



INFORME DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ASTURIANA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AAPAP)

PERIODO 2016-2017

Estimadas compañeras y compañeros:

Hemos participado, con especial protagonismo por ser los coordinadores, en la Jornada de Atención Primaria 2017, también habíamos coordinado la misma en el año 2.016. Se hicieron diversas reivindicaciones centradas en una atención sanitaria de calidad y con la máxima seguridad. Para ello reivindicamos la necesidad de desburocratizar las agendas y sustituir de forma adecuada las ausencias. Se realizó un comunicado de prensa y se hicieron declaraciones para los medios de comunicación del Principado con resultados bastante satisfactorios.

Durante el presente año hemos mantenido reuniones institucionales con el Director Gerente del Servicio de Salud y con el Consejero de Sanidad para presentarles el VI Congreso, XVI Reunión anual. Fuimos recibidos por el alcalde de Oviedo y la Concejala de sanidad con el fin de informarles del VI Congreso y agradecerles el apoyo que nos están prestando en los últimos años y que contribuye de forma tan importante a nuestra independencia. Ofrecimos nuestra colaboración para la mejora de los indicadores de salud infantil del concejo.

Actividades formativas:

V Congreso –XV Reunión Anual.

Se celebró los días 7 y 8 de abril de 2.016. Sigue siendo la principal actividad formativa de la Asociación. Recibió el reconocimiento de Interés Sanitario por la Consejería de Salud, y la validación por la Comisión correspondiente de la Asociación Española de Pediatría.

Participantes: fundamentalmente dirigida a Pediatras de Atención Primaria, y a Enfermería de Pediatría de Atención Primaria, también se incorporaron Médicos de Familia que sustituyen a Pediatras. Hubo una importante participación de los MIR de Pediatría de nuestra Comunidad autónoma.

Todas las actividades obtuvieron una calificación muy alta: notable-alto/sobresaliente y los comentarios que se recogieron fueron altamente satisfactorios.

Resultados científicos:

Cuidados centrados en el desarrollo.

Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso, Dra. Juliana Acuña Muga.

Servicio de Neonatología. Hospital “12 de octubre”. Madrid.

1. Los Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD) aplicados a los recién nacidos ingresados en una unidad neonatal son una serie de intervenciones médicas y de enfermería dirigidas a disminuir el estrés y el sufrimiento del niño, a favorecer su desarrollo neurológico y emocional y a facilitar la integración de los miembros de la familia como cuidadores del niño.
2. Para su aplicación se han seguido diferentes abordajes: control de los factores ambientales que se sabe que son causa de desorganización del comportamiento de los niños prematuros, por ejemplo la luz y el ruido; por otro lado se ha prestado atención a los momentos más adecuados para proporcionar los cuidados, a técnicas específicas de apoyo del comportamiento como la succión no nutritiva y a todo lo relacionado con la contención motora y a la prevención activa del dolor con medidas no farmacológicas. También es tarea prioritaria la integración de los padres como miembros activos del equipo de cuidadores y la implantación rutinaria del cuidado madre/padre canguro
3. Tanto el cuidado canguro como el cuidado NIDCAP (NIDCAP (Neonatal Individualised Developmental Care and Assessment Programme).) de forma global se han identificado como actividades que acortan la estancia de los recién nacidos prematuros con peso menor de 1500g y menor de 32 semanas de EG.
4. La implicación de los padres en el cuidado de su hijo acorta la estancia hospitalaria. Las políticas de puertas abiertas y la actitud de apoyo de los profesionales en las unidades neonatales son fundamentales para ayudar a los padres a sobrellevar el sufrimiento y los sentimientos de alienación que tienen después del nacimiento de su hijo prematuro. Según una encuesta realizada en España en el año 2012 el 80% de las unidades neonatales de mayor complejidad permiten la entrada libre de los padres.
5. La exposición temprana repetida y prolongada al dolor puede contribuir a alteraciones en el desarrollo cognitivo, del aprendizaje y el crecimiento. El tratamiento insuficiente del dolor conlleva un aumento de la morbilidad. La prevención y tratamiento del dolor debería considerarse como un derecho humano esencial de los recién nacidos.
6. Las medidas no farmacológicas más importantes son: el uso de sacarosa al 20%, la succión no nutritiva, el amamantamiento durante el procedimiento, el MMC y la contención del niño manteniéndole en posición de flexión y con los miembros próximos al tronco y hacia la línea media.
7. Las prácticas de las unidades neonatales influyen de forma determinante en la frecuencia de inicio de la lactancia y en su duración, por tanto, la implantación de prácticas bien fundamentadas que

promuevan la lactancia materna debería ser una prioridad en las unidades neonatales.

8. El programa NIDCAP adapta el cuidado del niño prematuro a sus necesidades y capacidades individuales e incorpora a la familia como parte esencial en los cuidados, partiendo de la observación del comportamiento de cada niño en particular.

Patología respiratoria en Atención Primaria

Dra. Leticia Alcántara Canabal.

CS Paulino Prieto. Oviedo.

Dr. José Ramón Gutiérrez Martínez.

Unidad de Neumología. AGC Pediatría, HUCA. Oviedo.

Dra. Águeda García Merino.

CS Vallobín-La Florida. Oviedo.

1. Es por estos motivos (elevada prevalencia, variabilidad en la práctica clínica y enorme impacto en el consumo de recursos sanitarios), que el pediatra de Atención Primaria debe estar al tanto de los avances y temas controvertidos dentro de la patología respiratoria de los niños, así como actualizar sus conocimientos en relación con los protocolos de actuación para el manejo de estas enfermedades lo que le permitirá ejercer su labor asistencial con mayor seguridad.

2. Si tiene afectación del estado general, no come adecuadamente, vomita, presenta letargia o irritabilidad, taquipnea >60 /minuto, marcado tiraje respiratorio, hipoventilación, mala coloración o apneas, escala clínica ≥ 8 , Sat O₂ $< 92\%$, derivar al hospital

3. La neumonía es un reto para el pediatra, que debe sospechar y diagnosticar la infección a través de una anamnesis y exploración adecuadas, solicitar solo los exámenes complementarios precisos, hacer un seguimiento estrecho del proceso, individualizar el tratamiento, enseñar a las familias a identificar los síntomas de alarma, detectar los factores de riesgo, la gravedad y las complicaciones de forma precoz y hacer un uso prudente y ajustado a las recomendaciones de los antibióticos.

