

Asamblea de AEPap

Como es preceptivo según nuestros estatutos, en el transcurso de la IV Reunión de la Asociación celebrada durante los días 16 y 17 de mayo en Cáceres se celebró la Asamblea General. A continuación destacamos los acuerdos más importantes de la misma.

1. Nueva incorporación a la AEPap

Recientemente se ha constituido la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Canarias (APap Canarias) cuya Junta Promotora está constituida de la siguiente forma: Presidenta: Carmen Rosa Rodríguez Fernández-Oliva; Vicepresidenta: Pilar Lupiani Castellanos; Secretaria: Ana Benito Herreros; Tesorero: Agustín Graffigna Lojendio; Vocales: Catalina Santana Vega, María José García Mérida, María Luisa Torres Álvarez de Arcaya y Elena Sánchez Almeida.

La Presidenta de la Junta Promotora expuso el proceso de formación de la misma, así como las relaciones existentes con la SEPEPAL y los pediatras de Atención Primaria que trabajan en las diferentes islas del archipiélago. La Junta Directiva de AEPap, tras comprobar que los estatutos de la nueva asociación están acordes con los de AEPap, solicitó a la Asamblea la ratificación de la incorporación de AEPap Canarias, lo que fue aprobado por unanimidad.

Desde la Junta Directiva queremos dar la bienvenida a nuestros compañeros canarios ofreciéndoles todo nuestro apoyo para el inicio de su andadura.

2. Propuesta de mínimos exigible para la organización de una consulta de calidad en Pediatría de Atención Primaria

Transcurridos ya más de 30 años de desarrollo del modelo de Atención Primaria (AP) en la sani-

dad española, los pediatras que desempeñamos nuestra actividad laboral en los centros de salud hemos comprobado paulatinamente como nuestras consultas sufrían una sobrecarga asistencial que, al final, repercute en el deterioro de la calidad de la asistencia ofrecida a la población infantil y adolescente de nuestro país. Por ello, desde la AEPap se proponen los siguientes aspectos como necesarios y definitorios de una consulta de calidad en Pediatría de AP.

- 1. Integración en equipos de AP.** El lugar en el que se ubique de forma idónea la consulta de Pediatría de AP ha de ser los equipos de AP actualmente existentes. Se pretende un trabajo interdisciplinar para un desarrollo integral de la mejor atención a la infancia, realizada por los/as pediatras del equipo como figura esencial en la puerta de entrada de la población infantil al sistema de salud y coordinado con todos los miembros del equipo.
- 2. Segmento de edad de la población a atender.** Dentro de los equipos, la atención de de 0 a 14 años debe ser desempeñada por los pediatras. Esto exige un esfuerzo en disponer de un número suficiente de pediatras. Nos preocupa que la "falta de profesionales", se convierta en un factor crítico que pueda llegar a poner en peligro el actual modelo de asistencia infantil, relegando a un segundo plano aspectos tan importantes como son la calidad de la asistencia pediátrica, las expectativas de las familias y las opiniones de los profesionales sanitarios. La política de recursos humanos es competencia de la administración sanitaria, que debe ser quien, con una adecuada estimación de las plantillas de profesionales, permita asegurar el actual modelo de asistencia pediá-

trica y evite el deterioro de las condiciones laborales de los profesionales que la desarrollan.

3. Número de pacientes asignado a cada pediatra. Se considera un número óptimo de niños por pediatra de 800, con un máximo de 1.000. Cuando la dispersión geográfica aumente, el número óptimo habrá de disminuir. En aquellos cupos que comprendan población más joven, o que atiendan a una población con mayores problemas sociales o de elevada proporción de inmigrantes en ningún caso se recomienda rebasar el número de 800 por facultativo.

