

# Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura  
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz  
www.spapex.org

Vol. IV - Abril 2007 - Núm. 1

## Sumario

### EDITORIAL

**Juan J. Morell Bernabé. PAG. 2**

### OPINIÓN

**OPE: Pasado, presente y futuro.**

**José Antonio Fernández Merchán. PAG. 5**

**La OPE nuestra compañera durante los últimos cinco años.**

**M<sup>a</sup> Isabel Corral Muñoz. PAG. 6**

**OPE: Sentimientos, Pensamientos.**

**Cecilia Matilde Gómez Málaga. PAG. 7**

**Una mañana con el "Proyecto Jara".**

**Jaime Javier Cuervo Valdés. PAG. 8**

### NOTICIAS

**Fallo del Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2006. PAG. 10**

**Noticias sobre Formación continuada pediátrica. PAG. 10**

### ARTÍCULO

**Artículo de colaboración: Centro Extremeño de Desarrollo Infantil.**

**Programa de salud infantil y del adolescente en Extremadura. PAG. 11**

**Isabel Botana del Arco**

**Juan José Morell Bernabé**



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA  
DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DE EXTREMADURA



Depósito Legal: BA-439-05  
ISSN: 1885-2483

*Editor:* Jaime J. Cuervo Valdés  
*Impresión:* Imprenta Rayego. Badajoz

**FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE A TODOS SUS ASOCIADOS POR CORTESÍA DE MSD**



**Juan J. Morell Bernabé**  
Pediatra de Atención Primaria

**E**n este mes de marzo, el Ministerio de Sanidad ha presentado un estudio sobre necesidades de especialistas con previsiones para los próximos años, siendo las especialidades de Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria dos de las cinco con mayores problemas detectados en el conjunto del sistema sanitario.

La falta de pediatras y de una política clara sobre la atención a la salud infantil que queremos y podemos dar en nuestro país ha sido y sigue siendo uno de los temas más reiterados por las diversas Asociaciones de Pediatría de Atención Primaria, incluida la SPAPex.

Aunque en dicho informe se plantean estrategias a corto, medio y largo plazo, como: la necesidad de mejorar la información sobre Recursos Humanos del SNS, incrementar el número de plazas tanto para el acceso a la formación de grado como a la formación especializada, agilizar los trámites de homologación para especialistas procedentes de otros países y desarrollar la troncalidad; las previsiones de solución no son nada halagüeñas, especialmente para la Atención Primaria, que seguirá siendo la cenicienta del Sistema Sanitario si no se adoptan medidas que, realmente, la sitúen en el primer nivel de atención y, más aún para la pediatría, el «patito feo» de la Atención Primaria.

La falta de previsión de nuestras autoridades sanitarias de un rebrote en la natalidad por el mayor número de mujeres en edad fértil derivado de la época del «baby-boom», así como el incremento de población infantil relacionado con la inmigración; y el hecho de no haber asimilado el modelo de atención pediátrica primaria implantado en nuestro país, junto a la edad media de los profesionales que impulsaron en su momento los servicios hospitalarios de pediatría, nos conducen a un callejón sin salida si no se toman urgentes medidas de planificación sanitaria y de salud dirigidas a la población infantil.

Y todo esto ocurre, en momentos en que las expectativas de atención a la salud en la población infantil y adolescente están cambiando y, claramente, la respuesta a estos cambios y necesidades emergentes están en el entorno comunitario y desde una acción interdisciplinar; donde las unidades de atención pediátrica en los Equipos de Atención Primaria (pediatras, enfermeras y trabajadores sociales) juegan un papel fundamental, por su proximidad y conocimiento de la historia de salud del niño, de la familia y de su entorno.

Nuestra Comunidad Autónoma va a ser pionera en llevar a cabo un registro de profesionales sanitarios, pero esto no asegura que estos vengán a trabajar a Extremadura.

Lo mismo ocurre con la Oferta de Empleo Público planteada recientemente, con nuevas plazas para pediatras en Atención Primaria; pero también en Hospital; ¿de dónde saldrán estos pediatras?

La homologación del título de pediatras extranjeros puede ser una vía provisional a corto plazo; también, el aumento de plazas de pediatras en formación. Pero, ¿se quiere aumentar esta oferta en nuestra Comunidad?; y, además, ¿cómo se pueden fidelizar estos especialistas para que no emigren de nuestra región a las primeras de cambio?

