



*Asociación Asturiana de  
Pediatría de Atención Primaria*

**ATENCIÓN SANITARIA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**  
**EN ASTURIAS. SITUACIÓN ACTUAL**

DOCUMENTO DE TRABAJO 2007

ÍNDICE:	Página
1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. PERFIL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	4
3. GRUPOS DE EDAD .....	4
4. ACTIVIDADES DE LA PEDIATRÍA DE AP .....	5
4.1.    Actividades en relación con la comunicación y la gestión .....	5
4.2.    Actividades en relación con la atención al niño/a .....	6
4.2.1    Atención a la patología aguda .....	6
4.2.2    Actividades en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad .....	7
4.2.3    Atención a niños con factores de riesgo y patología crónica .....	8
4.3    Actividades en relación con la atención a la familia .....	9
4.4    Actividades en relación con la atención a la comunidad .....	9
4.5    Actividades en relación con la formación, docencia e investigación .....	10
4.5.1    Formación y capacitación .....	10
4.5.2    Actividad docente .....	11
4.5.3    Investigación clínica .....	13
5    SALUD MENTAL INFANTIL .....	14
6    ATENCIÓN TEMPRANA .....	14
7    ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE .....	14
8    ASPECTOS ORGANIZATIVOS .....	15
8.1    Dotación de recursos humanos .....	15
8.2    Dotación de recursos materiales .....	15
8.3    Participación en los órganos de gestión .....	16
9. CARTERA DE SERVICIOS .....	16
10. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES .....	16
11. ASPECTOS PROFESIONALES EN LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	17
11.1    Particularidades de las condiciones de trabajo de las áreas rurales de la periferia de Asturias .....	17
11.2    Provisión de vacantes y concursos de traslados .....	18
11.3    Carrera Profesional .....	18
11.4    Pediatra de Área .....	19
11.5    Disminución de percepciones económicas .....	19
11.6    Sustituciones .....	20

## 1- INTRODUCCIÓN

La Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria (AAPAP) realizó en los meses de Junio y Julio de 2000 una encuesta entre los pediatras de Atención Primaria de Asturias. Esta encuesta recogió información sobre diversos aspectos tanto profesionales como formativos y docentes que afectan a nuestro colectivo. Los resultados de esta encuesta fueron utilizados como base para la elaboración del documento "ATENCIÓN SANITARIA A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN ASTURIAS. SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE MEJORA" que fue presentado a las autoridades sanitarias en el año 2001 y que actualmente, en muchos aspectos, continúan estando en vigor. Es preciso recordar que en los últimos 5 años en Asturias se han concretado las transferencias sanitarias por lo que ya es posible hacer una evaluación y balance que, globalmente, tiene:

### ►► *Importantes fortalezas entre las que se encuentran:*

- La extensión a la mayoría de la población del modelo constituyendo una herramienta fundamental de integración y cohesión social, con una influencia especialmente positiva en los sectores más necesitados de la población.
- La informatización de los Centros de Salud.
- Elaboración de programas, protocolos y guías de práctica clínica, con la mejora de la continuidad de los cuidados.
- La satisfacción de los usuarios.

### ►► *Como debilidades a reseñar:*

- Los déficits de planificación y financiación en recursos humanos, lo que se percibe como una posible amenaza al modelo.
- Inadecuación de los cupos, lo que repercute en una sobrecarga asistencial y desmotivación de los profesionales, o unas retribuciones escasas, en cupos pequeños.
- Falta de desarrollo de Programas y Guías de Práctica Clínica específicos de pediatría.
- Dificultades en la coordinación Atención Especializada-Atención Primaria.
- Ausencia de órganos de participación de los profesionales en la gestión y en la elaboración de Programas.
- Escasa incentivación para la formación continuada y aún en menor grado para la investigación.
- Falta de planificación y seguimiento de la docencia de pre y postgrado.

- Falta de concursos para traslados y provisión de vacantes periódicos.

## **2. PERFIL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)**

El pediatra es el médico que, con un enfoque integral, presta atención al período evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la edad pediátrica, época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social que, en cada momento, se liga a la interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño se desenvuelve.

El pediatra de AP coordinará además, el manejo de situaciones que requieran la participación de diferentes servicios y su objetivo fundamental es elevar la salud del niño y su entorno. Comparte con el pediatra hospitalario la población atendida y con el médico de familia la característica de ser la puerta de entrada al sistema sanitario y su abordaje específico de la salud en el que adquiere especial relevancia la promoción y la prevención. Por su posición de primer nivel en el sistema asistencial y su accesibilidad, el especialista en Pediatría es la vía natural de entrada en el Sistema Nacional de Salud de los principales problemas sanitarios de la infancia. Será por tanto, responsable de proporcionar a la población una atención integral y continuada desde el momento del nacimiento hasta el fin de la adolescencia.

El pediatra del Centro de Salud es por su formación, por su posición respecto del niño, el adolescente y su familia y por la indudable proyección social de su trabajo el elemento clave y de mayor responsabilidad dentro del sistema de atención a la infancia

En el seno del Equipo de AP e implicado en el trabajo conjunto, la Pediatría de AP presenta peculiaridades generadas por las características específicas de la población atendida de manera que tendrá como una de sus principales funciones la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad; deberá atender también de manera predominante, la patología aguda, que precisa exploración exhaustiva aún en situaciones aparentemente banales y en la que la anamnesis es recogida a segundas personas y que, presenta además, una importante estacionalidad con claro predominio de los episodios atendidos en los meses de otoño e invierno.

## **3. GRUPOS DE EDAD**

La atención sanitaria pediátrica en Atención Primaria en nuestra Comunidad Autónoma abarca el tramo de edad de 0 a 14 años. El establecimiento de un límite de edad para la atención por parte de los pediatras ha ido cambiando a lo largo del tiempo (recordemos que hasta fechas recientes la edad máxima para la atención pediátrica eran los 7 años) sin que existiera ninguna premisa científica que apoyara esta

decisión.