4. Desde finales del pasado siglo, junto al descenso global de NAC se detectó un aumento de los casos complicados con derrame pleural y formas necrosantes, con aumento de la incidencia en los mayores de 2 años, causadas por serotipos de neumococo y Staphylococcus aureus (S. Aureus), que ha sido atribuido a las resistencias bacterianas derivadas del uso inadecuado de los antibióticos y al desplazamiento

de las cepas colonizadoras de la nasofaringe por la introducción de la vacuna antineumocócica heptavalente, en la que no estaban incluidos algunos de los principales serotipos causantes de enfermedad neumocócica invasiva

5. Un reciente estudio realizado en consultas de atención primaria de Asturias sobre enfermedad infecciosa y consumo de recursos sanitarios en menores de 2 años que acuden a guarderías (9) encuentra que el porcentaje de niños menores de 24 meses que presentan alguna neumonía es del 3,4% entre los que no acuden frente al 8% de los que si acuden a guarderías, siendo la NAC el proceso infeccioso con un mayor incremento del riesgo (131%)

6. Con las pruebas actuales la ecografía se considera un estudio alternativo en la NAC. Tiene ventajas: evita la radiación, es sencilla, presenta un buen rendimiento en niños por su sensibilidad (96%) y especificidad (93%) y también algunas limitaciones: no detecta algunas NAC profundas o poco accesibles a la sonda y requiere un ecografista experto para poder sustituir al estudio radiológico (14). En el futuro, es previsible el uso de ecógrafos portátiles como método de apoyo al diagnóstico en AP.

7. Es previsible, que como ha ocurrido en otros países (12) la reciente incorporación de la vacuna antineumococica tridecavalente en el calendario sistemático de los lactantes produzca un descenso importante de la incidencia de NAC y de las formas complicadas con derrame pleural.

8. En el Principado de Asturias durante el año 2011 se observa esta misma situación con registro de prescripciones de mucolíticos, fundamentalmente mediante el consumo de acetilcisteína; antitusígenos con predominio del uso de la cloperastina y simpaticomiméticos. Al analizar las prescripciones teniendo en cuenta el diagnóstico vemos como éstas se realizan en aquellos casos de IRA (R74) con un rango de edad mayoritariamente entre 2-6 años, aunque se ha registrado el uso de antitusígenos y simpaticomiméticos en menores de 2 años.

9. Remedios “tradicionales”: son avalados por la OMS como una alternativa válida frente al arsenal terapéutico de fármacos anticatarrales. En este grupo se incluyen medidas como la ingesta de líquidos calientes o el uso de la miel en diferentes combinaciones. Recientemente, un ensayo clínico halló que la miel fue superior al placebo en el alivio de la tos en niños sin patología de base, por lo que su uso sería razonable en niños mayores, nunca en menores de 1 año por su asociación con el botulismo

Asma de difícil control ¿Cuándo derivar a la consulta de Neumología pediátrica?

1. La evaluación del control actual del asma se basa en los síntomas, la limitación de las actividades y el uso de medicación de rescate.

2. En los últimos años ha cambiado el concepto de control del asma. Las guías de práctica clínica se refieren al control actual de los síntomas y al control del riesgo futuro derivado de la enfermedad y el tratamiento utilizado.

3. Los pacientes con asma de difícil control, a pesar de haber sido diagnosticados y tratados correctamente, una vez valoradas las posibles comorbilidades que puedan estar implicadas en un mal control, aquellos que requieren corticoides orales con frecuencia, han requerido hospitalización y los pacientes susceptibles de beneficiarse de tratamiento con omalizumab deben ser derivados a la consulta de Neumología Pediátrica. Los pacientes que tengan un asma alérgica y puedan ser candidatos a la administración de inmunoterapia deberán ser derivados a la consulta de alergia pediátrica.

Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso.

Servicio de Neonatología. Hospital “12 de octubre”. Madrid.

Dr. Javier Soriano Faura.

PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia.

CS Fuensanta, DSHGU. Valencia.

1. Todos los niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso de nacimiento inferior a 1.500 g deberían formar parte de un programa de seguimiento que, de forma ideal, se extendiera hasta la adolescencia.

1. El pediatra de atención primaria debe conocer cómo es el desarrollo habitual de estos niños, las características de su evolución, las variantes que presentan con respecto a la normalidad, los problemas que pueden aparecer más frecuentemente y los signos de alarma que pueden ayudar a identificarlos con precocidad. Casi el 20% de los niños muy prematuros abandonan los programas de seguimiento y estos niños que no acuden a las revisiones tienen peor evolución que los niños que continúan en el programa.

2. Entre un 8 y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la 37ª semana de gestación y justifican el 75 % de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad en la infancia.

3. En Estados Unidos se ha pasado de un 9,5% de nacimientos prematuros en 1981 a un 12,7% en el 2005. En Dinamarca, con una cobertura sanitaria universal y unos estándares de cuidados prenatales óptimos, también se ha puesto de manifiesto este incremento y la proporción de nacimientos prematuros ha aumentado un 22% desde 1995 a 2004

4. Como factores que contribuyen a este aumento en la frecuencia de prematuridad están las técnicas de reproducción asistida en relación con las gestaciones múltiples, pero también se ha observado un aumento de nacimientos prematuros cuando se implanta un solo embrión. Por otro lado, los mejores resultados en cuanto a supervivencia de los niños prematuros han incrementado las indicaciones obstétricas para finalizar la gestación antes del término, ya sea por interés materno o fetal.

5. El aumento de la edad de las madres también conlleva una mayor frecuencia de parto prematuro y ciertas condiciones laborales y situaciones de estrés en la mujer gestante también se han asociado a una mayor frecuencia de prematuridad. Aun considerando todos los

factores anteriormente citados, no se explica totalmente el crecimiento del número de nacimientos prematuros. Asimismo, el nacimiento prematuro se ha asociado con numerosos factores socioeconómicos, incluidos el nivel educativo materno, el empleo y los ingresos. Trabajos recientes muestran cómo la frecuencia de prematuridad es casi el doble en las clases sociales más desfavorecidas, pero, además, tal como se muestra en el estudio realizado en el Reino Unido, no solo la prematuridad de forma global es significativamente más frecuente en las mujeres con menos recursos, sino que también la frecuencia de nacimientos de niños muy prematuros (niños con una edad gestacional menor de 32 semanas) se multiplica por dos en las mujeres en situación de pobreza.

6. Cuando se ha extendido el seguimiento de los niños muy prematuros a lo largo de la edad escolar, se ha mostrado cómo incluso los niños que a los dos años se habían evaluado como niños normales, sin ningún tipo de limitación, presentaban peor rendimiento escolar por dificultades en el aprendizaje, problemas de atención, de coordinación viso-motora, problemas emocionales y de integración social.

7. Los autores de este trabajo concluyen que la prematuridad se asocia a una disminución en la supervivencia a largo plazo, a una limitación en la capacidad reproductiva y las mujeres que fueron prematuras presentaron también un mayor riesgo de tener hijos prematuros.