La formación de especialistas en Pediatría, incluso se ha duplicado en los últimos 5 años en algunas regiones, como Cataluña, País Vasco y algo menos en Madrid, que tienen los mismos graves problemas de escasez de profesionales; pero en Extremadura se mantiene un número insignificante de 6 plazas ofertadas, que no cubrirán en los próximos años ni los déficits originados por las jubilaciones y las exenciones de guardias en los Hospitales de nuestra CCAA. Sin contar los que se marchan de nuestra región una vez finalizada su formación o, lo que parece más probable en el



corto plazo, el pase a la medicina privada como salida para obviar los contratos «basura» en los hospitales o los turnos con horarios de tarde en Atención Primaria.

Hay otros muchos frentes abiertos para poder orientar con tranquilidad las estrategias de atención de salud infantil y adolescente en nuestra región: la presión asistencial y demanda de mayor uso de los servicios sanitarios, junto a políticas no bien planteadas de accesibilidad ilimitada y uso no racional de estos servicios sanitarios, que, además, son incompatibles con los límites de trabajo de los profesionales y las expectativas de conciliación en su vida familiar (los turnos de tarde hasta las 22 horas en pediatría no sólo han demostrado ser ineficaces para los objetivos que se planteaban sino que son contradictorios con los mensajes de educación para la salud y promoción del desarrollo del niño y de hábitos saludables que damos desde las consultas de pediatría y enfermería; lo que ha llevado a problemas muy graves en la Comunidad de Madrid, donde a la falta de pediatras se le suma la fuga de estos a la medicina privada).

También, los cupos masificados que sufren un porcentaje muy alto de pediatras, especialmente en las zonas urbanas (más del 50% en nuestra Comunidad, según el último informe SIAP de octubre del 2006, del Ministerio de Sanidad) y la

dispersión geográfica en las zonas rurales tienen difícil respuesta ante esta escasez manifiesta de pediatras.

Algunos Sistemas de Salud regionales, en concreto Cataluña, han dado el paso en estos días para relegar a los pediatras de Atención primaria a una figura intermedia, un filtro de dudosa necesidad entre el nivel primario y hospitalario; donde las actividades preventivas las realizaría enfermería y la asistencia los médicos de familia.

Un compañero nuestro, reitera en una lista de internet que esta situación de pediatra consultor, «encargándose de estudiar problemas crónicos en los niños» y «en consultas aparte» sería la solución ideal frente a lo que denomina «todo para el pediatra», que resume en la frase «llenos de revisiones, mocos, cacas y tal;...».

Evidentemente, no estoy de acuerdo con esta percepción; yo quiero «todo para el niño» y seguir siendo un pediatra de cabecera (o como ya lo he denominado en otras ocasiones para que se me entienda mejor, un pediatra de familia y comunitario), creo que el sistema sanitario público de atención primaria pediátrica que tenemos en nuestro país es bueno, y pienso que el pediatra consultor, simplemente, es un paso previo para la desaparición de la pediatría de AP.

## EXTREMADURA

Área	Pediatras EAP	Pediatras MT	Pediatras de Área	Total pediatras	Ratio tarjetas asignadas
Badajoz	28	0	2	30	1.231
Mérida	17	0	0	17	1.319
Don Benito-Villanueva	17	1	1	19	976
Llerena-Zafra	10	0	0	10	1.328
Cáceres	24	1	5	30	884
Coria	3	0	0	3	1.795
Plasencia	17	0	4	21	813
Navalmoral de la Mata	4	0	0	4	1.648
<b>Total Comunidad:</b>	<b>120</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>134</b>	<b>1.112</b>



No obstante, coincido con él en que éste es el quid de la cuestión.

El déficit de pediatras es en gran parte consecuencia de una planificación sanitaria deficiente pero, quizás en estos momentos, no debemos centrar tanto la discusión en si existen o no pediatras sino en cual es el modelo de atención a la salud infantil por el que queremos avanzar en nuestro país, qué necesidades y expectativas en salud tienen los niños y adolescentes en nuestra realidad social y cómo podemos atenderlas, y qué tareas deben y pueden realizarse desde la Pediatría en Atención Primaria; y en base a ellas, estructurar también el modelo de formación para los futuros pediatras de nuestro país.