Por otro lado, es cada vez más evidente que la adolescencia, entendida como un periodo diferenciado de la infancia y de la edad adulta y no sólo como la transición entre estos dos estados, requiere de una atención específica que, desde un punto de vista puramente lógico, debe ser realizada por aquellos profesionales que conocen al adolescente desde el nacimiento.

Por último, el 5 de enero de 1991 entra en vigor en España la Convención sobre Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989. Esta Convención considera niño al menor de 18 años, salvo que legalmente haya alcanzado antes la mayoría de edad y establece que todas las medidas que le afecten estarán orientadas al interés superior del niño. Esta Convención forma parte de nuestra legislación y es de obligado cumplimiento por encima de cualquier otra norma que se le oponga.

Para otros organismos, la adolescencia abarca los siguientes periodos: edades comprendidas entre los 11 y 21 años según la "American Medical Association" y la "American Academy of Pediatrics", entre los 10 y 19 años según la Organización Mundial de la Salud, y entre los 11 y 18 años según la Asociación Española de Pediatría.

El sentimiento que podemos ver en nuestros pacientes adolescentes y en sus padres es que los 14 años son una edad crítica, definida sobre todo por la inseguridad, donde la confianza en los profesionales de la salud es fundamental; es una edad en la que necesitan acudir a la consulta, en ocasiones solos, y esto lo facilita una relación larga y fluida con el profesional que le debe atender. Es un momento de cambios, sobre todo a nivel emocional, pero pensamos que no debiera ser un momento de cambios a otros niveles desde el punto de vista de los padres y sus hijos adolescentes.

#### **4. ACTIVIDADES DE LA PEDIATRÍA DE AP**

Se desarrolla en 5 áreas competenciales:

Competencias en relación: con la comunicación y la gestión; la atención al niño; a la familia; a la comunidad y en relación con la formación, docencia y la investigación.

##### **4.1 Actividades en relación con la comunicación y la gestión**

- Comunicación con el niño y su familia: El pediatra de AP trabaja, de manera habitual, la relación con el niño y su familia manejando la incertidumbre y potenciando el cuidado en familia y el autocuidado, basado en una relación de respeto y siguiendo las normas de la bioética.
- Coordinación entre los diferentes niveles: La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en la atención médica infantil ha de ser un objetivo prioritario de profesionales, gestores

y administración. Por ello, a la hora de marcar cualquier objetivo estratégico es imprescindible hacer presente la necesidad de *compartir la toma de decisiones* mediante la elaboración de *protocolos clínicos consensuados*, fomentando la realización periódica de *sesiones comunes* (en el Área Sanitaria III ya existen sesiones periódicas conjuntas y en otras áreas las sesiones conjuntas se realizan de manera puntual) y el establecimiento de vías para una comunicación ágil, actualizada y eficaz.

Es en la práctica casi “una excepción” la existencia de protocolos conjuntos; no existe un listado homogéneo de derivaciones en la herramienta OMI-AP y por consiguiente no han podido ser evaluadas. El feed back de la información se recibe en AP a través del informe de alta que aporta la familia. Recientemente se están desarrollando algunas experiencias como el envío directo desde el centro hospitalario de copias de informes de urgencias y resultados de exploraciones complementarias que están siendo recibidos con grandes expectativas por parte de los pediatras de AP.

Es nuestro parecer que el punto del que ha de partir esta coordinación es la existencia de una atención integrada y continuada del niño, la cual viene siendo dispensada por el pediatra de AP que no puede olvidar su papel de gestor de las necesidades del niño y más específicamente del niño con patologías crónicas. A la luz de la experiencia, creemos que estas actividades deben ser promovidas y lideradas desde el ámbito de la Atención Primaria, aunque han de verse acompañadas de apoyos claros desde la dirección y de incentivos asociados a su desarrollo.

- La Gestión: La generalización de la herramienta informática OMI-AP ha influido favorablemente en la gestión de las consultas pero no se ha promovido ni existe una historia clínica pediátrica y el sistema de codificación utilizado (CIAP) en muchas ocasiones no resulta adecuado a los diagnósticos realizados desde la pediatría.

El estudio “Morbilidad en Pediatría de Atención Primaria en Asturias”, del año 2003 ha revelado grandes diferencias entre los distintos pediatras de las tasas de las patologías más frecuentemente diagnosticadas, no atribuibles a diferencias en las pirámides de población ni a la situación geográfica, por lo que es posible concluir, que los criterios diagnósticos o de registro, en muchas ocasiones, no son homogéneos.

## 4.2 Actividades en relación con la atención al niño/a

**4.2.1 Atención a la patología aguda:** Es la parcela de la Pediatría que trata de recuperar la salud perdida. Habitualmente responde a una demanda de atención solicitada por los padres del niño/adolescente o por el propio interesado.

En el año 2003 se realizó desde la AAPAP y en colaboración con el SESPA el estudio “Morbilidad en Pediatría de Atención Primaria en Asturias. Según este estudio las patologías más frecuentemente diagnosticadas son las que afectan al aparato respiratorio (44,8% del total); las enfermedades exantemáticas y la fiebre ocupan el 11,8% del total; seguido en orden de frecuencia por el aparato

digestivo (9,5%); la patología de la piel (9,3%); el aparato auditivo (6,4%); seguidos con una menor frecuencia del aparato locomotor, patología oftalmológica y otros. En los últimos años venimos observando la incorporación de la patología psicósomática, los trastornos del comportamiento, las alteraciones de la conducta alimentaria, los problemas del aprendizaje y diversa problemática de origen psicosocial, cuyo abordaje requiere de nuevos conocimientos y dedicación de mayor tiempo y medios para su resolución.

#### 4.2.2 Actividades en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Habitualmente esta atención se realiza de forma concertada y se reserva un tiempo exclusivo para la misma que, dependiendo de la presión asistencial supone alrededor de un 30% de la actividad diaria. Para la correcta realización de esta actividad se requiere de la colaboración y trabajo en equipo con el profesional de enfermería y, en algunos casos, con otros profesionales como trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos entre otros.