8. La mayoría de las recomendaciones que se van a presentar en este documento son recomendaciones apoyadas por paneles de expertos. Aunque esto es así, y por tanto pocas recomendaciones van a estar bien sustentadas en la evidencia científica, el desconocimiento de los problemas que pueden tener estos niños en su evolución o de las peculiaridades de su desarrollo puede llevar a retrasos en los diagnósticos o a iatrogenias que vendrán a complicar aún más su evolución.

9. Hoy en día no se cuenta con curvas válidas específicas para valorar el crecimiento tras el alta de los niños con peso menor de 1.500 g o con una edad gestacional inferior a 32 semanas. Se dispone de dos específicas para prematuros, pero una de ellas solo recoge los primeros 120 días de vida y por tanto su utilidad es muy limitada, y las otras se basan en una población de prematuros nacida en 1985, por lo que es difícil aceptarlas actualmente como patrón de referencia. La OMS tiene en marcha un proyecto para elaborar unos estándares de crecimiento para los niños nacidos prematuramente.

10. Dadas todas estas limitaciones, hoy por hoy, parece que lo más adecuado sería utilizar los estándares de la OMS con edad corregida, ya que nos permite comparar el crecimiento del niño prematuro con el crecimiento óptimo de los niños a término sanos amamantados

11. Los niños con una ganancia de peso insuficiente en los primeros años de la vida presentan un peor desarrollo cognitivo, los que, por el contrario, ganan peso excesivamente, tienen un riesgo mayor de presentar en la edad adulta obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes.

12. en los primeros meses tras el alta hospitalaria conviene vigilar la aparición de raquitismo especialmente en los menores de 1.000 gramos, por lo que se recomienda una determinación de fosfatasa alcalina a partir del mes después del alta y si está elevada confirmar el diagnóstico radiológicamente.

13. Actualmente se mantiene la indicación de administrar suplementos de hierro a todos los recién nacidos prematuros. En los niños con peso de nacimiento menor de 1.500 g o una edad gestacional inferior a 32 semanas se debe mantener la administración de 4 mg/kg/ día (máximo 15 mg/día) desde el mes de edad hasta la introducción de la alimentación complementaria con alimentos ricos en hierro como la carne roja. El hierro se administrará en forma de sal ferrosa. Si el niño toma fórmula de prematuros o fórmula de inicio se descontará, en la cantidad de hierro a suplementar, 1,5 mg/kg/día que proporciona la leche. Se puede hacer un control de hemograma y metabolismo férrico a los tres meses de edad corregida.

14. Actualmente se recomienda valorar la utilización de hormona de crecimiento para los niños de bajo peso para la edad gestacional que a los dos o tres años de edad tienen una talla por debajo de dos desviaciones estándar. El objetivo es mejorar el crecimiento en los primeros años de vida, por ello la indicación de la hormona es muy precoz, tan pronto como a los dos o tres años de edad. Recientemente se ha sugerido que la indicación de hormona de crecimiento se debería extender a los prematuros de peso adecuado a la edad gestacional pero que presentaron durante el ingreso un retraso de crecimiento importante y que no se consigue normalizar en el transcurso de los primeros meses de vida.

15. Monitorizar rigurosamente el crecimiento tras el alta. El crecimiento insuficiente se asocia con problemas en el neurodesarrollo a medio y largo plazo.

16. Los que, por el contrario, ganan peso excesivamente tienen un riesgo mayor de presentar en la edad adulta obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes.

17. Para valorar el crecimiento, mientras no se dispongan de estándares específicos adecuados para los niños con peso menor de 1.500 g o una edad gestacional inferior a 32 semanas, lo más recomendable es comparar su crecimiento con los estándares propuestos por la OMS, utilizando la edad corregida.

18. Apoyar y promocionar la alimentación con leche materna tras el alta. Además de proteger frente a la enterocolitis necrotizante y las infecciones, mejora el cociente de desarrollo y disminuye la a tasa de reingreso.

19. La producción de leche se puede incrementar si la madre está con el niño en contacto piel con piel (método canguro). Los niños toleran la posición canguro hasta una edad corregida de 39 ó 40 semanas.

20. Los niños prematuros, menores de un año de edad corregida, precisan una ingesta de vitamina D de 200 UI/kg/día hasta un máximo de 400 UI/ día.

21. Suplementar con 4 mg/kg/día de hierro desde el mes de edad hasta Los niños de bajo peso para la edad gestacional que a los dos o tres años tienen una talla por debajo de dos desviaciones estándar deben enviarse para que se valore el tratamiento con hormona del crecimiento.

22. No se ha mostrado que los programas de atención temprana, durante el ingreso o inmediatamente tras el alta, mejoren el pronóstico motor de los niños de alto riesgo, sin embargo, sí que se describen efectos positivos en la familia y a medio plazo en el niño en ámbitos diferentes al motor.

Jornada de Otoño:

Se realizó un taller acreditado por la comisión correspondiente del Principado de Asturias el día 17 de octubre dedicado a patología respiratoria en atención primaria. Los ponentes fueron: Leticia Alcántara Canabal. José Ramón Gutiérrez Martínez. Águeda García Merino. Fueron moderados por Purificación López Vilar.

Colaboraciones institucionales:

Junta General del Principado de Asturias.

El presidente fue invitado por el grupo parlamentario de Ciudadanos para intervenir en la comisión de investigación formada para evaluar las listas de espera en la sanidad asturiana.

La intervención que está disponible en la página web del Parlamento se incluye en el informe como Anexo. En la misma página web se puede ver un video con la misma.

Con el Servicio de Salud del Principado de Asturias-(SESPA).

- Se ha implantado el Plan Personal Jerárquico de la atención sanitaria a la infancia y la adolescencia (PPJ-ASIA).

- Programa de Salud Infantil
 - Programa de Identificación del Niño en Riesgo Psicosocial
 - Adaptación de la Guía de Maltrato intrafamiliar del Principado de Asturias al servicio informático de Atención Primaria.
- Fuimos convocados a un grupo de trabajo estratégico sobre la atención sanitaria de la Pediatría asturiana del servicio público de salud. Tras una primera reunión en la que participamos con diversos representantes de los hospitales asturianos no ha habido nuevas reuniones.
 - Continúan los trabajos, ya próximos a su fin, para el desarrollo de la nueva Cartilla de Salud Infantil del Principado de Asturias.