En esta línea, muchos de nosotros estamos convencidos que hay opciones organizativas y estrategias transitorias a corto y medio plazo que permitirían seguir avanzando en el modelo de atención pediátrica que tenemos, incluso en momentos críticos como los que estamos viviendo. Además de las que se proponen desde el Ministerio de Sanidad, de aumentar el número de pediatras en formación y de pediatras procedentes de otros países, otras medidas que pueden trabajarse ya podrían ser:

- impulsar en los centros de salud el trabajo compartido, en equipo, definiendo objetivos comunes y propios del equipo y responsabilidades de los diferentes profesionales (en éste sentido, reforzar las unidades de atención pediátrica dentro de los equipos, con mayor participación de la enfermería y la incorporación del trabajador social);

- mayor flexibilidad en la organización de la demanda;

- aumentando la corresponsabilidad de los padres en el cuidado de sus hijos y de los ciudadanos en general en la utilización adecuada de los servicios;

- adecuando los cupos a las necesidades de la población y no a un número de tarjetas;

- promoviendo la incentivación y motivación profesional que favorezca la estabilidad laboral y la organización de la atención, sobre todo en el medio rural;

- discriminando positivamente las actividades de formación e investigación y, como no, de prevención y promoción de hábitos saludables desde la infancia;

- potenciando el papel de la atención primaria como coordinador de los recursos necesarios para responder a las necesidades de salud y regulador de flujos; etc.

Todas estas son actuaciones incluidas entre las estrategias de mejora para la Atención Primaria de Salud del Informe AP21, que constituyen una fuente de oportunidades en éste sentido, también para la Pediatría en Atención Primaria.

Sin embargo, la toma de decisiones frecuentemente se sigue realizando de forma precipitada y parcheando más que consolidando estructuras, como ha ocurrido en Cataluña recientemente; faltan políticas realistas de salud infantil y voluntad para creerse que la Atención Primaria puede ser el verdadero motor del Sistema Sanitario para dar respuesta a las expectativas de salud de los ciudadanos y para garantizar la continuidad asistencial.

Es verdad que la situación actual no permite utopías; Administración, familias y profesionales deben reflexionar sobre el camino a seguir. Pero no podemos permitirnos una marcha atrás en nuestro Sistema Sanitario Público ni en un derecho social tan relevante como es la salud de los niños y niñas.

Como afirman nuestros compañeros catalanes: «Sostenemos que los pediatras somos los profesionales mejor formados para realizar el seguimiento y atención integral de la salud del niño desde que nace hasta la adolescencia y que la proximidad y la relación continuada con el niño-familia han sido factores inseparables de garantía en la atención».



## OPE: Pasado, presente y futuro

José Antonio Fernández Merchán

¡Cinco años cinco! Este es el tiempo que ha llevado el famoso Proceso de Consolidación de Empleo en el que también los Pediatras nos hemos visto inmersos. Sin duda es un largo tiempo que sin embargo debería compensar a la mayoría de los implicados al conseguir la ansiada plaza en propiedad. Pero no nos engañemos. No es oro todo lo que reluce.

*Del pasado* poco queda por decir, creo yo. La estabilidad laboral, de la que adolece el sector sanitario históricamente, bien se merecía una salida digna. Podremos, o deberíamos haberlo hecho ya, discutir si era pertinente o no, si tenía el diseño apropiado o no, si era excluyente o no... La idea general es que merecería la pena el tiempo de espera hasta su resolución con la esperanza que, en el futuro, las autoridades pertinentes no esperen tanto para dar esa estabilidad a una profesión que necesita de motivaciones constantes en estos tiempos que corren. Que menos que cada 2 años haya procesos de consolidación de empleo en nuestro sector sin tener que vivir con la zozobra de no saber a qué atenerse no solo profesionalmente sino también personal y/o familiarmente. ¿Alguien duda que la OPE que hemos vivido ha sido un parche?. Llegó tarde y mal y algunos estamos pagando las consecuencias en este momento.

Mi deseo más ferviente para mis compañeros de profesión es que se sientan satisfechos con la plaza otorgada; que se sientan reconocidos no sólo por la adjudicación del puesto de trabajo en sí, no sólo por los beneficios económicos derivados de ello (véase trienios ó Carrera Profesional), sino también a resultas de un balance provisional, profesional y autocrítico del trabajo realizado hasta el momento actual.