##### ■ Programa de Salud Infantil

Hasta el momento, la evaluación de este programa en Asturias ofrece unos resultados excelentes, tanto en cobertura como en cumplimentación de normas técnicas mínimas.

Un aspecto importante que debe señalarse es que aunque la mayor parte de las Comunidades Autónomas tienen su Plan o Programa de Salud Infantil, en la actualidad, **no existe en Asturias un programa unificado para toda la comunidad autónoma**; cada área sanitaria realiza el suyo o se aplica el incluido en el OMI-AP del Centro de Salud El Greco. Por otro lado, un 67% de los pediatras de AP considera que estos programas son claramente mejorables en varios de sus apartados.

Recientemente se ha aprobado en Asturias una nueva Cartera de Servicios pero no se han elaborado las guías ni protocolos para su aplicación. En el anexo 2 se expone dicha cartera de servicios y las actividades y cronología según edad propuestas por la AAPAP que deberá ser definitivamente evaluada para su aprobación y aplicación a la herramienta OMI-AP.

##### ■ Programa de vacunaciones

Aunque existe un Consejo Asesor de Vacunaciones y Enfermedades Inmunoprevenibles, del que forma parte un miembro de la Asociación, no se ha convocado en los últimos años.

La existencia de vacunas no incluidas en el calendario vacunal del Principado de Asturias, unido a la presencia de distintos calendarios en las diferentes comunidades autónomas crea una situación de desigualdad que repercute en la práctica diaria de los pediatras de AP. pudiendo generar sobre la población una desconfianza hacia el sistema

Las coberturas vacunales alcanzan altos porcentajes en Asturias. En los últimos años, se adaptó el calendario a la herramienta OMI-AP de manera unificada para toda la comunidad autónoma pero hasta el momento los responsables de vacunas de cada Centro de Salud aún se ven obligados periódicamente y de manera "tediosa" a extraer los datos del sistema.

### 4.2.3 Atención a niños con factores de riesgo y patología crónica

La complejidad de las patologías crónicas en este grupo de edad hace que muchas de ellas necesiten disponer de un programa o guía específica.

En la nueva cartera de Servicios (ver anexo 2) se han incluido los servicios de atención al niño y adolescente con asma; atención a la obesidad infantil; atención a trastornos por déficit de atención e hiperactividad; atención al déficit auditivo infantil; promoción del buen trato y prevención y actuación del maltrato infantil pero solo algunos de ellos tienen programa o guía específica. **La obesidad infantil** (patología de alta prevalencia) y que va en aumento en los últimos años **requiere de manera urgente la elaboración de una guía clínica con su aplicación informática**

#### ■ Programa del niño con asma

Fruto del trabajo del GRTAIAP, integrado en la AAPAP, es la elaboración del Programa de Atención al niño con Asma (PRANA). Este programa está vigente desde 2001 ha sido adaptado al OMI AP pero aún no ha sido evaluado exceptuando los datos de cobertura.

#### ■ Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil

Editado en 2002, hasta el momento se ha implantado en toda la CA el Programa de Cribado Universal de Hipoacusias en recién nacidos y está constituida la Unidad de Hipoacusia Infantil pero no se ha desarrollado el "Programa de Atención al Niño con Déficit Auditivo en Atención Primaria", no se ha llevado a cabo formación específica ni se ha realizado la adaptación a OMI-AP excepto los resultados del cribado a incluir en el "protocolo perinatal"; ni nos ha sido comunicada evaluación del mismo.

#### ■ Maltrato Infantil: Guía de actuación para los Servicios Sanitarios en Asturias

Esta guía ha sido realizada con la colaboración del Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia, Consejería de Vivienda y Bienestar Social, Consejería de Salud y Servicios Sociales y la AAPAP. Se ha publicado en el 2007. No se ha realizado ningún proceso de formación ni adaptación a OMI-AP.

#### ■ Promoción de la Lactancia materna

Ha sido elaborada, así mismo, la Guía de Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Por otro lado, un elevado número de pediatras de AP de nuestra Comunidad Autónoma, desarrollan actividades protocolizadas sobre trastornos comunes en los niños y adolescentes que, al no estar reconocidas por las autoridades sanitarias, no se contemplan en la evaluación de nuestro trabajo ni, lo que es quizá de mayor importancia, no se informa a la población que ignora el verdadero alcance de la oferta que tiene a su alcance.

### 4.3 Actividades en relación con la atención a la familia

La familia y el niño, especialmente el adolescente, son el principal agente en la prevención dirigida a prácticas de salud personal.

Forman parte de la práctica habitual los consejos para la orientación familiar ante los diferentes ciclos vitales y cambios familiares como el nacimiento de un hijo, de un hermano, el inicio de la guardería y escolarización, la adolescencia y cada día es más necesario poseer habilidades para el asesoramiento, intervención y mediación familiar fundamentalmente en los momentos de separación de los padres y familias disfuncionales.

### 4.4 Actividades en relación con la atención a la comunidad

El nivel de información de las familias sobre aspectos importantes de la salud infantil, sobre el funcionamiento y uso adecuado de nuestro sistema sanitario debe considerarse escaso y parcial. Resulta obvio citar también la repercusión futura de algunos hábitos de relación social, alimentarios y tóxicos adquiridos durante la infancia y adolescencia. La intervención anticipada y dirigida tanto sobre los educadores como sobre la familia y directamente sobre los niños a lo largo de su desarrollo, dan lugar a unos beneficios individuales y generales de gran rentabilidad.

#### ■ La Educación para la salud en el ámbito escolar

La evidencia que ofrecen numerosos estudios realizados en las dos últimas décadas sugiere que las intervenciones de promoción de la salud basadas en los centros de enseñanza pueden ser eficaces porque transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la adopción de elecciones que se traducen en una conducta positiva orientada a la salud. Las intervenciones son más eficaces si los programas son de amplio alcance y holísticos, relacionando al Centro de enseñanza con los organismos y sectores encargados de la salud.