Durante el año 2017 hemos sido invitados a participar con otras sociedades científicas en el grupo de trabajo que se ha constituido en el Servicio de Salud, para abordar diversos procesos susceptibles de dejar de hacer a nivel pediátrico con base en la evidencia científica actual

Con la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

1. Finalizó la labor el grupo constituido por profesionales diversos que ha evaluado la influencia de los contaminantes medioambientales sobre los alimentos que ingieren los niños asturianos, desde el punto de vista de la elevada prevalencia de obesidad. También se ha valorado la influencia del sedentarismo sobre la misma. Se han elaborado recomendaciones para las autoridades y para la población. Ha sido publicado el documento que está colgado en el portal ASTURSALUD de la administración pública asturiana, así como en nuestra página web. Lo más relevante de los resultados están disponibles en la última edición del PPJ-ASIA en la Oficina Médica Informatizada (OMI-AP) cargado en días pasados. Está presente en forma de recomendaciones para los padres, así como en la información para los profesionales.

2. Se ha realizado un estudio para optimizar los recursos humanos y materiales del Servicio de Salud sobre la base de evaluar las patologías más prevalentes y definir las derivaciones entre la atención primaria y los hospitales de referencia y de estos entre sí. Aún está pendiente de su definitiva aprobación. Continuamos los esfuerzos para recuperar estos aspectos de la actividad profesional olvidados en algún despacho.

3. Se ha reunido en dos ocasiones el grupo de trabajo sobre salud y contaminación medioambiental en el que participamos. Ha salido el documento, con personal de la sección de enfermedades laborales de la Consejería de Sanidad. Finalmente ha visto la luz sin contar con nuestras aportaciones. Tampoco figuramos entre los autores. Lo

importante es que relaciona la patología asmática, sobre todo en las reagudizaciones con los niveles de NO₂ .

4.La comisión que prepara el Plan Estratégico de Atención al Embarazo, Parto y Lactancia en Asturias ha terminado su trabajo. El documento se puede descargar del portal de ASTURSALUD.

5.Seguimos estando presentes en el Comité de Vacunas que está próximo a su renovación. Nuestro representante seguirá siendo el Dr. Fernández Cuesta.

6.Participamos en el comité de detección de enfermedades relacionadas con alteraciones del metabolismo que se ha reunido en dos ocasiones. Destaca la inclusión de la anemia falciforme entre la enfermedades incluidas en el cribado.

7.Hemos participado en el grupo de trabajo para elaborar una Guía de intervención en la pediatría de atención primaria para prevenir el consumo de alcohol por menores. Se ha incluido en a OMI-AP. Se entregaran materiales de “merchandising” que serán enviados a los profesionales de los centros de salud. Es uno de los programas transversales en el PPJ-ASIA.

8.Estamos colaborando en la formación que el IAAP “Adolfo Posada” está dando para los compañeros pediatras y enfermeras de pediatría sobre la Guía de intervención en la pediatría de atención primaria para prevenir el consumo de alcohol por menores.

9.Estamos colaborando con la Iniciativa para la Humanización de la Atención Neonatal de UNICEF y la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad para el desarrollo de la Iniciativa para la Atención al Recién Nacido y a la Lactancia en los centros de salud del territorio del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Tres centros de salud han iniciado el camino:

- Corvera. En el Área III.
- Pumarín y Nava en el Área IV.

Quiero felicitar a nuestras compañeras las Dras. Pérez Vaquero y Somalo y al Dr. Fernández López su generosidad y profesionalidad para comenzar el reto. También a las profesionales de enfermería, y el resto de profesionales de los equipos de atención primaria de los centros de salud que los acompañaran en el desafío.

10.Hemos colaborado con el Dr. Julio Bruno Bárcena de la DGSP de la Consejería de Sanidad en la elaboración de la nueva Guía de actuación sanitaria en los casos de Maltrato Intrafamiliar del Principado de Asturias, que ha sido reformada para las nuevas disposiciones sobre violencia de género en este ámbito.

11.El Dr. Tejón y yo mismo hemos elaborado una nueva adaptación a OMI-AP de la Guía.

12.Trabajaremos para que el IAAP “Adolfo Posada” sea el suministrador de la formación a los profesionales en lo referente a la adquisición de competencias sobre el PPJ-ASIA.

Con las Áreas Sanitarias:

1. En las Áreas sanitarias se ha producido la presentación con la Directora Médica Asistencial y las Gerentes, con la presencia de los responsables políticos de los municipios afectados, del estudio Obesidad, medio ambiente y sedentarismo desarrollado en colaboración con personal de la Consejería de Sanidad.
2. Fue presentada la Iniciativa para la Humanización de la Atención al Recién nacido y a la Lactancia (IHAN) en las diversas Áreas.
3. En las Áreas I y III, y en las IV, VI, y VIII se mantienen programas conjuntos de formación con los pediatras hospitalarios.
4. Por parte de algunos de los vocales de las áreas se han producido diversas reuniones con las autoridades sanitarias de las mismas para abordar diversas problemáticas locales.
5. El presidente presentó en el Área III la IHAN, dentro de una conferencia programada con motivo de la Semana Mundial de la Lactancia Materna.

Con Organizaciones Sindicales:

Hemos mantenido conversaciones con diversas organizaciones sindicales a propósito de la OPE-2016.

Con la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

1. Dentro de las múltiples actividades que se llevan a cabo desde la AEPap, participamos en un proyecto de renovación de la información para las familias que lleva por título familia y salud. Algunos compañeros seguimos colaborando mediante artículos encargados por la web.
- 2.También colaboramos con artículos para la revista FAPap.
- 3.Hay socios de la AAPap que participan en diversos grupos de trabajo de la AEPap.
- 4.Queremos impulsar un Comité de la Pediatría Social y Comunitaria en la AEPap y en las sociedades científicas federadas.

Colaboraciones con otras entidades:

1. Seguimos manteniendo una relación fluida con las organizaciones de madres que lactan a sus hijos.
2. Estamos colaborando con una asociación de psicólogos clínicos del Principado que pretende dar cobertura a las necesidades en el terreno emocional que sufren los padres que están en trance de separación conyugal, y por añadidura en muchas ocasiones sus hijos.
3. Continuamos colaborando con la Plataforma Asturiana en Defensa de la Salud Pública.
4. Participamos con los Sociedades de Médicos de Familia, Sindicato Médico y Colegio de Médicos en el Foro de Atención Primaria del Principado de Asturias.
5. Hemos coordinado la Jornada de Atención Primaria celebrado en el Principado al igual que en el resto de España. Tuvimos presencia destacada en diversos medios audiovisuales y escritos.

Oferta pública de empleo del Servicio de Salud del Principado -2016.

1. Hemos tenido diversas intervenciones sobre la misma. La última ha sido la elaboración de un comunicado de prensa en colaboración con la AEPap y la AEP a propósito del baremo aplicado en la misma, y a petición de más de 30 profesionales participantes.

2. Tenemos en marcha un grupo de trabajo a petición de la AEPap que elaborará un informe a partir de la diversa legislación que reguló las últimas OPEs desarrolladas en diversas CCAA. El informe recogerá propuestas que mejoren el desarrollo de las mismas.

