

PROPUESTA DE CREACIÓN DE LA RED DE VIGILANCIA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (PAPenRED)

JUSTIFICACIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Salud Pública como “los esfuerzos organizados de una sociedad para la prevención, control y atención de los problemas de salud y para promover una vida saludable”. La Salud Pública es una función de Estado que involucra a los gobiernos y a la sociedad civil, vinculada a la responsabilidad social de atender a la salud desde la perspectiva del interés colectivo de las poblaciones y como bien público. La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, en el artículo 12 define la vigilancia como “el conjunto de actividades destinadas a recoger, analizar, interpretar y difundir información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de fundamentar las actuaciones de salud pública”. Además, y sin perjuicio de las competencias que correspondan a otras autoridades, la vigilancia en salud pública requiere contar con unos sistemas de alerta precoz y respuesta rápida para la detección y evaluación de incidentes, riesgos, síndromes, enfermedades y otras situaciones que pueden suponer una amenaza para la salud de la población.

Por otra parte, el progreso de los nuevos conceptos que caracterizan a la moderna atención primaria nos está permitiendo avanzar en la implantación de actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de sus equipos multidisciplinarios y alcanzando un nivel de prioridad cada vez mayor, hasta convertirse en el elemento de transformación del cambio que se está llevando a cabo en muchos países entre ellos España. Pero, el avance debe ser más rápido y los esfuerzos para posibilitar la integración sistematizada de las actividades preventivas y de promoción de la salud, mayores.

La AP de Salud. Marco Territorial

La Constitución Española de 1978 dio un paso clave en el camino de la mejora de la salud de la población al reconocer en su artículo 43 el derecho a su protección, encomendando para ello a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En su artículo 51, estableció la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo,

mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses económicos de los mismos.

El derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución se interpretó usualmente como derecho a recibir cuidados sanitarios frente a la enfermedad. Por ello, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, estableció como uno de los principios generales en su artículo tres, que el sistema sanitario se orientase prioritariamente hacia la prevención y la promoción de la salud. La declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) señala que la Atención Primaria es la base para alcanzar un nivel adecuado de salud para toda la población y recomienda la aplicación de programas de salud coherentes con la planificación sanitaria de los respectivos países, como instrumento para alcanzar este objetivo global. Por ello el sistema sanitario español y fundamentalmente el nivel de Atención Primaria está inmerso en un proceso de reforma iniciado a partir del año 1984. El Real Decreto (RD) 137/1984 sobre estructuras básicas de salud y la Ley General de Sanidad de 1986 consolidan el “nuevo modelo de la atención primaria” caracterizada por la existencia de una demarcación geográfica y poblacional (Zona de Salud); la estructura física y funcional para la asistencia: el Centro de Salud y el equipo responsable de la atención en el que se incluye a los pediatras. La actividad fundamental del médico y de los demás profesionales que trabajan en la asistencia ambulatoria está orientada a la atención curativa o reparadora de las personas enfermas que acuden a las consultas en demanda de solución a sus problemas de salud. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. El pilar organizativo de la AP es el trabajo en equipos multidisciplinarios: “estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las funciones y actividades de la APS en el seno de una comunidad determinada”.

La infancia y el pediatra

La infancia es percibida con frecuencia como un grupo de población con escasas necesidades y problemas de salud, que precisa poca atención y recursos, lo que la hace casi invisible en la planificación de servicios.

En general, no se tiene en cuenta que se trata de un período de desarrollo muy vulnerable tanto desde el punto de vista físico como psicosocial, y que responde positivamente a factores protectores, siendo preciso abordar la infancia como una etapa de la vida con necesidades y problemas de salud específicos.

En las últimas décadas los avances tecnológicos y biofarmacológicos están permitiendo que enfermedades antes mortales se cronifiquen e incluso curen. Se ha producido un incremento de la supervivencia neonatal y de enfermedades graves de manera que los problemas crónicos han pasado a ocupar la primera línea de actuación.

