i els recursos humans actuals de la Xarxa Sanitària d'Utilització Pública de Catalunya, es podria considerar adequada una ràtio d'un pediatre/1.200 nens de 0-14 anys adscrits. Aquesta ràtio correspondria a un pediatre/800-900 nens de 0-14 anys atesos, segons les dades d'activitat als centres d'AP de Catalunya.

D'altra banda, a través d'un estudi sobre l'estat de situació de les infermeres d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), s'han identificat 357 infermeres (11%) que presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i 878 (27%) que manifesten donar atenció a població infantil i adulta². Considerant aquest estudi, a Catalunya hi hauria una infermera que dona atenció exclusivament a població infantil per cada 2.764 nens, i una infermera que dona atenció a població infantil i adulta per cada 1.124 nens.

A escala hospitalària, l'any 2005, segons dades proporcionades per les regions sanitàries del Departament de Salut que corresponen al 100% dels 60 hospitals de la XHUP de Catalunya (comptabilitzant com un centre els dos hospitals de Manresa que actualment es gestionen conjuntament) i 15 dels quals no disposen de servei de pediatria, hi ha 335 professionals especialistes en pediatria, 59 neonatòlegs i 185 metges residents de pediatria. També hi ha 19 especialistes en pediatria que treballen parcialment a l'atenció hospitalària i 111 especialistes contractats per fer guàrdies, alguns dels quals fan la seva activitat laboral a l'AP. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria amb jornada laboral completa, a Catalunya la proporció de nens per pediatre que treballa a l'hospital és de 3.203, i s'observa molta variació territorial, que oscil·la entre 1.334 i 5.114 (vegeu la taula 2 al final de l'anàlisi de situació per regions sanitàries).

b) Atenció continuada

L'atenció continuada (AC) fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme en els 263 punts d'AC (dades de l'any 2003). En la majoria dels casos, aquests punts d'AC estan oberts durant les 24 hores del dia (252 centres) i la resta de centres fan un horari d'atenció ampliat fins a les 12 de la nit (11 centres). Cal mencionar que, un cop s'acaba

5. Antecedents i estat actual

l'horari habitual de l'EAP, la majoria dels punts d'AC no disposen d'especialistes en pediatria per atendre els nens, per la qual cosa molt sovint les famílies s'adrecen a l'hospital per a atenció pediàtrica fora de l'horari del CAP. Això no obstant, algunes ABS inclouen en els seus torns d'AC especialistes en pediatria, que atenen tant nens com adults. Un aspecte que cal mencionar és que els pediatres que treballen a les ABS on els equips d'AP estan gestionats per l'ICS (el 78% de les ABS) no estan obligats a participar en els torns d'atenció continuada si són majors de 55 anys i també poden demanar l'exempció temporal o definitiva per causes personals o familiars. Les infermeres també participen en torns d'atenció continuada o urgències i igual que els metges de família també atenen tant nens com adults.

c) *Característiques de l'activitat*

Malauradament, avui no es disposa d'informació homogènia i exacta pel que fa a les patologies ateses ni a les consultes externes de l'hospital ni als EAP, per la qual cosa es desconeix amb exactitud la càrrega epidemiològica de les diferents patologies que s'atenen en l'àmbit ambulatori (consultes externes d'hospitals, centre d'AP, domicili).

Això no obstant, la Fundació Jordi Gol i Gurina entre 1997 i 1998³, va dur a terme un estudi prospectiu patrocinat pel CatSalut, en dues ABS de la Regió Sanitària Centre. A partir dels episodis d'atenció (EA) es van calcular les taxes d'incidència i prevalença dels problemes de salut atesos a l'AP, construïdes a partir d'EA no repetits i persones ateses. Segons aquest estudi, els problemes de salut amb les taxes d'incidència i prevalença més altes són les malalties de l'aparell respiratori, els problemes generals i inespecífics i les malalties de l'aparell auditiu en els nens de 0 a 4 anys; i les malalties de l'aparell respiratori, els problemes generals i inespecífics i les malalties de l'aparell digestiu en els de 5 a 14 anys.

Pel que fa a l'activitat hospitalària, a Catalunya hi ha 60 hospitals que formen part de la XHUP, on s'atén la població infantil de 0 a 14 anys. Les altes hospitalàries (contactes), d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria (CMA), finançades pel CatSalut i generades per nens i adolescents durant l'any 2005, atenen majoritàriament als tres diagnòstics principals següents:

- a) De 0-2 anys: Hospitalització convencional: altres afeccions perinatals, examen/avaluació mèdica i gestació curta / baix pes néixer / retard del creixement fetal; CMA: hèrnia abdominal, altres trastorns genitals masculins i amigdalitis aguda i crònica.
- b) De 3 a 10 anys: Hospitalització convencional: amigdalitis aguda i crònica, pneumònia (excloent-ne per tuberculosi i MTS) i apendicitis i altres afeccions apendiculars; CMA: altres trastorns genitals masculins, amigdalitis aguda i crònica i hèrnia abdominal.
- c) D'11 a 14 anys: Hospitalització convencional: apendicitis i altres afeccions apendiculars, fractura d'extremitat superior i dolor abdominal; CMA: altres trastorns genitals masculins, altres neoplàsies benignes i altres trastorns d'ull.

En l'anàlisi del conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH) de l'any 2005 també s'observa que els nens són atesos principalment a la mateixa regió sanitària on resideixen i que, segons els diferents grups d'edat, entre el 2,4% i el 5,2% de les altes hospitalàries d'hospitalització convencional i CMA dels nens de 0 a 14 anys van ser generades per residents de fora de Catalunya. A l'annex 1 s'indiquen els fluxos per edats dels nens residents a les diferents regions sanitàries que han estat atesos als hospitals durant l'any 2005, segons les dades del CMBDAH.

5.2.2 Característiques demogràfiques i assistencials per a cada regió sanitària

5.2.2.1 *Regió Sanitària Lleida*

La Regió Sanitària Lleida del CatSalut inclou les comarques de la Noguera, la Segarra, el Pla d'Urgell, l'Urgell, les Garrigues i el Segrià. Està formada per 22 ABS, amb tots els equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS), menys un a la ciutat de Lleida, que està gestionat per un altre proveïdor. Totes les ABS de la regió formen part de la xarxa reformada.

La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut de la RS Lleida és de 332.592 persones (gener del 2005), un 14,6% dels quals (n=48.584) són menors de 15 anys (a Catalunya =15,1%). El percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des d'un 3,7% (a l'ABS Lleida rural 2-sud), fins al 16% (ABS Cervera). La taxa de natalitat l'any 2004 va ser de 10,94/1.000 habitants (Catalunya 2004=11,37/1.000 habitants). A la Regió hi ha 314 centres escolars amb 55.808 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (9.817 nens de 0 a 2 anys, 9.522 nens de 3 a 5 anys, 18.037 nens de 6 a 11 anys, 12.214 nens de 12 a 15 anys i 6.218 nens de 16 a 17 anys).

Als equips d'AP hi ha 38 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 1.196 nens. Això no obstant, quan se separen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 328 fins a 5.550, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que, a sis ABS el nombre de nens per a cada pediatre és superior a 1.200, no hi ha cap ABS amb un nombre de nens per pediatre entre 1.000 i 1.200, i a tretze ABS el nombre de nens per cada pediatre és inferior a 1.000. També hi ha tres ABS que no disposen de pediatre.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que un 14% dels professionals d'infermeria de la Regió presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i un 39% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

A la Regió Sanitària Lleida l'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 95,5% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores i en centres amb horaris d'atenció ampliats fins a les 12 de la nit.

Hi ha tres hospitals que formen part de la XHUP situats a la ciutat de Lleida oberts les 24 hores/dia amb 9,5 professionals especialistes en pediatria, 4 neonatòlegs, 5 metges residents de pediatria i 5 especialistes contractats per fer guàrdies, alguns dels quals fan la seva activitat laboral a l'AP. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria amb jornada laboral completa, la proporció de nens per pediatre és de 5.114.

5.2.2.2 *Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran*

La Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran del CatSalut inclou les comarques del Pallars Jussà, l'Alta Ribagorça, l'Alt Urgell, el Pallars Sobirà (totes aquestes de l'anterior Regió Sanitària de Lleida), la Vall d'Aran i la Cerdanya.

És formada per 8 ABS, amb 6 equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS) i 2 que estan gestionats per un altre proveïdor. Totes les ABS de la regió formen part de la xarxa reformada.

5. Antecedents i estat actual

La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut de la RS Alt Pirineu i Aran és de 64.507 (gener del 2005), un 14,5% dels quals (n=9.335) són menors de 15 anys (Catalunya=15,1%). El percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des d'un 4,4% (ABS Alt Urgell sud) fins al 11,5% (ABS Cerdanya). La taxa de natalitat l'any 2004 va ser de 8,95/1.000 habitants (Catalunya =11,37). A la regió hi ha 83 centres escolars amb 10.731 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (1.669 nens de 0 a 2 anys, 1.921 nens de 3 a 5 anys, 3.727 nens de 6 a 11 anys, 2.292 nens de 12 a 15 anys i 1.122 nens de 16 a 17 anys) .

Als equips d'AP hi ha 6 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 1.529 nens. Això no obstant, quan s'analitzen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 408 fins a 2.497, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que, a 4 ABS el nombre de nens per a cada pediatre és superior a 1.200, a 1 ABS el nombre de nens per pediatre es troba entre 1.000 i 1.200, i a 2 ABS el nombre de nens per cada pediatre és inferior a 1.000. També hi ha 1 ABS que no disposa de pediatre, però està en fase de selecció.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que no hi ha professionals d'infermeria a la regió que prestin atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i que un 58% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

A la Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran l'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 100% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores.

Hi ha 4 hospitals que formen part de la XHUP que estan situats a la Seu d'Urgell, Puigcerdà, Tremp i Vielha, amb 7 professionals especialistes en pediatria, i la proporció de nens per pediatre és de 1.334.

5.2.2.3 Regió Sanitària Camp de Tarragona

La Regió Sanitària Camp de Tarragona és una de les tres regions que en la nova divisió territorial continua mantenint el mateix territori que en la divisió anterior. És formada per 34 ABS, amb 21 equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut, 12 gestionats per altres proveïdors i l'equip d'AP restant gestionat per una entitat de base associativa (EBA). Totes les ABS de la regió formen part de la xarxa reformada. La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut de la Regió Sanitària Camp de Tarragona és de 506.357 (gener del 2005), un 16,2% dels quals (n=82.031) són menors de 15 anys (Catalunya = 15,1%).

A la Regió Sanitària Camp de Tarragona, el percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des d'un 4,7% (ABS El Morell) fins al 26,6% (ABS Salou). La taxa de natalitat l'any 2004 va ser de 12,96/1.000 habitants (Catalunya = 11,37). A la regió hi ha 332 centres escolars amb 94.650 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (17.449 nens de 0 a 2 anys, 16.293 nens de 3 a 5 anys, 29.971 nens de 6 a 11 anys, 20.506 nens de 12 a 15 anys i 10.431 nens de 16 a 17 anys) .

Als equips d'AP hi ha 73 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència

ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 1.054 nens. Quan s'analitzen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 222 fins a 6.285, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que, a 9 ABS el nombre de nens per a cada pediatre és superior a 1.200, a 10 ABS el nombre de nens per pediatre es troba entre 1.000 i 1.200, i a 14 ABS el nombre de nens per cada pediatre és inferior a 1.000. També hi ha 1 ABS que no disposa de pediatre.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que un 10% dels professionals d'infermeria de la Regió presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i un 28% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

A la Regió Sanitària Camp de Tarragona l'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 68% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores.

Hi ha 4 hospitals que formen part de la XHUP, situats a Valls, Reus i dos a Tarragona, i un altre hospital a Reus que no pertany a la XHUP, però té autorització d'aguts, amb 20 professionals especialistes en pediatria, 6 neonatòlegs, 12 metges residents de pediatria i 1 especialista contractat per fer guàrdies. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria amb jornada laboral completa, la proporció de nens per pediatre és de 4.102.

5.2.2.4 Regió Sanitària Terres de l'Ebre

La Regió Sanitària Terres de l'Ebre és una de les tres regions que en la nova divisió territorial continua mantenint el mateix territori que en la divisió anterior. És formada per 11 ABS que formen part de la xarxa reformada i amb tots els equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut.

La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut de la RS Terres de l'Ebre és de 172.682 (gener del 2005), un 14,0% dels quals (n=24.112) són menors de 15 anys (Catalunya=15,1%). El percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des d'un 5,4% (ABS Flix) fins al 20,9% (ABS l'Ametlla de Mar – el Perelló). La taxa de natalitat l'any 2004 de 8,73/1.000 habitants (Catalunya=11,37). A la Regió hi ha 127 centres escolars amb 28.458 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (4.574 nens de 0 a 2 anys, 4.794 nens de 3 a 5 anys, 9.297 nens de 6 a 11 anys, 6.402 nens de 12 a 15 anys i 3.391 nens de 16 a 17 anys).

Als equips d'AP hi ha 20 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 1.089 nens, però quan s'analitzen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 930 fins a 4.095, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que a 2 ABS el nombre de nens per a cada pediatre és superior a 1.200, a 2 ABS més el nombre de nens per pediatre es troba entre 1.000 i 1.200, i a 6 ABS el nombre de nens per cada pediatre és inferior a 1.000. També hi ha 1 ABS que no disposa de pediatre.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que

5. Antecedents i estat actual

un 5% dels professionals d'infermeria de la Regió presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i un 59% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

A la Regió Sanitària Terres de l'Ebre l'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 100% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores.

Hi ha 2 hospitals que formen part de la XHUP, a Móra d'Ebre i a Tortosa i un altre centre també a Tortosa que no pertany a la XHUP, però és un centre autoritzat, amb 9 professionals especialistes en pediatria i 5 especialistes contractats per fer guàrdies, alguns dels quals fan la seva activitat laboral a l'AP. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria amb jornada laboral completa, la proporció de nens per pediatre és de 2.679.

5.2.2.5 Regió Sanitària Girona

La Regió Sanitària Girona és una de les tres regions que en la nova divisió territorial continua mantenint el mateix territori que en la divisió anterior. És formada per 36 ABS, amb 23 equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut, 12 gestionats per altres proveïdors i l'equip d'AP de l'ABS restant gestionat per una EBA. Totes les ABS de la regió formen part de la xarxa reformada.

La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut de la RS Girona és de 638.661 (gener de 2005), un 16,4% dels quals (n=104.483) són menors de 15 anys (a Catalunya el percentatge de nens de 0 a 14 anys és del 15,1%). El percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des d'un 2,71% (ABS Ribes de Freser – Campdevànol) fins al 31,8% (ABS Roses). La taxa de natalitat l'any 2004 va ser de 12,86/1.000 habitants (Catalunya=11,37). A la regió hi ha 439 centres escolars amb 119.794 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (21.908 nens de 0 a 2 anys, 20.766 nens de 3 a 5 anys, 39.061 nens de 6 a 11 anys, 25.508 nens de 12 a 15 anys i 12.551 nens de 16 a 17 anys).

Als equips d'AP hi ha 93 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 1.050 nens, però quan s'analitzen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 421 fins a 7.787, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que, a 9 ABS el nombre de nens per a cada pediatre és superior a 1.200, a 8 ABS el nombre de nens per pediatre es troba entre 1.000 i 1.200 i a 19 ABS el nombre de nens per cada pediatre és inferior a 1.000.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que un 10% dels professionals d'infermeria de la regió presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i un 34% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

A la Regió Sanitària Girona l'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 86,1% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores.

Hi ha 8 hospitals que formen part de la XHUP, a Figueres, Palamós, Olot, Campdevànol, Blanes, Salt i Girona (2 centres, encara que 1 d'aquests respecte a la xarxa pública és un hospital complementari) i un altre centre hospitalari a Banyoles que no pertany a la XHUP,

però és un centre autoritzat, amb un total de 35 professionals especialistes en pediatria, 8 neonatòlegs, 8 metges residents de pediatria i 3 especialistes contractats per fer guàrdies. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria amb jornada laboral completa, la proporció de nens per pediatre és de 2.985.

5.2.2.6 Regió Sanitària Catalunya Central

La Regió Sanitària Catalunya Central del CatSalut és una de les tres regions que es crea en la nova divisió territorial, i inclou les comarques del Bages, el Berguedà, el Solsonès i Osona, de la Regió Sanitària Centre, i l'Anoia, de la Regió Sanitària Costa de Ponent

És formada per 35 ABS, amb 30 equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut, 3 EAP gestionats per altres proveïdors i els dos restants gestionats per EBA. Totes les ABS de la regió formen part de la xarxa reformada.

La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut de la RS Catalunya Central és de 469.976 persones (gener de 2005), un 15,4% dels quals (n=72.267) són menors de 15 anys (Catalunya=15,1%). A la Regió Sanitària Catalunya Central, el percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des de l'1,98% (ABS Alt Berguedà) fins al 17,8% (ABS Vic 2-sud). La taxa de natalitat l'any 2004 va ser de 13,07/1.000 habitants (Catalunya = 11,37). A la regió hi ha 361 centres escolars amb 83.833 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (15.388 nens de 0 a 2 anys, 14.511 nens de 3 a 5 anys, 26.765 nens de 6 a 11 anys, 17.945 nens de 12 a 15 anys i 9.224 nens de 16 a 17 anys) .

Als equips d'AP hi ha 72 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 941 nens, però quan se separen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 579 fins a 6.108, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que a 7 ABS el nombre de nens per pediatre és superior a 1.200, a 4 ABS el nombre de nens per pediatre es troba entre 1.000 i 1.200 i a 24 ABS el nombre de nens per pediatre és inferior a 1.000.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que un 9% dels professionals d'infermeria de la Regió presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i un 38% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

A la Regió Sanitària Catalunya Central l'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 88,6% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores.

Hi ha 4 hospitals que formen part de la XHUP, a Igualada, Vic, Berga i Manresa (2 hospitals amb gestió conjunta), amb un total de 16,5 professionals especialistes en pediatria, 3 neonatòlegs, 12,5 especialistes contractats per fer guàrdies i 13 més que treballen a jornada parcial. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria a jornada laboral completa, la proporció de nens per pediatre és de 4.380.

5.2.2.7 Regió Sanitària Barcelona

La Regió Sanitària Barcelona del CatSalut és una de les tres regions que es crea en la nova divisió territorial, inclou l'anterior Regió Barcelona Ciutat, la Regió Barcelonès Nord i

5. Antecedents i estat actual

Maresme i la resta de territoris de les Regions Costa de Ponent i Centre no inclosos a les Regions Catalunya Central i Alt Pirineu i Aran.

És formada per 200 ABS, amb 157 equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut, 35 gestionats per altres proveïdors i els 8 EAP restants gestionats per EBA. Totes les ABS de la regió formen part de la xarxa reformada.

La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut de la RS Barcelona és de 4.915.292 persones (gener del 2005), un 14,8% dels quals (n=732.085) són menors de 15 anys (Catalunya=15,1%). El percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des de l'1,43% (ABS Ciutat Badia) fins al 44,8% (ABS Barcelona 1C Gòtic). La taxa de natalitat l'any 2004 va ser d'11,08/1.000 habitants (Catalunya=d'11,37). A la regió hi ha 2.377 centres escolars amb 848.018 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (153.743 nens de 0 a 2 anys, 149.148 nens de 3 a 5 anys, 270.144 nens de 6 a 11 anys, 181.816 nens de 12 a 15 anys i 93.171 nens de 16 a 17 anys).

Als equips d'AP hi ha un total de 647 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 1.064 nens, però quan se separen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 1.204 fins a 14.975, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que a 61 ABS el nombre de nens per cada pediatre és superior a 1.200, a 64 ABS més el nombre de nens per pediatre es troba entre 1.000 i 1.200 i a 75 ABS el nombre de nens per pediatre és inferior a 1.000.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que un 12% dels professionals d'infermeria de la regió presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i un 21% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

A la Regió Sanitària Barcelona l'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 20,5% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores i en centres amb horaris d'atenció ampliat fins a les 12 de la nit.

Hi ha 35 hospitals que formen part de la XHUP, 15 sense servei de pediatria, amb un total de 238 professionals especialistes en pediatria, 38 neonatòlegs, 160 metges residents de pediatria, 6 que treballen a jornada parcial i 85 especialistes contractats per fer guàrdies. També hi ha reforç d'un nombre variable d'especialistes que fan la seva activitat laboral a l'AP. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria amb jornada laboral completa, la proporció de nens per pediatre és de 3.076.

5.2.2.7.1 Hospitalet de Llobregat - Baix Llobregat - Garraf - Alt Penedès

És formada per 50 ABS, amb 47 equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut i els 3 restants gestionats per altres proveïdors. Totes les ABS formen part de la xarxa reformada.

La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut és d'1.269.856 (gener del 2005), un 15,4% dels quals (n=199.044) són menors de 15 anys. El percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des del 4,2% fins al 18,9% i la taxa de natalitat l'any 2004 va ser d'11,66/1.000 habitants. Hi ha 607 centres escolars amb 229.873 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (42.968 nens de 0 a 2 anys, 41.240 nens de 3

a 5 anys, 72.873 nens de 6 a 11 anys, 47.938 nens de 12 a 15 anys i 24.853 nens de 16 a 17 anys).

Als equips d'AP hi ha un total de 179 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 1.060 nens, però quan se separen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 1.204 fins a 10.705, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que a 13 ABS el nombre de nens per pediatre és superior a 1.200, a 17 ABS més el nombre de nens per pediatre es troba entre 1.000 i 1.200 i a 20 ABS el nombre de nens per pediatre és inferior a 1.000. L'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 12% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que un 13% dels professionals d'infermeria de la regió presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i un 24% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

Hi ha 10 hospitals que formen part de la XHUP a Vilafranca del Penedès, Martorell, Sant Boi de Llobregat, Viladecans, Esplugues de Llobregat, Vilanova i la Geltrú, Sant Pere de Ribes i l'Hospitalet de Llobregat (3 centres), 4 sense servei de pediatria, amb un total de 42 professionals especialistes en pediatria, 8 neonatòlegs, 44 metges residents de pediatria i 20 especialistes contractats per fer guàrdies. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria a jornada laboral completa, la proporció de nens per pediatre és de 4.739.

5.2.2.7.2 Barcelonès Nord i Maresme

És formada per 40 ABS, amb 28 equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut i els 12 restants gestionats per altres proveïdors. Totes les ABS formen part de la xarxa reformada. La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut és de 775.080 persones (gener del 2005), un 15,6% dels quals (n=120.743) són menors de 15 anys. El percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des del 3,1% fins al 19,5% i la taxa de natalitat l'any 2004 va ser d'11,77/1.000 habitants. Hi ha 363 centres escolars amb 137.357 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (25.221 nens de 0 a 2 anys, 24.359 nens de 3 a 5 anys, 43.718 nens de 6 a 11 anys, 28.884 nens de 12 a 15 anys i 15.179 nens de 16 a 17 anys).