Presencia en los medios de comunicación social.

Aunque no es un objetivo estratégico, hemos mantenido una presencia notable, bastante más elevada, que, en años anteriores, en los medios de comunicación escritos y audio-visuales del Principado respondiendo a las demandas de los mismos para hacer aclaraciones puntuales sobre temas de tipo profesional en diversos ámbitos. Esta labor la realizó generalmente el presidente que ha concedido por ello diversas entrevistas a lo largo del último año.

A destacar la repercusión que ha tenido la presentación del Programa de prevención del consumo temprano de alcohol por menores y el programa de “Asturias Semanal” dedicado a una lacra social como lo es el acoso escolar. Sobre la Guía el presidente participo con el Dr. Hevía y el Sr. Antón de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad en un programa de debate, “Asturias al día”, para abordar los objetivos que se pretenden alcanzar con la misma.

Anexos:

COMPARECENCIA ANTE LA COMISION PARLAMENTARIA DE
INVESTIGACIÓN DE LA JUNTA GENERAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
A PROPÓSITO DE LAS LISTAS DE ESPERA EN EL SERVICIO DE SALUD.

José Ignacio Pérez Candás

Pediatra.

Coordinador del centro de salud de Sabugo.

Presidente de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.

Sr. Presidente, señoras y señores diputados:

Considero un gran honor estar hoy aquí en la sede del órgano supremo de representación del pueblo asturiano. Quiero agradecer al Presidente de la Cámara y de forma especial al Grupo Parlamentario de "Ciudadanos" su invitación para acudir a la comisión parlamentaria encargada de investigar la situación de las listas de espera en el servicio de salud. Deseo intercambiar con ustedes conocimiento, sobre algunas de las causas últimas que originan estas situaciones.

Debo decirles que desempeño mi profesión de Pediatra de Atención Primaria en el sector sanitario público desde el año 1982. En la actualidad, además, realizo labores de coordinación en el centro de salud de Sabugo en Avilés, como hace un tiempo lo hice en el de Piloña. Tengo el honor de presidir la sociedad científica y profesional de los pediatras asturianos de atención primaria: la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPap).

El centro de salud en el que desarrollo mi profesión da servicio a 19.821 personas con una plantilla compuesta por: 13 médicos, 2 de ellos pediatras, 13 enfermeras, 2 pediátricas; 2 auxiliares de clínica, 5 administrativos y un celador.

Durante el año 2.015 los administrativos concertaron 122.444 citas. Se realizaron 84.183 consultas de medicina de las cuales 1.967 tuvieron lugar en el domicilio del paciente. Los pediatras realizaron 13.917 consultas. Las enfermeras 57.626 de las cuales 4.547 fueron realizadas en el domicilio de los pacientes. En total 155.726 consultas. EL equipo de profesionales atiende a residentes de 6 geriátricos: 1 asilo, el Establecimiento Residencial para Ancianos (ERA), y 4 residencias de la tercera edad. También están localizados en la zona básica de salud: el Centro de acogida de transeúntes y el Juzgado. Tenemos la responsabilidad cada año, como centro docente universitario, de dar formación a 5 estudiantes del último año de la licenciatura de medicina. También damos formación, cada año, a 2 médicos internos-residentes de la especialidad de medicina de familia y comunitaria y 2 de enfermería comunitaria. Todo ello supone una ingente carga asistencial y docente.

Las agendas de los profesionales tienen un tiempo de dedicación a cada paciente que oscila entre 6 y 10 minutos. En los últimos meses y fruto de la

disminución de la carga burocrática producida por la implantación de la receta electrónica hemos podido ampliar el tiempo de atención a cada paciente, de forma que tenemos 6 agendas médicas con tiempos de atención de 10 minutos por paciente, y 3 con 8 minutos por paciente. Esperamos poder aplicar el aumento de tiempo al resto de agendas, progresivamente, en los próximos meses.

Desde el punto de vista de la formación de los profesionales desarrollamos sesiones clínicas, al menos una vez a la semana, y tenemos un curso de excelencia acreditado por la comisión correspondiente de la administración del Principado. También tenemos reuniones organizativas de equipo con periodicidad, al menos, mensual.

Les decía que el esfuerzo es importante porque todas las consultas no demorables, que incluyen las urgencias y aquello que es sentido como tal por el paciente, se visita en el día. Esto hace que algunos profesionales terminen, en ocasiones, su jornada laboral más allá de las 15 horas, por la propia demanda de la consulta, o por las visitas domiciliarias que puedan tener que realizar.

Los problemas generados por la elevada demanda se agudizan cuando no son sustituidos los recursos humanos que se ausentan por las diversas causas que acontecen, esto supone repartir la agenda de los no sustituidos entre el resto del personal, con la consiguiente sobrecarga asistencial. Es fácil comprender que se pueden producir demoras en la atención durante el día. Además, el tiempo disponible por paciente se puede ver reducido, si debemos forzar citas para intercalar las consultas no demorables. Como es imprescindible garantizar la calidad y seguridad de la atención debemos mantener el tiempo que necesita cada paciente, lo que puede producir retrasos en las horas concertadas. Tenemos escasez de médicos de familia y de pediatras para acometer todas las sustituciones. Especialmente delicado es la falta de sustitución de los profesionales de la administración ya que en relación con otros equipos de otros centros de salud tenemos un administrativo menos de plantilla orgánica.

La sede del centro de salud fue diseñada según los parámetros habituales que, a veces, no contemplan suficientemente los usos a los que va a ser destinado. Es algo que ocurre en otros edificios similares. En su momento el tamaño y las dependencias eran adecuadas a la población de la zona básica de salud, pero el aumento importante de la población adscrita en los últimos años, hace imprescindible su ampliación o la construcción de un edificio de nueva planta. Esto está siendo pedido reiteradamente en las memorias anuales que elaboro para la Gerencia del Área Sanitaria. También he planteado que se aproveche la circunstancia para hacer confluir en la misma sede la atención sociosanitaria del centro de Avilés.

Tras esta somera descripción de la situación debo comunicarles como coordinador, que en el centro de salud donde desempeño mis funciones, no tenemos listas de espera. El logro de este objetivo supone un esfuerzo personal adicional de los profesionales muy importante.

Como representante de los pediatras asturianos de atención primaria debo comunicarles que los niños asturianos no tienen listas de espera para ser

atendidos en las consultas de atención primaria. Así mismo, el tiempo de dilación para que los niños sean atendidos en las consultas de los servicios pediátricos de los hospitales es razonable, salvo en alguna consulta concreta en el Hospital Universitario Central de Asturias. En las especialidades que compartimos con los adultos, en algunos servicios como Radiología, en el apartado ecográfico, Traumatología, Rehabilitación, Oftalmología...en alguna de las áreas sanitarias, como en el Área III, existe una dilación importante, pero, en general, esta es muy variable según el área que consideremos y la especialidad.