La movilidad geográfica de la población, la inmigración, el creciente envejecimiento de la población, el aumento de familias monoparentales, el debilitamiento de las redes familiares, el consumismo y el modo de vida sedentario, favorecen la aparición de nuevas enfermedades o de antiguas que estaban erradicadas, lo que confiere una mayor complejidad en el primer nivel de atención para poder satisfacer una atención sanitaria que ha de ser cada vez más efectiva y de calidad, y motiva nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud

En la actualidad en nuestro país, el Pediatra de Atención Primaria (PAP) es el primer contacto de los niños y adolescentes con el sistema sanitario, siendo además, un especialista altamente resolutivo que da solución a más del 90 % de las demandas de salud de esta población, supervisa su crecimiento y desarrollo y participa en todas las actividades de prevención, promoción y educación para la salud dentro de los Equipos de Atención Primaria. El desarrollo de la atención primaria pediátrica en España, ha permitido seguramente que el único sector que ha disminuido el perfil de gasto sanitario entre 1998 y 2008 en atención primaria y especializada sin ingreso haya sido el de la población entre 0 y 9 años (Blanco Moreno 2013)

El PAP no es sólo la puerta de entrada al sistema sanitario, es también responsable de la atención sanitaria de la población asignada, coordinando los recursos necesarios y asesorando a los niños y sus familias en sus problemas de salud y en su itinerario de atención por el sistema sanitario, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Muchas de las actuaciones, cada vez más, están basadas en la educación sanitaria, en el cambio o modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de los saludables, siendo su eje fundamental la comunicación.

La pediatría de AP proporciona una asistencia sanitaria próxima a los niños y sus familias, teniendo en cuenta las características de su entorno, partiendo de una visión global de la medicina en la que el objeto fundamental no es la enfermedad sino la población infantil en todas sus etapas.

De especial relevancia en pediatría de AP son las actividades de prevención y promoción englobadas en el Programa de Salud Infantil (AEPap 2009) y en el Manual de Actividades Preventivas del Grupo PREVINFAD de la AEPap (Grupo Previnfad AEPap 2011).

Los Programas de Salud

Por programa se entiende un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizadas simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios, y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados, en relación con problemas de salud precisos y para una población definida (Pinault, 1992).

Tipos de Programas de Salud:

- 1.Los programas de promoción de la salud y de prevención en relación con un aspecto de salud (ej. Salud Mental, Accidentes).
- 2.Los programas que conciernen un medio particular (ej. Escolar, Laboral ...).
- 3.Los programas que se dirigen a poblaciones objeto (ej. Adolescentes, Adultos ...).

En los 25 años de programas de salud dirigidos a la infancia hemos vivido un crecimiento continuo y desigual de las intervenciones preventivas, tanto en número como en contenidos. A veces, con un excesivo número de intervenciones y actividades categorizadas con el mismo grado de importancia o incertidumbre sobre el nivel de eficacia o impacto en la salud infantil.

Fuentes de datos nacionales e internacionales en salud

La situación hasta ahora expuesta hace patente la necesidad de herramientas para el seguimiento y monitorización de distintas características relacionadas con la salud. En la actualidad, las principales fuentes de información sobre la salud de las poblaciones están constituidas por estadísticas tales como datos de enfermedades de

declaración obligatoria, mortalidad, registros hospitalarios (CMBD), <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm> o registros específicos, como por ejemplo los registros de cáncer existentes en algunas provincias o comunidades autónomas.

Existen muchos procesos o enfermedades que, sea por su baja mortalidad o porque habitualmente no requieren asistencia hospitalaria, quedan fuera de algunas de dichas fuentes, pese a que pueden tener un gran impacto sobre la población por lo que se necesita información complementaria de base poblacional sobre la salud

En España, además de los datos de mortalidad existen datos extraídos de las redes de vigilancia epidemiológica de las diferentes CCAA que en general recogen datos de la gripe <http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do> y enfermedades de declaración obligatoria y que de forma específica algunas de ellas estudian otras patologías o hábitos de salud.