Als equips d'AP hi ha un total de 103 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 1.108 nens, però quan se separen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 1.504 fins a 6.435, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que a 18 ABS el nombre de nens per pediatre és superior a 1.200, a 8 ABS el nombre de nens per pediatre es troba entre 1.000 i 1.200 i a 14 ABS el nombre de nens per pediatre és inferior a 1.000. L'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 36,6% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que

5. Antecedents i estat actual

un 13% dels professionals d'infermeria de la Regió presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i un 21% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

Hi ha 6 hospitals que formen part de la XHUP a Santa Coloma de Gramenet, Mataró, Calella i Badalona (3 centres hospitalaris), 2 sense servei de pediatria, amb un total de 29 professionals especialistes en pediatria, 1 neonatòleg, 12 metges residents de pediatria, 2 que treballen a jornada parcial i 9 especialistes contractats per fer guàrdies amb el reforç d'un nombre variable d'especialistes que fan la seva activitat laboral a l'AP. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria a jornada laboral completa, la proporció de nens per pediatre és de 4.164.

5.2.2.7.3 Vallès Oriental i Vallès Occidental

És formada per 44 ABS, amb 33 equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut i els 11 restants gestionats per altres proveïdors. Totes les ABS formen part de la xarxa reformada. La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut és d'1.181.980 persones (gener del 2005), un 16,9% dels quals (n=200.135) són menors de 15 anys. El percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des de l'1,4% fins al 11,8% i la taxa de natalitat l'any 2004 va ser d'13,17/1.000 habitants. Hi ha 599 centres escolars amb 229.639 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (42.900 nens de 0 a 2 anys, 41.255 nens de 3 a 5 anys, 72.849 nens de 6 a 11 anys, 48.021 nens de 12 a 15 anys i 24.614 nens de 16 a 17 anys).

Als equips d'AP hi ha un total de 181 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 1.050 nens, però quan se separen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 1.414 fins a 14.975, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que, a 9 ABS el nombre de nens per pediatre és superior a 1.200, a 16 ABS el nombre de nens per pediatre es troba entre 1.000 i 1.200 i a 19 ABS el nombre de nens per pediatre és inferior a 1.000.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que un 14% dels professionals d'infermeria de la Regió presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i un 24% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

L'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 34,1% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores i en centres amb horaris d'atenció ampliats fins a les 12 de la nit.

Hi ha 6 hospitals que formen part de la XHUP a Sabadell, Terrassa (2 centres), Mollet, Sant Celoni i Granollers, 1 sense servei de pediatria, amb un total de 63 professionals especialistes en pediatria, 15 neonatòlegs, 24 metges residents de pediatria i 28 especialistes contractats per fer guàrdies. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria a jornada laboral completa, la proporció de nens per pediatre és de 3.177.

5.2.2.7.4 Barcelona ciutat

És formada per 66 ABS, amb 49 equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut, 9 gestionats per altres proveïdors i els 8 restants gestionats per EBA. Totes les ABS formen part de la xarxa reformada.

La població registrada al Registre central d'assegurats del Servei Català de la Salut és d'1.688.376 persones (gener del 2005), un 12,6% dels quals (n=212.163) són menors de 15 anys. El percentatge d'immigrants a les diferents ABS varia des del 4,7% fins al 44,8% i la taxa de natalitat l'any 2004 va ser de 8,89/1.000 habitants. Hi ha 808 centres escolars amb 251.149 nens escolaritzats de 0 a 17 anys (42.654 nens de 0 a 2 anys, 42.294 nens de 3 a 5 anys, 80.704 nens de 6 a 11 anys, 56.973 nens de 12 a 15 anys i 28.524 nens de 16 a 17 anys).

Als equips d'AP hi ha un total de 184 professionals de pediatria que atenen nens de 0 a 14 anys. Considerant les dades agregades a escala territorial, respecte a la població de referència ponderada per l'ESCA, cada pediatre tindria assignats 1.060 nens, però quan se separen les dades per ABS, com que la població de nens en les diferents ABS varia des de 1.536 fins a 5.245, la proporció de nens per pediatre també és molt variable. Amb la informació disponible per ABS s'observa que, a 21 ABS el nombre de nens per pediatre és superior a 1.200, a 23 ABS més el nombre de nens per pediatre es troba entre 1.000 i 1.200 i a 22 ABS el nombre de nens per pediatre és inferior a 1.000.

D'altra banda, les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), indiquen que un 8% dels professionals d'infermeria de la Regió presten atenció exclusivament a la població infantil (de 0 a 14 anys) i un 15% dels professionals d'infermeria atenen població infantil i adulta.

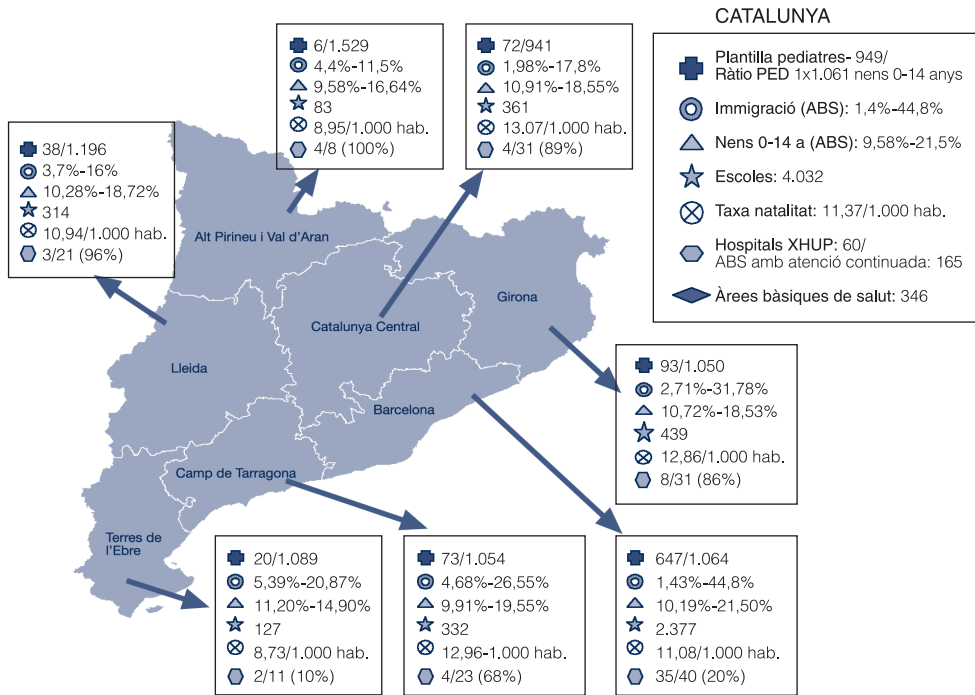
L'atenció continuada fora de l'horari d'obertura dels centres d'AP es du a terme al 6,7% de les ABS per mitjà dels punts d'atenció continuada que atenen durant les 24 hores i en centres amb horaris d'atenció ampliats fins a les 12 de la nit.

Hi ha 13 hospitals que formen part de la XHUP, 8 sense servei de pediatria, amb un total de 104 professionals especialistes en pediatria, 23 neonatòlegs, 80 metges residents de pediatria, 4 que treballen a jornada parcial i 28 especialistes contractats per fer guàrdies, alguns dels quals fan la seva activitat laboral a l'AP. Comptabilitzant només els professionals especialistes en pediatria a jornada laboral completa, la proporció de nens per pediatre és de 2.040.

L'annex 2 i l'annex 3 presenten amb més detall les ratios de pediatres/nens 0-14 anys. La figura 2 resumeix les característiques demogràfiques i assistencials de l'atenció pediàtrica a Catalunya.

5. Antecedents i estat actual

Figura 2. Mapa resum de les característiques demogràfiques i assistencials de l'atenció pediàtrica a Catalunya



Ràtio calculada segons població assignada RCA, febrer del 2005, ponderada per ESCA.
Any de les dades: 2005 - nombre de pediatres, població per ABS, hospitals XHUP; 2004 - immigració, natalitat, ABS; 2003 - ABBS amb AC.

Taula 1. Nombre d'EAP amb 1 pediatre per x habitants (nens de 0-14 anys RCA2005 ponderada per ESCA) (2005)

Regions sanitàries	Habitants (0-14 anys)					
	< 1.000		1.000 – 1.200		> 1.200	
	Nre. EAP	%	Nre. EAP	%	Nre. EAP	%
Lleida	13	68,4	0	0	6	31,6
Alt Pirineu i Aran	2	28,6	1	14,3	4	57,1
Girona	19	52,8	8	22,2	9	25,0
Camp de Tarragona	14	42,4	10	30,3	9	27,3
Terres de l'Ebre	6	60,0	2	20,0	2	20,0
Catalunya Central	24	68,6	4	11,4	7	20,0
Barcelona	75	37,5	64	32,0	61	30,5
– BCN ciutat	22	33,3	23	34,8	21	31,8
– V. Occidental i V. Oriental	19	43,2	16	36,4	9	20,5
– Barcelonès Nord i Maresme	14	35,0	8	20,0	18	45,0
– H. Llob.-Baix Llob.-Garraf-Alt Penedès	20	40,0	17	34,0	13	26,0
TOTAL CATALUNYA	153	45,0	89	26,2	98	28,8

Les 6 ABS restants no disposen de pediatre: 3 ABS de la RS Lleida, 1 ABS de la RS Alt Pirineu i Aran (en procés de selecció), 1 ABS de la RS Camp de Tarragona i 1 ABS de la RS Terres de l'Ebre.

Taula 2. Pediatres als hospitals de Catalunya. Ratio: 1 pediatre x habitants (nens de 0-14 anys RCA 2005)

Regions sanitàries	PEDIATRIA		
	Nombre pediatres (peq)*	Nens 0-14 anys	Ràtio pediatres
Lleida	9,5	48.584	5.114
Alt Pirineu i Aran	7	9.335	1.334
Girona	35	104.483	2.985
Camp de Tarragona	20	82.031	4.102
Terres de l'Ebre	9	24.112	2.679
Catalunya Central	16,5	72.267	4.380
Barcelona	238	732.085	3.076
– BCN ciutat	104	212.163	2.040
– Vallès Occidental i Vallès Oriental	63	200.135	3.177
– Barcelonès Nord i Maresme	29	120.743	4.164
– H. Llob.-Baix Llob.-Garraf-Alt Penedès	42	199.044	4.739
TOTAL CATALUNYA	335	1.072.897	3.203

*peq= personal equivalent 36 hores

5.3 Característiques de la provisió de serveis de pediatria a l'AP de Catalunya l'any 2005

Com ja s'ha comentat anteriorment, a Catalunya existeixen diferents models d'organització de l'atenció a la població infantil i adolescent des de l'AP. Això respon a l'existència de diferents proveïdors que han desenvolupat diversos sistemes organitzatius d'acord amb les necessitats de la població i les característiques de la seva pròpia organització. Així doncs, s'han identificat dos grans models d'organització de l'atenció en diferents territoris:

A. **Organització integral territorial** de l'atenció pediàtrica d'una zona geogràfica concreta, abastant tant l'AP com l'hospitalària: aquesta organització integral implica gestionar de forma compartida (primària i hospital) l'atenció pediàtrica de la zona. Aquest model organitzatiu té dues modalitats:

- A.1. Amb integració dels EAP gestionats per l'ICS
- A.2. Sense integració dels EAP gestionats per l'ICS.

A.1. Organització integral territorial **amb** integració dels EAP gestionats per l'ICS

Aquest model es dona en zones on la gestió de l'AP es fa majoritàriament per proveïdors no ICS i on és el mateix proveïdor qui gestiona l'AP i l'atenció hospitalària. El model es caracteritza pel fet de tenir una integració territorial que abasta tots els EAP, també els EAP gestionats per l'ICS i els professionals de l'ICS que treballen en EAP amb gestió no ICS.

Tenir la gestió integrada vol dir que hi ha un únic director pediàtric territorial (que sol ser el cap de servei de l'hospital) que dirigeix l'equip pediàtric de l'hospital i els equips pediàtrics de l'AP gestionats per la mateixa entitat. La gestió de l'atenció pediàtrica inclou la capacitat per adaptar i mobilitzar recursos humans en el moment i la ubicació que es necessitin. En aquest sentit, malgrat que el pediatre pot estar assignat a un EAP, en cas necessari pot oferir els seus serveis (incloent-hi desplaçar-se) a altres EAP que ho necessitin. Alhora, el pediatre també fa guàrdies a l'hospital de referència. Aquesta funció la té lligada per contracte. Així doncs, tots els pediatres dels EAP estan funcionalment interconnectats entre ells, com també ho estan amb l'hospital. En aquest model, els processos assistencials es gestionen de manera coordinada.

5. Antecedents i estat actual

Hi ha sessions clíniques comunes, protocolització i sessions de consultoria des de l'hospital cap als centres d'AP.

Els pediatres que treballen a l'AP utilitzen protocols d'actuació consensuats per a determinades patologies, especialment pel que fa a patologies que són tractades i seguides per l'AP i l'hospital. L'objectiu de l'existència d'aquests protocols és evitar, en la mesura que sigui possible, que el nen (de 0 a 14 anys) vagi a l'hospital per al diagnòstic i monitorització de patologies considerades de *gravetat moderada* (p. ex., malalties respiratòries cròniques). Aquest sistema és també una manera d'abordar la subespecialització de patologies específiques (p. ex., malalties cardíques o respiratòries) que tenen alguns pediatres d'AP. En aquest sentit, els protocols serveixen per a qualsevol pediatre però aquest té com a referència, per a la/les patologia/es en qüestió, el pediatre d'AP expert en el tema.

Els pediatres amb nòmina a l'ICS s'integren de manera voluntària dins de la xarxa d'aquest model. És a dir, utilitzen els mateixos protocols que els seus companys territorials i els mateixos criteris de derivació, alhora es fan sessions clíniques comunes amb els pediatres dels hospitals de l'àrea d'influència territorial. No estan obligats a fer guàrdies als hospitals però, de vegades, estableixen contractes laborals de treball a l'hospital fora d'hores d'atenció a l'EAP. Com a resposta a aquesta integració voluntària, alguns proveïdors intenten oferir als pediatres de l'ICS les mateixes compensacions i gratificacions que els seus propis pediatres.

En aquest model, la infermera a l'AP té una gran responsabilitat en la monitorització i seguiment del nen i l'adolescent, fins al punt que alguns aspectes del procés de seguiment del desenvolupament del nen se recauen exclusivament sota la seva responsabilitat, amb supervisió del pediatre quan així es creu oportú (és detallat més endavant a l'apartat "Cartera de serveis").

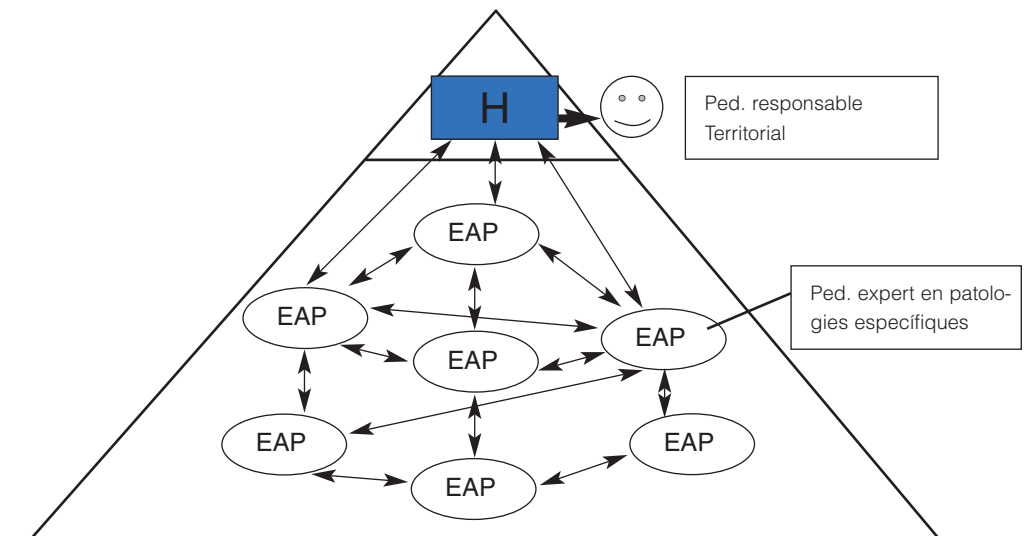
A Catalunya, el 5,5% de les ABS es troben sota aquest model. Per exemple, les que gestiona la Corporació de Salut Maresme i Selva, les de la Fundació Privada Hospital d'Olot i les de la Vall d'Aran.

A.2. Organització integral territorial **sense** integració dels EAP gestionats per l'ICS

Aquest model també es dona en zones on la gestió de l'AP es fa majoritàriament per proveïdors no ICS, i on és el mateix proveïdor qui gestiona l'AP i l'atenció hospitalària. L'organització és similar a la del model A.1, però sense la col·laboració dels EAP ICS ni tampoc dels seus professionals. Algun d'aquests professionals fan guàrdies a l'hospital de referència fora d'hores laborals dels EAP, però sota un contracte específic amb aquest.

A Catalunya, el 5,8% de les ABS es troben sota aquest model. Per exemple, les que gestionen els Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà i les de l'Hospital de Figueres Fundació Privada.

Figura 3. Representació gràfica model A.1 d'atenció pediàtrica



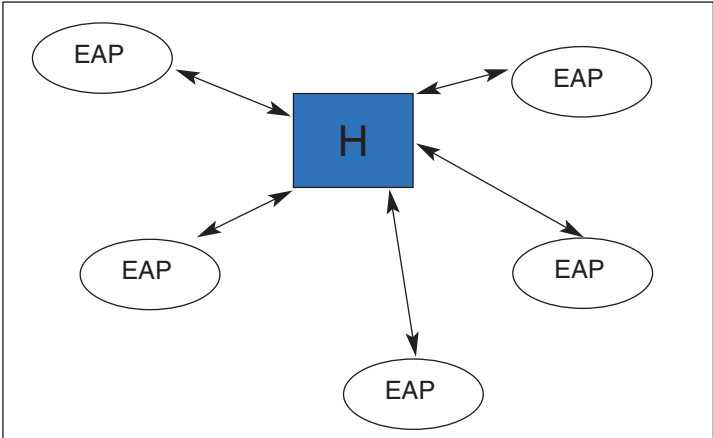
B. Organització fragmentada de l'atenció pediàtrica: En aquest model majoritari, l'AP i l'atenció hospitalària es proveeixen per equips diferents sense vinculació en la gestió dels recursos humans ni dels processos assistencials (el proveïdor dels serveis d'hospital i d'AP pot ser el mateix o no). Aquest model és el que correspon a la majoria dels EAP gestionats per l'ICS (exceptuant-ne alguns casos en els quals sí que existeix una bona col·laboració entre l'EAP i l'hospital de referència), estiguin en un àmbit d'influència d'un hospital de l'ICS o d'un altre hospital. Els pediatres dels EAP ocupen una plaça nominal dins d'aquest EAP. En general, no es desplacen a d'altres EAP en cas de necessitat, i la col·laboració entre els pediatres dels EAP és limitada. No estan obligats a participar en els torns d'atenció continuada del seu EAP (ni tampoc de l'hospital) si són majors de 55 anys o han demanat l'exempció d'AC temporal o definitiva per causes personals o familiars. En general la relació amb l'hospital és purament de derivació de malalts. Poques vegades els pediatres que fan assistència a l'AP assisteixen a les sessions clíniques de l'hospital i comparteixen protocols d'atenció i derivació. Són també escassos els professionals que col·laboren en protocols de recerca internivells. Pel que fa a la consultoria de pediatria de professionals de l'hospital a l'AP, en un estudi recent fet per la Direcció de Planificació i Avaluació, els CAP i els hospitals no han declarat cap activitat de consultoria a aquest nivell⁴.

A Catalunya el 88,6% de les ABS es troben sota aquest model.

L'annex 4 mostra de forma desagregada els models d'organització de l'atenció pediàtrica de l'AP de Catalunya (2005).

5. Antecedents i estat actual

Figura 4. Representació gràfica model B d'atenció pediàtrica



5.4. Cartera de serveis

L'actual cartera de serveis de l'atenció pediàtrica a l'AP de Catalunya inclou la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, el diagnòstic i el tractament de patologies i la seva rehabilitació. La població diana és tant el nen i l'adolescent (0 a 14 anys) com la família. L'atenció es fa tant al centre com al domicili, a les escoles i a la comunitat.

El document del Departament de Salut anomenat “Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica” publicat l'any 1995⁵, conegut també com a “Programa de seguiment del nen sa”, conté les propostes d'activitats preventives (cribratges esglaonats, immunitzacions i consells de salut) consensuades per diferents professionals i societats científiques (especialment la Societat Catalana de Pediatria), resultat d'un treball basat en la constatació científica de l'eficàcia de les mesures preventives proposades i de les possibilitats que ofereix la pràctica de l'atenció diària. Des del 1995, el Departament de Salut n'ha anat promovent la introducció i la difusió a tots els àmbits assistencials, públics i privats, i en especial a l'AP. Recentment s'ha publicat la guia per a l'AP de salut amb les actuacions preventives a l'adolescència⁶. Per tant, es pot afirmar que a Catalunya la cartera de serveis de l'atenció pediàtrica a l'AP es troba ben definida i difosa en el territori. Això no obstant, la nova realitat poblacional i social de Catalunya, els avenços en el coneixement científic i la capacitat competencial de diversos professionals dels EAP, està generant noves necessitats en el procés d'atenció que requereixen una actualització de l'actual cartera de serveis, la qual cosa queda definida dins el nou model assistencial. Per aquest motiu al començament de l'any 2005 es va iniciar l'actualització del Programa de seguiment del nen sa, projecte liderat per la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut, on se'n revisa el contingut d'acord als avenços en el coneixement científic. En la nova cartera de serveis global del nou model, s'aborda el paper que tenen els diferents professionals sanitaris dins del procés d'atenció (vegeu més endavant).

Això no obstant, alguns proveïdors ja han adaptat el Programa de seguiment del nen sa als nous requeriments científics i organitzatius del procés d'atenció. Això s'està duent a terme tenint en compte que en el seguiment del nen sa es treballa principalment amb població sana, que l'evidència científica que hi ha sobre algunes de les activitats és escassa o nul·la, i que tampoc no hi ha evidència científica concloent sobre el nombre i el contingut dels controls periòdics de salut. Algunes de les noves propostes actualment estan en fase d'implantació a diferents zones de Catalunya. A continuació s'expliquen, a manera d'exemple, algunes d'aquestes iniciatives. La **taula 3** resumeix la distribució de tasques entre professionals proposades per aquestes iniciatives.

A la Corporació de Salut Maresme i La Selva es va decidir fer una revisió de les activitats preventives previstes en el programa de seguiment del nen sa amb la participació de diferents professionals de l'àmbit de pediatria de la Corporació. El resultat va ser una redistribució de la monitorització del nen durant els 2 primers anys. Així doncs, s'ha passat d'un model on el pediatre i la infermera passaven totes les visites de forma conjunta, a una situació on la infermera assumeix i es responsabilitza de les visites del 4 i 8 mesos de vida. També es va suprimir el control dels 15 mesos, edat a la qual només es proposa administrar la vacuna triple vírica. La resta de visites les continuen fent conjuntament el pediatre i la infermera. Respecte als controls dels 3 als 14 anys es va considerar oportú que en els grups d'edat dels 6 als 14 anys es facin controls de forma biennal (fins ara es fan controls als 6 anys, 8/10 anys i 12/14 anys). Finalment, a l'atenció a l'adolescent, es van integrar les actuacions preventives a l'adolescència recomanades pel Departament de Salut i pel seu Programa Salut i Escola.