4. Relación con Enfermería. Se considera necesaria la existencia de la figura del profesional de Enfermería específicamente dedicado a la infancia, en los equipos de AP. Debería existir una relación pediatra-enfermero/a de 1:1. Las competencias de cada profesional deben quedar claramente delimitadas. Las responsabilidades de Enfermería serían fundamentalmente el seguimiento de los programas de salud y las tareas de prevención (vacunaciones) y promoción de la salud, tanto a nivel individual (educación sanitaria a pacientes y familiares) como en forma de actividades de educación sanitaria para grupos y colectivos. También la realización de pruebas complementarias en la consulta (recogida de muestras, test rápido de detección de estreptococo, tiras reactivas en orina, siembras de orina, impedanciometrías, audiometrías, optotipos, espirometrías, etc.), y, de forma supervisada, la realización de curas de heridas y vendajes de lesiones traumáticas, serían parte esencial de su tarea en la consulta pediátrica. Finalmente, las tareas de educación sanitaria a pacientes y familiares de éstos, con enfermedades crónicas (asma, enuresis, obesidad, etc.) se consideran como parte esencial del cometido de Enfermería en AP. Cuando no se cubra la razón de 1:1, el personal de Enfermería que se designe para apoyar la labor de la atención al niño, aún a tiempo parcial, debería de asumir todas las funciones anterior-

mente explicitadas, lo que exige una adecuada formación específica en temas de cuidados de salud en la infancia y adolescencia.

5. Horario laboral. Actividad diaria de 7 horas, de lunes a viernes. Considerar la actividad laboral en sábados y festivos como horario extraordinario, y sólo exigible de forma voluntaria. Se debe contemplar la necesidad de conciliación familiar con la vida laboral.

6. Consulta a demanda. Estimamos necesario disponer de un tiempo medio de 10 minutos para cada paciente en consulta a demanda. El número óptimo de pacientes a atender en consulta a demanda y día se establece en 15-20 por día.

7. Consultas concertadas. Aumentar las visitas concertadas por patología crónica y disminuir las del programa de salud de la infancia. La potenciación de la Enfermería que atiende al niño adecuadamente formada, permitiría compartir tareas de las visitas programadas del niño sano y aumentar los tiempos destinados a los programas de seguimiento de niños con patologías crónicas. Dedicar 20 minutos a cada visita programada, y un número óptimo de 3-5 visitas concertadas por día.

8. Atención a demanda no citada ("urgencias"). Establecimiento de protocolos de motivo de consulta conjuntos con el personal de Admisión o de Enfermería, para resolver esta demanda.

9. Atención domiciliaria. Exclusivamente se contemplará para los casos de enfermedades crónicas y grandes dependientes que les obliguen a permanecer en su domicilio. Solamente en casos excepcionales se justifica la asistencia a urgencias en domicilio.

10. Supresión de la actual figura del pediatra de área. Establecer fórmulas diferentes a la actual para la atención pediátrica a los niños de zonas rurales poco pobladas y dispersas. La situación actual no satisface al profesional ni, en bastantes casos, a la población atendida por ellos.

11. Formación continuada. Promoción desde

las administraciones de la formación permanente de los profesionales. Facilidades para la realización de cursos de actualización (dietas, becas, sustituciones, etc.), que permita la actualización de conocimientos sin depender de la financiación de la industria farmacéutica. Valoración en los baremos de oposiciones, traslados y carrera profesional, de los cursos de formación continuada. El frecuente aislamiento de la Pediatría de AP imposibilita en muchas ocasiones, la formación continuada específicamente pediátrica (sesiones clínicas, etc.) en los centros de salud, por lo que es necesario arbitrar otras fórmulas, uso de nuevas tecnologías que permitan equiparar la formación continuada pediátrica a la del resto de colectivos de AP.