Otras fuentes de información son La Encuesta Nacional de Salud <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm> y el Observatorio de la Infancia <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/> cuyo propósito es el trabajo en red desde una perspectiva de colaboración y coordinación intersectorial de todas las instituciones públicas y privadas, destinadas a la defensa y promoción de los derechos de la infancia

El Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) <http://www.msssi.gob.es/ConsultaSIAP/inicio.do?metodo=cargarPaginaInicio> recoge datos fundamentalmente cuantitativos. A partir de este informe conocemos que el 90% de población con Tarjeta Sanitaria Individual acude a las consultas de pediatría del sistema público de salud, y recoge así mismo datos acerca de frecuentaciones, coberturas vacunales y escasos datos clínicos pediátricos prácticamente circunscritos al registro de altas hospitalarias por diagnóstico de asma.

El proyecto BIFAP (<http://www.bifap.org/>, Base de datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria), es un proyecto estratégico de la AEMPS en colaboración con 10 CCAA. En la actualidad dispone de información anonimizada de 3.435.406 pacientes pertenecientes a 1245 médicos colaboradores activos (1032 Médicos Generales y 213 Pediatras) de toda España. Es el único proyecto de ámbito español del que a partir de los registros diarios de las consultas podría extraer datos de morbilidad (codificación diagnóstica CIAP). Su limitación más

importantes es que registra los datos del programa informático OMI AP instalado tan solo en algunas CCAA.

Aunque la gran mayoría de la AP está en la actualidad informatizada, la estructura actual de funcionamiento de las diferentes CCAA hace casi imposible compartir los datos registrados

A nivel internacional desde el punto de vista pediátrico cabe destacar la existencia de La Red Internacional de Unidades de Vigilancia pediátricos (INoPSU) <http://www.inopsu.com/>. Se trata de una organización colaborativa, fundada en 1998, y que actualmente reúne a 12 países diferentes con un objetivo común: llevar a cabo la vigilancia de las patologías poco frecuentes, con incidencia < 1000 casos pero de consecuencias. Los miembros de las unidades abarcan todo el mundo, desde Canadá hasta Nueva Zelanda. Con el mismo fin fue creado en 1996 el PCSP Programme canadien de surveillance pediatrique <http://www.pcsp.cps.ca/>

La vigilancia epidemiológica

Estrictamente, vigilancia quiere decir mirar. Y así, un sistema de vigilancia es un sistema de recogida, proceso, análisis y presentación de los resultados de la frecuencia y distribución de un proceso patológico específico. Para que tenga éxito, un sistema de vigilancia debe desarrollar definiciones estandarizadas, aceptadas y conocidas por todo el equipo y ser efectivo (CDC 1997).

1. La información debe recogerse de forma sistemática. La vigilancia de los problemas prioritarios debe ser permanente a lo largo del tiempo.
2. La información ha de ser específica y selectiva. Tan solo debe recogerse aquella que sea útil. El exceso de información puede ser tan perjudicial como la carencia de la misma.
3. La información recogida debe estar vinculada a actuaciones de prevención y control, en lo que se conoce como información para la acción.
4. La información recogida debe tener como referencia una población. El objeto es conocer lo que está ocurriendo en la población bajo vigilancia.

La Red Centinela

La Red Centinela es un sistema de base poblacional, cuya información básica procede de Atención Primaria, con capacidad de abordar problemas complejos y especializados.