Lo que más me preocupa es la falta de recursos humanos pediátricos para la atención primaria. Es un problema acuciante. Supone para los profesionales no sustituidos, la mayoría, tener que asumir la agenda de otros profesionales con un esfuerzo adicional que puede ser muy importante. Pienso que no es tanto un problema del número de recursos humanos pediátricos, ya que tenemos un índice pediatras/población infantil de los más elevados del mundo, como del adecuado reparto de los mismos.

Una situación similar, aunque no tan acuciante, comienzan a padecer los profesionales de medicina familiar y comunitaria.

Todo esto que les he descrito, entre otros factores, de los que hablaré más adelante, contribuye a generar niveles elevados de frecuentación innecesaria de los pacientes, y puede condicionar el uso inadecuado de los medios diagnósticos complementarios, poniendo en riesgo la calidad de la atención, y aumentando los riesgos de la misma y los costes.

Tras esta somera descripción de la situación en que desarrollo mi actividad profesional, y considerando que me encuentro en la institución política de mayor representación del Principado de Asturias quisiera realizar algunas reflexiones apoyadas en la concepción que de la política tenía Aristóteles, es decir, la actividad del ser humano dirigida a crear instituciones que posibiliten una existencia mejor, unidas del sentido del bien y del mal, de lo justo y de lo injusto.

Como punto de partida deseo hacer propias las consideraciones que Foucault en “el nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica” cita como las dimensiones de la medicina dentro de las sociedades humanas, es decir, la medicina como lenguaje, como relación interhumana y desde la óptica científica.

La medicina tal como la concebimos en la actualidad ha resultado, entre otros, de dos hitos reseñables:

El primero se produce a partir de la Revolución Francesa porque en aquellos años se inicia la concepción moderna de la medicina con la consolidación de la figura del médico de cabecera denominado así porque prestaba asistencia a la cabecera del lecho del enfermo.

El segundo se produce en el año 1948 cuando entra en vigor la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en el prólogo define la misma

"como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Esta visión de la salud está resultando muy controvertida en la actualidad por sus aspectos positivos, pero también negativos. De unos y de otros se han hecho eco múltiples entidades científicas y políticas. Entre los primeros hay que destacar que ha sido la impulsora de la reforma sanitaria, centrada de forma predominante en el desarrollo de la Atención Primaria a partir de la declaración de Alma Ata. La principal objeción, como apunta el *British Medical Journal* en un conocido editorial, es la medicalización indiscriminada e innecesaria de muchos procesos, al situar a muchas personas en situación de mala salud de forma permanente. Pero, además, la definición de salud de la OMS propone supuestos que por su carácter deben abordarse desde la actuación política sobre los aspectos psicosociales de la vida de las personas. La propia declaración de Alma Ata así lo manifiesta. En efecto una persona en la pobreza, la soledad, o con un problema de drogodependencias, probablemente, va a tener problemas de salud a corto, medio y largo plazo, pero no es el sistema sanitario el medio más adecuado para abordarlos según en qué fase del proceso se encuentre, o al menos, no lo será nunca en su totalidad. Hay que impulsar políticas sociales con decisión y firmeza. En ocasiones, medidas legislativas, y, o gubernamentales, pueden ser la solución como ha ocurrido por ejemplo con el consumo de tabaco.: Las medidas tomadas políticamente sobre el consumo del mismo, han hecho más por la salud de los ciudadanos y ciudadanas españolas, que años de consejos de salud individuales sobre los riesgos del tabaquismo en las consultas de nuestros centros de salud.

Por otra parte, la extensión de la influencia de los servicios sanitarios en la sociedad ha contribuido a desarrollar un mercado sanitario que, entendido como uno más dentro de la actividad económica, en el que los ciudadanos como consumidores son el centro del mismo, ha generado dependencia de los servicios públicos de salud, y la dejación de los autocuidados y la prevención. Para darnos cuenta de la envergadura del mercado del que hablo baste decir que el sistema sanitario público español más el sector sanitario privado gastaban el 9% del Producto Interior Bruto en el año 2.014. En los Estados Unidos de Norteamérica el gasto sanitario llegaba, en ese año, al 15 % del PIB.

A partir de estas cifras hay varios aspectos que no debieran pasar desapercibidos, debo resaltar que:

- La ingente cantidad de actividad humana supone riesgos añadidos para la salud. Está publicado que en Estados Unidos de Norteamérica la actividad sanitaria es la primera causa de enfermedad debido a los efectos secundarios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La Organización Mundial de la Salud advierte sobre lo mismo a nivel mundial.
- El sector sanitario no puede ser un mercado más porque consumir productos y servicios sanitarios no resulta inocuo.
- La repercusión económica conlleva, por su propia naturaleza, muchos intereses de diferentes agentes

intervinientes con aspectos que tienen que ver directamente con lo sanitario; pero no siempre.

- Por otra parte en amplios sectores de la población existe la creencia de que toda inversión sanitaria es buena por propia naturaleza dados los intereses que están en juego pero, por otro lado, sabemos que en cualquier sector de la actividad económica lo que se gaste ineficientemente en un apartado de la actividad repercute, inevitablemente, en otros sectores produciendo desequilibrios que causan enfermedad y dolor como consecuencia de la pobreza, la marginalidad o el desempleo....Esto también es aplicable al mercado sanitario. Por ello, la eficiencia de la inversión debe ser una premisa irrenunciable.

- Se está consolidando un pacto directo entre la industria farmacéutica y los pacientes/ clientes que ha llevado a que la demanda de todo tipo de servicios sanitarios se incremente de forma sustancial produciendo la medicalización innecesaria de amplios sectores de la población e incrementando los costes de los sistemas sanitarios hasta poner en cuestión su sostenibilidad.

En este sentido produce perplejidad, porque es una falacia, que se asegure que la inversión en sanidad, por si sola, garantizará la mayor longevidad de la población, como parece deducirse de las declaraciones de un conocido líder político en unas elecciones autonómicas recientes. Hacen un flaco servicio a la comunidad en su conjunto y a los profesionales del sistema sanitario.

Es tal la situación que el paciente/cliente puede valorar la calidad de la atención sanitaria y hasta la gravedad de su afección, por la cantidad y el costo de los medicamentos que toma. El fármaco se convierte en el producto, a través del cual, la población valora, no solo la conducta médica, sino la eficacia de los servicios de salud, y hasta el sistema social y político en que vive. Se consumen tantos fármacos en ocasiones, y en condiciones, a veces, tan poco controladas que pueden generar consecuencias graves para la salud de las personas. Lo mismo podemos decir del consumo de pruebas complementarias.