*Del Presente*, y dado que la OPE de Pediatría se resuelve en la antesala de fechas navideñas, démonos la enhorabuena por haber subido al tren y por haber llegado a nuestra estación. Aquí y ahora si cabe plantearnos algunos peros. ¿Estamos donde queremos?, ¿Estamos donde podemos servir de la manera más eficiente a nuestros peques (por otros llamados usuarios)?. ¿Estamos donde podemos rendir de la manera más apropiada, con el máximo rendimiento, como profesionales?.

¿Supone un estímulo añadido la toma de posesión de nuestra plaza en propiedad? ¿Se han hecho eco nuestros gerentes ó dirigentes más directos de nuestras necesidades como profesionales? En consecuencia: ¿las plazas de Pediatría en disputa han sido cubiertas de la manera más adecuada posible? Sirvan estas preguntas para la reflexión individual y/o colectiva.

Esto me recuerda que hemos de seguir reclamando lo que creamos justo para nosotros! Debemos reivindicar ante las autoridades pertinentes, buscando los interlocutores adecuados, nuestras necesidades, quejas y reivindicaciones. Ahora con más fuerza nunca. Seamos conscientes de nuestra colectividad, de nuestra fuerza si nos mantenemos unidos.

Creo que ha habido algún caso muy concreto, vivido en primera persona, que ofende a nuestro colectivo pues hay dudas razonables acerca de la justicia repartida, de intereses particulares, de lo mejor para todos. Es triste pensar que por una sola persona, aunque se llame Director Gerente, fastidie de mala manera (en todos los ámbitos, profesional-laboral, personal-familiar) a más de un profesional por motivos de dudoso interés para la Comunidad. ¿No será más fácil tener contento y motivado al personal para que rinda en su puesto de trabajo al cien por cien?.

*Del futuro...* Ah! El futuro! Si fruto de la reflexión antes referida concluimos que nuestro trabajo ha merecido la pena, entonces, no hay duda: sigamos la trayectoria por la que somos conocidos los pediatras: Profesionales, Especialistas, involucrados con el sistema y con nuestros pequeños pacientes; con un talante especial; preocupados por nuestra formación continuada... Sin olvidar metas no conseguidas y sin perder los progresos ya conseguidos; unidos. Se plantean nuevos retos para la Pediatría de nuestro entorno: la informatización de las consultas, Probablemente asistamos a la aplicación de las nuevas tecnologías en nuestra práctica diaria y al manejo de determinadas técnicas diagnósticas ó terapéuticas que han de servirnos, todas ellas, para aumentar la capacidad resolutive en nuestra consulta. Espero vivirlo con vosotros.



## La OPE nuestra compañera durante los últimos cinco años.

*M<sup>a</sup> Isabel Corral Muñoz*

Me piden que escriba algo sobre la OPE, sobre lo que ha significado en nuestras vidas y lo que nos plantea profesionalmente para el futuro. Y ahora al hacerse efectiva esta Oferta extraordinaria de consolidación Pública de Empleo, tengo que recurrir a nuestra página web para saber cuándo se convocó, puesto que una de las primeras cosas que he hecho al tomar posesión de mi plaza ha sido romper todos los papeles, boletines, resoluciones de las distintas fases, baremos, currículum, etc., y lo he hecho realmente con satisfacción.

Han sido cinco largos años pendiente de un tedioso proceso, en el que pese a ser beneficiada, siempre pensé que no era justo para todos. Me explico, yo que soy de la época en que los concursos oposiciones eran algo más regular en el tiempo y con una normas claras, en la que la situación administrativa era comprendida por todos los participantes y en un mundo en el que se empezaba poco a poco y con el tiempo, los méritos, los concursos de traslado se caminaba hacia una situación profesional más cómoda, dejando a las nuevas generaciones aquellas plazas de más engorroso desempeño.

No vi justo que la OPE y, por lo que Atención Primaria se refiere, sacara unas plazas (por cierto no en todos los casos las que ocupábamos los interinos, sino las que convinieron en cada Área) sin haber dado opción con anterioridad a los propietarios para avanzar y recolocarse, si así lo deseaban, en las plazas vacantes, posiblemente mejores que las que ocuparon en su día tras las distintas oposiciones habidas. Esto bajo mi punto de vista y siento que alguno no estéis de acuerdo. Creo que hubiese sido lo correcto y finalmente con aquellas vacantes producidas hacer una oferta, y ofrecerlas de una vez, sin tres fases en la provisión de las mismas, una oferta global a nivel del extinto territorio Insalud, similar a la adjudicación de plazas MIR. Hubiese sido algo sencillo y más gratificante para todos, pues en segundas y terceras vueltas se han obtenido mejores plazas que en la primera entrevista y todos conocemos casos.