- 12. Fomento de las actividades investigadoras.** Contemplar en horario laboral, espacios para docencia e investigación. Creación en las áreas de salud de equipos de investigación en AP pediátrica que impartan formación y promuevan actividades investigadoras.
- 13. Acceso a pruebas diagnósticas y coordinación con Atención Especializada.** Posibilidad de solicitar un amplio abanico de pruebas diagnósticas para aumentar la capacidad resolutoria de nuestro estamento. Adecuada coordinación con las diferentes especialidades pediátricas.
- 14. Carrera profesional.** Posibilidad de ascender en categoría profesional y retribuciones según diferentes criterios (años de ejercicio, cursos de formación, actividades docentes y de investigación, y tutorización de médicos residentes de Pediatría, Medicina familiar y de alumnos de Medicina).
- 15. Retribuciones.** Aumento de las cantidades que se pagan por tarjeta sanitaria (fundamentalmente de los segmentos de 0-2 y 3-6 años) para obtener retribuciones comparables a las de los restantes facultativos de los centros de salud. Incentivos por penosidad de turno, jornada deslizante y turno de tarde. Productividad variable en función del cumplimiento de objetivos "de calidad" (no sólo criterios economicistas de ahorro en

gasto farmacéutico). Claridad y celeridad en la incorporación a las retribuciones de los nuevos captados (sobre todo recién nacidos).

- 16. Traslados y oposiciones regulares.** Sistemas serios y regulares de provisión de plazas. Oferta de plazas para traslado y oposición con una periodicidad idealmente anual, pero nunca superior a dos años. A negociar los baremos en los traslados (que no valoren única y exclusivamente la antigüedad).
- 17. Informatización.** Historia clínica única y digitalizada. Adecuación del programa de salud de la infancia a los programas informáticos. Informatización eficaz y eficiente que agilice, en lugar de entorpecer, la dinámica de la consulta.
- 18. Desburocratización de las consultas.** Se considera imprescindible el apoyo administrativo en las consultas. Todas las tareas administrativas que llevamos a cabo (rellenar volantes, petitorios, informes, etc.) podrían ser realizadas en su mayoría por personal administrativo. No hace falta que dicho personal esté en la consulta, pero podrían terminar de rellenar los informes y peticiones y gestionar las agendas en los servicios administrativos del centro. Asimismo, sólo debemos expedir los certificados e informes que diferentes normativas legales determinen como tarea específica del pediatra de AP.
- 19. Refuerzos y sustituciones.** En las épocas demostradas de epidemia, para evitar el desbordamiento de las consultas, personal contratado con ese cometido puede apoyar la tarea de los profesionales visitando a todos los pacientes que rebosen en las citaciones ordinarias, y mientras dure la onda epidémica. Se hace necesario además, que se sustituya cuando por motivos de vacaciones, formación, días de libre disposición, etc., se ausenten. La no sustitución puede suponer una sobrecarga extraordinaria de la consulta de los demás pediatras.
- 20. Medidas estructurales moderadoras de la demanda.** Sin querer limitar la accesibilidad de los pacientes al sistema público, desde

nuestra perspectiva se hace necesario tomar algún tipo de medida que evite la incorrecta utilización de los servicios sanitarios. Fórmulas para fomentar el uso racional de los servicios de salud, deben de ser promovidas por las administraciones.

21. Cartera de servicios realista. Es una evidencia que hasta la fecha, la cartera de servicios de los centros de salud en su ámbito pediátrico, no valora en toda su dimensión la actividad que llevan a cabo los/as pediatras. Parece que exclusivamente se desarrollen actividades de revisiones de salud y vacunaciones. Se hace necesario que se contemplen diferentes programas para patología crónica (asma, enuresis, etc.), y se desglosen las actividades desempeñadas dentro de los programas de salud.

22. Mayor formación específica en AP. Se considera fundamental desarrollar que en la residencia de Pediatría exista un periodo obligatorio de docencia, en centros de salud con acreditación docente para la formación específica de pediatras, y durante un tiempo mínimo de 6 meses y no tres meses como ha sido aprobado.

23. Calendario de vacunaciones y documento de salud infantil. Procurar un único calendario vacunal y un mismo documento de salud infantil para todo el territorio español. Es asimismo deseable, que se ponga en marcha un modelo de historia clínica, informatizada o no, unificada para todos los centros de AP pediátrica del país.

(Parte del documento elaborado en diciembre de 2003 por el Grupo de Trabajo de Temas Profesionales de AEPAP. En www.aepap.org/profesional/calidad.pdf y aportaciones de los borradores del grupo de modelo no definitivos).