Una Red de médicos centinela se define como un sistema de información orientado a la vigilancia e investigación epidemiológica, basado en la colaboración voluntaria de profesionales sanitarios de Atención Primaria, para el estudio de determinados problemas de salud. La utilidad y versatilidad de estas redes ha sido confirmada en estudios sobre enfermedades agudas y crónicas, y, aunque una de las limitaciones atribuidas ha sido su representatividad, diferentes estudios han validado que la información generada por las redes vigías es una vía factible y poco sesgada de aproximación a los datos. El modo y la periodicidad de la notificación pueden variar según cada red y enfermedad, aunque estos sistemas recogen información de forma continua, en un ámbito regional o nacional.

Ventajas de las redes centinela:

- Los datos proceden directamente de los profesionales de Atención Primaria, que son los que mantienen el contacto más cercano con el paciente.
- Con un diseño adecuado de la red, la información será representativa de la población a la que se refiere.
- En relación con otros sistemas, tales como estudios epidemiológicos ad hoc o encuestas, es de menor coste sobre todo cuando se requieren datos de forma continua; ya que la recogida de datos está integrada en el quehacer diario del profesional, sin que éste tenga que desviarse sustancialmente de sus actividades.
- Esta circunstancia también permite que sin tener que modificar la infraestructura, puesto que se trata del sistema de Atención Primaria, sí pueden modificarse los objetivos de la vigilancia y las enfermedades y procesos que se quieren vigilar, dotando a las redes centinela de gran flexibilidad.
- Además, la información obtenida suele ser de alta calidad, por su procedencia y por el grado de compromiso de los notificadores.

Aspectos pediátricos objeto de vigilancia

Para establecer los aspectos que van a ser objeto de vigilancia, se propone el siguiente proceso:

1. Análisis de situación para identificar las necesidades y problemas. Realizar un diagnóstico de salud.
2. Priorización de los problemas: está basada en la comparabilidad de los problemas detectados tras la aplicación de una serie de criterios a cada uno de ellos.
3. Valoración del problema o problemas priorizados.

Las fuentes de información

La Cartera de Servicios de AP promovió la utilización habitual de la historia clínica en el primer nivel de atención, así como de los sistemas de registro, incluida la incorporación sucesiva de los procedimientos informáticos de codificación de la atención prestada en AP. El registro actualizado y depurado de las personas incluidas en cada servicio, así como de las actividades clínicas realizadas en cada caso, serán la principal fuente de datos de la red que se complementará con la recogida de formularios diseñados de manera específica según los problemas objeto de vigilancia.

Utilización de indicadores

Se recurrirá a los indicadores más adecuados en relación con el problema priorizado, además de los ya disponibles y ofrecidos en las carteras de servicios y en el Programa de Salud Infantil.

Servicios de atención a la infancia

Se incluyen según el documento Cartera de Servicios de Atención Primaria 2010 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap>):

1. Valoración del estado nutricional, del desarrollo pondo-estatural y del desarrollo psicomotor.
2. Prevención de la muerte súbita infantil.
3. Consejos generales sobre desarrollo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables.

4. Educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles.
5. Orientación anticipada para la prevención y detección de los problemas de sueño y de esfínteres.
6. Detección de los problemas de salud, con presentación de inicio en las distintas edades, que puedan beneficiarse de una detección temprana en coordinación con atención especializada, a través de las actividades encaminadas a la:
 - Detección precoz de metabolopatías.
 - Detección de hipoacusia, displasia de articulación de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal, obesidad, trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
 - Detección y seguimiento del niño con discapacidades físicas y psíquicas (trastornos del espectro autista, dificultades específicas del aprendizaje)
 - Detección y seguimiento del niño con patologías crónicas (asma y obesidad con programas específicos en algunas CCAA)
 - Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en la infancia