Las dificultades a vencer son importantes y provienen tanto de los elementos de planificación y gestión del sistema, como de los propios profesionales y de las insuficiencias en tiempo y medios disponibles para este tipo de actividades.

Algunas de las intervenciones se realizan de forma sistemática, mantenidas en el tiempo y están organizadas en forma de programas o talleres; con mayor frecuencia se refieren a la salud bucodental; prevención de accidentes; alimentación y nutrición (Taller "como comemos" etc.) prevención de hábito tabáquico; primeros auxilios etc. La mayoría en colaboración con enfermería.

En el curso escolar 2006-2007 se inició, como parte del desarrollo del PRANA, en colaboración con el SESPA, y las Consejería de Educación y de Sanidad y Servicios de Salud, el taller "Ayúdanos a vivir con asma" dirigido a los profesores de los Centros Escolares que en la actualidad está en fase de desarrollo y evaluación de los primeros datos.

## 4.5 Actividades en relación con la formación, docencia e investigación

En el año 2006 se constituyó la comisión de Formación, Docencia e Investigación de Pediatría de AP de la que forman parte la consejería de Sanidad, el SESPA, la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, la AAPAP, y pediatras de las diferentes áreas de salud. Se requiere además para temas en relación con la docencia, la presencia de los presidentes de las unidades docentes de los Hospitales HUCA y Cabueñes y una representación de los Tutores de residentes de pediatría de ambos hospitales. La existencia de una Comisión de estas características con capacidad gestora resulta imprescindible para el desarrollo y la coordinación de estas actividades, fundamentales para la mejora de la calidad, que en el momento actual están siendo relegadas a expensas de la actividad y presión asistencial.

### 4.5.1 Formación y capacitación

Consideramos la formación continuada una prioridad para lograr la capacitación que nuestro ejercicio profesional requiere, tanto en la actualización de temas científicos, como en la adquisición de nuevos conocimientos que nos permitan afrontar los cambios que la **tendencia demográfica** (adolescencia, inmigración), **sociocultural** (educación para la salud, intervención comunitaria, técnicas de comunicación) y **tecnológica** (informatización de las consultas, búsqueda de bibliografía y foros científicos a través de Internet, etc.) impone.

La formación-actualización redundante en mejora de todos los indicadores sanitarios pero también y de forma fundamental, en el del propio gasto, máxima preocupación cuando los recursos son limitados. Por otra parte según prevén los artículos 37 de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el artículo 40 de la ley 55/2003 por la que se aprueba el Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud, será una herramienta fundamental para la adquisición de los grados en los que se articulará la carrera profesional, y quizás también, y siguiendo futuras directivas de la Unión Europea, para poder seguir ejerciendo, como ya ocurre en los Estados Unidos de Norteamérica.

De la encuesta realizada por la AAPAP entre los pediatras asturianos, hemos obtenido una visión global de la situación (año 2000) en cuanto a formación continuada se refiere, que es considerada insuficiente por los pediatras. La nota media obtenida por este apartado es de 5 puntos sobre 10 y solo un 7,4 % de los encuestados creen que su formación es buena o muy buena.

La oferta de formación continuada específica dirigida a la pediatría de AP desde entonces ha mejorado con la actuación del Instituto de Administración Pública del Principado de Asturias "ADOLFO POSADA" con el que la AAPAP colabora habitualmente.

Pero aun no es suficiente en cantidad ni calidad y en muchas ocasiones, la formación continuada está recayendo económicamente, sobre cada profesional, o lo que es peor, sobre otras entidades, con las que puede haber conflicto de intereses.

A nivel pediátrico las sesiones clínicas en el Centro de Salud, son de difícil instrumentación, por ello desde nuestra Sociedad, se han potenciado reuniones científicas impulsadas por los vocales de las diferentes áreas sanitarias, así como diversas reuniones a lo largo del año, que culminan en una REUNIÓN CIENTÍFICA ANUAL; pero hace falta una colaboración más decidida por parte de la Administración tanto en el apoyo directo a dichas actividades, como en la facilitación de días y sustituciones para que los pediatras puedan acudir a las mismas.

Otro tipo de formación continuada como la rotación por Atención Especializada o por Unidades específicas no han sido institucionalizadas y se realizan solo de manera puntual y esporádica.

#### ■ Formación para enfermería pediátrica

En íntima relación con la necesidad de formación de los pediatras, está la del colectivo de enfermería pediátrica. En la mayoría de los casos, estos profesionales no han recibido formación específica que en gran parte adquieren a través del trabajo conjunto con los pediatras. Por ser un elemento clave en el desarrollo de los programas, consideramos que éste colectivo debería tener una capacitación previa y continuada en el área de pediatría.

El papel de estos profesionales adquiere mayor importancia en la consulta por su accesibilidad para las familias y su potencial para la realización de actividades de educación sanitaria y asesoramiento en Centros Escolares

Desde la AAPAP hemos ofrecido y continuamos ofreciendo nuestra colaboración a las diferentes instituciones para participar en esta formación.

#### 4.5.2 Actividad docente

##### ■ *Docencia Pregrado*

La actividad que se desarrolla en las consultas de pediatría de AP conlleva algunas tareas específicas de la misma, como el desarrollo de los programas de salud, el seguimiento de enfermedades crónicas o la intervención educativa en los colegios y la comunidad. Es esta una parte importante del trabajo que los alumnos de medicina, no podrán ver sobre el terreno salvo en nuestras consultas de Primaria.

La Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria, a lo largo del año 2000 mantuvo reuniones con la Cátedra de Pediatría de la Universidad de Oviedo, ofreciendo la posibilidad de una rotación para estudiantes de medicina en las consultas de Pediatría de los Centros de Salud concretando un programa, objetivos y propuesta de evaluación; dicha rotación se inició en el curso escolar 2000-2001.