Esta OPE ha detenido en parte muchas acciones, pues ha creado una situación de provisionalidad que ha impedido emprender actuaciones a largo plazo en la vida profesional y en la vida personal y familiar. Para aquellos compañeros que daban un salto acercándose a sus lugares de origen, la situación de provisionalidad no ha sido fácil de vivir cada principio de curso, cada nuevo embarazo, cada proyecto de futuro.....

Siempre he priorizado mi vida personal por encima de la profesional, ya obtuve plaza de Pediatra de Atención Primaria en el año 84 y no tome posesión, he estado en situación de excedencia voluntaria como Médico Titular durante todos estos años de interinidad en pediatría, es decir el sabor de una plaza fija ya lo había degustado, durante estos años siempre he trabajado o, lo he intentado al menos, como si fuera para siempre. Este cambio de destino es costoso, requiere de una nueva adaptación a las peculiaridades de los nuevos niños y sus familias, pero tiene algo de ilusionante y no por el carácter laboral fijo, sino por intentar mejorar, organizar la asistencia con calidad, ofrecer lo mejor de la experiencia acumulada, innovar, desrutinizar, e intentar mejorar la calidad de vida profesional. Un profesional que trabaja con confortabilidad trabaja con ganas, emprende nuevas actividades y mejora la atención a su población adscrita.

Concluyendo ha sido un proceso farragoso, en el que finalmente somos estatuarios fijos, si bien no ha llovido a gusto de todos, espero que de ahora en adelante nada nos frene y podamos embarcarnos en proyectos sin plazo y entre todos mejorar la calidad y calidez asistencial de la población infantil a la que atendemos.

Enhorabuena a todos y a todas y espero que lluevan vuestras iniciativas e implicación en esta nuestra Sociedad de Pediatría de Atención Primaria, que gracias al esfuerzo de todos nosotros se ha ido consolidando. Es un momento más que oportuno para darle un buen empujón.



## OPE: Sentimientos, Pensamientos.

Cecilia Matilde Gómez Málaga

La mañana del pasado 30 de Noviembre, al levantarme con la tan esperada noticia de la resolución de esta OPE, sentí alivio, liberación, ilusión ante una nueva etapa, nostalgia ya de ciertos compañeros de fatigas, y se empezó a diluir la rabia y frustración acumuladas desde que tras convocarse aquellas oposiciones de primaria en 1999 (que nunca se celebraron, que nunca se anularon de manera oficial) y posteriormente las de esta OPE en Noviembre de 2001, no pasase un día en el que no pensase que sólo faltaba un año más para ver un atisbo de cambio (de plaza o de situación), y así mes tras mes, pasaran siete largos años esperando....

Sentimientos distintos, según la situación previa y posterior de cada persona; pero está claro que es el fin de una etapa, y ahora sólo nos queda esperar que se regularice el acceso a una plaza (tanto fija, como interina), con unos intervalos adecuados para las futuras (espero que no lejanas) convocatorias de concurso-oposición.

Pienso ahora (que no cuando empecé) que hacer Medicina es una larga carrera de obstáculos, con selecciones constantes, y que, al finalizar la

especialidad, de repente influyen factores muy diversos y difícilmente medibles, incluido el azar, para determinar el futuro a corto, medio, incluso largo plazo. En el fondo, cuando uno está al borde de los 30 y la especialidad bajo el brazo, lo que quiere es una cierta seguridad futura, y cada cual va a lo suyo, lo cual es una opción tan válida como cualquier otra. Por eso es tan importante que haya una regularización de la oferta de empleo, que los baremos no cambien en cada convocatoria, que sean lo más consensuados posibles. Por supuesto lo ideal sería escoger especialidad y futuro puesto de trabajo al elegir la plaza del MIR, pero eso ya suena a extraterrestre.