En la mateixa línia, en alguns territoris de l'Institut Català de Salut també s'han fet propostes de modificacions tant sobre el nombre de controls de seguiment del nen, com sobre quins són els professionals que els han de dur a terme, principalment adreçats a una major participació i responsabilització de la professió infermera. Així, es proposa que un seguit de visites determinades les dugui a terme un pediatre o una infermera, i no totes de manera conjunta com s'havia fet fins ara. Les infermeres farien les visites dels 4, 15 i 18 mesos i també les dels 4, 6, 10, 12 i 14 anys. Les infermeres també durien a terme la visita domiciliària durant la primera setmana de vida del nen. Els professionals de pediatria durien a terme la resta de visites previstes en el Programa de seguiment del nen sa.

Al Consorci Assistencial del Baix Empordà també s'han estudiat algunes modificacions en els controls del nen sa, en aquest cas es proposa que els professionals d'infermeria duguin a terme els controls del 3, 5 i 36 mesos i els dels 7, 9, 11 i 13 anys, i la resta de controls es farien conjuntament amb els professionals de pediatria.

Taula 3. Resum de la distribució de visites del Programa de seguiment del nen sa proposada per diferents proveïdors

	Corporació de Salut Maresme i La Selva	Institut Català de la Salut	Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà
1a setmana	PED/INF	INF	PED/INF
1 mes	INF	PED	PED/INF
2 mesos	PED/INF	PED (+vacunes)	PED/INF i INF (3 mesos)
4 mesos	INF	INF	PED/INF i INF (5 mesos)
6 mesos	PED/INF	PED (+vacunes)	PED/INF
8-9 mesos	INF	—	PED/INF
12 mesos	PED/INF	PED	PED/INF
15 mesos	Només vac. TV	INF	PED/INF
18 mesos	PED/INF	INF	PED/INF
24 mesos	PED/INF	PED	PED/INF
3 anys	PED/INF	PED	PED/INF i INF
4 anys	PED/INF	INF	PED/INF i PED/INF (5 anys)
6 anys	PED/INF	INF	PED/INF i INF (7 anys)
8 anys	PED/INF	PED	PED/INF i INF (9 anys)
10 anys	PED/INF	INF	PED/INF i INF (11 anys)
12 anys	PED/INF	INF	PED/INF i INF (13 anys)
14 anys	PED/INF	INF	PED/INF

INF = infermera; PED = pediatre

6. Problemes principals detectats

6. Problemes principals detectats

En analitzar l'estat de situació de l'atenció pediàtrica a Catalunya, s'han identificat una sèrie de problemes que cal de considerar en la definició del nou model d'atenció pediàtrica, valorant prèviament amb les dades disponibles quina és la importància relativa de cada un d'aquests en el territori.

- Manca de professionals especialitzats en pediatria (no es disposa de bossa de treball de pediatres), manca que es fa més palesa en l'àmbit rural, on hi ha dificultats per organitzar l'atenció pediàtrica a l'AP.

Possible solució: a) Incrementar les places MIR de pediatres a Catalunya; b) buscar mecanismes per potenciar la col·laboració entre els pediatres dels hospitals i els de l'AP, i c) assumpció de l'atenció de processos banals i moderats i d'actuacions de promoció i prevenció per altres professionals sanitaris de l'EAP amb competències per dur-les a terme.

- La manca d'especialistes en pediatria fa que les places d'aquests professionals estiguin ocupades per altres professionals que no disposen de l'especialitat de pediatria o que no tenen una formació adequada en pediatria.

Possible solució: Desenvolupar cursos de formació específica que reforcin els coneixements de pediatria a altres professionals de la salut i per a professionals d'altres països.

- Alguns territoris presenten una ràtio nens/pediatre elevada (1 pediatre/> 1.200 nens adscrits). Això no obstant també hi ha territoris que presenten ràtios d'1 pediatre/< 1.000 nens adscrits.

Possible solució: a) Adequació dels recursos humans de pediatria (dotació i/o redistribució i/o eliminació d'adscripció a EAP concret), i b) plantejar l'elaboració de propostes alternatives al model de població assignada a pediatre + infermera (possibilitat de variar el nombre d'infermeres amb relació al nombre de pediatres segons les característiques demogràfiques de la població assignada).

- Existeixen 104 pediatres no reformats a Catalunya (tots ells pertanyen a l'ICS, malgrat que puguin treballar en EAP gestionats per proveïdors no ICS). Això dificulta la integració total dels pediatres en noves fórmules assistencials més resolutives.

Possible solució: Afavorir que tots els pediatres d'AP estiguin integrats en un futur proper.

- Els pediatres de l'ICS d'AP (el 78,5% dels pediatres de Catalunya) tenen plaça en un EAP concret i no estan obligats a prestar els seus serveis a d'altres EAP. Alhora, els pediatres de més de 55 anys o abans si han demanat l'exempció temporal o definitiva per causes personals o familiars no estan obligats a participar en els torns d'atenció continuada (guàrdies) als seus EAP. Els pediatres estan obligats a fer AC en els seus EAP, però no a fer-ho en d'altres EAP o a l'hospital. Aquest darrer punt és crític atesa l'elevada edat mitjana de la majoria dels pediatres als hospitals ICS de Catalunya (>50-55 anys).

Possible solució: De manera voluntària i progressiva, treballar per la modificació de les característiques del contracte de pediatres dels EAP de l'ICS: a) suprimint la possibilitat d'excepció d'atenció continuada de manera progressiva, i b) eliminant l'adscrip-

6. Problemes principals detectats

ció de pediatre a EAP per plaça, i fer-ho per àrea d'AP (que inclogui un territori amb diferents EAP).

- Pel que fa a l'atenció continuada i urgent, hi ha punts d'atenció continuada que no disposen de pediatre, d'altra banda en els punts on hi ha un pediatre en la majoria d'ocasions aquests professionals han d'atendre adults. A més, la població utilitza molt sovint les urgències hospitalàries per problemes de salut que podrien ser resolts a l'AP.

Possible solució: a) Derivar els casos cap al recurs d'urgència territorial. D'aquesta manera es concentraria tota l'atenció en punts concrets i la resposta seria possible i resolutiva, s'apostaria per una concentració de l'atenció fora d'hores de l'EAP envers l'atomització actual. Depenent del territori, aquest recurs podria ser els CUAP (centre d'urgències d'AP) o centres d'urgència similars (p. ex., hospitals comarcals, ABS de referència per urgències, etc.), i b) que el pediatre que faci atenció continuada ho faci a l'hospital.

- Manca de relació formal i sistemàtica entre els EAP i entre els EAP i l'hospital en la majoria dels territoris de Catalunya on existeixen diferents proveïdors d'atenció sanitària pública.

Possible solució: a) Eliminar l'adscripció de pediatre a EAP per plaça, i fer-ho per àrea d'AP (que inclogui un territori amb diferents EAP), i b) impulsar els mecanismes normatius ja existents (vegeu més endavant) i buscar nous instruments per millorar la predisposició a la col·laboració tant entre els pediatres dels hospitals com els de l'AP.

- Manca d'infermera especialista en pediatria. Fins ara, les infermeres que es dediquen a aquesta activitat s'han format a través de cursos de postgrau o màsters, però no hi ha una formació reglada en el tema. Amb l'aprovació per part del Ministeri d'Educació de l'especialitat d'infermeria pediàtrica, s'espera que aquesta limitació desaparegui.

Possible solució: Desenvolupar cursos de formació específica en pediatria per a infermeres, en l'espera que es faci efectiva l'especialització reglada d'infermeres pediàtriques.

- Necessitat de formació en aspectes concrets, sobretot en pediatria d'urgències. A més, tota la informació rebuda indica que hi ha dificultats per a la formació continuada (hi ha moltes diferències territorials) i també la formació adreçada a les necessitats del sistema.

Possible solució: Cursos de formació específica per part de l'Institut d'Estudis de la Salut (IES), o d'altres institucions, adreçats a les prioritats formatives detectades.

- Manca de dotació de mitjans diagnòstics a les consultes dels EAP i de protocols conjunts EAP - hospitals per als principals problemes de salut.

Possible solució: a) Millor dotació d'equips diagnòstics als EAP i protocolització de patologies d'alta prevalença, i b) realització de consultories per part dels pediatres d'hospitals als pediatres d'AP per als principals problemes de salut que generen visites inadequades als hospitals.

7. Visió estratègica dels serveis de pediatria de l'atenció primària

7. Visió estratègica dels serveis de pediatria de l'atenció primària

Tenint en compte els punts forts, els problemes i els reptes identificats en el context actual de provisió de serveis de pediatria a l'AP de salut, i considerant els canvis en les característiques socials i demogràfiques de la població, com també els avenços en el coneixement científic, qualificació professional i les noves línies de desconcentració territorial que s'estan impulsant des del Departament de Salut, la redefinició del model d'atenció de pediatria a l'AP del sistema públic de salut de Catalunya es planteja amb l'objectiu d'assolir la següent visió estratègica l'any 2015:

- Que tot nen tingui un pediatre de referència.
- Que estigui com més a prop millor de l'entorn natural del nen i l'adolescent.
- Que tots els nens tinguin la possibilitat de ser atesos per un professional competent tots els dies de la setmana (incloent-hi dissabte i diumenge) en un dispositiu d'alta accessibilitat.
- Que doni informació i suport als pares i nens (0-14 anys) per tal de fomentar l'autocura i la participació en les decisions sobre com gestionar la patologia i promoure la salut.
- Que s'adeqüi als estàndards internacionals de coneixement científic.
- Que es promoguin els hàbits i estils de vida saludables.
- Que doni suport al creixement sa del nen cap al període adult.
- Que col·labori en el desenvolupament d'activitats de salut comunitària.
- Que els nens (de 0 a 14 anys) malalts tinguin un accés ràpid a un consell adequat i a una atenció de qualitat d'acord amb les seves necessitats.
- Que s'adreci a les necessitats dels grups de població amb risc de desenvolupar resultats de salut pitjors.
- Que garanteixi que els professionals gaudeixen d'uns coneixements i recursos adequats per donar resposta a les necessitats de la població i que estiguin motivats.
- Que sigui resolutiva i eficient, tot promovent equips de treball on es complementin les competències i on es potenciïn les TIC.
- Que es disposi d'un sistema d'informació compartit entre els diferents dispositius d'atenció pediàtrica dins un territori definit.
- Que es caracteritzi per una organització integral territorial de l'atenció pediàtrica, on existeixi una continuïtat de l'atenció i una bona interrelació entre els pediatres d'un mateix territori (AP-AH).

8. El nou model d'atenció pediàtrica d'atenció primària a Catalunya

8. El nou model d'atenció pediàtrica d'atenció primària a Catalunya

El model que es presenta a continuació és el marc per poder fer efectius els plans d'acció que portin a assolir l'atenció pediàtrica que es vol per a Catalunya. Aquest model es defineix sobre la base dels dèficits actuals identificats per la manca de professionals i la fragmentació de l'atenció, les noves línies de desconcentració territorial que s'estan impulsant des del Departament de Salut, la proposta realitzada en el seu dia per la Societat Catalana de Pediatria sobre la proposta de reforma de l'AP pediàtrica a Catalunya⁷ i la Resolució de l'INSALUD de la creació de la figura de pediatre d'àrea d'AP⁸.

L'objectiu primordial d'aquest model és proporcionar una atenció pediàtrica eficient i de qualitat, tot apropant-la a l'entorn natural del nen i l'adolescent, és a dir, apropar-la a les escoles i a la comunitat. Aquest objectiu s'alinea amb el Pla de govern del Departament de Salut, amb què es vol potenciar l'AP com a prioritat en aquesta legislatura i constituir-la com l'eix central en la planificació i l'ordenació dels serveis de salut a Catalunya.

Població diana de l'atenció pediàtrica

A Catalunya, tot nen de 0 a 14 anys té un pediatre de referència.

Cartera de serveis / nivell de resolució

El responsable últim de l'atenció al nen i a l'adolescent fins als 14 anys és el pediatre, això no obstant, la infermera també haurà de tenir un paper rellevant en el procés d'atenció de la població diana. Alhora, el metge de família també podrà assumir una part de l'atenció pediàtrica, dins de la seva activitat habitual, per donar suport als pediatres quan així es necessiti (amb suport formatiu adequat). Aquests professionals hauran de garantir el compliment de la cartera de serveis definida pel Departament de Salut.

La cartera de serveis ha de preveure els serveis de promoció i d'educació de la salut individual i col·lectiva, la prevenció, el diagnòstic, el tractament i també la rehabilitació. Alhora, s'ha de potenciar la introducció de noves formes de provisió de serveis utilitzant les TIC (especialment la consulta telefònica i el correu electrònic), com també potenciar l'atenció grupal. La cartera de serveis de pediatria a l'AP pel que fa al Programa de seguiment del nen sa, serà la definida per la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut, en què la infermera veurà potenciat el seu rol assistencial, especialment en el seguiment del desenvolupament del nen sa.

Pel que fa als serveis de salut comunitària, s'hauran de realitzar en l'entorn natural de l'infant i l'adolescent, principalment l'escola. En aquests tipus d'activitats els professionals d'infermeria d'atenció primària tenen un paper fonamental. És molt important la coordinació amb els altres recursos que també intervenen en aquests tipus de servei, com els serveis de salut municipals, organitzacions no governamentals, entitats de tercer sector o els serveis de salut pública. El Pla d'innovació de l'Atenció Primària i Salut Comunitària de Catalunya desenvoluparà en profunditat aquests tipus de serveis.

De manera ideal no hauria d'existir separació entre la pediatria de l'AP i l'hospitalària, sinó una continuïtat assistencial des de l'abordatge de la promoció, prevenció i atenció a patologies prevalents no complexes (a l'AP) fins a l'abordatge de patologies complexes i poc prevalents a l'hospital.

Per fer efectiu aquest continu, l'equip de pediatres d'AP s'haurà de coordinar estretament amb l'equip de pediatres de l'hospital (bé sigui a través d'una coordinació funcional o orgànica –vegeu l'equip pediàtric territorial-). Aquesta coordinació inclou: a) Disseny de

8. El nou model d'atenció pediàtrica d'atenció primària a Catalunya

protocols d'abordatge pels problemes de salut més prevalents, especialment de patologia crònica infantil, i protocols de derivació de patologies especialment d'aquelles que requereixen una certa especialització; *b)* compartir informació clínica dels nens de 0 a 14 anys mitjançant sistemes d'informació integrats o compatibles; *c)* planificació del desplaçament del *pediatre consultor* de l'hospital als EAP del territori de manera periòdica; *d)* realització de sessions clíniques conjuntes, de manera sistemàtica, entre els pediatres de l'hospital i els d'AP; *e)* cobertura de l'atenció continuada i urgent; *f)* docència (formació continuada) per a tots els pediatres de l'àrea d'influència, i *g)* recerca (projectes internivell).

La cartera de serveis la duran a la pràctica bàsicament els pediatres i les infermeres. Els metges de família podran assumir una part de l'atenció pediàtrica, a la seva pròpia consulta i dins de la seva activitat assistencial, quan hi hagi dificultat per trobar un pediatre a l'EAP (p. ex., en els casos d'equips amb poca població pediàtrica, zones rurals, o de manera puntual en els casos d'EAP amb una forta demanda on el pediatre i la infermera no puguin donar resposta). En aquestes situacions, els metges de família hauran de tenir la formació suficient per atendre la població pediàtrica. En aquest sentit, es recomana que es desenvolupin cursos de reforç dels coneixements dels metges de família en les patologies pediàtriques d'alta prevalença. Aquest metge de família haurà d'utilitzar els protocols establerts a l'equip de primària de pediatria del govern territorial de salut / conjunt de governs territorial de salut (vegeu més endavant) al qual pertany el seu EAP.

L'Annex 5 presenta la cartera de serveis de la infermera que atén la població pediàtrica a l'AP.

Sectorització territorial i punts d'atenció

L'atenció pediàtrica de l'AP se sectoritzarà en dos nivells geogràfics territorials; 1) ABS; 2) GTS/Conjunt de GTS. Es considera un àmbit territorial idoni per donar atenció pediàtrica integrada aquell que contingui un servei d'atenció pediàtrica hospitalària i les ABS de referència de l'hospital.

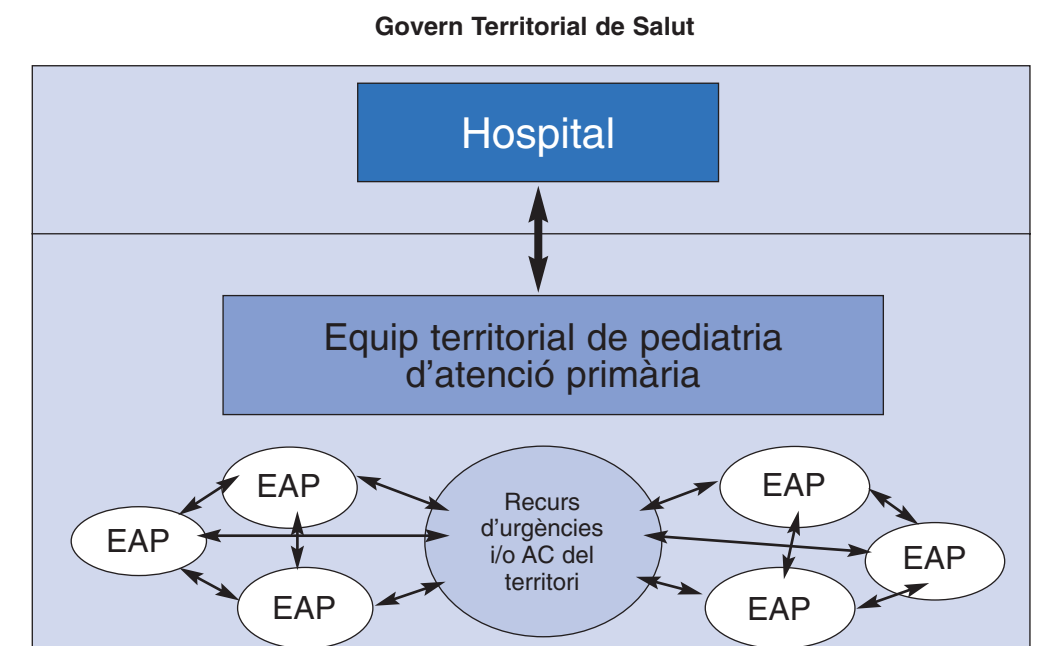
En la majoria de zones de Catalunya, els àmbits geogràfics territorials més idonis correspondran als governs territorials de salut (depèn de les característiques del GTS) i, en algun cas, podrien correspondre a l'agregació de més d'un GTS. En l'annex 6 es pot veure els equips de primària de pediatria que actualment hi hauria a Catalunya considerant les ABS i els seus hospitals de referència (la sectorització final està pendent de definició/redistribució mitjançant consens entre RS i proveïdors territorials).

Pel que fa als **punts d'atenció**, els EAP seran la porta d'entrada per a l'assistència dels nens de 0 a 14 anys. L'equip de primària de pediatria de l'àmbit territorial, conjuntament amb l'equip pediàtric de l'hospital de referència, hauran de ser capaços de resoldre la prestació de l'atenció pediàtrica primària i l'hospitalària amb l'excepció dels procediments considerats de pediatria terciària, que s'haurà de resoldre amb el suport dels hospitals pediàtrics de tercer nivell. L'EAP serà el responsable de donar resposta a la visita programada i a la visita espontània (no urgent). Els EAP han de donar resposta a les demandes d'atenció pediàtrica de les 8 a les 21 hores (de dilluns a divendres).

Pel que fa a l'atenció continuada (fora de l'horari de l'EAP), s'ha d'organitzar tenint en compte la combinació de criteris de proximitat i de volum de població. Podrà centralitzar-se en un, o més d'un, dels EAP del territori depenent del nombre d'ABS que englobi aquest i la seva dispersió territorial. D'acord amb el model que es preveu en el capítol de criteris per a la planificació de l'atenció urgent del Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública⁹, als territoris on es despleguin recursos específics d'urgències d'AP, aquests també centralitzaran l'atenció pediàtrica urgent i continuada a càrrec dels professionals de l'equip terri-

torial, tot aprofitant la major capacitat de resolució de les urgències que va lligada a aquests dispositius específics amb funcionament les 24 hores del dia, mitjans de diagnòstic per la imatge, possibilitat de permanència de pacients en observació i sistema d'informació clínica compartit amb els EAP de referència. Als territoris que, per les seves característiques geogràfiques i poblacionals, s'acordi que un hospital comarcal assumeixi l'atenció continuada i l'atenció urgent que per complexitat no pugui ser atesa en els EAP, també se centralitzarà l'atenció pediàtrica urgent i continuada, amb la col·laboració dels professionals de l'equip pediàtric territorial i treballant en coordinació amb els EAP.

Figura 5. Model de l'atenció pediàtrica d'AP. Sectorització



L'organització dels recursos humans: l'equip pediàtric territorial

L'equip pediàtric territorial del GTS/conjunt de GTS està conformat pels metges i les infermeres del servei de pediatria de l'hospital pediàtric de referència i dels EAP del territori que el tenen com a referent. L'equip de pediatria territorial tindrà el suport dels metges de família per assumir una part de l'atenció pediàtrica quan així es requereixi, especialment en zones amb mancança de pediatres o on la demanda sigui molt alta. El nombre d'infermeres en relació al nombre de pediatres a l'AP podrà variar d'acord a les característiques demogràfiques de la població adscrita a l'EAP.

L'organització de l'equip pediàtric territorial del GTS/conjunt de GTS podrà desenvolupar-se en dues modalitats diferents, depenent de les característiques de la provisió de cada territori i de l'acord dut a terme entre les regions sanitàries i els proveïdors a cada un del GTS/conjunt de GTS del país:

– **Modalitat 1: Creació de l'equip d'AP de pediatria territorial.** L'equip estarà format per pediatres, infermeres (amb la col·laboració dels metges de família quan es necessiti), que treballin a les ABS d'un GTS (o conjunt de GTS) que tinguin com a referència el mateix hospital pediàtric. L'equip tindrà un coordinador que podrà ser un pediatre localitzat a l'AP. Aquest coordinador dependrà del director d'AP d'una de les entitats proveïdores d'AP del GTS. Depenent de les característiques de la provisió de l'AP dins dels GTS, els professionals dependran d'aquest coordinador de forma funcional o de forma orgànica.

8. El nou model d'atenció pediàtrica d'atenció primària a Catalunya

En aquesta modalitat, el coordinador territorial de pediatria haurà de treballar conjuntament amb el cap de servei de l'hospital de referència per tal que l'atenció pediàtrica que es proporcioni sigui integral i se'n garanteixi la continuïtat, d'acord amb els mecanismes i les actuacions descrits a l'apartat "Cartera de serveis".