La Comisión paritaria Universidad-Instituciones Sanitarias ha reconocido este programa de rotación de pregrado y en la actualidad participan 17 Pediatras del área IV. Existe una "Guía de prácticas clínicas para estudiantes de Medicina UCA con referencia específica a Pediatría.-Centros de Salud (básicamente síntesis del programa previamente presentado por la AAPAP).

Aunque conocemos la opinión, globalmente favorable de los alumnos respecto a estas prácticas, hasta el momento no hemos recibido ninguna evaluación oficial ni ningún tipo de compensación por el trabajo realizado. Es preciso recordar que a los médicos de familia que participan en la docencia de pregrado, al menos, se les ha ofrecido la posibilidad de acceder a plazas de profesor ayudante de clases prácticas.

### ■ *Docencia postgrado*

#### ⇒ Residentes de Medicina de Familia

Los residentes de Medicina de Familia realizan actualmente una rotación con los Pediatras de los Centros de Salud, en su segundo año de especialidad, durante un periodo de 1 mes. La regulación de esta rotación y la acreditación de los Centros y Tutores depende de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria y aunque existen relaciones puntuales con la misma, hasta el momento no se ha regulado de forma conjunta dicha rotación, las más de las veces depende de decisiones, sin ningún criterio objetivo conocido, en lo referente a la Pediatría.

Como compensación de esta actividad, hasta el momento solo se ha conseguido (a propuesta de la AAPAP) que el tiempo de docencia fuese valorado como tal en la última OPE, lo cual tampoco es ecuaníme dado que no todos los Pediatras pueden optar a ese tipo de docencia, y no por sus méritos, sino por causa del azar, que nunca debe ser el que determine la obtención de una plaza en ningún tipo de concurso público ni privado.

#### ⇒ Residentes de Pediatría

La Rotación de Residentes de Pediatría por AP es imprescindible para la formación del especialista de pediatría cualquiera que sea su futuro lugar de trabajo y posterior dedicación.

La situación en Asturias hasta el año 2007 ha sido la siguiente: Desde 1995 existe un Programa de Rotación en Atención Primaria elaborado por pediatras de este nivel asistencial, que fue aprobado por la Gerencia de Atención Primaria del Área IV y por el Servicio de Pediatría del Hospital Central de Asturias. Desde dicha fecha se viene desarrollando en varios Centros de Salud de Oviedo, una rotación voluntaria de un mes, alternativa a la rotación establecida en el Servicio de Urgencias del Hospital, y condicionada a la necesidad asistencial de éste; siendo similar la situación para los residentes de pediatría del Hospital de Cabueñes. No existe hasta la fecha reconocimiento oficial de la rotación a efectos curriculares para los Tutores ni para los Residentes. En el año 2006 desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (según estipulaba la normativa al respecto) se elaboraron los modelos de solicitud para la Acreditación de Tutores de Pediatría de AP. En la actualidad han solicitado la acreditación 17 pediatras de AP de Asturias y se está en la fase en la que la Comisión Nacional de la Especialidad está revisando las solicitudes recibidas de toda España para su aprobación.

Es conveniente señalar que la AAPAP y la AEPAP han estado presentes en todo el proceso y realizado propuestas concretas al respecto accesibles en la web de la AEPAP (grupo de docencia) algunas de las que han sido incluidas en los informes oficiales y otros que hoy son asuntos pendientes y que en síntesis se refieren a su desacuerdo con la necesidad de que los Centros y Tutores de pediatría de AP acreditados lo sean previamente por las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria. El tiempo de rotación que, además del obligatorio, debería ser opcional de 6 meses en el último año; y el programa de la rotación debe ser mejorado y ajustado a las necesidades de AP con el compromiso de la AEPAP de, en los próximos meses, presentarlo a la valoración de los pediatras de AP y el definitivo a las diferentes instituciones implicadas

### 4.5.3 Investigación clínica

La investigación clínica debe considerarse como una actividad profesional fundamental para el pediatra, imprescindible para abordar de forma racional y más eficaz los problemas de salud propios de la infancia. Esta labor investigadora debería ser exigida, promocionada y facilitada desde todas las instancias de la Administración Sanitaria, garantizando la disposición de los recursos necesarios, tanto en lo que se refiere a tiempo de dedicación, como a los medios técnicos, la colaboración con otros profesionales y su financiación. Desde la *enumeración y cuantificación* de los actos de nuestra consulta, hasta la elaboración de trabajos de *documentación descriptivos, encuestas* sobre conocimientos, actitudes e inquietudes de la población o la realización de *estudios prospectivos* de interés clínico, nos permitirán hacer más efectiva nuestra actividad e intervenir de manera más selectiva sobre problemas y deficiencias encontrados en las familias, sus niños y sus relaciones con el sistema de salud.

Es preciso modificar la situación actual en la que la pediatría de AP tiene un alto nivel asistencial y escasa presencia en la investigación teniendo en cuenta las características específicas de la AP que la sitúan en una posición privilegiada para investigar no solo en la enfermedad sino también en salud; no solo de forma puntual sino en la observación de los niños a lo largo de períodos ininterrumpidos y en su entorno familiar. En AP con frecuencia se aplican resultados de investigaciones realizadas en otros ámbitos en los que se atienden pacientes "ideales" que no responden a la población real; no resulta tampoco infrecuente la aplicación "mimética" de resultados de investigación en población adulta.

A pesar de las dificultades generadas tanto por el déficit de formación como por la falta de apoyo desde las diferentes instituciones, existe un claro interés por parte de los pediatras de AP en participar en iniciativas de investigación tanto individuales como colectivas; como las llevadas a cabo en los últimos años que han tenido como resultado la creación de un grupo de trabajo al respecto; la publicación de trabajos en torno a patologías de alta prevalencia como el asma, estudios de seroprevalencia, morbilidad y lactancia materna; la presentación de pósters y comunicaciones en los últimos congresos y reuniones y las nuevas líneas de investigación abiertas desde la AAPAP dirigidas al estudio sobre yoduria en la edad

de 0 a 6 años y el estudio epidemiológico de sobrepeso y obesidad infantil en Asturias.