No voy a caer en la trampa de opinar si esta ope ha sido más fácil o más difícil, más justa o más injusta; caería en demagogia fácil. Ninguno de los que nos hemos visto afectados por este proceso extraordinario hemos elegido que sea así. Las plazas obtenidas tienen igual validez y deben tener el mismo respeto que las previas.

Para finalizar tan sólo felicitar a los "nuevos propietarios" y dar ánimos a los que están en espera; os aseguro que todo llega.

Cartas

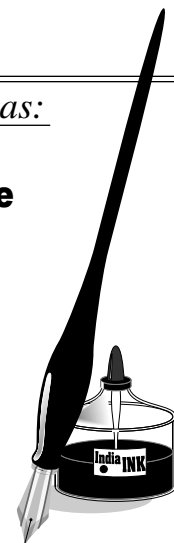
*Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias:*

**Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura**

**FORO Pediátrico**

Colegio Oficial de Médicos  
Avda. Colón, 21. BADAJOZ

Por e-mail: [jjcuervov@spapex.org](mailto:jjcuervov@spapex.org)





## Una mañana con el "Proyecto Jara"

*Jaime Javier Cuervo Valdés*

Porque eso es, un proyecto y no un programa de gestión de historia clínica informatizada por mucho que se empeñen en llamarlo «Jara», el programa tiene un nombre que no es otro que Sap Netweaver, Sapgui for the Java environment como podéis comprobar al pinchar en el icono de jara asistencial en el portal del Servicio extremeño de Salud (SES) nos aparece (si hay suerte y no se cuelga) una imagen más o menos rectangular (todos los programas que usamos en nuestros ordenadores al abrirlas aparece una imagen así con el nombre del programa) con una foto de un techo abovedado que recuerda a la Ciudad de las artes y las ciencias de Valencia y un nombre Sap netweaver, Sapgui for the Java environment (este es el nombre de la aplicación), por ningún lado aparece referencia alguna al SES, ni a «jara» ni nada parecido, es más, el nombre claramente está en inglés. Sap es una multinacional alemana especializada en software de gestión de negocio para compañías de todos los tamaños y sectores que tiene alianzas con IBM para la distribución de sus productos.

Recuerdo el interés con el que esperaba el momento de empezar a manejar la aplicación y comprobar la utilidad en la consulta, pero desde el primer momento me llevé un chasco y no por no esperarlo sino por comprobar que realmente estamos usando una aplicación a la que le falta mucho para estar pulida y, en este momento, los profesionales sanitarios somos quienes estamos haciendo los test de la aplicación (no deja de ser como una beta de un programa) con la pega de tener delante a un paciente que nos ve pelearnos con el teclado para hacer una miserable receta (poco más podemos hacer, los médicos de familia

también pueden hacer partes de baja) que antes nos llevaba muy poco hacerla.

Parece mentira que lo primero que veas al abrir la aplicación sean unas flechas de colores una de las cuales (la verde) señala hacia la izquierda y cuando pasas el cursor del ratón por encima aparece la palabra BACK (ni se han molestado en traducir) y así otras muchas partes que aparecen directamente en inglés, cuando no te aparece una pantalla de error con los titulares de los apartados en español y el contenido en alemán (nos tendremos que hacer políglotas). Esto ya dice bastante del poco cuidado que se está teniendo en el control de la aplicación.

Pero mucho más gordo es que en la pantalla de la agenda en la segunda ventanita a la izquierda y abajo aparecen dos carpetas: menú medico de familia y menú medico PAC, y me digo ¿dónde están los pediatras? Al celador le aparece menú celador y a enfermería menú enfermería ¿y los pediatras? ¿se han olvidado de nosotros? Parece que nos perdamos con facilidad vista la frecuencia con que se olvidan de nosotros. Más aún en las pantallas donde sale mi nombre veo: Médico de familia: Jaime Javier Cuervo Valdés y no salgo de mi asombro; definitivamente nos olvidan.

A continuación envío la primera queja y, después de unas cuantas quejas con éste y otros errores, un informático de IBM me responde que no hacen distinción de especialidades en el programa, que eso es lo que aparece en la aplicación para los médicos; lo cual me deja alucinado y claro está recibe contestación inmediata por mi parte preguntándole si no sabe que médico de familia es





una especialidad y por ello ya está haciendo distinciones (todavía espero su contestación).