3. Informe del Presidente

El día 29 de septiembre en Madrid se celebró una junta extraordinaria con el objetivo de analizar la situación de la Pediatría de AP en el país, en la misma participaron todos los vocales autonómicos y algunos pediatras con especial experiencia en los temas a debatir.

En dicha reunión hubo una fase inicial de exposición:

- Comparativa de la situación internacional de la Pediatría; análisis de situación por D. Van Esso.
- Evidencias y análisis bibliográfico comparativo entre la atención por pediatras o médicos de familia. Análisis realizado con metodología MBE por C. García Vera.
- Modelos en estudio: se compartieron todos los documentos de negociación entre comunidades y sus administraciones que tuvieran ese objetivo. B. Domínguez hizo la presentación síntesis.
- Se presentó el borrador del documento de reflexión estratégica desde Andalucía realizado por la Escuela Andaluza por C. Valdivia.
- Oportunidades con pacientes por E. Escribano.

Se abordó posteriormente la situación de la Pediatría de AP y se realizaron propuestas para el futuro. Nuestro objetivo principal es generar instrumentos que sirvan para un mejor posicionamiento de la Pediatría de AP en el contexto de la situación general del país, además entendemos que una línea estratégica fundamental es el fortalecimiento de la AEPap, que consolida la Pediatría de AP. Tras un fuerte debate y con metodología participativa, se priorizaron las siguientes líneas estratégicas que han sido las que hemos ido desarrollando este año:

- 1.º Modelo; necesidad de disponer de un modelo de referencia de la Pediatría de AP, adaptado a la situación actual.
- 2.º Cartera de servicios de mínimos y de máximos para todo el Estado.
- 3.º Docencia en Pediatría, incluyendo la docencia MIR, el pregrado y postgrado.
- 4.º Mejorar nuestra comunicación con los medios de información y la comunicación interna a nuestros socios, con contratación de un gabinete de prensa, lanzamiento de boletines en revista y web.
- 5.º Apoyar un proyecto de investigación sobre la asistencia comparada de pediatras *versus* médicos de familia.
- 6.º Comunicación con las familias.

Dentro de las líneas que se priorizaron, os comento el rendimiento que hemos obtenido de ellas hasta la fecha, ya que muchas de ellas sólo serán ejecutables a medio plazo:

Grupo de modelo que fue el más priorizado. Se formó un grupo para preparar un borrador con estos componentes: C. Valdivia Jiménez, J.J. Morell Bernabé, MF. Enrubia, A. Díaz Cirujano, G. Sanz Mateo, MA. Hernández Encinas y F. Fargall Leonard, coordinado por J. Ruiz-Canela, han finalizado un documento marco que se va a enviar a todas las autonomías para su discusión. Dicho documento, tras recibir sugerencias, antes de finalizar el año se pretende aprobar en junta.

Docencia en Pediatría; ya disponen de un documento borrador elaborado por el grupo. Para fortalecer esta línea estamos pendientes de cerrar un acuerdo con la Editorial Ars XXI que conlleva el lanzamiento de una revista llamada FAPap dirigida a residentes y postgrados con contenidos de revisión y prácticos que incorpora la tecnología más avanzada de formación, en este proyecto participan: MÁ. Fernández Cuesta, L. Gutiérrez Sigler, JM. García Puga, F. Hijano Bandera, C. Villazán Pérez y lo coordina B. Domínguez. Esperamos en pocos meses disponer del primer número.

La Comunicación ha sido la actividad en la que más rendimiento hemos obtenido en corto plazo, ver en el anexo la relación de las actividades en los medios de comunicación, entrevistas, etc. Ha sido posible gracias a la contratación de un gabinete de prensa que es financiado a medias con la SEPEAP, lo ha coordinado por la AEPap JL. Montón. Se han desarrollado también un boletín electrónico dirigido a pediatras desde la web (J. Cuervo) y se ha potenciado el boletín dentro de la Revista Pediatría de Atención Primaria (RJ. Sánchez Polaina).