Nos encontramos con pacientes con procesos como la diabetes o el hipercolesterolemia que son tratados con fármacos, antes de intentar medidas dietéticas y actividad física adecuadas.

Los padres de nuestros niños, presionados por la necesidad de formación de sus hijos en un mundo cada día más competitivo, y en un entorno social que no facilita las cosas, demandan de la atención sanitaria la resolución de todo tipo de problemas educacionales, muchos de ellos etiquetados de diversas manifestaciones de alteraciones del comportamiento. Los profesionales, en ocasiones, como ha sucedido con las sucesivas ediciones de la clasificación internacional de las enfermedades mentales, estamos contribuyendo a medicalizar estos aspectos de la vida de los seres humanos.

También desde el sector educativo se demandan soluciones sanitarias para múltiples cuestiones académicas como el fracaso escolar, o los problemas de

aprendizaje, o los de comportamiento en las aulas, que inevitablemente llevan a una medicalización de procesos que se deberían abordar desde otras instancias para obtener resultados más consistentes.

Los niños pasan cada día más horas en instituciones fuera del hogar desde los primeros momentos de la vida. También desde muy pequeños les ocupamos con múltiples actividades extra escolares. Se argumenta, en algunos sectores de la sociedad, sobre la conveniencia de la socialización temprana de los pequeños y sobre otras ventajas de la escolarización temprana, pero en el fondo, en muchos casos, encontramos la falta de conciliación de la vida laboral y familiar como el problema que se quiere afrontar. No debemos olvidar, que en general, los mejores educadores y socializadores de los hijos son sus padres. Entre otros problemas la asistencia a estas instituciones, desde tan temprana edad, supone una mayor carga de enfermedad para los pequeños, de manera que como hemos podido demostrar en un estudio realizado por diversos pediatras asturianos, impulsado desde la sociedad científica que presido, estos pequeños consumen mayor cantidad de corticoides, antibióticos, broncodilatadores, etc. que los que no asisten a las mismas. Así mismo, su frecuentación de los servicios de urgencias y de las consultas pediátricas de atención primaria es más elevada.

Señoras y señores diputados la sanidad entendida como un bien de consumo es más un problema que una solución.

Tampoco debemos obviar la trascendencia de las patologías desencadenadas por la contaminación medioambiental producto de la actividad humana. Cada día son más importantes las pruebas que relacionan la actividad industrial, el desplazamiento masivo e incesante de las personas, el turismo masivo y mal planificado, con un deterioro del medio ambiente que, a su vez, conlleva deterioro de la salud.

La OMS, define la salud medioambiental como aquella que está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos a la persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud, y extiende su campo de acción a la prevención de las enfermedades y a la obtención de ambientes propicios para la misma.

Según un informe elaborado por esta organización la mortalidad atribuible a la contaminación atmosférica se distribuye de la siguiente manera:

- 3% Enfermedad respiratoria aguda de vías bajas (en niños)
- 6% Cáncer de pulmón.
- 11% EPOC.
- 40% ACV.
- 40% Enfermedad cardíaca isquémica.

Por otra parte, estimaciones de la misma organización y de la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) sugieren que la fracción de los cánceres atribuibles a exposiciones ambientales tóxicas oscila entre el 7% y el 19%.

Los principales efectos agudos de estos contaminantes incluyen un aumento en el número de defunciones, de ingresos hospitalarios, y de visitas a urgencias, especialmente por causas respiratorias y cardiovasculares.

Los impactos más graves de la contaminación atmosférica se producen en las personas que ya están enfermas, en los niños, en las mujeres en edad fértil, en las madres que lactan, en los ancianos y en los pobres. En este sentido la mortalidad atribuible a la contaminación atmosférica por 100.000 habitantes es 31 puntos mayor en las regiones europeas de bajos o medianos ingresos respecto a las regiones con más rentas.

En conclusión, en su sentido más amplio, el medio ambiente es uno de los principales determinantes de la salud humana y del bienestar. Promover ambientes saludables es promover la salud individual y comunitaria; ambientes no saludables pueden fomentar una elevada morbilidad, mortalidad y discapacidad, además de socavar el bienestar económico de las sociedades. Estamos expuestos a una "sopa química" medioambiental y es urgente invertir en estrategias que reduzcan los riesgos ambientales en las ciudades, en los hogares y en los lugares de trabajo. Esas inversiones pueden reducir considerablemente la creciente carga mundial de enfermedades cardiovasculares, neumopatías, y cánceres, y comportar una reducción inmediata en los costes sanitarios.

También como resultado del calentamiento global vamos a tener un auténtico desafío desde el punto de vista sanitario salvo que se acometan las reformas necesarias que eviten seguir por los actuales senderos.

Respecto de la pandemia de obesidad debo decirles que Asturias ocupa uno de los primeros lugares a nivel nacional según un estudio que hemos realizado desde nuestra sociedad científica. Esta está condicionada por la malnutrición, el sedentarismo y el medio ambiente, y va a ser un determinante fundamental de enfermedad, de dependencia, y de aumento de los costes sanitarios a medio y largo plazo. Tanto es así que diversos organismos internacionales han advertido que producirá una disminución de la esperanza de vida de las actuales generaciones.

Los enormes movimientos migratorios que se están produciendo por causa de la violencia y el hambre en algunos países serán otro condicionante fundamental del futuro y provocarán grandes tensiones sobre la forma de vida de Occidente. El sector sanitario público va a ser uno de los más afectados por ello.

Finalmente, y dentro de las causas que presionan de una forma determinante sobre el sistema sanitario no puedo dejar de citar el envejecimiento de la población, que de todos los factores es, sin duda, el más evidente y reconocible.

¿Cuáles son los actores fundamentales en estos procesos?

- La Administración.
- La industria farmacéutica y de tecnología médicas.
- Los profesionales sanitarios.
- La sociedad en su conjunto.

¿Que intervenciones serían aconsejables?

- Desde la administración sanitaria.
- La inversión en sanidad pública debe ser estratégica tanto a corto, medio, como largo plazo. Debe ser una inversión rigurosa y basada en criterios de racionalidad. Deberían evaluarse todas las partidas del gasto para eliminar todo tipo de ineficiencia y centrar la actividad en aquellos procedimientos con suficiente evidencia científica. Deberíamos tener un catálogo de prestaciones, actualizado con periodicidad, tras la evaluación de la evidencia científica, basado en la calidad y la seguridad de los procedimientos. Esta debería ser la primera de las preocupaciones para los próximos años.
 - Con los datos que he referido anteriormente sobre la situación norteamericana parece que la opción por la sanidad privada no es la solución.
 - La Atención Primaria debe ser el eje del sistema sanitario público.