Más problemas:

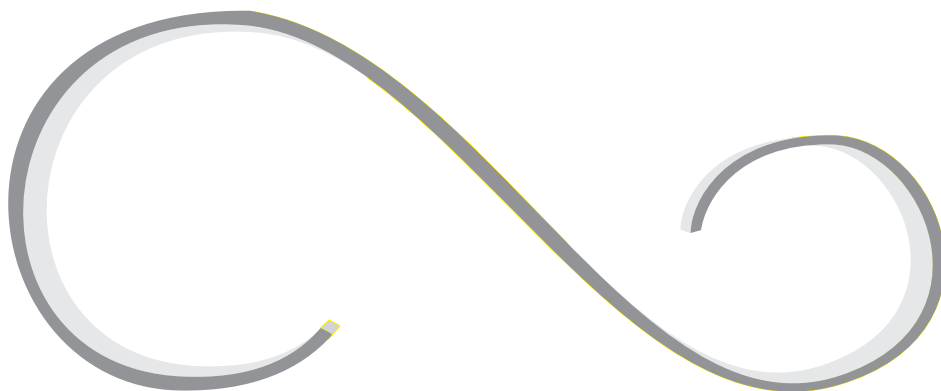
- Demasiados clics para hacer una receta, vademécum no actualizado (aunque digan que se actualiza), hay fármacos que llevan un año desaparecidos de la comercialización y ahí están (Atiramin®) y otros que hace un año que están en la calle y no aparecen (Xazal gotas®).
- Ayuda poco a la mayoría de usuarios no muy avezados en el manejo de ordenadores, debería ser mucho más intuitivo.
- El sistema de citación es lento y acarrea problemas al personal administrativo.
- A lo largo de la mañana se ralentiza (al menos últimamente sobre las 12 de la mañana) y tarda 3-4 minutos en poder imprimir una receta.
- En actualizaciones de la aplicación se cargan parches que habían mejorado alguna cosa como que cuando agrupas recetas aparecieran todas juntas en una ventana y no como ahora que aparecen de una en una según se van imprimiendo con el clic consiguiente.

Todo esto unido a la falta de una historia clínica donde escribir (dicen que llegará para el otoño) hace que el porcentaje de profesionales que usan el programa sea más bien escaso, ya que hacer recetas y partes con el bolígrafo de toda la vida es más rápido y ya sabemos lo masificadas que tenemos las consultas como para, además, tardar más tiempo con cada paciente a cuenta del ordenador.

Hablando con colegas de otras Comunidades se llevan tremendas sorpresas de lo poco que podemos hacer con el programa, no tengamos las analíticas, ni radiografías, ni se hagan las derivaciones..., ya que lo que a ellos les había llegado por la propaganda, viajes, reuniones, presentaciones del Proyecto Jara era que esto era la bomba.

De todas formas en casi todas partes se quejan del mal funcionamiento de los programas, lentitud exasperante en muchos de ellos así que mal de muchos consuelo de tontos que dice el refrán.

Confiemos en que las cosas vayan mejorando, aunque con la rigidez demostrada por la aplicación para hacer modificaciones lo veo un poco complicado.





## **Fallo del Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2006.**

La 1ª edición del Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria ha sido declarado desierto.

La Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex) quiere agradecer el esfuerzo de las personas que presentaron sus trabajos y participaron en esta convocatoria, a la vez que anima a todos a seguir teniendo iniciativas en su labor profesional y a comunicar o publicar dichas iniciativas.

Para ello, la SPAPex pone a disposición de todos los socios nuestros órganos de expresión: la web y la publicación Foro Pediátrico.

Es voluntad de la SPAPex seguir estimulando y dar a conocer cualquier iniciativa que promueva la salud infantil desde la Pediatría de Atención Primaria.

Próximamente informaremos de las nuevas condiciones por las que se ampliará la convocatoria del premio.

## **III Reunión de la AEPap.**

**Vitoria-Gasteiz, 17 a 19 de Mayo de 2007**

SEDE DE LA JORNADA: PALACIO DE CONGRESOS EUROPA

Avda. de Gasteiz s/n. 01109 Vitoria-Gasteiz

ORGANIZA: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Información, programa e inscripción en:  
<http://www.aepap.org/vitoria2007.html>

## **56º Congreso de la AEP.**

**Barcelona, 7 al 9 de Junio de 2007**

## **34º Curso de Pediatría Extrahospitalaria (Grupo Grindope)**

**Barcelona, 21, 22 y 23 de junio de 2007**

## **Cursos de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud**

**(1º semestre 2007). DOE de 13 de febrero de 2007**

### **Plan de Formación del CENTRO EXTREMEÑO DE DESARROLLO INFANTIL**

Curso. *Apoyo al desarrollo en el recién nacido y el primer año de vida. Fomento de la interacción padres-hijos.*

A celebrar en: Badajoz, días 26 y 27 de abril de 2007.