Se exponen a continuación algunas parcelas de la actividad que requieren mención especial por tratarse de temas muy específicos o bien que, tradicionalmente no son bien conocidos ni abordados desde la pediatría de AP

## **5. SALUD MENTAL INFANTIL**

Hoy en día, todos los aspectos que rodean la salud mental infantil están cobrando una importancia cada vez mayor.

La realización de estas actividades precisa de conocimientos científicos, recursos propios en forma de tiempo y sistemas de registro adecuados y de cauces adecuados de comunicación e interrelación entre la Pediatría de Atención Primaria y los Centros de Salud Mental Infantil.

La Salud mental infantil es tema recurrente en todas las reuniones anuales de la AAPAP y durante el año 2007 se han llevado a cabo por parte del IAAP, a propuesta de la asociación, dos cursos dirigidos a pediatras de AP.

Es de señalar la gran labor realizada en el área sanitaria VIII en el tema del TDAH.

## **6. ATENCIÓN TEMPRANA**

La Atención Infantil Temprana es una estrategia de intervención imprescindible para prevenir, atenuar y recuperar las distintas discapacidades que pueden producirse, como consecuencia de diversas causas y factores, en el transcurso del desarrollo infantil.

Se ha constituido en el año 2007 un grupo de trabajo de coordinación socio-sanitaria en la atención infantil temprana en el marco de la elaboración de "procesos de atención socio-sanitaria para Asturias", fruto de la colaboración entre la Consejería de Vivienda y Bienestar Social y la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios- Servicio de Salud del Principado de Asturias con el objetivo de desarrollar el "Proceso de atención infantil temprana" y con la participación de todos los sectores implicados incluido un pediatra miembro de la AAPAP; en el momento actual no ha finalizado el trabajo que pretende también redactar una guía de recursos que actualice y mejore la realizada hace más de una década.

## **7. ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INMIGRANTE**

El fenómeno de la inmigración se ha visto incrementado en los últimos años, además de la problemática social y cultural que esto conlleva, plantea, desde le punto de vista sanitario, la necesidad de una adecuada

asistencia sanitaria a este colectivo. Ya que la AP es el primer escalón asistencial, la mayor responsabilidad y probablemente el mayor esfuerzo para la integración sanitaria de este colectivo, se debe realizar en nuestro ámbito profesional.

A partir de los datos de tarjeta sanitaria la población infantil inmigrante de 0 a 13 años ha pasado de 1.652 en el año 2003 a 2.543 en el año 2006 siendo su distribución mayor en las áreas centrales y fundamentalmente en el área IV.

Se constituyó en el año 2006 auspiciado por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios un grupo de trabajo (con participación de pediatras de AP) para la atención a la población inmigrante que elaboró un documento "Asistencia Sanitaria para la población inmigrante desde la Atención Primaria" que viene a cubrir un vacío importante, facilitará el trabajo de los pediatras de AP al respecto y podrá mejorar la calidad de la atención sanitaria a este colectivo

## **8. ASPECTOS ORGANIZATIVOS**

### **8.1 Dotación de recursos humanos**

El número de pediatras de AP en Asturias es de 126 (7 de ellos pertenecen al modelo tradicional); la población menor de 14 años de 94.996 por lo que la relación habitantes /pediatra es de 754 existiendo sin embargo grandes diferencias entre los distintos pediatras y áreas sanitarias. 18 Pediatras tienen un cupo superior a las 1.000 tarjetas sanitarias; 35 un cupo superior a las 800 tarjetas. Existen además 6 pediatras de área y más de la tercera parte de pediatras atienden a población en diferentes consultorios.

A partir de los datos de las consultas puede concluirse que cupos con 1.000 tarjetas sanitarias deberán dedicar a la consulta 5 horas y 30 minutos para la atención a la patología aguda y los programas hasta el momento implantados (programa de salud infantil y del niño y adolescente con asma) lo que nos aporta los datos suficientes para recomendar cupos óptimos de 800 tarjetas y máximos de 1000 tarjetas.

En lo que respecta al personal de enfermería específicamente dedicado a la atención del niño y del adolescente, la situación es francamente mejorable ya que en poco más del 50% de los casos hay una enfermera asignada al cupo mientras que el 48% debe compartir este personal con otros cupos pediátricos o con los cupos de medicina general. Esta carga de trabajo extra impide que el profesional de enfermería pueda dedicarse de forma adecuada a la atención integral del niño y del adolescente con la merma en la calidad que esto supone.

### **8.2 Dotación de recursos materiales**

La dotación material que consideramos necesaria se recoge en la siguiente tabla:

Material necesario en las consultas pediátricas	
Fonendoscopio pediátrico	Podoscopio
Otoscopio (preferiblemente de pared) neumático	Nivel y plomada
Microaspirador y micropinzas para eliminar cerumen	Lápiz dermatográfico
Oftalmoscopio	Esfigmomanómetro con manguitos adecuados a las edades
Optotipos pediátricos y de adultos	Balanza para lactantes (electrónica)
Material para la realización del test de Denver	Tallímetro para lactantes
Medidores de FEM	Balanza y tallímetro de adultos
Cámaras de inhalación	Centímetro cefalométrico
Espirómetro	Orquidómetro
Kit de pruebas cutáneas	Sondas vesicales
	Material de RCP pediátrico

Recientemente, a propuesta del SESPA, se ha constituido un grupo de trabajo con participación de representante de la AAPAP en el que se están actualizando el acceso a diferentes procedimientos diagnósticos desde la AP

Otras dotaciones imprescindibles son el acceso a teléfono exterior desde las consultas, a internet y correo electrónico.

### 8.3 Participación en los órganos de gestión

Hasta el momento no existe ningún organismo de participación de las asociaciones profesionales en los órganos de gestión de instituciones sanitarias.