OBJETIVO GENERAL

De todo lo anterior se deduce la oportunidad de la creación de una red de vigilancia pediátrica de atención primaria en España cuyo objetivo será la vigilancia e investigación epidemiológica en los siguientes aspectos: estudiar las enfermedades transmisibles y no transmisibles susceptibles de vigilancia, los determinantes de los problemas de salud y enfermedad y los factores de riesgo presuntamente condicionantes de ese binomio salud/enfermedad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se pretende establecer la vigilancia de problemas de salud concretos en Atención Primaria. Estos objetivos tendrán más concreción de manera específica para cada uno de los problemas abordados, aplicando o diseñando los indicadores que permitan su evaluación. Como pueden ser muchos y además solo abordar aspectos muy concretos de cada uno de ellos, a grandes rasgos y considerados más bien como objetivos intermedios a desarrollar, describimos los siguientes:

- Incrementar el conocimiento de la morbilidad de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y el estudio de los factores de riesgo de las mismas así como las tendencias epidemiológicas
- Conocer los datos microbiológicos en colaboración con los laboratorios de referencia de la red pública
- Evaluar el abordaje de patologías crónicas
- Servir de sistema de alerta en los procesos de baja prevalencia.
- Contribuir a la evaluación de las medidas, diagnósticas, terapéuticas y de los modos de intervención,
- Promover la participación de Atención Primaria en la investigación epidemiológica,
- Evaluar las actividades preventivas y de promoción de la salud que se llevan a cabo recurriendo fundamentalmente a los criterios de calidad e indicadores

incluidos en el Anexo *Evaluación* del ya mencionado Programa de Salud Infantil.

- Estudiar las actitudes de la población frente a transformaciones socio-sanitarias, cambios de hábitos de vida y comportamientos,
- Fomentar la búsqueda de indicadores que permitan la comparación interregional e internacional.
- Posibilitar una rápida información en situaciones de urgencia.

Actividades

- Captación y registro de casos
- Llenado de formulario
- Toma de muestras y envío de resultados de pruebas complementarias cuando proceda según protocolo
- Análisis y divulgación de la información
- Monitorización del proceso, supervisión y evaluación

METODOLOGÍA

Población y muestra

El muestreo recomendado es un muestreo por conglomerados (cluster) por estratos. La selección de estratos se hará atendiendo a las especiales características sociodemográficas y sanitarias de la región. Es necesaria una estratificación por medio rural/urbano.

En 2011 la población de 0 a 14 años en España era de 7.081.925 (3.646.614 mujeres, 3.435.311 hombres). En los centros asistenciales públicos dedicados a la AP trabajan 6.215 pediatras de AP. En función de estos datos, considerando las diecisiete CCAA de España, la muestra se distribuye entre CCAA, asignando una parte uniforme en función del número de pediatras.

Para la base del cálculo se considera el número de pediatras de Atención Primaria en plazas públicas de todas las CCAA. El estrato base se considera la CCAA que menos pediatras tiene (La Rioja), en la que debe haber al menos un pediatra. A partir de este dato se calcula el porcentaje de pediatras que deberían formar parte del estudio en cada CCAA (Tabla 1) resultando un total de 304 pediatras; cada uno de ellos tiene una

media aproximada de 900 tarjetas sanitarias asignadas (ratio 1/900) por lo que el total de la población teórica incluida en el estudio sería de 273.600 niños lo que supone el 3,86% del total de la población menor de 14 años. Cumpliendo los requisitos de población mínima cubierta (>1%) teniendo en cuenta las variables edad sexo y grado de urbanización se establece la distribución reflejada en la Tabla 1. Según la proporción de plazas de pediatría rural existentes en cada CCAA se establece la proporción de centinelas en ese ámbito en cada comunidad.