– **Modalitat 2: Creació d'un únic equip pediàtric territorial d'AP i d'atenció hospitalària: gestió clínica territorial de pediatria.** En aquesta modalitat, l'equip pediàtric territorial és un únic equip amb un únic director/coordinador/responsable de l'atenció pediàtrica a tot el territori de referència, amb el qual la resta dels professionals de l'equip territorial tenen una dependència funcional o orgànica, depenent de les característiques de la provisió de serveis de l'AP i de l'atenció hospitalària del GTS.

Amb el nou model, idealment el pediatre d'EAP, malgrat que pugui trobar-se assignat a un EAP determinat, hauria de poder atendre també altra població del GTS. Alhora, el pediatre de qualsevol de les ABS del GTS també hauria d'exercir part de la seva activitat a l'hospital (això es materialitzarà en l'assistència a sessions clíniques, atenció a consultes externes o visites a sala, i realització de guàrdies quan així es determini).

En l'exercici de les seves funcions, el director/coordinador de l'equip d'AP de pediatria del GTS (o conjunt de GTS) ha d'actuar com a suport i referent per al director de l'EAP pel que fa a la gestió de l'atenció pediàtrica al territori. En aquest sentit, el responsable del GTS haurà de treballar estretament i de manera coordinada amb els directors d'EAP per tal de garantir: *a)* una gestió adequada de l'atenció pediàtrica a l'EAP i al conjunt d'ABS territorial on es troba l'EAP, i *b)* la unitat i la cohesió dels membres de l'EAP (pediatre, metge de família, infermera, odontòleg).

Els pediatres que desenvolupin la seva activitat principalment a l'àmbit hospitalari, hauran de ser un suport per als pediatres de l'AP. En aquest sentit, hauran de fer consultories a cada EAP de manera sistemàtica per tal de discutir casos clínics amb els pediatres. Les consultories s'haurien d'organitzar preferentment per als problemes de salut que comportin més càrrega assistencial a consultes externes dels hospitals i als serveis d'urgències. La finalitat ha de ser que l'AP tingui el major nivell de resolució possible dotant-la del suport tecnològic adequat. També, haurien de comptar amb els pediatres de l'AP pel que fa a projectes de recerca i formació continuada.

Per poder resoldre amb qualitat la cartera de serveis d'atenció pediàtrica es considera necessari que, a banda que els pediatres i les infermeres del territori duguin a terme part de la seva activitat a l'AP i a l'hospitalària (atenció continuada, urgències, patologies específiques, etc.), quedi clarament definida per a cada professional el nivell assistencial al qual han de dedicar la major part de la seva activitat (sigui a l'hospital o a l'AP). D'aquesta manera es garanteix que els professionals tinguin el coneixement crític necessari per poder resoldre amb qualitat la major part dels processos que hauran d'atendre, sigui a l'AP o a l'hospitalària.

Funcions del pediatre de l'equip de primària de pediatria del GTS/conjunt de GTS

- Dur a terme activitats de prevenció, diagnòstic, atenció i rehabilitació, al centre i al domicili dels nens (de 0 a 14 anys). L'assistència mèdica haurà de donar resposta a la cartera de serveis definida pel Departament de Salut.
- Prestar assistència mèdica fora d'horari habitual dels centres d'AP, al mateix centre o en un altre centre, o al recurs d'urgència que es determini en el territori.
- Proporcionar informació sanitària als pacients i als seus pares sobre aspectes relacionats amb la protecció de la salut i l'atenció a processos patològics.

- Indicar/prescriure les proves diagnòstiques adients.
- Indicar/prescriure la medicació adient.
- Ser el responsable de la història clínica del pacient, tot garantint una accessibilitat i comprensió adequades per part de la infermera i el metge de família que pot prestar atenció urgent a domicili.
- En la tasca assistencial d'aquests professionals, part de l'activitat s'haurà de dur a terme a l'hospital de referència. Dins de l'activitat a l'hospital s'inclou: sessions clíniques, consultes externes, visita a sala i urgències.
- Coordinar-se amb altres recursos assistencials del territori que involucrin nens (de 0 a 14 anys), com també amb les comissions interdepartamentals que s'estableixin quan escaigui.
- Donar suport als programes definits pel Departament de Salut dins de l'àmbit de pediatria.
- Participar en protocols d'investigació en l'àmbit de l'AP i/o amb coordinació amb l'hospital.
- Altres funcions que puguin donar resposta a la millora de la qualitat de l'atenció que pugui determinar el Departament de Salut.

Funcions del director/coordinador/responsable de l'equip d'AP de pediatria dels GTS/conjunt de GTS

- Totes les funcions del pediatre de l'equip de primària de pediatria del GTS/conjunt de GTS.
- Planificar i coordinar l'activitat d'atenció de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS, incloent-hi les actuacions a les escoles i a la comunitat.
- Planificar l'activitat dels pediatres de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS al recurs d'AC i/o urgències territorials.
- Organitzar els desplaçaments dels professionals d'un EAP a un altre en cas de necessitats territorials.
- Garantir la formació continuada dels pediatres de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS.
- Garantir el compliment amb els protocols assistencials i de derivació definits conjuntament amb l'hospital de referència.
- Crear els mecanismes necessaris per desenvolupar protocols d'atenció dels processos més prevalents per a una bona coordinació amb l'atenció hospitalària.
- Planificar i garantir la coordinació pel que fa a l'activitat assistencial amb el servei de pediatria de l'hospital de referència.
- Garantir la coordinació amb altres recursos sanitaris (salut pública, atenció sociosanitària, salut mental).
- Potenciar i vetllar per la coordinació dels sistemes d'informació territorials.
- Potenciar la investigació de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS i la col·laboració en projectes de recerca internivell assistencial.
- Coordinar i garantir la formació durant el període de residència dels nous professionals sanitaris (MIR, infermeria, etc.).

En l'exercici de les seves funcions, el responsable de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS ha d'actuar com a suport i referent per al director de l'EAP pel que fa a la gestió de l'atenció pediàtrica al territori. En aquest sentit el responsable de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS haurà de treballar estretament i de manera coordinada amb els directors d'EAP per tal de garantir: *a)* una gestió adequada de l'atenció pediàtrica a l'EAP i al territori de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS on es troba l'EAP, i *b)* la unitat i la cohesió dels membres de l'EAP (pediatre, metge de família, infermera, odontòleg).

8. El nou model d'atenció pediàtrica d'atenció primària a Catalunya

Funcions de la infermera de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS

Pel que fa a les competències a desenvolupar per la infermera a l'atenció pediàtrica, podran ser dutes a terme per infermeres dedicades exclusivament a l'atenció de nens de 0 a 14 anys o per infermeres que també atenen adults, sempre que hagin adquirit les competències adequades. La infermera haurà de treballar coordinadament amb el pediatre de l'EAP, compartint competències i donant-li suport a fi de prestar una atenció integral al nen.

- a) Prestar atenció sanitària al noutat a domicili, sempre que així es requereixi i en coordinació amb la llevadora.
- b) Prestar atenció sanitària al centre i al domicili dels nens de 0 a 14 anys. L'assistència mèdica haurà de donar resposta a la cartera de serveis definida pel Departament de Salut. En concret, la infermera tindrà un pes específic important especialment en l'atenció al nen sa (vegeu l'annex 5).
- c) Prestar atenció comunitària.
- d) Informar i educar els pacients, els seus pares, els tutors, els mestres i professors, i la resta de ciutadans.
- e) Garantir el registre de les intervencions d'infermeria a la història clínica del nen i/o adolescent.
- f) Participar en protocols d'investigació en l'àmbit de l'AP i/o amb coordinació amb l'hospital.
- g) Altres funcions que puguin donar resposta a la millora de la qualitat de l'atenció que pugui determinar el Departament de Salut.

Funcions del pediatre de l'hospital dins de l'AP

Els pediatres que desenvolupin la seva activitat principalment a l'àmbit hospitalari hauran de ser un suport per als pediatres de l'AP. En aquest sentit, hauran de fer consultories a cada EAP de manera sistemàtica per tal de discutir casos clínics amb els pediatres. Les consultories s'haurien d'organitzar preferentment per als problemes de salut que comportin més càrrega assistencial a consultes externes dels hospitals i als serveis d'urgències. La finalitat ha de ser que l'AP tingui el major nivell de resolució possible dotant-la del suport tecnològic adequat. També, haurien de comptar amb els pediatres de l'AP pel que fa a projectes de recerca i formació continuada.

Implantació del nou model

La implantació d'aquest nou model serà progressiva a mesura que la regió sanitària vagi consensuant amb els proveïdors i professionals les noves fórmules organitzatives.

El seguit d'actuacions que es plantegen per tal d'impulsar el model a escala territorial dependrà, òbviament, de les característiques territorials en la provisió d'aquests serveis. Les diferents accions que els GTS hauran de desenvolupar per implantar el nou model són:

- Definició del conjunt d'ABS que conformaran la zona de pediatria d'AP del GTS (o conjunt de GTS) amb el mateix hospital de referència.
- Definició dels punts d'atenció pediàtrica del GTS (programades, espontànies, continuada, urgent).
- Constitució dels equips territorials d'AP pediàtrica dins el GTS.
- Dissenyar protocols d'abordatge pels problemes més prevalents, especialment en patologia crònica infantil, i protocols de derivació de patologies, especialment d'aquelles que requereixen una certa especialització.
- Identificar necessitats de formació dels pediatres, metges de família i infermeres.

- Planificació del desplaçament del pediatre consultor de l'hospital als EAP del territori de manera periòdica.
- Planificació de sessions clíniques conjuntes de pediatres de l'AP i de l'hospital.
- Potenciació de sistemes d'informació compartits.
- Constitució de la gestió clínica territorial de pediatria. La gestió clínica s'entén com una organització del procés assistencial on el pacient se situa en el centre del procés. Implica una coordinació efectiva entre l'AP i l'atenció especialitzada, el treball per processos, la utilització de protocols i sistemes d'informació compartits, i l'organització de l'atenció (programada, continuada i urgent) compartida entre els diferents proveïdors. Aquests instruments permeten assolir un *continuum* assistencial adequat i afavoreixen l'autoavaluació per tal de potenciar una millora continua de l'assistència^{10,11}.

Coordinació amb altres recursos assistencials del territori

A banda de la coordinació entre l'AP i l'hospital, l'atenció pediàtrica també s'haurà de coordinar amb les altres línies de serveis sanitaris de la zona, és a dir, amb els serveis de salut pública, els serveis d'atenció sociosanitària, i els serveis de salut mental que hi haurà a cada GTS. En el cas de pediatria, també té una rellevància especial la coordinació de serveis sanitaris amb els d'educació i amb els serveis socials per fer front amb qualitat a les problemàtiques de la població infantil.

Sistemes d'informació

S'haurà de garantir l'accessibilitat a la informació de la història clínica del nen a tot pediatre o infermera dins d'un territori concret. A cada GTS s'hauran d'habilitar mecanismes que facilitin aquest accés a la informació. En aquest sentit s'ha de potenciar la història clínica compartida entre l'hospital, l'AP i altres recursos assistencials (p. ex., salut mental). Això es justifica per garantir la continuïtat assistencial del nen i augmentar l'eficiència i la qualitat del procés d'atenció.

9. Despesa de l'atenció de pediatria a l'atenció primària

9. Despesa de l'atenció de pediatria a l'atenció primària

Actualment, els sistemes d'informació no permeten disposar d'una quantificació exacta sobre la despesa que representa l'atenció pediàtrica a l'AP de Catalunya. Això no obstant, es poden fer estimacions, partint, principalment, de dades d'estructura.

Per estimar la despesa que representa l'atenció de pediatria a l'AP l'any 2005, s'ha considerat el cost mitjà anual que suposa cada un dels professionals de pediatria i infermeria, segons pertanyin a equips d'AP gestionats per l'Institut Català de la Salut i a equips gestionats per altres proveïdors d'AP (dades ICS i CatSalut).

El nombre de professionals d'atenció pediàtrica és de 949 metges i 1.061 infermeres (any 2005).

En tots els casos s'ha inclòs en el cost mitjà, les quotes patronals, els costos del capítol II i els costos de substitucions i no s'han considerat els costos de la carrera professional ni els de l'antiguitat.

S'ha de tenir en compte que no s'inclouen les despeses que tenen facturació pròpia, com per exemple despesa farmacèutica, vacunes, etc. L'estimació econòmica d'aquesta despesa s'hauria d'analitzar en un futur mitjançant estudis específics.

Per calcular el cost de l'atenció de la infermera, com que no existeix aquesta contractació específica, s'ha fet una correcció en el nombre de professionals d'infermeria abans d'aplicar el cost mitjà per professional. S'han tingut en compte les dades obtingudes a través d'un estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria d'AP a Catalunya l'any 2004 (taxa de resposta del 85%), on un 11% de les infermeres van respondre que atenien només nens (0 a 14 anys) i un 27% van respondre que atenien nens i adults². En aquest últim cas i com que no es disposa de dades més desglossades respecte al percentatge de dedicació a l'atenció a nens o a adults, s'ha considerat un 50% de cada.

Atenent les consideracions anteriors, l'estimació del cost que va representar l'atenció pediàtrica a l'AP l'any 2005 és de 107.920.266 euros, 83.669.760 dels quals corresponen als costos dels equips d'AP de les àrees bàsiques de salut gestionats per l'Institut Català de la Salut (el 78% del total) i 24.250.506 als costos dels equips d'AP de les àrees bàsiques de salut gestionats per altres proveïdors.

10. Normativa

10. Normativa

Actualment ja existeix un marc normatiu on es podria desenvolupar aquest nou model.

Pel que fa a la coordinació funcional del treball entre l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS i l'hospital, el Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'AP de salut a Catalunya, estableix en l'article quart, punt 2, que "les àrees bàsiques de salut integrades en un mateix sector es coordinaran entre si per tal d'assolir objectius funcionals i assistencials adequats i, així mateix, amb els serveis jerarquitzats d'especialitats mèdiques del sector i els serveis hospitalaris que es determinin, d'acord amb les previsions del Mapa sanitari de Catalunya". Per tant, sobre la base d'aquesta normativa, es podrien establir convenis, o altre tipus d'acords, per potenciar el funcionament de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS amb l'hospital, d'acord amb les línies de planificació de cada regió sanitària.

Pel que fa a la mobilitat dels professionals, i el seu pas cap a un *pediatre territorial*, el Decret 289/1999, de 13 d'octubre, sobre fixació de criteris per a la determinació dels recursos humans dels equips d'AP, en l'article 3 estableix que "En els protocols, convenis o contractes mitjançant els quals s'instrumenti la gestió dels serveis sanitaris d'AP s'hi podrà preveure, excepcionalment, i quan resulti imprescindible per garantir l'adequada prestació dels serveis d'AP de salut a la població, que un mateix professional presti els seus serveis en equips d'AP de diferents àrees bàsiques de salut".

Pel que fa als professionals de l'ICS, en concret odontòlegs i treballadors socials, aquesta normativa ja s'ha estat aplicant en els casos en els quals per raons de manca d'activitat dins d'una ABS, s'amplia l'àmbit d'actuació d'aquests professionals a d'altres ABS del territori.

Això no obstant, per tal de poder aplicar el model en la seva totalitat es requeriria el desenvolupament d'una normativa específica.

11. Metodologia de consens i aprovació

11. Metodologia de consens i aprovació

El consens i aprovació del nou model assistencial ha abastat tant comitès i consells del Departament de Salut, com a societats científiques i proveïdors. En aquest sentit, els passos seguits han estat els següents:

- Comunicació i, en la mesura que sigui possible, consens i aprovació pel grup assessor del Pla estratègic on estan representades les societats científiques relacionades directament o indirectament amb el tema, els proveïdors assistencials, regions sanitàries i el CatSalut (serveis centrals).
- Consens i aprovació pel Comitè d'Enllaç (Direcció General de Planificació i Avaluació i CatSalut).
- Discussió i consens amb els proveïdors assistencials.
- Presentació i aprovació al Comitè Executiu del Departament de Salut.
- Presentació i aprovació al Comitè de Direcció del CatSalut.

12. Punts crítics del pla d'implantació

12. Punts crítics del pla d'implantació

La implantació del nou model al territori es durà a terme pels òrgans competents (regions sanitàries i governs territorials de Salut). En el procés d'implantació cal tenir en compte els punts següents per tal de facilitar el procés:

- Aplicació de la normativa vigent i desenvolupament d'instruments administratius/jurídics per part del Departament de Salut que donin suport al desplegament del Pla.
- Disminució de les desigualtats laborals (RH) entre proveïdors.
- Acceptació del suport als pediatres per parts dels metges de família.
- Capacitat real de decisió/gestió del director/coordinador de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS.
- El director de l'EAP ha de veure la figura del responsable territorial de l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS com una ajuda i aquest hauria de tenir una comunicació fluida amb el director de l'EAP.
- Disponibilitat de formació/capacitació de mínims a través de l'IES o altres institucions, tant per metges de família com per infermeres.
- Dotació de plantilles amb ràtios adequades per tal de poder desenvolupar l'activitat assistencial.
- La infermera ha d'assumir més responsabilitat en el Programa de seguiment del nen sa i el pediatre de l'equip li ha de donar suport per desenvolupar les seves funcions.

13. Recomanacions operatives a curt termini (2007-2008)

13. Recomanacions operatives a curt termini (2007-2008)

- Aplicar, o desenvolupar, el suport legislatiu necessari per fer efectiu el nou model de pediatria de l'AP a Catalunya.
- Implantació progressiva del model. L'objectiu és iniciar el procés l'any 2007 i que l'any 2011 tot el territori de Catalunya es trobi sota aquest model d'atenció.
- Augmentar de manera progressiva la dotació de pediatres o d'infermeres als EAP, segons els ratis definits al Mapa Sanitari, sociosanitari i de salut pública⁹.
- Major assumpció de competències per part de la infermera en el Programa de seguiment del nen sa, en l'atenció a la patologia urgent (lleu i moderada) i en la coordinació amb altres dispositius del sector a l'atenció al nen amb discapacitat. Per tal que la infermera pugui assumir un paper més rellevant en tot el procés d'atenció, es recomana el disseny de cursos per millorar/actualitzar la formació d'aquests professionals en les àrees que la cartera de serveis els designi. D'altra banda, l'assumpció de més competències s'hauria de fer de manera progressiva i d'acord amb el nivell de formació de la infermera. L'inici d'aquesta acció seria l'any 2007, fins a assumir l'objectiu total l'any 2011.
- Definir un programa de reforç en formació de patologia pediàtrica d'alta prevalença per als metges de família. Aquest curs s'hauria de prioritzar per a metges de família que treballin en EAP on hagin de fer de suport en l'atenció continuada o en l'atenció urgent, o que treballin en EAP en els quals es necessitessin pediatres (bé pel fet de trobar-se en àrees on hi ha pocs nens o en EAP amb una demanda excessiva). El disseny del programa s'hauria d'elaborar durant l'any 2006 i l'inici de la formació hauria de ser durant l'any 2007.
- Reforçar la formació dels pediatres d'AP per tal de dur a terme l'atenció continuada i l'atenció urgent als recursos d'urgència del territori. El disseny i l'inici del programa hauria de ser durant l'any 2007.
- Establir protocols d'actuació i de derivació a l'àmbit hospitalari per patologies que requereixin una atenció compartida entre l'AP i l'atenció hospitalària. Aquests protocols s'haurien de fer a escala territorial un cop es comenci a implantar el model.
- Aplicar el pagament per càpita a tot el territori.
- Dissenyar models d'incentivació per als professionals que han de fer efectiu el nou model.

14. Requeriments d'implantació. Rols dels serveis centrals i territorials

14. Requeriments d’implantació. Rols dels serveis centrals i territorials

Serveis Centrals (DS/CatSalut/ICS/IES):

- Definició de la cartera de serveis (inclou la cartera de serveis nen sa)
- Normativa de suport
- Dotació de recursos humans
- Planificació i dotació per a la formació en noves competències i reciclatge professional
- Acceptació per part dels professionals i de la ciutadania (Pla de comunicació)
- Disseny de la compra per al suport al nou model
- Sistema de monitorització/avaluació.

Serveis territorials

- Constituir l'equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS
- Establir el professional líder territorial (equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS i/o direcció clínica territorial)
- Constituir els grups de professionals per aplicar operativament el nou model d'atenció
- Crear convenis per establir les aliances de proveïdors territorials
- Planificació operativa de formació/capacitació (reciclatge) de professionals.

15. Acrònims

15. Acrònims

- Àrea bàsica de salut (ABS)
- Atenció continuada (AC)
- Atenció hospitalària (AH)
- Atenció primària (AP)
- Cirurgia major ambulatoria (CMA)
- Conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalaria (CMBDAH)
- Departament de Salut (DS)
- Direcció General de Planificació i Avaluació (DGPA)
- Enquesta de salut de Catalunya (ESCA)
- Entitat de base associativa (EBA)
- Equip d'atenció primària (EAP)
- Govern territorial de salut (GTS)
- Institut Català de la Salut (ICS)
- Institut d'estudis de la Salut (IES)
- Reforma de l'atenció especialitzada (RAE)
- Regió Sanitària (RS)
- Registre central d'assegurats (RCA)
- Salut comunitària (SC)
- Servei Català de la Salut (CatSalut)
- Xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP)

16. Bibliografia

16. Bibliografia

- (1) Katz, M., Rubino, A., Collier, J., Rosen, J. i Ehrich, J. H. H. "Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and training". *Pediatrics* 2002; 109; 788-796.
- (2) Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. "Estudi sobre l'estat de situació de la professió d'infermeria als EAP de Catalunya". Juny 2005.
- (3) Fundació Jordi Gol i Gurina. "Taxes d'incidència i prevalença a l'Atenció Primària. Mètodes per a la seva obtenció". Juliol 2002.
- (4) Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. "Estructura i utilització de l'atenció especialitzada ambulatoria a Catalunya 2004". Febrer 2006.
- (5) Departament de Salut. "Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica. Programa de seguiment del nen sa". 1995.
- (6) Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. "Actuacions preventives a l'adolescència. Guia per a l'atenció primària de salut". 2004
- (7) Societat Catalana de Pediatria. "Competències de la professió de pediatria. Proposta de reforma de l'atenció primària pediàtrica a Catalunya". *Pediatria Catalana*, vol. 64, p. 107-114, 2004.
- (8) Ministeri de Sanitat i Consum. Resolució de 23 de juliol de 1998, de la Presidència Executiva de l'Institut Nacional de la Salut, per la qual es crea la figura de pediatre d'àrea en atenció primària, i se n'ordenen les funcions i activitats. BOE núm. 187, de 6 d'agost.
- (9) Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Avantprojecte del Mapa Sanitari, Sociosanitari i de Salut Pública. 2007.
- (10) Gené, J. "De la autogestión a la dirección Clínica". *Atención Primaria* 2001; 28(3): 149-50.
- (11) Gené, J. i Marzo, M. "La direcció clínica a l'atenció primària". *Fulls Econòmics*, setembre 2003.

