

PROPUESTA DE CREACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLINICA DE PEDIATRIA (UGCP- AP) DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA

Leonor Quesada Rodríguez – Presidenta AndAPap

Fecha: Junio 2025



1. Introducción

La Pediatría en Atención Primaria andaluza se encuentra actualmente subordinada a las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria (UGC-AP), sin autonomía funcional ni organizativa, sin objetivos específicos ni propuestas de futuro que motiven a los profesionales. Este modelo, además, dificulta la planificación estratégica en la atención a la infancia, limita la coordinación de los profesionales encargados de llevarla a cabo y obstaculiza la homogeneización de estándares de calidad, dando lugar a una inequidad que rompe un principio fundamental en la legislación.

Se propone la creación de Unidades de Gestión Clínica de Pediatría (UGCP) como estructuras organizativas autónomas, integradas por profesionales de Pediatría, Enfermería Pediátrica, Auxiliares de clínica, Enfermería Escolar y personal administrativo bajo una gestión común, manteniendo la localización física actual de los profesionales o reubicándolos a centros específicos cuando se considere conveniente, como podría ser el caso en los grandes núcleos urbanos.

2. Justificación

- Inequidad en la atención a la infancia a todos los niveles: a nivel de la comunidad, a nivel de distritos y áreas sanitarias e, incluso, a nivel de UGC-AP
- Descoordinación en la planificación pediátrica.
- Necesidad de optimizar recursos humanos y materiales.
- Mejora de la calidad y continuidad asistenciales.
- Incremento de la satisfacción profesional y fidelización del talento pediátrico.
- Posicionamiento de Andalucía como referente nacional en innovación organizativa.

3. Objetivos

- Implementar UGCP con autonomía organizativa y orientación a resultados sanitarios.
- Garantizar atención integral, continua y equitativa para la población infantil.
- Crear estructuras de atención clínica a la infancia, diferenciadas del modelo general de Atención Primaria.
- Establecer coordinación funcional por distritos y áreas sanitarias.
- Facilitar la agrupación física cuando sea viable, respetando las necesidades locales.
- Promover participación activa de los profesionales y su motivación.



4. Modelo Organizativo Propuesto

4.1 Principios

- Independencia respecto a las UGC-AP
- Flexibilidad territorial y funcional.
- Coordinación clínica y administrativa unificada.
- Evaluación mediante indicadores pediátricos específicos.

4.2 Estructura

- UGCP por distrito, salvo en grandes áreas metropolitanas, en las que, de hacerse agrupación en un centro, serían por centro.
- Dotación propia de enfermería pediátrica, enfermería escolar y personal auxiliar.
- Equipos interdisciplinarios con apoyo psicosocial y terapéutico.
- Coordinación por un Pediatra EBAP/Enfermera especialista en Pediatría.
- Dos niveles de agrupación:
 - Nivel A: agrupación física en centros pediátricos.
 - Nivel B: integración funcional sin reubicación física.

4.3 Coordinación

- Interniveles con unidades hospitalarias pediátricas, salud pública, mental
- Intersectorial, con Equipos de Orientación Educativa, Equipos Directivos de Centros Educativos y con Equipos de Tratamiento Familiar.

5. Cartera de Servicios de las UGCP

- Programa del Niño Sano.
- Atención aguda y seguimiento de patologías crónicas.
- Consultas específicas por áreas de competencia clínica avanzada.
- Detección precoz del desarrollo.
- Educación sanitaria, campañas y talleres.
- Vacunación y programas de cribado.
- Prevención y abordaje de salud mental.
- Coordinación sociosanitaria para infancia vulnerable.
- Continuidad asistencial con atención hospitalaria.



- Atención domiciliaria en pacientes en régimen de hospitalización domiciliaria (cuidados paliativos sean motivados por enfermedad cancerosa o no).

6. Recursos Necesarios

6.1 Humanos

- Coordinador.
- Pediatras, enfermería pediátrica, administrativos.
- Profesionales de apoyo: psicología, trabajo social, fisioterapia, odontología, que pueden pertenecer a otras UGC.

6.2 Tecnológicos

- Plataforma unificada Diraya con módulo pediátrico.
- Herramientas de monitorización y comunicación profesional.

6.3 Infraestructura

- Reorganización de centros para agrupación funcional.
- Dotación específica: sala de lactancia, espera infantil, sala para educación grupal, sala de reuniones del equipo, que pueden ser compartidas con la UGC-AP en el modelo de Nivel B.

7. Indicadores de Evaluación

- Cobertura del PSIAA
- Cobertura del PIOBIN
- Tiempos medios de espera.
- Ratio de seguimiento de patología crónica.
- Tasa de urgencias pediátricas atendidas por los SUAP y en Atención Hospitalaria.
- Cobertura vacunal, continuidad de cuidados, satisfacción profesional y familiar.



8. Cronograma de Implementación

Fase	Actividad	Plazo Estimado
Diagnóstico	Mapeo territorial y profesional	1-2 meses
Diseño	Constitución de UGCP	3-4 meses
Implementación	Asignación de coordinadores y agrupación parcial	4-5 meses
Evaluación	Revisión de indicadores y ajustes	12 meses
Consolidación	Escalado del modelo funcional	2 años

9. Factores Clave de Éxito

- Apoyo normativo e institucional.
- Participación del colectivo pediátrico, debiendo ser voluntaria la adscripción a la UGCP.
- Transparencia con pacientes y familias.
- Evaluación continua y adaptación local.

10. Referencias comparativas:

El proyecto de Unidades de Gestión Clínica de Pediatría en Andalucía guarda similitudes con el modelo de los Equipos Territoriales de Atención Pediátrica (ETAP) desplegado en Cataluña. Ambos comparten la finalidad de garantizar una atención pediátrica integral, continua y equitativa mediante estructuras específicas, equipos interdisciplinarios y coordinación entre niveles asistenciales. Sin embargo, el modelo andaluz propone una autonomía organizativa más clara respecto a las UGC de Atención Primaria, con mayor flexibilidad territorial (agrupación física -Nivel A- o integración funcional -Nivel B-).