Tabla 1: Pediatras participantes en la Red

CCAA	TOTAL DE PEDIATRAS PARTICIPANTES	% DE PEDIATRAS DE ÁREA RURAL	TOTAL DE PEDIATRAS DEL ÁREA RURAL
Andalucía	56	23%	13
Aragón	8	36%	3
Canarias	14	24%	3
Cantabria	3	35%	1
Castilla La Mancha	12	34%	4
Castilla y León	11	29%	3
Cataluña	53	16%	8
Comunidad Valenciana	37	12%	4
Euskadi	16	11%	2
Extremadura	6	33%	2
Galicia	15	32%	4-5
Islas Baleares	6	30%	1-2
La Rioja	1		
Madrid	42	13%	5
Murcia	12	18%	2
Navarra	6	28%	2
Principado de Asturias	6	29%	1-2
TOTAL	304		48-51

El pediatra de AP como “Centinela”

Sobre los pediatras de AP colaboradores recae la responsabilidad de la recogida de los datos, de su transmisión, y de realizar las sugerencias necesarias en la evaluación del proceso para mejorar la calidad de la red.

No obstante, y dada la implicación del personal de enfermería de pediatría en la atención primaria a los niños, la red puede quedar abierta a establecer vigilancia sobre aspectos en los que más involucrado esté el colectivo, siendo utilizada la estructura de la red por parte de los profesionales de enfermería que atiendan a los “cupos” de los pediatras colaboradores. Como situación ideal, además de que el pediatra Centinela sea el responsable de la colaboración con la Red, al personal de enfermería que atienda a ese cupo de pacientes se le invitaría a ser partícipe también en la estructura de la red. Colaborando en la recogida y sugiriendo posibles investigaciones y/o explotación de resultados.

Recogida de datos

La Red tendrá su propia página web y por tanto el trabajo se realizará on-line, introduciendo los datos requeridos sobre problemas y pacientes concretos en fichas o encuestas específicas a disposición de los pediatras colaboradores.

Para cada “vigilancia” se diseñará un formulario específico que garantizará el anonimato de los datos y se creará una base de datos, desde la que posteriormente se explotarán éstos.

Para garantizar que la identidad de los pacientes quede protegida, se codificará cada registro mediante código numérico que únicamente conozca el pediatra centinela, para que le permita localizar al paciente cuyos datos se han enviado por si se precisasen ampliaciones posteriores de datos o estudios de seguimiento. En ningún caso en la explotación y posterior publicación o comunicación de resultados será posible identificar a pacientes concretos.

Análisis y difusión de resultados

Tras el pertinente análisis estadístico de los datos, los resultados se incluirán en un informe que se publicará y ubicará en la página web o, en su caso, será origen de alguna publicación científica.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

1. Equipo Coordinador

- César García Vera (pediatra de atención primaria, Zaragoza)
- Guadalupe del Castillo Aguas (pediatra de atención primaria, Málaga)
- Begoña Dominguez Aurrecoechea (pediatra de atención primaria, Oviedo)
- María Jesús Esparza Olcina (pediatra de atención primaria, Madrid)
- Alfonsa Lora Espinosa (pediatra de atención primaria, Málaga)
- José María Mengual Gil (pediatra de atención primaria, Zaragoza)

2. Comité Técnico

Al equipo coordinador se les añadirá:

- Un especialista en salud pública y epidemiología.
- Un técnico en informática (especialista en páginas web interactivas de temática médica).
- Un representante de cada CCAA (a designar por la Junta de AEPap y que será centinela y coordinará a los pediatras centinelas de esa comunidad).

Funciones equipo coordinador

Será competencia y responsabilidad del equipo coordinador la puesta en marcha de la red, las decisiones respecto al diseño y estrategias de la red, la portavocía de la red y la elaboración definitiva de los informes y publicación de los resultados. Deberán elaborar una memoria anual sobre sus actividades que presentarán a la AEPap

Podrán incluirse en el grupo temporalmente las personas que el comité decida y que fuese preciso para el abordaje de estrategias específicas .

Por pertenecer dos de los coordinadores sobre los que recaerá la gestión del proyecto a la Comunidad Autónoma de Aragón, será en ésta donde se presentará al Comité de Ética para Aprobación.

Funciones comité técnico

Será competencia del comité técnico la coordinación directa con los miembros de la red, la información directa, la resolución de problemas y la propuesta de nuevos centinelas si se produjesen bajas por cualquier motivo.