17. Annexos

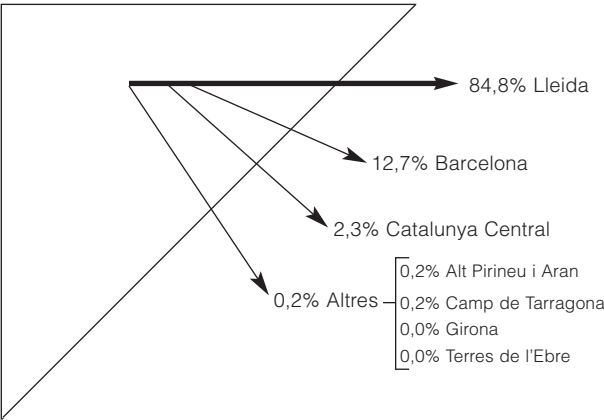
17. Annexos

Regió Sanitària Lleida

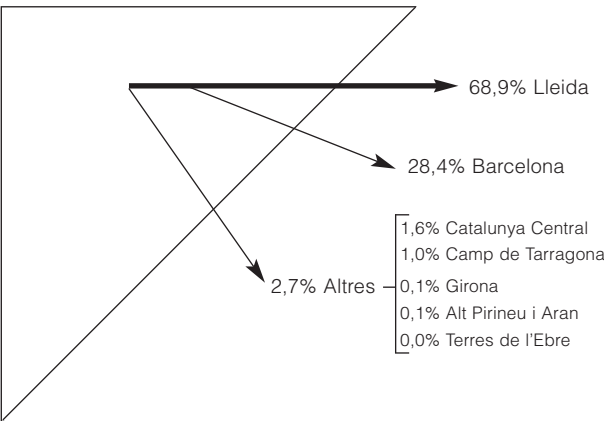
Annex 1. Fluxos CMBDAH 2005

Distribució per regions sanitàries de les altes hospitalàries d'hospitalització convencional i cirurgia major ambulatoria finançades pel CatSalut. Els fluxos indiquen, considerant els nens d'una determinada edat residents a una regió de referència, quin és el percentatge d'altes hospitalàries que s'han generat per cada regió sanitària, o sigui, quin percentatge de nens són atesos als hospitals ubicats a la regió on resideixen i quin és el percentatge de nens que es desplacen a d'altres regions per ser atesos.

LLEIDA (nens de 0 a 2 anys)

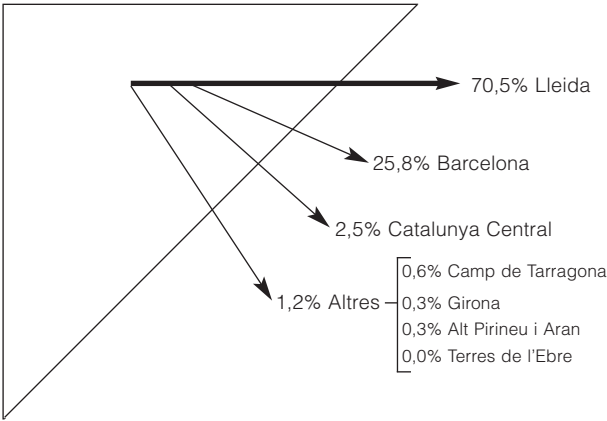


LLEIDA (nens de 3 a 10 anys)

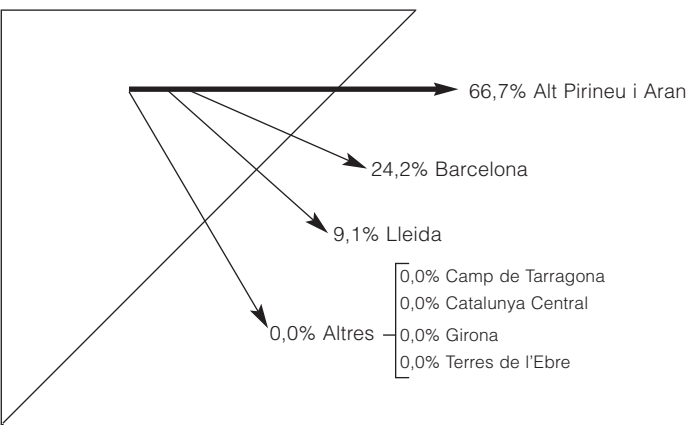


17. Annexos

LLEIDA (nens d'11 a 14 anys)

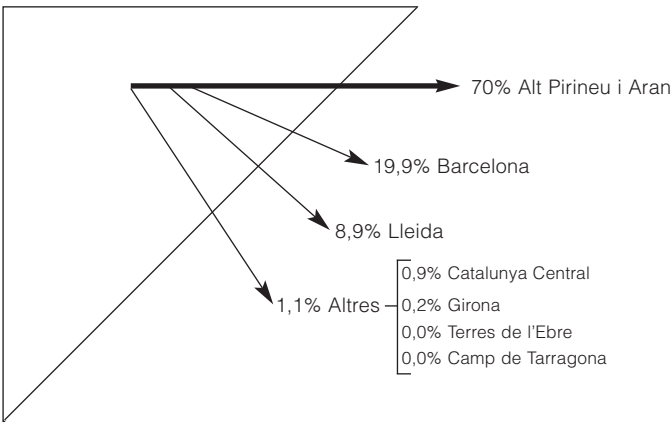


ALT PIRINEU I ARAN (nens d'11 a 14 anys)



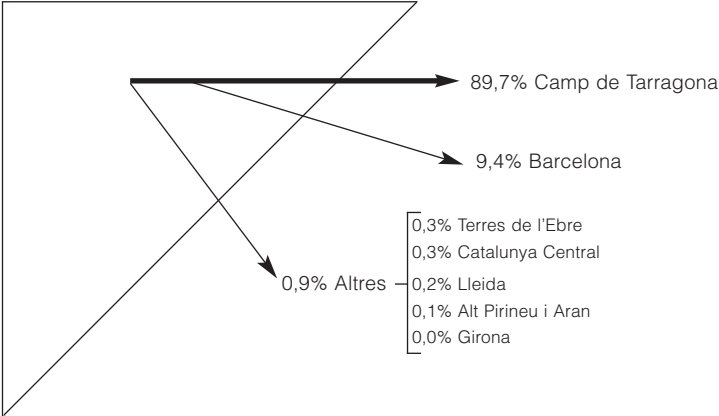
Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran

ALT PIRINEU I ARAN (nens de 0 a 2 anys)

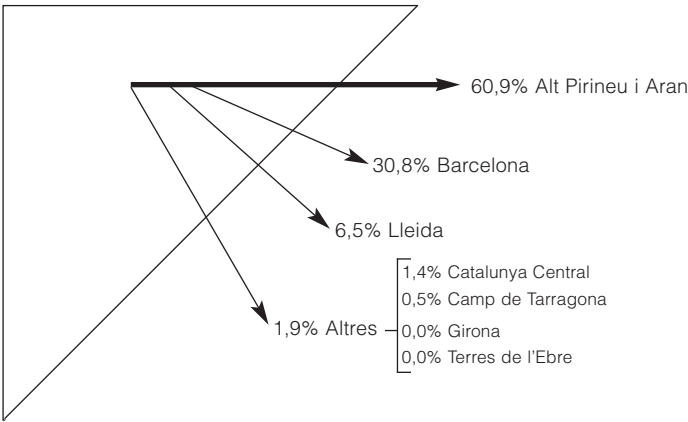


Regió Sanitària Camp de Tarragona

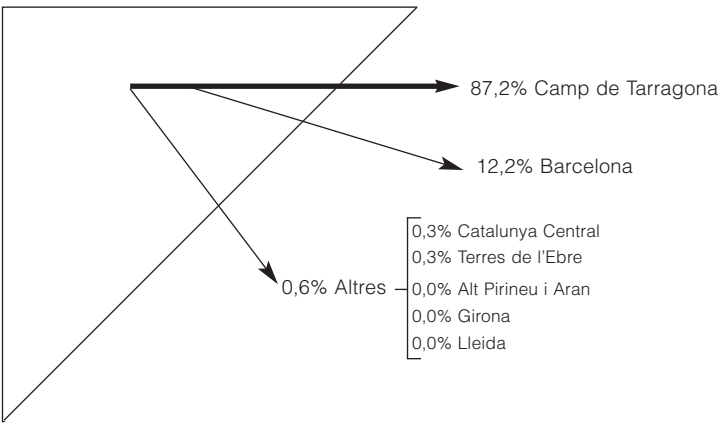
CAMP DE TARRAGONA (nens de 0 a 2 anys)



ALT PIRINEU I ARAN (nens de 3 a 10 anys)



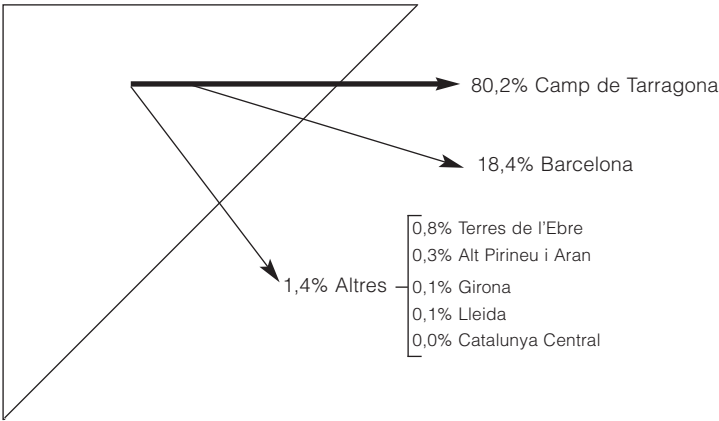
CAMP DE TARRAGONA (nens de 3 a 10 anys)



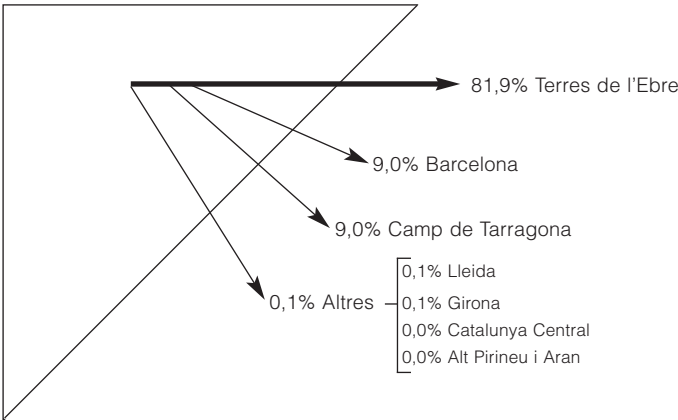
17. Annexos

Regió Sanitària
Terres de l'Ebre

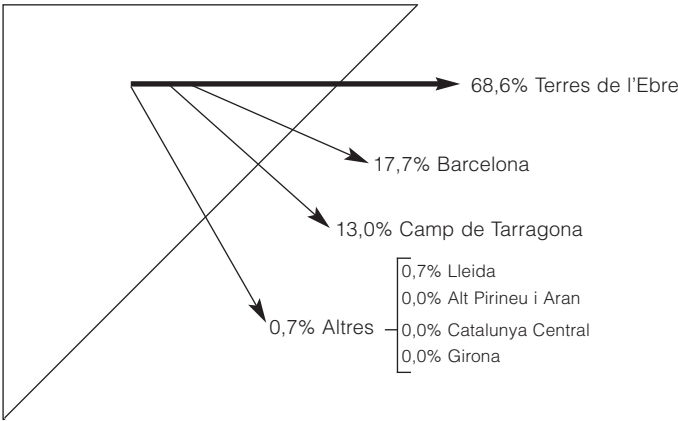
CAMP DE TARRAGONA (nens d'11 a 14 anys)



TERRES DE L'EBRE (nens de 0 a 2 anys)

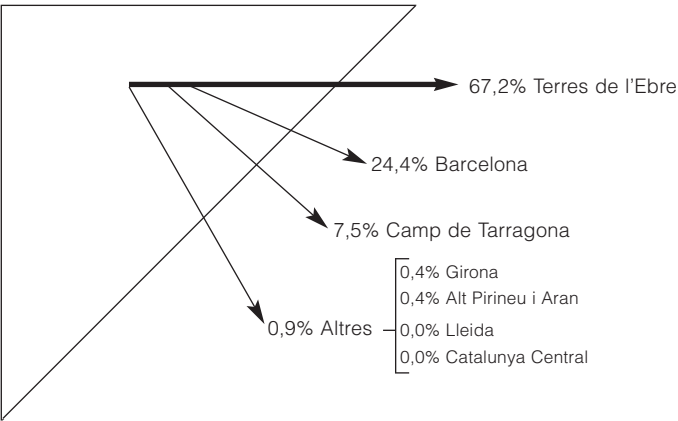


TERRES DE L'EBRE (nens de 3 a 10 anys)

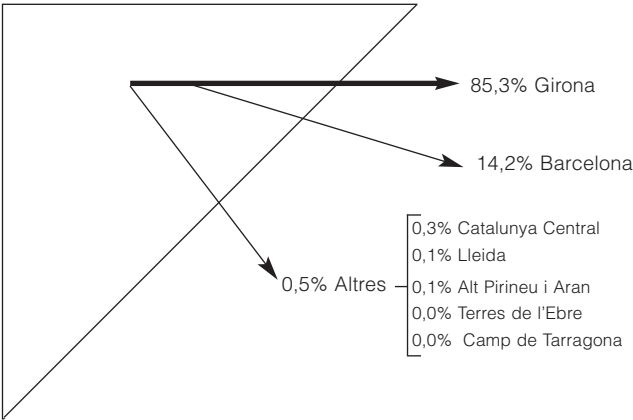


Regió Sanitària
Girona

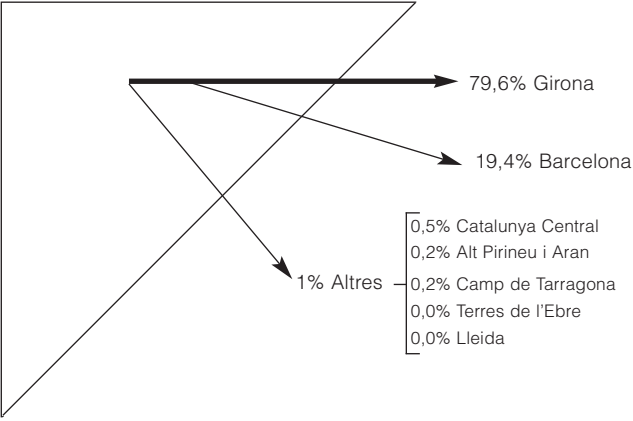
TERRES DE L'EBRE (nens d'11 a 14 anys)



GIRONA (nens de 0 a 2 anys)

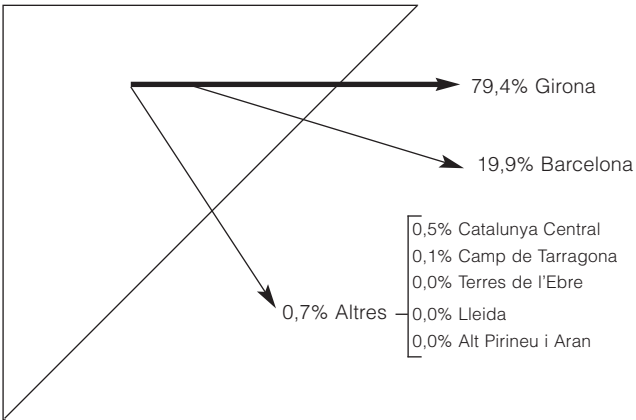


GIRONA (nens de 3 a 10 anys)



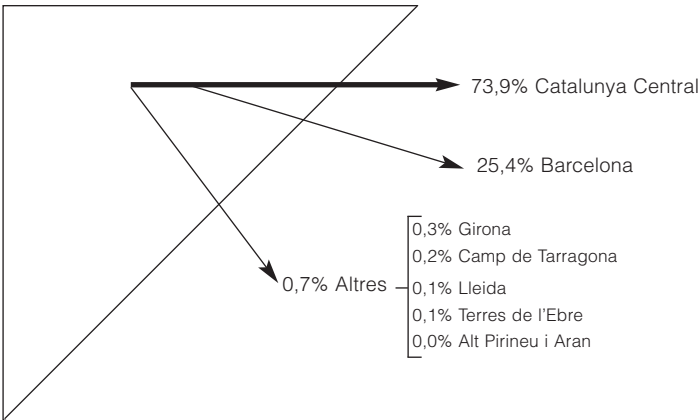
17. Annexos

GIRONA (nens d'11 a 14 anys)

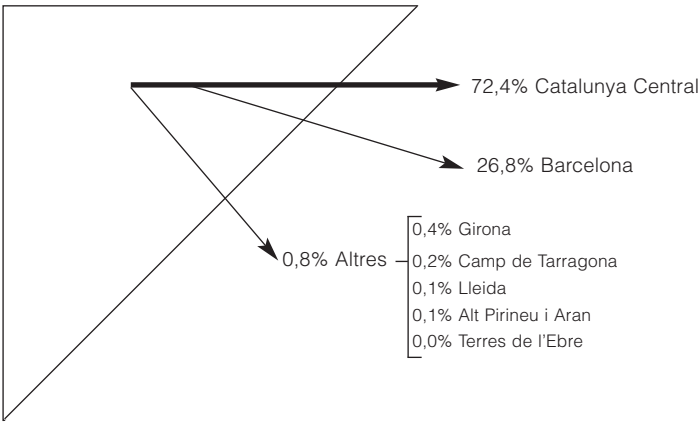


Regió Sanitària
Catalunya Central

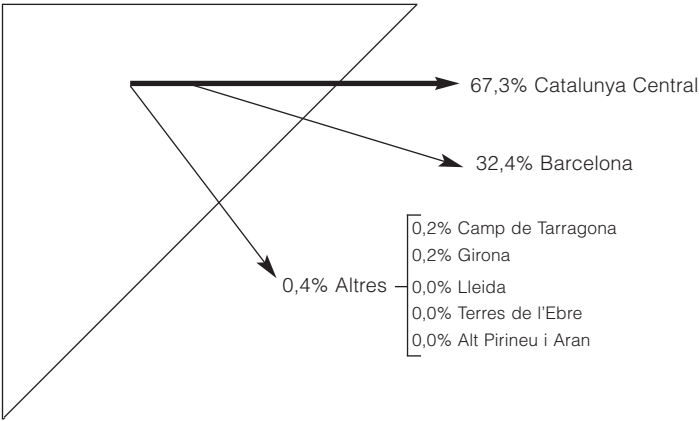
CATALUNYA CENTRAL (nens de 0 a 2 anys)



CATALUNYA CENTRAL (nens de 3 a 10 anys)

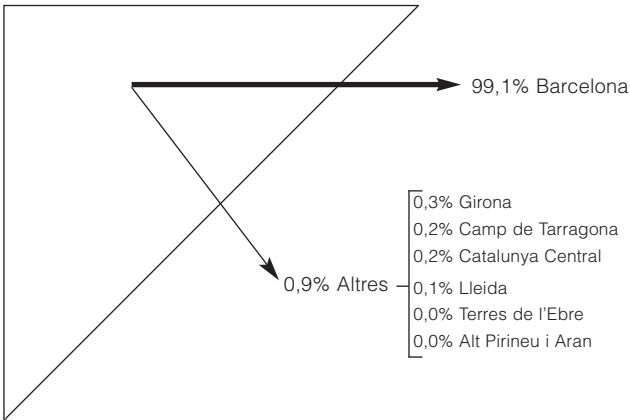


CATALUNYA CENTRAL (nens d'11 a 14 anys)

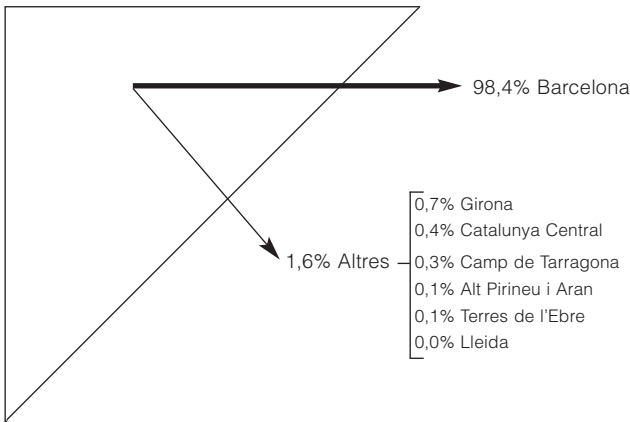


Regió Sanitària
Barcelona

BARCELONA (nens de 0 a 2 anys)

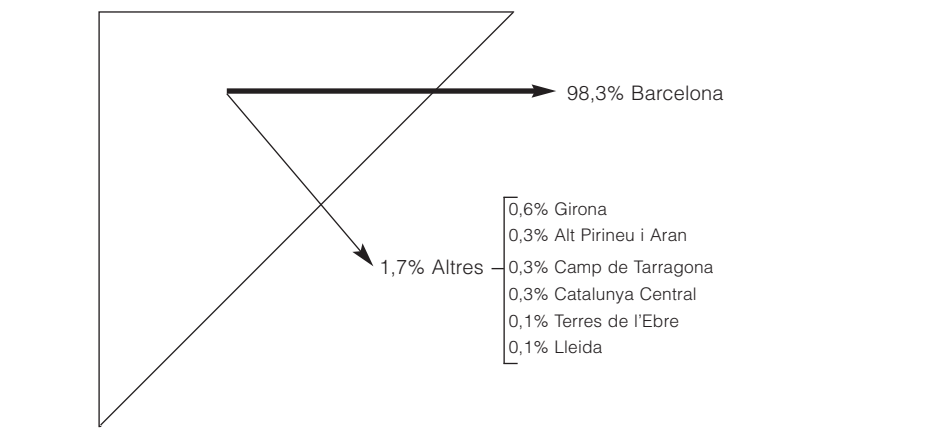


BARCELONA (nens de 3 a 10 anys)

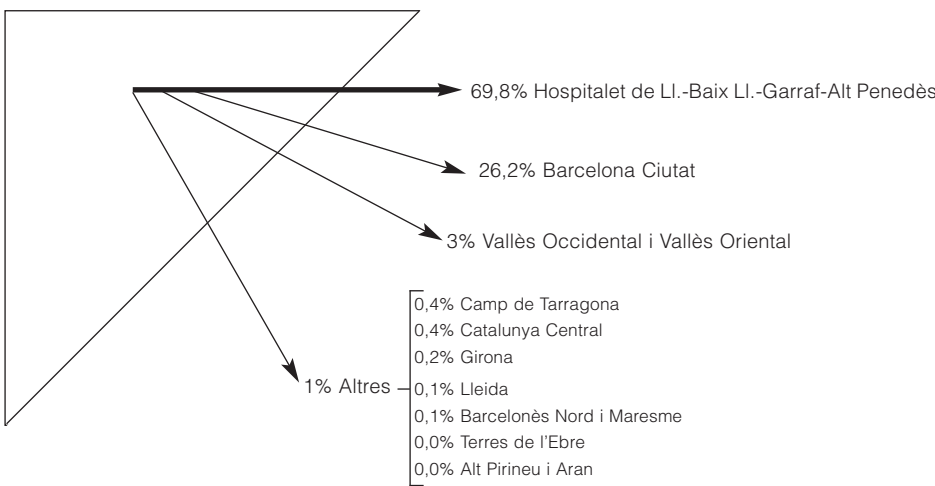


17. Annexos

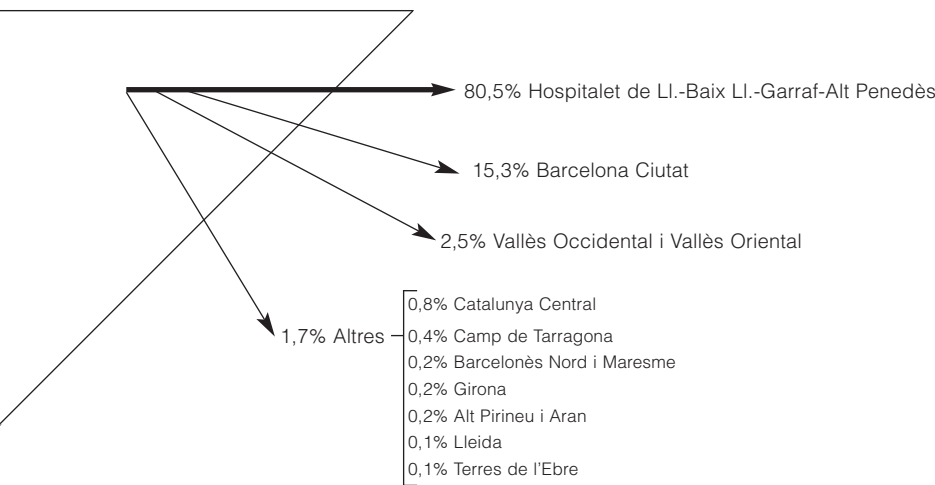
BARCELONA (nens d'11 a 14 anys)