Para ello:

1. Sus líneas estratégicas han de estar orientadas a proporcionar a los ciudadanos prestaciones basadas en la máxima calidad y seguridad a partir de las mejores evidencias científicas disponibles. Las necesidades en el terreno de la salud de cada ciudadano, pero también de la comunidad en su conjunto, y la sostenibilidad económica, deben ser sus determinantes. Todos los recursos: humanos y tecnológicos, deben estar supeditados a las mismas.
2. El número de recursos humanos debe permitir una agenda profesional que incorpore el apartado asistencial, con tiempo adecuado para cada paciente, la formación y la investigación.
3. Deberíamos continuar con el proceso de desburocratización de la agenda de los profesionales. Los resultados obtenidos con la receta electrónica así lo indican.
4. Deberíamos garantizar agendas de los profesionales con el tiempo adecuado para la atención de cada paciente.
5. Deberían generalizarse las consultas compartidas, presenciales o no, de los médicos de familia y pediatras, con los facultativos hospitalarios, aplicando para ello el progreso tecnológico en diversos campos.
6. La motivación de los profesionales es ineludible: concursos de traslados, ofertas públicas de empleo en los plazos marcados por las leyes, carrera profesional y contratos que los fidelicen son imprescindibles. Deberían salir en los concursos

todas las plazas libres disponibles. Todo debe llevarse a cabo con transparencia.

7. La formación de los profesionales debe ser obligatoria, reglada, acreditada e independiente. Debe proporcionarla el servicio de salud en colaboración con otros servicios nacionales y/o internacionales. El contenido de la formación debe deducirse de las necesidades del servicio detectadas a partir de los datos de los sistemas de información, de las necesidades estratégicas del servicio de salud y de las necesidades explícitas, sentidas por cada profesional.

8. Debemos priorizar el trabajo en red de los diversos hospitales y centros de atención primaria porque es ineludible la mejor coordinación entre estamentos para una adecuada continuidad asistencial.

9. Los aspectos comunitarios de la atención primaria deberían priorizarse.

10. La confluencia de las políticas sociales y sanitarias es urgente. La reorganización de la actividad del trabajo social en algunas zonas básicas de salud es inaplazable. La formación continua de estos profesionales es ineludible. Acometer planes de coordinación entre los profesionales que trabajan en este campo en las diversas administraciones es imprescindible.

11. El equipamiento tecnológico también debería ser reevaluado para garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones.

12. Muchos edificios que albergan los equipos de atención primaria han sido diseñados como oficinas. Es necesario reacondicionar algunos; otros deberán ser objeto de nueva construcción, para que sirvan mejor al uso al que están siendo destinados.

13. Se deben impulsar estudios de investigación que determinen las causas y permitan adoptar medidas que disminuyan la frecuentación innecesaria de los pacientes. Esto es ineludible dado los costes que puede tener en relación con su propia seguridad.

14. Debemos seguir trabajando en el empoderamiento de los pacientes. Estos deben ser agentes activos en el cuidado de su salud.

15. Los pacientes deberían tener información pormenorizada de los costes de los diferentes procesos diagnósticos y terapéuticos.

16. Deberíamos velar por el cumplimiento estricto de las normas de emisiones producidas por la actividad humana.

17. Debería elaborarse una ley de salud medioambiental desde la Consejería de Sanidad para ser debatida y aprobada en este Parlamento a imitación de lo realizado en otras CCAA.

- Políticas en el área no sanitaria:
- Impulsar medidas para una distribución de la renta nacional basada en la justicia. Como he señalado antes la pobreza es uno de los condicionantes principales de la enfermedad.

- Asignar y gastar los recursos de forma eficaz. La ineficacia genera pobreza y ello enfermedad.
- Desarrollar políticas para mejorar la conciliación de la vida laboral y familiar.
- Hacer de la infancia y la ancianidad prioridades estratégicas.
- Cuidar las condiciones medioambientales por ser un condicionante fundamental en la morbilidad. Toda la actividad humana debe respetar el estricto cumplimiento de la normativa medioambiental.
- Implementar medidas para luchar contra la obesidad como un determinante muy importante de la salud.
- La industria farmacológica y de tecnología sanitaria:
- Exigir el cumplimiento de su código ético que debe ser reevaluado para que sea lo más claro y riguroso posible.
- Aplicar el máximo rigor, o modificar si fuera preciso la normativa de autorización de nuevos fármacos, así como su dispensación por los servicios de salud. Debemos recordar en este punto que hay tres conceptos en cuanto a la innovación, el comercial, el tecnológico y el de avance terapéutico, siendo principalmente, los de este último apartado los que tienen valor terapéutico.
- Los profesionales sanitarios:
- Fomentar el máximo compromiso con su actividad profesional, autonomía e independencia de criterio.
- Compromiso con los 4 principios bioéticos: autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia y justicia.
- Actualización continua de conocimientos.
- Desarrollo de protocolos y programas basados en las mejores evidencias que contribuyan a disminuir la variabilidad clínica y a aumentar la calidad y seguridad de las prestaciones.
- Apoyar la actividad profesional sobre el principio de las mejores evidencias científicas a partir de la calidad y seguridad de las mismas.

- Tener el "primun no nocere" como la base primordial de su actuación profesional.

- La sociedad:

1. Desarrollar políticas que contribuyan al empoderamiento de cada persona de su propia salud impulsando estilos de vida que la protejan y desarrollen.

2. Proteger a los más vulnerables.

3. Priorizar lo ético como forma de comportamiento.

4. Impulsar la cohesión social

En mi trabajo diario y en el desarrollo de mis responsabilidades, como coordinador y como presidente de los pediatras de atención primaria, he tenido presente estos principios: desmedicalizar, empoderar, la calidad y seguridad de las prestaciones en relación con la población, así como disminuir la variabilidad clínica entre los profesionales y en las recomendaciones suministradas a los pacientes que deben estar apoyadas en las mejores evidencias científicas disponibles. Desde la sociedad científica que presido, en colaboración con los SSCC del SESPA, y la Consejería de Sanidad hemos intentado influir para impulsar políticas que se acomoden a ellos. Sirva como ejemplo el desarrollo del plan personal jerárquico del niño y adolescente compuesto por los nuevos programas, de salud infantil, de identificación del riesgo psicosocial y la nueva guía de maltrato infantil intrafamiliar que está siendo adaptada al sistema informático de atención primaria y, previsiblemente, esperamos que también, al de los hospitales asturianos.

Quiero expresarles de nuevo mi agradecimiento por la invitación. Confío en que lo que les he venido a comunicar sea de utilidad para su magistratura en esta comisión.

Avilés, 5 de octubre de 2.016.

Fdo.

José Ignacio Pérez Candás

Presidente AAPap.

Avilés, a 26 de abril de 2.017