En los próximos meses esperamos lanzar un boletín electrónico dirigido a padres que se llamará: FAMIPED (familia, pediatras y adolescentes en la red). Dentro de ese grupo de trabajo están trabajando: A. Martínez Rubio, B. Herranz, M. de Aranzabal, J. Cuervo, ML. Arroba, S. Rosales, JL. Montón, J. Bras, E. Serrano y el coordinador A. Jiménez Cortes. La periodicidad inicial será trimestral y más tarde se podría aumentar su frecuencia, todos los pediatras y padres interesados pueden suscribirse.

Los grupos de cartera de servicios y revisión sistemática (este último lo hemos dotado económicamente para su realización a partir de la fundación), están en fase de análisis de la documentación.

Desarrollo de la AEPap

Se ha incorporado y esperamos la ratificación de su federación por la Asamblea una nueva asociación que es "la Asociación Canaria de Pediatría de Atención Primaria". También se ha constituido un grupo impulsor en Baleares.

Se han creado nuevos grupos de trabajo: investigación, Pediatría del desarrollo y trastornos del sueño. Los restantes mantienen en general una buena actividad como reflejan sus memorias.

Otras actividades

- Reuniones Ministerio de Salud y Consumo.
- Participación en la elaboración de los indicadores de la Estrategia AP21.
- Elaboración de la estrategia para enfermedades raras (J.J. Morell).
- Participación (MJ. Esparza) en el grupo accidentes del Ministerio de Sanidad. A la reunión en diciembre acudió M. Duelo.
- Participación en la Conferencia Internacional Gráfica de OMS de J. Galbe (29 de abril) por apoyo a la Pediatría social.
- Participación en el documento de consenso de enfermedad celiaca de ML. Arroba (31 de enero).
- Firma con GuíaSalud convenio de colaboración para actividades de formación del grupo Pediatría Basada en la Evidencia.
- Elaboración de la Estrategia de Salud Mental Infantil (J. Galbe).
- Plataforma "10 minutos". Participación en las Jornadas Nacionales de la Plataforma 10 Minutos, 16 y 17 de noviembre de 2007.
- Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Reunión conjunta y firma de acuerdo para un gabinete de prensa común (13 de diciembre).
- Relaciones con otras instituciones: Fundación Irene Mejías contra la Meningitis.
- Participación en el Grupo Impulsor que tiene como objetivo la elaboración del proyec-

to del Grupo Español de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad por J. Soriano.

- En último lugar, hay que destacar que se han gestionado y facilitado más de 30 entrevistas en diversos medios de comunicación escritos y audiovisuales con múltiples compañeros de los distintos grupos de trabajo y asociaciones federadas en AEPap.

4. Informe de Secretaría

En primer lugar presentó la actual estructura de la Junta Directiva de AEPap, con las últimas incorporaciones de miembros de las diferentes federa-

das, así como la de los grupos de trabajo. Esta estructura puedes verla detenidamente en las primeras páginas de esta revista.

En la tabla 1 se puede observar la evolución de socios desde la creación de AEPap, donde puede constatarse la evolución siempre ascendente. En esta tabla no figuran todavía los miembros de AEPap Canarias).

Por último, en la tabla 2 se puede observar la evolución de las distintas asociaciones federadas en los últimos tres años.

El resto de informes de miembros del comité ejecutivo, grupos de trabajo y asociaciones federadas se encuentra a disposición del asociado que lo solicite.

Tabla I. Evolución del número de socios de AEPap

Año	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de asociados	711	970	1.315	1.659	2.092	2.163	2.431

Tabla II. Evolución del número de socios en las distintas asociaciones

Asociación	2006	2007	2008
Andalucía	423	434	479
Aragón	83	96	97
Asturias	107	107	105
Castilla-La Mancha	-	43	59
Castilla y León	141	167	174
Cataluña	302	221	220
C. Valenciana	87	114	118
Extremadura	109	112	121
Galicia	112	144	156
La Rioja	33	35	35
Madrid	317	331	410
Murcia	75	81	87
Navarra	87	99	79