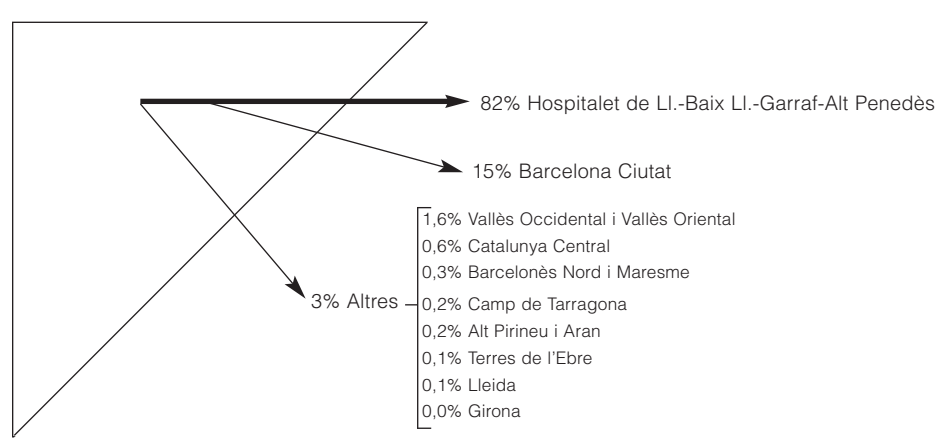
BARCELONA
Hospitalet de Llobregat-Baix Llobregat-Garraf i Alt Penedès (nens de 0 a 2 anys)



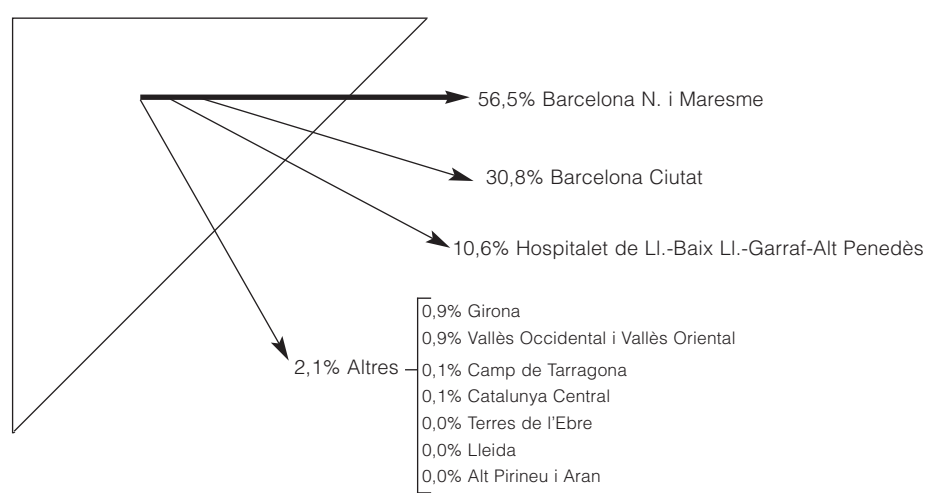
BARCELONA
Hospitalet de Llobregat-Baix Llobregat-Garraf i Alt Penedès (nens de 3 a 10 anys)



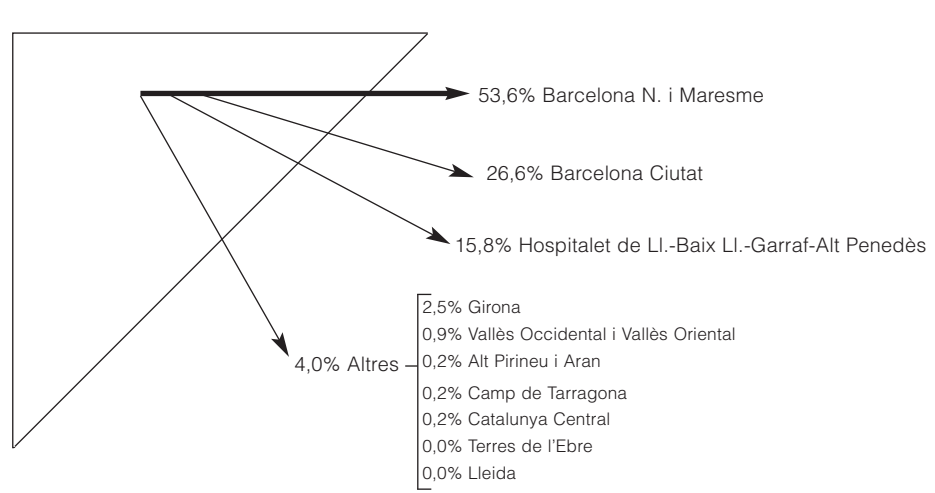
BARCELONA
Hospitalet de Llobregat-Baix Llobregat-Garraf i Alt Penedès (nens d'11 a 14 anys)



BARCELONA
Barcelonès Nord i Maresme (nens de 0 a 2 anys)

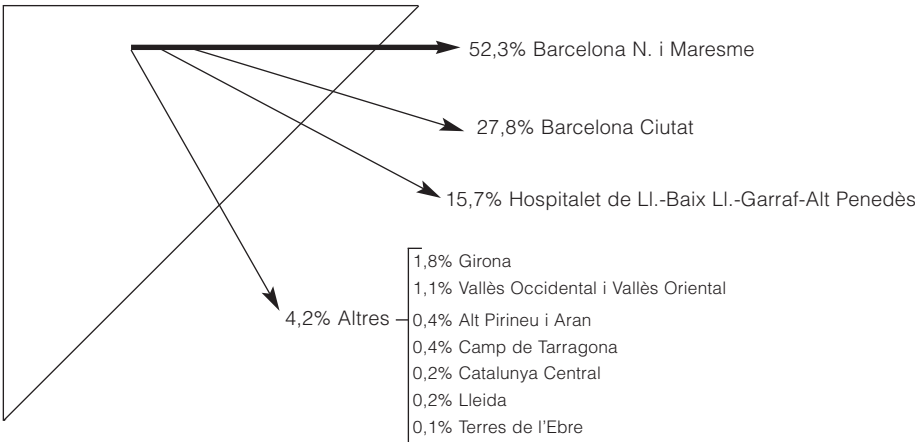


BARCELONA
Barcelonès Nord i Maresme (nens de 3 a 10 anys)

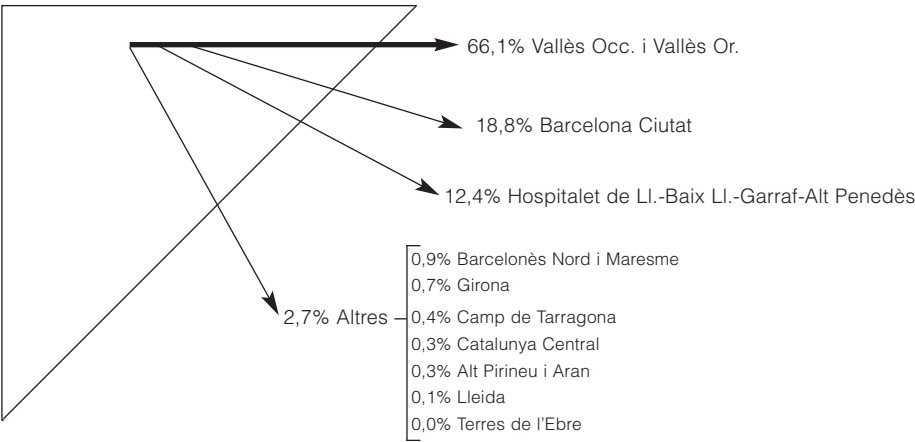


17. Annexos

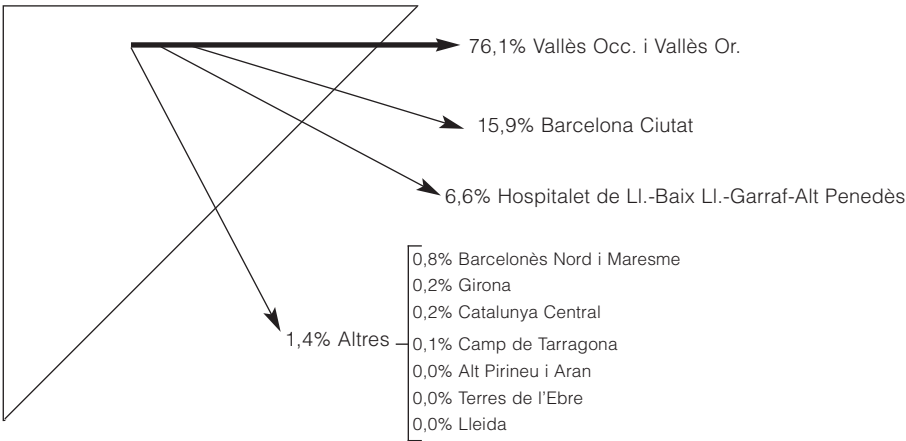
BARCELONA
Barcelonès Nord i Maresme (nens d'11 a 14 anys)



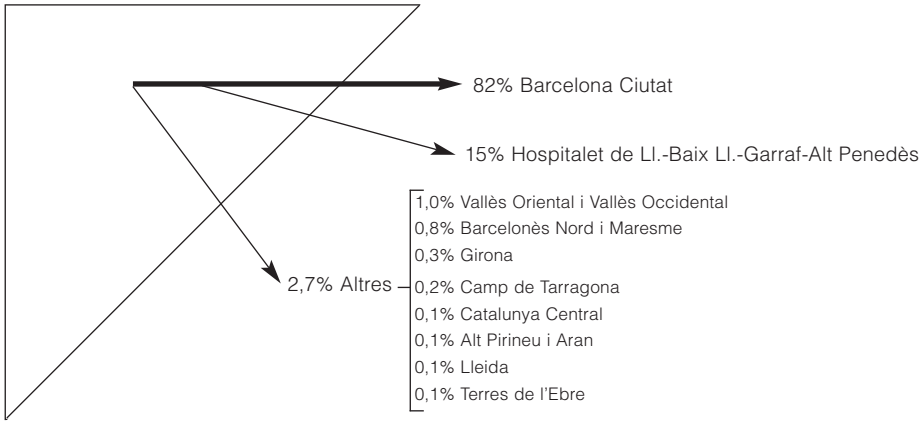
BARCELONA
Vallès Occidental i Vallès Oriental (nens d'11 a 14 anys)



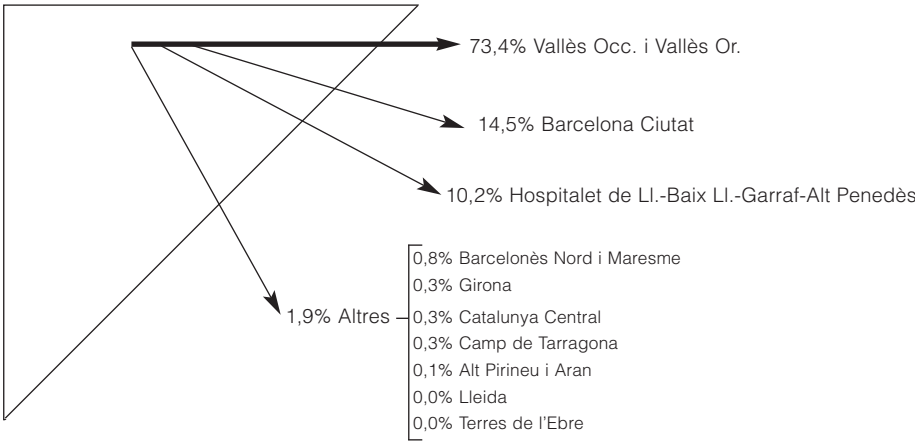
BARCELONA
Vallès Occidental i Vallès Oriental (nens de 0 a 2 anys)



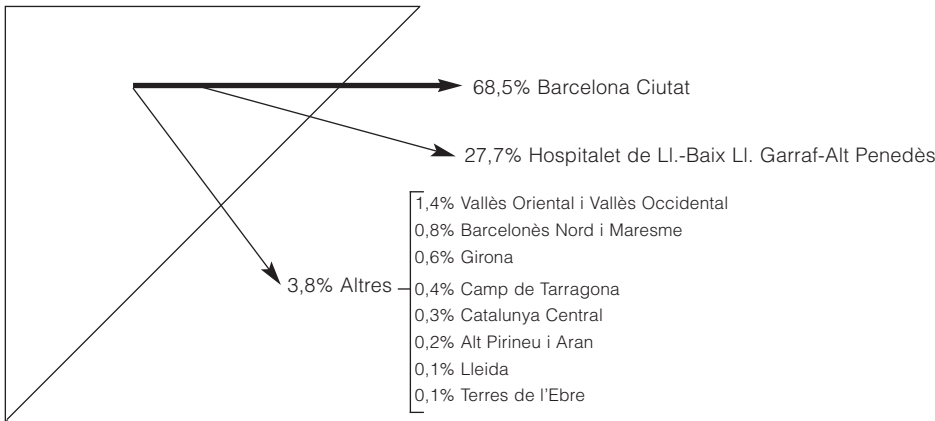
BARCELONA
Barcelona Ciutat (nens de 0 a 2 anys)



BARCELONA
Vallès Occidental i Vallès Oriental (nens de 3 a 10 anys)

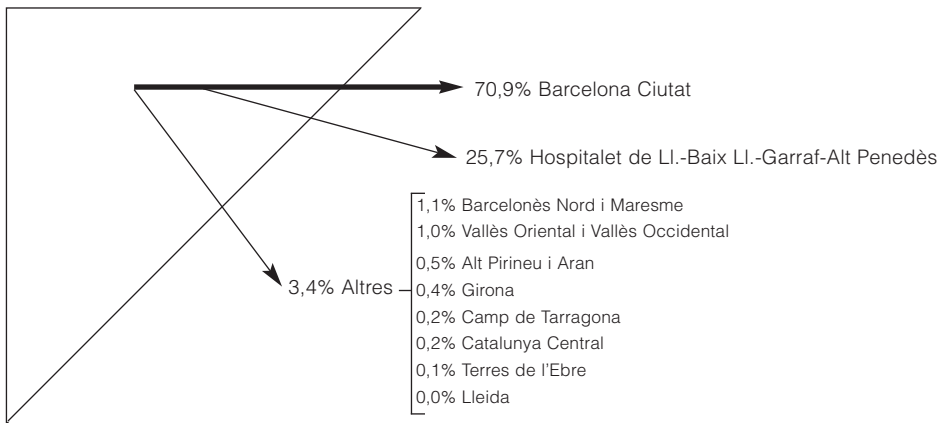


BARCELONA
Barcelona Ciutat (nens de 3 a 10 anys)



17. Annexos

BARCELONA
Barcelona Ciutat (nens de 11 a 14 anys)



Annex 2. Equips d'AP per regions sanitàries amb una ràtio de nens de 0-14 anys per pediatre <1000 segons la població del RCA 2005 ponderada per l'ESCA

EAP per regions sanitàries	Pob. 0-14 a. RCA 2005	Pob. 0-14 a. RCA 2005 pond. ESCA	ABS rural
Lleida			
AGRAMUNT	942	850	No
ALMACELLES	1.079	977	No
BELLPUIG	861	792	No
LA GRANADELLA	328	297	No
LES BORGES BLANQUES	2.097	1.860	Sí
LLEIDA RURAL 1 NORD	2.456	2.330	Sí
LLEIDA-1 CASC ANTIC - ONOFRE CERVERÓ	2.479	2.411	No
LLEIDA-2 RONDA	3.379	2.977	No
LLEIDA-3 EIXAMPLE	4.233	3.578	No
LLEIDA-5 CAPPONT - DRA. CASTELLS	1.742	1.613	No
LLEIDA-6 BORDETA - MAGRANERS	2.767	2.596	No
PONTS	575	522	Sí
SERÒS	832	740	No
Alt Pirineu i Vall d'Aran			
ALTA RIBAGORÇA	451	400	Sí
LA POBLA DE SEGUR	408	354	Sí
Camp de Tarragona			
ALT CAMP OEST	832	789	No
CONSTANTÍ	968	907	No
FALSET	871	775	Sí
LA SELVA DEL CAMP	1.067	988	No
LES BORGES DEL CAMP	887	823	No
MONTBLANC	2.172	1.986	Sí
REUS 1 SANT PERE	2.010	1.895	No
REUS 2 SANT PERE	4.508	4.109	No
SALOU	3.009	2.858	No
SANTA COLOMA DE QUERALT	582	567	No
TARRAGONA 1 LA CANONJA - BONAVISTA	2.200	2.001	No
TARRAGONA 6	2.878	2.568	No
TARRAGONA 7 SANT SALVADOR	1.627	1.564	No
VANDELLÒS I L'HOSPITALET DE L'INFANT	658	567	No
Terres de l'Ebre			
AMPOSTA	4.095	3.816	Sí
DELTEBRE	1.576	1.436	No
FLIX	930	767	Sí
TERRA ALTA	1.437	1.264	Sí
TORTOSA 2 OEST	3.158	2.820	No
ULLDECONA	1.880	1.732	No
Girona			
ARBÚCIES-SANT HILARI	1.776	1.651	No
BÀSCARA	528	481	Sí
BESALÚ	752	649	Sí
BREDA-HOSTALRIC	1.685	1.557	No
CAMPRODON	421	387	No
CASSÀ DE LA SELVA	3.924	3.671	No
LA JONQUERA	949	862	Sí
LA VALL D'EN BAS	646	572	Sí
LLANÇÀ	925	851	No
PALAFRUGELL	4.518	4.159	No
PALAMÓS	4.266	3.859	No
PERALADA	887	787	Sí
RIBES DE FRESER-CAMPDEVÀNOL	713	627	Sí

17. Annexos

EAP per regions sanitàries	Pob. 0-14 a. RCA 2005	Pob. 0-14 a. RCA 2005 pond. ESCA	ABS rural
RIPOLL - SANT JOAN DE LES ABADESSES	1.888	1.676	No
SALT	6.786	6.687	No
SANT FELIU DE GUÍXOLS	5.241	4.812	No
SANT JOAN LES FONTS	590	526	No
SARRIÀ DE TER	1.671	1.585	No
TORROELLA DE MONTGRÍ	2.093	1.918	No
Catalunya Central			
ALT BERGUEDÀ	579	493	Sí
ANOIA RURAL	1.482	1.402	Sí
ARTÈS	1.504	1.356	No
BAIX BERGUEDÀ	1.285	1.111	No
BERGA CENTRE	2.856	2.653	No
CALAF	909	800	Sí
CARDONA	654	565	No
CENTELLES	1.549	1.454	No
LLUÇANÈS	950	783	Sí
MANRESA 2 PLAÇA CATALUNYA	3.045	2.848	No
MANRESA 4 SAGRADA FAMÍLIA	3.119	2.984	No
MANRESA-1	2.812	2.771	No
MANRESA-3	1.660	1.592	No
MOIÀ	1.426	1.332	No
NAVARCLES - SANT FRUITÓS DE BAGES	3.013	2.918	No
NAVÀS - BALSARENY	1.318	1.201	No
SALLENT	860	786	No
SANT JOAN DE VILATORRADA	1.868	1.813	No
SANT QUIRZE DE BESORA	592	559	No
SANT VICENÇ DE CASTELLET	1.780	1.670	No
SOLSONÈS	1.863	1.765	Sí
SÚRIA	1.153	1.009	No
TONA	1.706	1.670	No
VIC 2-SUD	3.489	3.206	No
Barcelona			
Hosp. de Ll. - Baix Llobregat – Garraf- Alt Penedès			
CORNELLÀ DE LLOBREGAT 2 SANT ILDEFONS	3.545	3.342	No
CORNELLÀ DE LLOBREGAT 3 GAVARRA	1.671	1.538	No
EL PRAT DE LLOBREGAT 1 RAMONA VIA	3.136	2.877	No
EL PRAT DE LLOBREGAT 2 SANT COSME I	4.338	3.958	No
ESPLUGUES DE LLOBREGAT 1 CAN VIDALET	2.467	2.216	No
GAVÀ 1	4.184	3.798	No
GAVÀ 2	4.190	3.902	No
L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 1 CENTRE	3.826	3.466	No
L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 2 SANT JOSEP	3.140	2.942	No
L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 7 FLORIDA NORD	2.927	2.818	No
L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 8 FLORIDA SUD	2.996	2.825	No
L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 9 PUBILLA CASES	3.916	3.665	No
L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 10 CAN SERRA	1.204	1.124	No
L'HOSPITALET DE LLOBREGAT 12 BELLVITGE	3.325	3.007	No
SANT BOI DE LLOBREGAT 1 MONTCLAR	6.159	5.829	No
SANT BOI DE LLOBREGAT 2 MOLÍ NOU	1.759	1.639	No
SANT BOI DE LLOBREGAT 3 CAMPS BLANCS	1.921	1.847	No
SANT BOI DE LLOBREGAT 4 VINYETS	3.122	2.826	No
SANT FELIU DE LLOBREGAT 1 EL PLA	2.577	2.439	No
SANT JOAN DESPÍ 2 LES PLANES	2.240	1.957	No
Barcelonès Nord i Maresme			
BADALONA 2 CANYADÓ-CENTRE	1.966	1.668	No
BADALONA 4 GORG	1.631	1.529	No