Elevarán propuestas de mejora al equipo coordinador.

3. Coordinación- Colaboración con:

Desde su origen, PAPenRED se pondrá en disposición de colaboración con otras redes centinelas de ámbito autonómico, nacional e internacional, ofreciendo sus posibilidades de recogida y seguimiento de datos.

Además, se pondrá en conocimiento del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como de las diferentes consejerías o departamentos de sanidad de las diferentes CCAA, el inicio del funcionamiento de la red y sus objetivos, por si fuera de utilidad una colaboración futura.

FINANCIACIÓN

La red necesitará fundamentalmente apoyo técnico (informático) para la recogida de datos y su procesamiento posterior. La Asociación Española de Pediatría d Atención Primaria a través de su fundación (Fundación Pediatría y Salud) dará soporte financiero a los gastos derivados del mantenimiento de una página web específica de la red y del diseño de encuestas y formularios en dicha web. Como cualquier red centinela, se plantea la colaboración altruista de los centinelas, por lo que salvo los técnicos de informática no se plantean pagos a personas ni de la red de colaboradores ni del equipo coordinador.

DOCUMENTOS anexos

- Carta de constitución/información/invitación a participar.
- Ficha de adhesión, con características del lugar de Trabajo

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de salud infantil. Exlibris Ediciones. Madrid 2009.
- Grupo Previnfad AEPap. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Editorial Ex Libris. 2ª Edición, Madrid 2011.
- Blanco Moreno Á, Urbanos Garrido R, Thuissard Vasallo IJ. Real per capita health spending by age and sex in Spain (1998-2008): changes and effects on public healthcare expenditure projections. Gac Sanit. 2013;27:220-5.
- Pinault R y Daveluy C. La Planificación Sanitaria. Edit. Masson, S.A. Barcelona 1992.
- Centre for Diseases Control and Prevention. Updated guidelines for evaluation public health surveillance systems; recommendations from the CDC guidelines working group. MMWR 2001; 50(No. RR-13):1-35.
- AbouZahr C, Boerma T. “Health Information Systems: the Foundations of Public Health”. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, nº 83. 2005.
- Observatorio de la Infancia. Ministerior de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/home.htm>
- Sistema de Información de Atención Primaria [en línea]. Disponible en <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/>
- Vega AT,Zurriaga O, Galmés A, Lozano JE, Paísán L, Gil M, et al. Guía de principios y métodos de las Redes Centinelas Sanitarias en España. Gac Sanit. 2006;20(Supl 3):52-60.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Long-term surveillance strategy 2014–2020. Stockholm: ECDC; 2013.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- El Real Decreto (RD) 137/1984 de 11 de Enero, sobre estructuras básicas de salud <http://www.boe.es/boe/dias/1984/02/01/pdfs/A02627-02629.pdf>

ANEXO I

INVITACIÓN COLABORADORES PAP.en.Red y Proyecto: ACCIDENTES EN LA POBLACIÓN INFANTIL ESPAÑOLA ¿EN QUE SITUACIÓN NOS ENCONTRAMOS?

Estimado/a compañero/a:

Conscientes de que desde nuestra posición como pediatras de atención primaria, somos el acceso principal al conocimiento de la mayoría de problemas relacionados con la salud que afectan a los niños en nuestro país, hemos iniciado el proyecto PAP.en.Red al que gustosamente te invitamos a colaborar.

Tenemos que conseguir que colaboren 304 pediatras de atención primaria de toda España y con estabilidad en el puesto, con los objetivos a cubrir propios de las redes de vigilancia epidemiológica (sistema de información orientado a la vigilancia e investigación epidemiológica basado en la colaboración voluntaria de profesionales sanitarios, para el estudio de determinados problemas relacionados con la salud). La muestra es lo suficientemente amplia y variada como para ser representativa de la población pediátrica española.