## 9 CARTERA DE SERVICIOS

En el año 2005 se constituyó, a propuesta de la Consejería de Sanidad y Servicios de Salud respondiendo a la petición de la AAPAP, un grupo de trabajo para el desarrollo de la Cartera de Servicios de Pediatría de AP. Fruto del mismo es el documento accesible en la web de la AEPAP; posteriormente se creó una Comisión con participación también del SESPA y del resto de profesionales sanitarios de AP que elaboró la propuesta que fue definitivamente aprobada; aunque no correspondía exactamente a nuestra propuesta, mejoraba sensiblemente la previa. En todo caso, la AAPAP planteó la necesidad de elaboración de los diferentes programas o guías correspondientes con su adaptación a la herramienta OMI-AP a cada uno de los Servicios incluidos. Tarea que en el momento actual consideramos prioritaria.

## 10 EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Los sistemas de evaluación utilizados hasta el momento son en la práctica tan solo un control cuantitativo de la actividad desarrollada con interés fundamentalmente institucional, existen expectativas de mejora con la posible aplicación del programa informático ISIS.

## 11 ASPECTOS PROFESIONALES EN LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

### 11.1 Particularidades de las condiciones de trabajo de las áreas rurales de la periferia de Asturias

En las áreas rurales de la periferia de Asturias (I: Jario, II: Cangas del Narcea y VI: Arriondas, así como algunas zonas básicas de salud de las áreas IV: Oviedo y VII: Mieres) trabajan más del 15% de los pediatras de Atención Primaria de la provincia, los cuales soportan unas condiciones de trabajo más penosas que los profesionales que desarrollan su labor en el centro del Principado.

En primer lugar, la distancia a los núcleos más poblados de la región es el principal causante de la falta de profesionales cualificados, ya que la mayoría residen en las localidades del centro de la provincia. Por este motivo, los pediatras que, aun viviendo en poblaciones lejanas a estas zonas, aceptan puestos de trabajo en estas áreas, debido a las comunicaciones dificultosas, emplean tiempos a veces superiores a 60 minutos en llegar a los lugares de trabajo. Y no es sólo el tiempo cronológico empleado, sino las condiciones orográficas que hacen que los desplazamientos se realicen por carreteras de montaña que en invierno se encuentran frecuentemente heladas o nevadas. Además, con frecuencia deben dirigirse a consultorios periféricos o a otras zonas básicas de salud en el caso de los pediatras de área, que se encuentran igualmente mal comunicados y precisan de elevados tiempos de desplazamiento. Estos aspectos no son tenidos en cuenta a la hora de establecer retribuciones económicas. Más aún, debido a la despoblación de estas zonas, el número de tarjetas sanitarias asignado a cada pediatra es muy escaso, con lo cual el complemento de productividad fija es aproximadamente la mitad del de los profesionales de otras zonas, sin que tampoco se produzca una disminución de la jornada laboral.

Además, una vez aceptada una vacante en estas zonas, el pediatra que la acepta no tiene la posibilidad de acceder a un cambio de zona, salvo que renuncie a su puesto de trabajo, y en el caso de obtener una plaza en propiedad, ocurre lo mismo, pues no se convocan concursos de traslados con periodicidad. No se plantea, a día de hoy, el primar el trabajo en estas zonas ni siquiera como un mérito extra en el currículum; ni se plantea el ofertar como mejora de contrato una plaza en un área central respecto a una plaza de un área rural. Esto supone que una vez obtenida una plaza de estas zonas, el tiempo que transcurre hasta poder acceder a otra más cercana al centro de Asturias supere en muchos casos los 10 años.

Todo esto provoca una desmotivación en los profesionales que se manifiesta en mayor medida en las funciones docentes e investigadoras. Por la lejanía, la falta de profesionales para sustituirse y la escasez de pediatras próximos, son casi inexistentes las actividades formativas a las que los pediatras de estas zonas pueden acceder. Además, los apoyos son también casi inexistentes a la hora de acometer estudios de investigación. Esto, por ni hablar de la dificultad de realizar una labor asistencial de calidad cuando no se dispone de analíticas o recogida de muestras diaria o cuando la distancia a los puntos de realización de

estudios radiológicos es igualmente larga.

Estas circunstancias hacen que no tenga ningún atractivo el acceder a estos puestos de trabajo, pues son muchos más los inconvenientes de trabajar en estas zonas que las ventajas. Con este panorama, los problemas para cubrir las plazas de pediatría de las áreas rurales de la periferia de Asturias serán cada vez mayores, por lo que se deberían buscar soluciones que primen en cierta medida el trabajar en condiciones más desfavorables que en el centro de la región.

Otra circunstancia anómala en las zonas rurales donde no hay pediatras privados, es la derivada del convenio que existe entre el SESPA y los seguros privados por el que en determinadas zonas básicas se atienden a los niños correspondientes a estos seguros sin recibir ninguna retribución por ello. Estos niños, por supuesto, no tienen TSI.

Sería adecuado saber en qué consiste este convenio y cuánto percibe el SESPA de las aseguradoras privadas por este concepto, porque, en ocasiones en que se ha enviado la información a las Gerencias, han contestado que no les interesa este dato porque no se les factura nada, quizás tenga que ver con el hecho de que la Sanidad Pública se financia con los impuestos de todos, pero convendría aclararlo; porque aunque sea así, a estos pediatras, sí se les tendría que retribuir, ya que asumen la responsabilidad correspondiente cada vez que acuden estos niños a consulta y se les visita.

## 11.2 Provisión de vacantes y concursos de traslados

Las situaciones de interinidad provocan, a la larga, desmotivación y una profunda intranquilidad e insatisfacción en los profesionales afectados.

La última OPE que pretendía resolver el problema de muchos interinos, por la forma de gestarse y desarrollarse originó, multitud de agravios comparativos, al faltar, al menos en parte, a los principios de igualdad, mérito y capacidad; siendo tan evidente que parece innecesario extenderse en ello más espacio, baste decir que dejó contentos a pocos y desmotivados y frustrados a muchos.