EAP per regions sanitàries	Pob. 0-14 a. RCA 2005	Pob. 0-14 a. RCA 2005 pond. ESCA	ABS rural
BADALONA 5 SANT ROC	3.175	2.911	No
BADALONA 6 LLEFIÀ	4.805	4.393	No
BADALONA 8 NOVA LLOREDA-MONTIGALÀ	2.479	2.271	No
BADALONA 10 NOVA LLOREDA-MONTIGALÀ	1.504	1.481	No
BADALONA 12 MORERA	1.786	1.603	No
MALGRAT DE MAR	3.760	3.632	No
MATARÓ 5 RONDA CERDANYA	3.080	2.895	No
MATARÓ 7 RONDA PRIM	2.038	1.746	No
SANT ADRIÀ DE BESÒS 2 LA MINA	2.699	2.460	No
SANTA COLOMA DE GRAMENET 1 MAJOR	2.972	2.727	No
SANTA COLOMA DE GRAMENET 3 SINGUERLIN	2.895	2.704	No
SANTA COLOMA DE GRAMENET 4 MAJOR	2.859	2.695	No
Vallès Oriental i Vallès Occidental			
BARBERÀ DEL VALLÈS	4.753	4.416	No
CERDANYOLA DEL VALLÈS 1 SERRAPARERA	3.780	3.334	No
CERDANYOLA DEL VALLÈS 2 FONTETES	5.040	4.916	No
CIUTAT BADIA	2.391	2.216	No
GRANOLLERS 3 CENTRE EST	4.217	3.796	No
LA GARRIGA	4.626	4.326	No
MARTORELLES	2.001	1.799	No
MONTORNÈS-MONTMELÓ	5.098	4.945	No
RUBÍ-1	7.219	6.987	No
RUBÍ-2	6.488	6.145	No
SABADELL 3A ANDORRA	3.068	2.756	No
SABADELL 3B CAN DEU	2.720	2.537	No
SABADELL 4A CONCÒRDIA	2.107	1.825	No
SABADELL 6 CREU DE BARBERÀ	4.319	4.148	No
SABADELL 7 TORRE ROMEU	1.414	1.311	No
SABADELL-4B CAN RULL	2.938	2.937	No
TERRASSA-C CAN PARELLADA	1.604	1.469	No
TERRASSA-A SANT LLÀTZER	5.453	5.263	No
TERRASSA-E RAMBLA	6.642	6.457	No
Barcelona ciutat			
BARCELONA 1A BARCELONETA	2.039	1.907	No
BARCELONA 1B CASC ANTIC	2.930	2.877	No
BARCELONA 1C GÒTIC	1.954	1.967	No
BARCELONA 1D RAVAL SUD	4.064	3.991	No
BARCELONA 3A POBLE SEC-MONTJUÏC	3.074	2.983	No
BARCELONA 3B POBLE SEC-MONTJUÏC	2.864	2.697	No
BARCELONA 3C DOCTOR CARLES RIBA	5.245	4.769	No
BARCELONA 5E SANT GERVASI	5.140	4.612	No
BARCELONA 6A CAMP D'EN GRASSOT	3.672	3.384	No
BARCELONA 6D VALLCARCA	2.823	2.634	No
BARCELONA 7C EL CARMEL	2.927	2.731	No
BARCELONA 7E HORTA (7 E Vall d'Hebron)	4.009	3.740	No
BARCELONA 8C TURÓ DE LA PEIRA	1.908	1.779	No
BARCELONA 8D RIO DE JANEIRO-PROSPERITAT	1.932	1.777	No
BARCELONA 8F GUINEUETA	3.264	2.903	No
BARCELONA 8G ROQUETES	2.478	2.327	No
BARCELONA 8H CIUTAT MERIDIANA	2.286	2.150	No
BARCELONA 8I XAFARINES	2.459	2.319	No
BARCELONA 9F VIA BARCINO	1.536	1.455	No
BARCELONA 10C POBLE NOU	2.662	2.398	No
BARCELONA 10D BESÒS	3.563	3.226	No
BARCELONA 10J VERNEDA SUD	3.020	2.743	No
Total Catalunya	385.724	358.282	21/153

17. Annexos

Annex 3. Nombre d'EAP amb 1 pediatre per x habitants (nens de 0-14 anys RCA 2005 ponderada per ESCA) segons GTS

Regions sanitàries/GTS	Habitants (0-14 anys)		
	< 1.000	1.000-1.200	> 1.200
Lleida			
Pla de Lleida	13	-	6
Alt Pirineu i Aran			
Alt Urgell	-	-	1
Vall d'Aran/Alta Ribagorça	1	1	-
Cerdanya	-	-	1
Pallars Jussà/Pallars Sobirà	1	-	2
Girona			
Figueres i Alt Empordà	4	2	2
Baix Empordà	4	1	-
Garrotxa	3	-	1
Gironès/Pla de l'Estany/Selva Interior	5	4	5
Ripollès	3	-	-
Alt Maresme/Selva Marítima*	-	1	1
Camp de Tarragona			
Alt Camp/Conca de Barberà	3	-	2
Baix Camp	5	3	3
Tarragonès	5	5	3
Baix Penedès	-	2	1
Altebrat**	1	-	-
Terres de l'Ebre			
Altebrat**	2	-	-
Baix Ebre	2	2	1
Montsià	2	-	1
Catalunya Central			
Anoia	2	2	3
Bages/Solsonès	14	1	-
Berguedà	3	-	-
Osona	5	1	4
Barcelona			
– BCN ciutat			
Barcelona*	22	23	21
– Vallès Occidental i Vallès Oriental			
Baix Montseny	-	1	-
Granollers	3	4	3
Baix Vallès	1	2	2
Sabadell	10	5	3
Terrassa	5	4	1
– Barcelonès Nord i Maresme			
Alt Maresme/Selva Marítima*	1	1	4
Barcelonès Nord/Baix Maresme	11	5	6
Maresme	2	2	8
– Hospitalet de Ll. - Baix Ll. – Garraf - Alt Penedès			
Alt Penedès	-	1	2
Baix Llobregat - Hospitalet de Ll.- Prat de Ll.	9	5	1
Baix Llobregat Litoral	6	3	1
Baix Llobregat Nord	-	2	2
Baix Llobregat Centre-Fontsanta	5	6	2
Garraf	-	-	5
TOTAL CATALUNYA	153	89	98

Les 6 ABS restants no disposen de pediatre (3 GTS Pla de Lleida, 1 Baix Camp, 1 Altebrat i 1 Alt Urgell –en procés de selecció-).

Els * indiquen els GTS amb ABS de diferents regions sanitàries.

Annex 4. Models d'organització de l'atenció pediàtrica a l'AP

REGIÓ	GTS	H. referència (equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS)	Proveïdor hospital	Nre. ABS	Proveïdor ABS	Model
Lleida	PLA DE LLEIDA	Hospital Arnau de Vilanova (Lleida)	ICS	21	ABS ICS: Agramunt, Alcarràs, Alfarràs-Almenar, Almacelles, Artesa de Segre, Balaguer, Bellpuig, Cervera, la Granadella, les Borges Blanques, Lleida rural-2 Sud, Lleida-1, Lleida-2, Lleida-3, Lleida-4, Lleida-5, Lleida-6, Pla d'Urgell, Ponts, Seròs, Tàrrrega	B
				1	ABS no ICS: Lleida rural-1 Nord (Gestió de Serveis Sanitaris)	
Camp de Tarragona	ALT CAMP I CONCA DE BARBERÀ	Pius Hospital de Valls	Gestió Pius Hospital de Valls SAM	4	ABS ICS: Alt Camp Est, Montblanc, Santa Coloma de Queralt (el 75% van a l'hospital de la FSI, Igualada), Valls urbà	B
				1	ABS no ICS: Alt Camp Oest (AP Alt Camp SL)	
Camp de Tarragona	BAIX CAMP	Hospital Universitari Sant Joan de Reus	Hospital de Sant Joan SAM	6	ABS ICS: Les Borges del Camp, Mont-roig del Camp, Reus-1, Reus-2, Reus-3, Reus-4	B
				5	ABS no ICS: Cambrils, la Selva del Camp, Reus-5, Riudoms, Vandellòs i l'Hospitalet de l'Infant (FP FASS)	
Camp de Tarragona	BAIX PENEDEÈS	Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona)	Fundació Hospital Sant Pau i Santa Tecla	0	ABS ICS	B
				3	ABS no ICS: Baix Penedès interior, Calafell, el Vendrell (Fundació Centres Assistencials i d'Urgències)	
Camp de Tarragona	TARRAGONÈS			0	ABS ICS	
				3	ABS no ICS: Vila-seca, Torredembarra, Tarragona-4 (Fundació Centres Assistencials i d'Urgències)	
Camp de Tarragona	TARRAGONÈS	Hospital Universitari Joan XXIII (Tarragona)	ICS	9	ABS ICS: Constantí, el Morell, Salou, Tarragona-1, Tarragona-2, Tarragona-3, Tarragona-5, Tarragona-6, Tarragona-7	B
				1	ABS no ICS: Tarragona-8 (Gestió i Prestacions de Serveis de Salut)	
Camp de Tarragona	ALTEBRAT	Hospital Comarcal Móra d'Ebre	Gestió Comarcal Hospitalària SA	2	ABS ICS: Cornudella de Montsant (també van a l'H. Univ. Sant Joan de Reus), Falset (també van a l'H. Univ. Sant Joan de Reus)	B
				0	ABS no ICS	
Terres de l'Ebre	ALTEBRAT			3	ABS ICS: Flix, Móra la Nova-Móra d'Ebre, Terra Alta	
				0	ABS no iCS	

17. Annexos

REGIÓ	GTS	H. referència (equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS)	Proveïdor hospital	Nre. ABS	Proveïdor ABS	Model
Terres de l'Ebre	BAIX EBRE	Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (Tortosa)	ICS	5	ABS ICS: Deltebre, l'Aldea-Camarles- l'Ampolla, l'Ametlla de Mar-el Perelló, Tortosa-1 Est, Tortosa-2 Oest	B
				0	ABS no iCS	
Terres de l'Ebre	MONTSIÀ			3	ABS ICS: Amposta, Sant Carles de la Ràpita, Uldecona	
				0	ABS no ICS	
Girona	ALT MARESME- SELVA MARÍTIMA	Hospital Comarcal de Blanes	Corporació de Salut Maresme i Selva	1	ABS ICS: Blanes	A1
				1	ABS no ICS: Lloret de Mar (Corporació de Salut Maresme i Selva)	
Girona	BAIX EMPORDÀ	Hospital de Palamós	Fundació Mn. Miquel Costa - H. De Palamós	1	ABS ICS: Sant Feliu de Guíxols	A2
				4	ABS no ICS: la Bisbal d'Empordà, Palafrugell, Palamós, Torroella de Montgrí (Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà)	
Girona	FIGUERES I ALT EMPORDÀ	Hospital de Figueres	Hospital de Figueres FP	6	ABS ICS: Bàscara, Figueres, la Jonquera, Llançà, Roses, Vilafant	A2
				2	ABS no ICS: l'Escala (Hospital de Figueres FP), Peralada (Albera Salut)	
Girona	GARROTXA	Hospital Sant Jaume (Olot)	FP Hospital Sant Jaume d'Olot	2	ABS ICS: Besalú, Olot urbà	A1
				2	ABS no ICS: la Vall d'en Bas, Sant Joan les Fonts (FP Hospital Sant Jaume d'Olot)	
Girona	GIRONÈS-PLA DE L'ESTANY-SELVA INTERIOR	Parc Hospitalari Martí Julià (Salt)	Institut d'Assistència Sanitària	4	ABS ICS: Arbúcies-Sant Hilari, Salt, Santa Coloma de Farners, Sils- Vidreres-Maçanet de la Selva	A2
				3	ABS no ICS: Anglès, Breda-Hostalric, Cassà de la Selva (Institut d'Assistència Sanitària)	
Girona	GIRONÈS-PLA DE L'ESTANY-SELVA INTERIOR	Hospital Universitari Dr. Josep Trueta (Girona)	ICS	7	ABS ICS: Banyoles, Celrà, Girona-1, Girona-2, Girona-3, Girona-4, Sarrià de Ter	B
				0	ABS no ICS	
Girona	RIPOLLÈS	Hospital de Campdevàrol	Fundació Hospital de Campdevàrol	2	ABS ICS: Camprodon, Ripoll	A1
				1	ABS no ICS: Ribes de Freser- Campdevàrol (Fundació H. de Campdevàrol)	

REGIÓ	GTS	H. referència (equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS)	Proveïdor hospital	Nre. ABS	Proveïdor ABS	Model
Catalunya Central	ANOIA	Hospital General d'Igualada	Fundació Sanitària Igualada FP	7	ABS ICS: Anoia rural, Calaf, Capellades, Igualada urbà, Piera, Santa Margarida de Montbui, Vilanova del Camí	B
				0	ABS no ICS	
Catalunya Central	BAGES-SOLSONÈS	Hospital Sant Joan de Déu de Manresa	Althaia Xarxa Assistencial de Manresa	12	ABS ICS: Artés, Cardona, Manresa-2, Manresa-4, Moià, Montserrat, Navarcles-Sant Fruitós de Bages, Navàs-Balsareny, Sallent, Sant Joan de Vilatorrada, Sant Vicenç de Castellet, Súria	B
				3	ABS no ICS: Manresa-1 i Manresa-3 (Althaia Xarxa Assistencial de Manresa), Solsonès (H. Solsonès FP Comarcal)	
Catalunya Central	BERGUEDÀ	Hospital Comarcal Sant Bernabé (Berga)	Fundació Hospital Comarcal Sant Bernabé	3	ABS ICS: Alt Berguedà, Baix Berguedà, Berga	B
				0	ABS no ICS	
Catalunya Central	OSONA	Hospital General de Vic	Consorci Hospitalari de Vic	8	ABS ICS: la Vall del Ges, Lluçanès, Manlleu, Sant Hipòlit de Voltregà, Sant Quirze de Besora, Santa Eugènia de Berga, Tona, Vic-1 Nord	B
				2	ABS no ICS: Centelles (EAP Osona sud - Alt Congost SL), Vic-2 Sud (EAP Vic SL)	
Barcelona	ALT PENEDEÈS	Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues de LL.)	Fundació Hospital Sant Joan de Déu	3	ABS ICS: Penedès rural, Sant Sadurní d'Anoia, Vilafranca del Penedès	B
				0	ABS no ICS	
Barcelona	BAIX LLOBREGAT CENTRE-FONTSANTA			13	ABS ICS: Cornellà de Llobregat-1, Cornellà de Llobregat-2, Cornellà de Llobregat-3, Cornellà de Llobregat-4, Esplugues de Llobregat-1, Esplugues de Llobregat-2, Molins de Rei, Sant Feliu de Llobregat-1, Sant Feliu de Llobregat-2, Sant Joan Despi-1, Sant Joan Despi-2, Sant Just Desvern, Vallirana	
				0	ABS no ICS	
Barcelona	BAIX LLOBREGAT- L'HOSPITALET-EL PRAT			13	ABS ICS: El Prat de Llobregat-1, El Prat de Llobregat-2, El Prat de Llobregat-3, L'Hospitalet de Llobregat-1, L'Hospitalet de Llobregat-2, L'Hospitalet de Llobregat-5, L'Hospitalet de Llobregat-6, L'Hospitalet de Llobregat-7, L'Hospitalet de Llobregat-8, L'Hospitalet de Llobregat-9, L'Hospitalet de Llobregat-10, L'Hospitalet de Llobregat-11, L'Hospitalet de Llobregat-12	

17. Annexos

REGIÓ	GTS	H. referència (equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS)	Proveïdor hospital	Nre. ABS	Proveïdor ABS	Model
Barcelona	BARCELONA			2	ABS no ICS: L'Hospitalet de Llobregat-3, L'Hospitalet de Llobregat-4 (Consorci Sanitari Integral)	
				10	ABS ICS: Barcelona-2A, Barcelona-2B, Barcelona-2D, Barcelona-3D, Barcelona-3E, Barcelona-3G, Barcelona-4A, Barcelona-4B, Barcelona-5A, Barcelona-5B	
				4	ABS no ICS: Barcelona-2C (Consorci AP Salut Eixample), Barcelona-4C (Consorci de Gestió Corporació Sanitària), Barcelona-5C (EAP Sarrià SL), Barcelona-5D (EAP Vallplaça AP SL)	
Barcelona	BAIX LLOBREGAT LITORAL	Hospital de Sant Boi (Sant Boi de Ll.)	Hospital de Sant Boi	10	ABS ICS: Castelldefels, Gavà-1, Gavà-2, Sant Boi de Llobregat-1, Sant Boi de Llobregat-2, Sant Boi de Llobregat-3, Sant Boi de Llobregat-4, Sant Vicenç dels Horts, Viladecans-1, Viladecans-2	B
				0	ABS no ICS	
Barcelona	BAIX LLOBREGAT NORD	Hospital Sant Joan de Déu (Martorell)	Hospital Sant Joan de Déu	3	ABS ICS: Esparreguera, Martorell, Sant Andreu de la Barca	B
				1	ABS no ICS: Olesa de Montserrat (Mútua de Terrassa)	
Barcelona	GARRAF	H. Residència Sant Camil (Sant Pere de Ribes)	FP Hospital Residència Sant Camil	5	ABS ICS: Cubelles-Cunit, Garraf rural, Sitges, Vilanova i la Geltrú-1, Vilanova i la Geltrú-2	B
				0	ABS no ICS	
Barcelona	ALT MARESME-SELVA MARÍTIMA	Hospital Comarcal Sant Jaume (Calella)	Corporació de Salut Maresme i Selva	4	ABS ICS: Arenys de Mar, Canet de Mar, Pineda de Mar, Tordera	A1
				2	ABS no ICS: Calella, Malgrat de Mar (Corporació de Salut Maresme i Selva)	
Barcelona	BARCELONÈS NORD - BAIX MARESME	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)	ICS	9	ABS ICS: Badalona-2, Badalona-4, Badalona-5, Badalona-6, Badalona-7A, Badalona-7B, Badalona-11, el Masnou, Sant Adrià de Besòs-1	B
				7	ABS no ICS: Badalona-1, Badalona-3, Badalona-8, Badalona-9, Badalona-10, Badalona-12, Montgat (Badalona Serveis Assistencials SA)	

REGIÓ	GTS	H. referència (equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS)	Proveïdor hospital	Nre. ABS	Proveïdor ABS	Model
Barcelona	BARCELONÈS NORD - BAIX MARESME	Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma Gr.)	FP de l'Esperit Sant	5	ABS ICS: Santa Coloma de Gramenet-1, Santa Coloma de Gramenet-2, Santa Coloma de Gramenet-3, Santa Coloma de Gramenet-4, Santa Coloma de Gramenet-5	B
				0	ABS no ICS	
Barcelona	MARESME	Hospital de Mataró	CHC Consultoria i Gestió SA	9	ABS ICS: Mataró-1, Mataró-3, Mataró-5, Mataró-6, Mataró-7, Premià de Mar, Sant Andreu de Llavaneres, Vilassar de Dalt, Vilassar de Mar	B
				3	ABS no ICS: Argentona, Mataró-2, Mataró-4 (Consorci Sanitari del Maresme)	
Barcelona	BAIX MONTSENY	Hospital General de Granollers	Fundació Hospital-Asil de Granollers	1	ABS ICS: Sant Celoni	B
				0	ABS no ICS:	
Barcelona	GRANOLLERS			9	ABS ICS: Caldes de Montbui, Cardedeu, Granollers-1 Oest, Granollers-2 Nord, Granollers-3 Centre Est, Granollers-4 Sud, la Garriga, Montornès-Montmeló, Vall del Tenes	
				1	ABS no ICS: la Roca del Vallès Projectes Sanitaris i Socials SA	
Barcelona	BAIX VALLÈS	FP Hospital de Mollet	FP Hospital de Mollet	5	ABS ICS: La Llagosta, Martorelles, Mollet del Vallès-1 Est, Mollet del Vallès-2 Oest, Parets del Vallès	B
				0	ABS no ICS:	
Barcelona	SABADELL	Hospital de Sabadell	Corporació Sanitària Parc Taulí	16	ABS ICS: Barberà del Vallès, Castellar del Vallès, Cerdanyola del Vallès-1, Cerdanyola del Vallès-2, Ciutat Badia, Ripollet, Sabadell-1A, Sabadell-1B, Sabadell-2, Sabadell-3A, Sabadell-3B, Sabadell-4A, Sabadell-5, Sabadell-6, Sabadell-7, Santa Perpètua de Mogoda	B
				1	ABS no ICS: Sabadell-4B (Serveis d'AP Parc Taulí)	
Barcelona	TERRASSA	Hospital de Terrassa	Consorci Sanitari de Terrassa	0	ABS ICS	B
				4	ABS no ICS: Rubí-2, Terrassa-A, Terrassa-B, Terrassa-F (Consorci Sanitari de Terrassa)	

17. Annexos

REGIÓ	GTS	H. referència (equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS)	Proveïdor hospital	Nre. ABS	Proveïdor ABS	Model
Barcelona	TERRASSA	Hospital Mútua de Terrassa	Mútua de Terrassa	1	ABS ICS: Terrassa-C	B
				5	ABS no ICS: Rubí-1, Sant Cugat del Vallès, Terrassa-D, Terrassa-E, Terrassa-G (Mútua de Terrassa)	
Barcelona	BARCELONÈS NORD - BAIX MARESME	Hospital del Mar (Barcelona)	Institut Municipal d'Assistència Sanitària	1	ABS ICS: Sant Adrià de Besòs-2	B
				0	ABS no ICS:	
Barcelona	BARCELONA			10	ABS ICS: Barcelona-1B, Barcelona-1C, Barcelona-1D, Barcelona-1E, Barcelona-10B, Barcelona-10C, Barcelona-10D, Barcelona-10H, Barcelona-10I, Barcelona-10J	
				2	ABS no ICS: Barcelona-1A, Barcelona-10A (PAMEM)	
Barcelona	BARCELONA	Hospital de Sant Pau (Barcelona)	Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de Santa Creu i Sant Pau	11	ABS ICS: Barcelona-6A, Barcelona-6B, Barcelona-7A, Barcelona-7F, Barcelona-7G, Barcelona-9A, Barcelona-9C, Barcelona-10E, Barcelona-10F, Barcelona-10G, Barcelona-2H	B
				7	ABS no ICS: Barcelona-2G (EAP Dreta de l'Eixample SL), Barcelona-2I (Consorci Sanitari Integral), Barcelona-2J (EAP Dreta de l'Eixample SL), Barcelona-2K (Consorci Sanitari Integral), Barcelona-6C (PAMEM), Barcelona-6E (PAMEM), Barcelona-7B (EAP Sardenya)	
Barcelona	BARCELONA	Hospital del Sagrat Cor (Barcelona)	Centres Assistencials Reunits SA	2	ABS ICS: Barcelona-3B, Barcelona-3C	B
				2	ABS no ICS: Barcelona-2E (Consorci AP Salut Eixample), Barcelona-3A (EAP Poble Sec SL)	
Barcelona	BARCELONA	Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron (Barcelona)	ICS	16	ABS ICS: Barcelona-7C, Barcelona-7D, Barcelona-7E, Barcelona-8A, Barcelona-8B, Barcelona-8C, Barcelona-8D, Barcelona-8E, Barcelona-8F, Barcelona-8G, Barcelona-8H, Barcelona-8I, Barcelona-9D, Barcelona-9E, Barcelona-9F, Barcelona-9G	B
				2	ABS no ICS: Barcelona-5E, Barcelona-6D (Parc Sanitari Pere Virgili)	
Barcelona	SABADELL			1	ABS ICS: Montcada i Reixac	
				0	ABS no ICS	

REGIÓ	GTS	H. referència (equip d'AP de pediatria del GTS/conjunt de GTS)	Proveïdor hospital	Nre. ABS	Proveïdor ABS	Model
Alt Pirineu i Aran	ALT URGELL	Hospital de la Seu d'Urgell	Fundació Sant Hospital	2	ABS ICS: Alt Urgell Sud, la Seu d'Urgell	B
				0	ABS no ICS	
Alt Pirineu i Aran	PALLARS JUSSÀ-PALLARS SOBIRÀ	Hospital del Pallars (Tremp)	Gestió de Centres Sanitaris SA (GECESSA)	3	ABS ICS: la Pobla de Segur, Pallars Sobirà, Tremp	A1
				0	ABS no ICS	
Alt Pirineu i Aran	CERDANYA	Hospital de Puigcerdà	FP Hospital de Puigcerdà	0	ABS IC	A1
				1	ABS no ICS: Cerdanya (FP Hospital de Puigcerdà)	
Alt Pirineu i Aran	VAL D'ARAN	Espitau Val d'Aran (Vielha)	Aran Salut, Servicis Assistencials Integrats	0	ABS ICS	A1 i B
				1	ABS no ICS: Aran (Servici Aranès dera Salut)	
Alt Pirineu i Aran	ALTA RIBAGORÇA			1	ABS ICS: Alta Ribagorça	
				0	ABS no ICS	

17. Annexos

Annex 5. Cartera de serveis de la infermera que atén la població pediàtrica d'AP (document consensuat amb representants de tot el territori de Catalunya)

Introducció

La cartera de serveis de l'atenció pediàtrica a l'AP de Catalunya inclou la promoció i educació de la salut, individual i col·lectiva, la prevenció de malalties, el diagnòstic i tractament de patologies i la seva rehabilitació. La cartera de serveis s'ha d'oferir a través de l'atenció programada, l'atenció continuada i l'atenció urgent. El responsable últim de l'atenció al nen i a l'adolescent fins als 14 anys és el pediatre, tot tenint en compte la corresponsabilitat inherent de la família i l'equip de professionals que atenen el nen.