Te solicitamos que aceptes colaborar en esta red que nace con la intención de servir de referencia para el conocimiento de diferentes aspectos epidemiológicos en relación con problemas de salud de la población pediátrica española. Puedes consultar el documento “Proyecto PAP.en.RED” en <http://bit.ly/1aRi2GS>

Por la dificultad que supone que las CCAA tengan diferente software de Historia Clínica Informatizada, ante cada problema que se decida estudiar e investigar se crearán registros específicos que, a partir de los datos recabados en la consulta se traspasarán al pool común de datos en una web específica creada para tal efecto. El tiempo que se dedica a recoger e introducir estos datos es el que te pedimos dediques a la red.

Como es habitual en este tipo de redes “centinela”, no está establecido ningún tipo de remuneración económica, por lo que el rédito a obtener será el científico, incluido, como no, la posibilidad de explotar los datos que irás viendo que se recogen según las iniciativas que puedas aportar. El objetivo final de la red es el mejor conocimiento y difusión de los aspectos epidemiológicos que afectan a muchos problemas de salud infantiles y nos gustaría que aceptases el papel de pediatra colaborador que te proponemos.

La red echa a andar con una recogida de datos sobre accidentes infantiles promovida por el grupo de investigación de AEPap y la fundación MAPFRE; os aportamos un resumen de este proyecto cuyo título es **Accidentes en la infancia: ¿en qué situación nos encontramos?:**

- Se ha diseñado un estudio observacional transversal, descriptivo y analítico, cuyo objetivo es conocer los datos sociodemográficos, y hábitos de la población en relación con la prevención de accidentes infantiles y la repercusión de los mismos sobre la salud de la

población infantil, con el objetivo de identificar las intervenciones preventivas más adecuadas.

- **La población** a estudio serán niños entre los 0 y 14 años que acuden a las consultas de pediatría de atención primaria, en cualquier área de salud del territorio nacional.
- **Pediatras colaboradores:** Van a participar 304 pediatras, cada uno, tendrá que pasar un cuestionario a 10 familias (padre, madre o tutor) de niños que hubieran tenido algún accidente infantil (excluidos los de tráfico) en el último año. En total cada pediatra realizará 10 cuestionarios.
- **Cuestionario;**
 - El **cuestionario** se cumplimentará en un formulario específico con acceso on-line o, si no fuera posible, rellenándolo en formato de Word y haciéndolo llegar por correo electrónico a investigacion.aepap@gmail.com .
 - El tiempo en realizar cada cuestionario es entre 8 y 10 minutos
 - La muestra se recogerá durante un mes, seleccionando un día de la semana (ejemplo: preguntar a todo los niños de la consulta del miércoles si han tenido algún accidente en el último año...)
 - El cuestionario recoge datos sociodemográficos familiares, edad, sexo, accidente (tipo, lugar, asistencia que precisó..., hábitos preventivos...)

Para formalizar tu colaboración en la Red y en el proyecto Accidentes en la infancia puedes rellenar tus datos en la encuesta dispuesta en la siguiente dirección <http://bit.ly/1a0wkKn> o enviar vía mail el formulario adjunto (“documento de inscripción PAP.en.RED”) a la dirección: investigacion.aepap@gmail.com En el momento en que aceptes la invitación recibirás información más concreta.

Muchas gracias por tu confianza y colaboración

El equipo coordinador del proyecto PAP.en. Red:

César García Vera; Begoña Dominguez Aurrecoechea; José María Mengual Gil; Alfonsa Lora Espinosa; Ana Martínez Rubio; Guadalupe del Castillo; M^a Jesús Esparza Olcina.

El equipo coordinador del proyecto: ACCIDENTES EN LA INFANCIA: ¿EN QUÉ SITUACIÓN NOS ENCONTRAMOS? :

Guadalupe del Castillo; Begoña Dominguez Aurrecoechea; M^a Jesús Esparza Olcina; Ana Martínez Rubio; Olga Pérez González.

Octubre 2013