La falta de concursos de provisión de vacantes periódicos, precedidos de los necesarios traslados, conforme a los principios enunciados más arriba, son uno de los problemas más acuciantes que detectamos en la Pediatría de Atención Primaria. Estos concursos debieran producirse PERIÓDICAMENTE, como un **ACTO ADMINISTRATIVO MÁS** en el funcionamiento del SESPA, Y PARA CONSEGUIRLO PONDREMOS TODO NUESTRO EMPEÑO.

## 11.3 Carrera Profesional

Su desarrollo ha venido a colmar una de las más viejas aspiraciones de los profesionales, es de esperar que con el trabajo de todos no defraude las expectativas que se han generado. En el momento actual está constituido un grupo de trabajo con la participación de los profesionales sanitarios implicados representados por

las diferentes organizaciones profesionales

#### 11.4 Pediatra de Área

En la resolución del 23 de julio de 1998, de la Presidencia Ejecutiva del Insalud, por la que se crea la figura de Pediatra de Área en Atención Primaria y se ordenan sus actividades, se indica que aquellas ZBS que no tengan una población suficiente que justifique la creación de la plaza de Pediatría “puedan agruparse en dos o más zonas para poder disponer de un profesional especialista en pediatría-puericultura que brinde específicamente las prestaciones médicas adecuadas y **pueda asesorar al médico general en el cometido de su función cuando tenga que atender a niños menores de 14 años**”.

La realidad es otra diferente ya que el Pediatra de Área no esta realizando una labor de consultor sino el mismo trabajo que el resto de los Pediatras de Atención Primaria. Sin embargo, las TSI de estos niños están asignadas a los médicos generales y no al pediatra, con lo cual la retribución del mismo disminuye considerablemente.

Por otro lado, el hecho de tener que desplazarse por dos o tres zonas diferentes, que suman sus cupos, y a veces alejadas geográficamente hace que el tiempo del que el pediatra dispone le impida efectuar adecuadamente programas de salud y mucho menos una correcta asistencia a enfermos crónicos o actividades en la comunidad. Por último, la AAPAP considera que la figura de Pediatra de Área atenta directamente contra la filosofía de la Atención Primaria y constituye un paso atrás en la atención de los niños y adolescentes, retrotrayéndonos a situaciones y épocas pretéritas que creíamos superadas.

#### 11.5 Disminución de percepciones económicas

Sin intención de menospreciar ninguna profesión ni anteponer nuestra labor a la de otros profesionales, podemos asegurar que las retribuciones del pediatra de Atención Primaria sufren una clara discriminación, no ya con respecto a otros trabajadores de la función pública de su mismo nivel profesional, sino con respecto a los propios compañeros Médicos de Familia.

La disminución de TSI consecuente con la disminución de la natalidad provoca una merma en la cantidad percibida en forma de productividad fija. El real Decreto Ley 3/1987 dispone que este complemento esta destinado a la remuneración “**el especial rendimiento, el interés o la iniciativa del titular del puesto, así como su participación en programas o actuaciones concretas**”. No parece por tanto que su disminución pueda sustentarse en algo tan ajeno al profesional como es una tendencia socio-demográfica. Así mismo, en la era del desarrollo informático, resulta increíble que las TSI de los niños recién nacidos puedan tardar más de 6 meses en ser asignadas al pediatra elegido, con la consiguiente merma económica que de ello se deduce.

Por otro lado los acuerdos sobre productividad variable, olvidan, como en tantas otras cuestiones, las características específicas de la pediatría del Centro de Salud.

La Pediatría de AP tiene una actividad específica y diferenciada del resto de los profesionales de los Centros de Salud por lo que creemos que la valoración de la misma debe tener en cuenta esta especificidad.

Por último, los incentivos acordados para favorecer el uso de genéricos y la disminución del gasto farmacéutico tampoco han tenido en cuenta las características particulares de la pediatría con un gasto farmacéutico "per se" tradicionalmente muy bajo y con una posibilidad de recetar genéricos mínima por la escasa presencia de éstos en la farmacopea pediátrica.

### **11.6 Sustituciones**

La escasez de profesionales pediátricos que se viene padeciendo desde hace ya un tiempo, determina que en los periodos de vacaciones, permisos para formación y/o bajas laborales, haya problemas de sustituciones con el deterioro correspondiente de la calidad de la asistencia, la suspensión en algunos casos de la consulta programada, y la sobrecarga asistencial por exceso de pacientes o por desplazamiento a otros puntos geográficos de los pediatras titulares. En el verano de 2007 la situación se ha agravado, quizás por falta de planificación, por lo que se ha desencadenado una situación de crisis que desde la AAPAP, respondiendo a las demandas de los pediatras de AP, hemos intentado solucionar o paliar poniéndonos en contacto con el Subdirector de Atención primaria del SESPA ( ver anexo).

De dichos contactos se obtuvieron unas directrices y el conocimiento de un documento (Directiva para Sustituciones), elaborado por la Subdirección de Atención Primaria en colaboración con las diferentes Gerencias en el año 2006 que intentaba paliar el problema.

Las entrevistas realizadas por nuestros vocales con sus respectivas Gerencias y Direcciones Médicas, no han dado el resultado esperado ya que en bastantes casos no se han aplicado los puntos desarrollados en el documento citado; hemos de reconocer también que en algunas Áreas se han producido avances sobre las propuestas del inicio del verano 2007.

Los riesgos son evidentes: si se pone en cuestión la credibilidad de nuestras demandas y la de la Subdirección de Atención Primaria del SESPA entre nuestros profesionales, la situación puede producir, entre otras cosas, el deterioro de la calidad de la atención sanitaria pediátrica en Atención Primaria.

Es necesaria una adecuada planificación tanto para aumentar el número de profesionales como para minimizar al máximo las consecuencias de su ausencia. Al respecto, desde la AAPAP, se ha elaborado un documento con datos acerca de la situación actual, jubilaciones previstas en los próximos años, nuevos especialistas de pediatría y probable evolución demográfica.