A Catalunya, la població diana d'aquesta atenció és tant el nen i l'adolescent (de 0 a 14 anys) com la família, i es du a terme al centre d'AP, al domicili i a la comunitat.

El document del Departament de Salut anomenat "Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica", publicat l'any 1995 per la Direcció General de Salut Pública i conegut també com a "Programa de seguiment del nen sa", conté les propostes d'activitats preventives (cribratges esglaonats, immunitzacions i consells de salut) consensuades per diferents professionals i societats científiques (especialment la Societat Catalana de Pediatria) i és resultat d'un treball basat en la constatació científica de l'eficàcia de les mesures preventives proposades i de les possibilitats que ofereix la pràctica de l'atenció diària. Des del 1995, el Departament de Salut n'ha anat promovent la introducció i difusió a tots els àmbits assistencials, públics i privats, i en especial a l'AP. L'any 2004 també es va publicar la guia per a l'AP de salut amb les actuacions preventives a l'adolescència. Per tant, es pot afirmar que a Catalunya la cartera de serveis de l'atenció pediàtrica a l'AP està ben definida i acceptada.

La nova realitat poblacional i social de Catalunya d'aquests últims anys està generant noves necessitats en l'organització de l'atenció pediàtrica i del seu procés d'atenció i això ha portat a plantejar la necessitat d'actualitzar el document "Protocols de medicina preventiva a l'edat pediàtrica", revisant-ne el contingut d'acord amb els avenços en el coneixement científic, procés que es va iniciar a mitjans del 2005. Alhora, cada vegada més, l'AP es fonamenta en els principis de substitució i subsidiarietat, és a dir, on l'acte assistencial el du a terme el professional competent, amb el millor cost-efectivitat i que es trobi més a prop del pacient.

Aquest document presenta el marc general per tal de potenciar una atenció pediàtrica de qualitat a través d'equips de professionals on es comparteixin les competències i s'apropi més l'atenció al nen.

L'elaboració d'aquest document s'ha fonamentat en el treball realitzat per pediatres i infermeres d'AP de Barcelona que atenen població infantil, en el treball en procés d'actualització del programa de seguiment del nen sa (protocol de medicina preventiva a l'edat pediàtrica) i en discussions d'una sèrie de propostes realitzades per professionals sanitaris de diferents proveïdors de Catalunya.

Consideracions prèvies

El contingut d'aquest document parteix d'unes premisses bàsiques que han de ser considerades en la seva lectura i aplicació:

– Tant el/la pediatre/a com el/la infermer/a de pediatria tenen un paper propi en l'atenció a la població infantil i juvenil a l'AP

El pediatre i la infermera són els professionals formats adequadament per atendre la població infantil i juvenil en l'AP. Avui aquests professionals, després d'anys d'exercici, han assolit un grau d'especialització i de comprensió del mitjà òptim per desenvolupar aquesta tasca amb eficàcia.

– Donar una bona atenció requereix la interdependència d'ambdós professionals

En aquesta etapa de la vida, de 0 a 14 anys, el subjecte d'atenció és dual (nen/família) i l'actuació d'ambdós professionals, pediatres i infermeres, en compartiments estancs pot generar amb facilitat desconfiança. El respecte a la tasca de l'altre professional ve de la confiança, i aquest sentiment es transmet als nens i famílies. Interdependència també vol dir cooperació. Els subjectes de l'atenció són únics, però són també individus polièdrics i l'atenció a aquestes múltiples facetes requereix òptiques diverses, com les que aporten els pediatres i les infermeres.

Quan es parla d'interdependència es fa des de la vessant del treball en equip, entenent aquest com el treball complementari. Quan es distribueixen funcions es parla de preponderància, no d'exclusivitat: per exemple, que s'indiqui que a la infermera li correspon l'educació sanitària o donar consells de salut no exclou que el pediatre mantingui l'actitud d'educar en les seves actuacions o reforci els consells de salut (prèviament acordats) quan detecti que és necessari.

– La proposta descriu un marc de potencialitats

S'ha de fer èmfasi que aquest document parla de potencialitats, que fan referència fonamentalment a dos aspectes:

a) La distribució de funcions que es proposa és flexible i no ha d'impedir la possibilitat que un professional faci una tasca que no li hagi estat assignada, però tampoc és una excusa per no fer-la si l'altre no ho pot fer. En molts dels temes abans d'una distribució de funcions és necessari que l'equip hagi arribat a un consens respecte a com abordar-los.

b) Si bé moltes de les activitats proposades poden formar part de la pràctica diària de molts equips, no se'n pot universalitzar la implantació sense modificacions en l'organització dels equips, formació específica i millora dels equipaments.

– L'adequada implantació d'aquest document permetrà, sens dubte, aconseguir uns serveis de pediatria en l'àmbit d'AP amb un gran poder resolutiu

– La distribució següent es fa sobre la base de situacions clíniques en les quals ambdós professionals interaccionen en l'atenció a l'infant

És evident que, en la pràctica professional, les situacions possibles no es limiten

17. Annexos

exclusivament als apartats que es descriuen a continuació: activitats preventives, patologia aguda o crònica, i que requeriran una actuació o un seguiment puntual que es farà des de l'especificitat pròpia de cada professional. En el document es parla de les activitats dels professionals de pediatria i d'infermeria, no del lloc on les duen a terme (centre d'AP, domicili, etc.).

Àrees de treball

1. Història clínica

La història clínica té un únic propietari que és el nen/família, i no cal considerar aquest apartat com específic i propi de cap dels dos professionals de l'equip. Pel que fa a les dades no recollides en el desenvolupament habitual de les consultes (antecedents, carnets vacunals previs, genograma i altres dades d'interès sanitari), a escala local i previ consens, es pot donar preferència a un professional o a l'altre a l'hora d'enregistrar-los i això no ha de comportar mai exclusivitat.

La realització de l'anamnesi forma part de la relació terapèutica, per aquest motiu s'ha d'emplenar al més aviat possible. Depenent de les característiques del nen i de la família es requerirà segurament més d'una visita.

2. Programa de seguiment del nen sa. Protocol de medicina preventiva a l'edat pediàtrica.

Els dos professionals de l'equip tenen una activitat pròpia i rellevant en les visites del Protocol de medicina preventiva a l'edat pediàtrica, tot i que la infermera té un major pes específic pel que fa a activitats i temps dedicat.

No es tracta d'actuar en compartiments estancs ni que les activitats només pugui fer-les el professional que les té descrites en el seu apartat, es vol donar un ordre de preferència pel que fa a la realització de l'activitat.

Cal recordar que el programa de seguiment del nen sa va dirigit a tota la població infantil i juvenil, no exclusivament a nens aparentment sans. S'ha de tenir present que hi pot haver nens que estiguin molt cuidats en un aspecte concret (malaltia crònica) i alhora poc cuidats integralment.

Pediatre/a

- Exploració física: Es tracta de l'aplicació de totes les exploracions per aparells que determina el programa de seguiment del nen sa, que segurament requereixen la valoració i el complement dels cribratges fets per la infermera, que no vol dir repetir-les.
- Valoració integral del nen i de la família: situació psicosocial, controls de malalties, seguiment per especialistes i tractaments.
- Diagnòstic i seguiment d'alteracions detectades.

Infermer/a

- Valoració integral del nen i de la seva família segons el model de cures infermeres. En aquesta valoració també hi estan incloses les següents activitats de cribratge: somatometria, test de desenvolupament psicomotor, alimentació, T/A, visual (agude-sa i visió cromàtica), auditiu, cribratge metabòlic, valoració psicosocial.

- Gestió del programa de seguiment del nen sa i del programa de vacunes.
- Consells de salut.
- Elaboració del pla terapèutic per al seguiment de les alteracions detectades.
- Educació i promoció de l'autocura. Cal potenciar l'educació grupal en els aspectes que generen més freqüentació (p. ex., educació grupal a les mares durant el primer any de vida del fill o l'educació grupal en grups de risc, potenciant, si cal, la inter-sectorialitat).

3. Nens/es amb patologia crònica

Tot i que no tenen una alta prevalença si s'analitza cadascuna individualment, en conjunt les patologies cròniques en l'etapa infantojuvenil comencen a ser prou significati-ves. Es fa referència a patologies respiratòries, al·lèrgiques, endocrinometabòliques, discapacitats, disfuncions psíquiques i socials, etc.

Encara que majoritàriament tenen un seguiment especialitzat, no s'ha de focalitzar l'a-tenció només en la patologia crònica, ja que l'infant es beneficiarà de l'actuació inte-gral del pediatre i la infermera d'AP. Per aconseguir-ho hauran d'adoptar una actitud proactiva en el control i el seguiment.

Es proposa la distribució següent de funcions per donar resposta a l'atenció d'aquests nens:

Pediatre/a

- Control:
 - Anàlisi de la situació actual del pacient i avaluació de la seva evolució.
 - Control del tractament.

Infermer/a

- Seguiment:
 - Acompanyament en la vivència de la malaltia del pacient i de la família.
 - Elaboració del pla terapèutic per al seguiment d'alteracions detectades.
 - Dispensació i control de la utilització del material. Activitats instrumentals d'infer-meria: pes, T/A, etc.
 - Acompliment dels plans terapèutics.
 - Educació sanitària.

4. Nens/es amb patologia aguda

Cal considerar que tant el pediatre com la infermera han de resoldre processos aguts que els són propis, i l'atenció a urgències concretes pot requerir l'actuació d'ambdós professionals alhora.

El nombre de consultes i processos a resoldre per part del pediatre és més elevat que el de la infermera, motiu pel qual la dedicació de temps a l'atenció d'aquests nens/es ha de ser superior.

Pediatre/a

- Resolució de l'agut propi (visita espontània el mateix dia que se sol·licita o visita espontània amb cita prèvia).
- Suport a l'agut d'infermeria quan calgui.
- Atenció telefònica de l'agut propi.

17. Annexos

Infermer/a

- Resolució de l'agut propi (visita espontània el mateix dia que se sol·licita o visita espontània amb cita prèvia).
- Suport a l'agut del/la pediatre/a quan calgui.
- Gestió de l'atenció telefònica.
- Atenció telefònica de l'agut propi.

5. Atenció comunitària

Actualment les infermeres tenen un volum d'activitat superior en atenció comunitària, en part a causa de la implantació de programes comunitaris d'abast general (Salut i escola, Tenim un fill, etc.), que tenen l'origen en diverses administracions públiques.

Aquesta situació no exclou el paper dels pediatres en l'atenció a la comunitat, ja que ambdós professionals han d'orientar part de la seva activitat cap a l'atenció a la comunitat.

S'haurien de plantejar actuacions en educació i promoció de l'autocura dels nens, potenciar l'educació grupal en els aspectes que generen més freqüentació (p. ex., educació grupal a les mares durant el primer any de vida del seu fill o l'educació grupal en grups de risc, potenciant, si cal, la intersectorialitat). També s'ha d'estudiar la forma de promoció de l'autocura en nens de 0 a 14 anys.

6. Coordinació entre nivells

Per als professionals de pediatria i d'infermeria que treballen a l'AP, és fonamental coordinar-se de la manera més fluïda amb els diferents nivells i institucions sanitàries en el seu àmbit.

La coordinació hauria d'incloure la proposta següent:

Coordinació interna: És la que es fa dintre la mateixa organització, on s'inclouen els apartats següents: coordinació amb altres professionals no pediàtrics del mateix EAP, amb altres equips de pediatria de la zona, amb especialistes, treball social, PASSIR, etc.

Coordinació externa: És la que es fa amb altres equips de pediatria de la zona independentment del proveïdor que els gestioni i amb l'hospital de referència per pediatria, i també la que es fa amb altres organitzacions sanitàries (CSMIJ, CDIAP, EAIA, DGAIA, etc.) i no sanitàries (Departament de Benestar i Família, etc.).

De manera ideal no hauria d'haver-hi separació entre la pediatria de l'AP i l'hospitalària, sinó una continuïtat assistencial des de l'abordatge de la promoció, la prevenció i l'atenció a patologies prevalents no complexes (a l'AP) fins a l'abordatge de patologies complexes i poc prevalents a l'àmbit hospitalari.

La coordinació entre l'AP i l'atenció hospitalària hauria d'incloure: a) el disseny de protocols d'abordatge per als problemes de salut més prevalents, especialment de patologia crònica infantil, i protocols de derivació de patologies especialment de les que requereixen una certa especialització; b) compartir informació clínica dels nens de 0 a 14 anys mitjançant sistemes d'informació integrats o compatibles; c) planificació del desplaçament de *consultors* de l'hospital als EAP del territori de manera periòdica; d) realització de sessions clíniques conjuntes, de manera sistemàtica; e) cobertura de l'atenció continuada i urgent; f) docència (formació continuada) per tota l'àrea d'influència, i g) recerca (projectes internivell).

7. Tècniques pròpies d'infermeria

Per les característiques concretes de la població infantojuvenil, la infermera hauria de tenir els coneixements i les habilitats adients per fer les tècniques pròpies d'infermeria, entre aquestes:

- Extraccions a població infantil.
- Immunitzacions i aplicació de tractaments parenterals.
- Proves complementàries: controls d'orina, glucèmia capil·lar, intradermoreacció, etc.
- Tractament de ferides, cremades, immobilitzacions, etc.
- Audiometries.
- Espirometries a població infantil.
- ECG a població infantil.

8. Tècniques comunes pendents d'informe jurídic

Hi ha determinades tècniques que es poden fer a l'AP i que actualment apliquen alguns pediatres i infermeres. La possibilitat que des d'un punt de vista jurídic no es puguin assumir per part de la infermera ha generat dubtes entre aquest col·lectiu professional, i per aquest motiu cal fer una valoració i l'informe jurídic corresponent. L'aplicació d'aquestes tècniques augmenta la capacitat resolutiva dels equips i representa una millora important per a la població. Entre aquestes tècniques hi ha les següents:

- Extracció de taps de cerumen
- Exèresi de *molluscum contagiosum*
- Practicar sutures
- Actuacions en casos de berrugues
- Ungles encarnades que no necessitin cirurgia

Annex 6. Equips de primària de pediatria del GTS/conjunt de GTS que actualment hi hauria a Catalunya considerant les ABS i els seus hospitals de referència per a l'atenció pediàtrica (la sectorització final està pendent de definició/redistribució mitjançant consens entre RS i proveïdors territorials).

Hospital de referència de pediatria	Nre. ABS
Hospital Universitari Arnau de Vilanova (Lleida)	22
Pius Hospital de Valls	5
Hospital Universitari Sant Joan de Reus	11
Hospital Universitari Joan XXXIII (Tarragona)	10
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla (Tarragona)	6
Hospital Comarcal Móra d'Ebre	5
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta	8
Hospital Comarcal de Blanes	2
Hospital de Palamós	5
Hospital de Figueres FP	8
Hospital Sant Jaume (Olot)	4
Parc Hospitalari Martí Julià (Salt)	7
Hospital Universitari Josep Trueta (Girona)	7
Hospital de Campdevàrol	3
Fundació Sanitària Igualada	7
Althaia Xarxa Assistencial de Manresa	15
Hospital Comarcal Sant Bernabé (Berga)	3
Hospital General de Vic	10
Hospital Sant Joan de Déu (Esplugues de Ll.)	45
Hospital de Sant Boi	10
Hospital Sant Joan de Déu (Martorell)	4
H. Residència Sant Camil (Sant Pere de Ribes)	5
Hospital Comarcal Sant Jaume (Calella)	6
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)	16
Hospital del Mar (Barcelona)	13
Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet)	5
Hospital de Mataró	12
Hospital General de Granollers	11
FP Hospital de Mollet	5
Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron (Barcelona)	19
Hospital de Sabadell	17
Hospital de Terrassa	4
Hospital Mútua de Terrassa	6
Hospital de Sant Pau (Barcelona)	18
Hospital del Sagrat Cor (Barcelona)	4
Hospital de la Seu d'Urgell	2
Hospital del Pallars (Tremp)	3
Esperitau Val d'Aran (Vielha)	2
Hospital de Puigcerdà	1
TOTAL: 39	346

18. Actors del Pla

18. Actors del Pla

DIRECCIÓ DEL PLA ESTRATÈGIC D'ORDENACIÓ

Maria Luisa de la Puente Martorell Directora Direcció General de Planificació i Avaluació	Laura Sampietro-Colom Cap de la Unitat de Plans Estratègics d'Ordenació de Serveis Direcció General de Planificació i Avaluació
Jaume Iglésias Solà Pediatre	

RESPONSABLE OPERATIU

Anna Busqué Gili Unitat de Plans Estratègics d'Ordenació de Serveis. DGPA. DS

COL-LABORADORS

Felip Benavent Viladegut Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran. CatSalut. DS	Anna Gómez García Àrea de Serveis de l'Institut Català de la Salut. Barcelona
Josep M. Bosch Banyeres Pediatre d'Atenció Primària. Barcelona	Josep M. Grego Recasens Unió Catalana d'Hospitals
Lluïsa Brull Gisbert Regió Sanitària Terres de l'Ebre. CatSalut. DS	Alejandro Guarga Rojas Regió Sanitària Barcelona. CatSalut. DS
Dolors Costa Sampere Adjunta de la direcció Direcció General de Planificació i Avaluació	Jaume Iglésias Solà President de la Societat Catalana de Pediatria
Manel Enrubia Iglesias Institut Català de la Salut. Barcelona	Pilar Magrinyà Rull Regió Sanitària de Camp de Tarragona. CatSalut. DS
Meia Faixedas Brunsoms Regió Sanitària Girona. CatSalut. DS	Roser Martínez Méndez Regió Sanitària Catalunya Central. CatSalut. DS
Gerard Ferrer Gadia Regió Sanitària Lleida. CatSalut. DS	Lidia Padró Pitarch Unió Catalana d'Hospitals
Joan Farré Calpe Consorti Hospitalari de Catalunya	Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria Pediatre d'hospital. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona
Daniel Fernández Ponce Divisió de Projectes del CatSalut. DS	Montserrat Vilalta Fossas Divisió de Projectes del CatSalut. DS
Manel Ferran Mercadé Institut Català de la Salut. Barcelona	

18. Actors del Pla

GRUP ASSESSOR

Felip Benavent Viladegut Representant de les regions sanitàries. CatSalut.DS	Mateu Huguet Recasens Director de la Divisió d'Atenció Hospitalària de l'Institut Català de la Salut (ICS)
Dolors Costa Sampere Direcció General de Planificació i Avaluació.DS	Jaume Iglésias Solà President de la Societat Catalana de Pediatria
Joan Farré Calpe Representant del Consorci Hospitalari de Catalunya	Ramon Morera Castell Director de la Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (ICS)
Daniel Fernández Ponce Divisió de Projectes del CatSalut. DS	Ramon Prats Coll Programa de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública
Dolors Forés García Presidenta de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària	Joaquima Ribot Puig Presidenta de l'Associació Catalana d'Infermeria
Alejandro Guarga Rojas Representant de la Regió Sanitària de Barcelona. CatSalut. DS	Anna Riera Domènech Representant de la Unió Catalana d'Hospitals
Montserrat Guitart Ibáñez Presidenta de l'Associació Catalana d'Infermeria Pediàtrica (ACIP)	Rosa M. Riera Escoda Presidenta de l'Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya

GRUP DE TREBALL DE LA CARTERA DE SERVEIS

Felip Benavent Viladegut Regions Sanitàries del CatSalut. DS	Montse Carrera Lasús Pediatra d'AP. Regió Sanitària Alt Pirineu i Aran
Josep M. Bofarull Bosch Pediatre d'AP. Regió Sanitària Camp de Tarragona	Anna Cegarra Ferrer Infermera d'AP. Consorci Hospitalari de Catalunya
Josep M. Bosch Banyeres Pediatre d'AP. Barcelona	Rosa Blanca Cortés Pediatra d'AP. Regió Sanitària Girona
Carmen Caja López Taula d'Infermeria. Departament de Salut	Manel Enrubia Iglesias Àmbit d'AP Barcelona Ciutat. Institut Català de la Salut
Susana Campo Aledo Infermera d'AP. Regió Sanitària Catalunya Central	Pilar Espelt Aluja Serveis Centrals de Barcelona. Institut Català de la Salut
Miguel Flores González Infermer d'AP. Regió Sanitària Lleida	Pere Plaja Girona Pediatre d'AP. Unió Catalana d'Hospitals

Montserrat Guitart Ibáñez Presidenta de l'Associació Catalana d'Infermeria	Blanca Prats Viedma Programa de Salut Maternoinfantil. Direcció General de Salut Pública
Thais Herrera Vilchez Infermera. Taula d'Infermeria. Departament de Salut	Encarna Ramos Sánchez Infermera d'AP. Unió Catalana d'Hospitals
Jaume Iglésias Solà President de la Societat Catalana de Pediatria	Antoni Salvà Casanovas Pediatre d'AP. Consorci Hospitalari de Catalunya
M. Josefa López Sánchez Infermera d'AP. Regió Sanitària Terres de l'Ebre	Inma Vallverdú Duch Regió Sanitària Barcelona. CatSalut
Modest Masdeu Huguet Àmbit d'AP Barcelona Ciutat. Institut Català de la Salut	Montserrat Vilalta Fossas Divisió de Projectes. CatSalut

SUPORT ADMINISTRATIU

Josep Maria Tarragó Bordoy Unitat de Plans Estratègics d'Ordenació de Serveis. DGPA.DS.
Maria Teresa Roca Martí Unitat de Plans Estratègics d'Ordenació de Serveis. DGPA.DS.
Diana Altabella Arrufat Coordinació Edició. Direcció General de Planificació i Avaluació