Dirigido a: pediatras y enfermeras de atención primaria y servicios de pediatría hospitalarios (especialmente, neonatología y UCI pediátricos).

Curso. *Diagnóstico en Atención Temprana (2 ediciones).*

A celebrar en: Cáceres, días 22 y 23 de mayo de 2007.

Mérida, días 23 y 24 de mayo de 2007.

Dirigido a: profesionales del ámbito sanitario, social o educativo que prestan atención a la población infantil de 0 a 6 años.

Curso. *Definiciones y clasificaciones de la discapacidad: la CIF y la ODAT.*

A celebrar en: Badajoz, días 18 y 19 de junio.

Dirigido a: profesionales del ámbito socio-sanitario (incluyendo pediatras de atención primaria) en relación preferente con atención infanto-juvenil.

Para inscripciones e información: ver DOE de 13 de febrero de 2007 (en última página hay un Anexo para inscripciones).

También en:

<http://e2salud.juntaextremadura.net/dgfics/>

## **Actividades de formación continuada. Área de Salud de Badajoz.**

**Coordinación Pediatría Hospitalaria – Atención primaria.**

**Colabora: Sección de Pediatría de Atención Primaria de Badajoz.**

Se celebran todos los primeros Miércoles, no festivos, de los meses pares (excepto Agosto) en la Biblioteca – 5ª planta del Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz.



## PROGRAMA DE SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE EN EXTREMADURA

*Isabel Botana del Arco  
Juan José Morell Bernabé*

Sin lugar a dudas, las actividades preventivas constituyen una de las acciones principales de la Atención Primaria; y sus resultados son todavía más evidentes entre la población infantil.

El programa de «Niño Sano» es una actividad primordial en la pediatría de Atención Primaria. Su objetivo general es contribuir a la salud de la población infantil, disminuir la morbimortalidad y favorecer el desarrollo normal del niño.

Es un programa enfocado a la atención de la salud infantil, que tiene en consideración que:

-las posibilidades de incidir en la promoción de hábitos saludables son óptimas en las primeras etapas de la vida;

-que las actividades de prevención pueden evitar patologías o secuelas invalidantes para el resto de su vida; y

-que la detección precoz de determinados problemas (biológicos, psíquicos y sociales) y su intervención temprana permiten minimizar o resolver situaciones que faciliten la integración social, familiar y escolar del niño.

Desde el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil asumimos la actualización e innovación del Programa del Niño, habiendo coordinado diversas actuaciones relacionadas, en las que han participado numerosos profesionales a través de grupos de trabajo, como consultores o aportando sugerencias y opiniones, cuyo resultado será la implantación del Programa de Salud Infantil y del Adolescente en Extremadura.

Hay que tener en cuenta que se revisa un programa que lleva más de 15 años sin modificaciones relevantes; asumiendo que se trata de un programa consolidado, bien implantado y con una buena aceptación por parte de profesionales y familiares.

Pero, son muchas las evidencias científicas y análisis de resultados en salud de las actuaciones llevadas a cabo desde este programa; lo que nos permite reorientar las mismas actividades hacia aspectos relacionados con el crecimiento, desarrollo y maduración del niño, sus variantes y desviaciones derivadas de situaciones de riesgo; es decir, todo lo relacionado con la pediatría del desarrollo, además de la pediatría preventiva y social.

Y debemos valorar, además, los cambios sociales y los nuevos problemas emergentes en pediatría, como **el aumento de procesos crónicos**, los problemas de alimentación y nutrición (obesidad y TCA) y aquellos otros **con necesidades especiales de atención** (salud mental, enfermedades congénitas y raras, trastornos del desarrollo y discapacidad, inmigración, dificultades en el ámbito escolar o el riesgo social...), que son cada vez más frecuentes en nuestras consultas de pediatría y enfermería.

Esta actualización **no supone una modificación en la sistemática de trabajo** sino que pretende rentabilizar cada una de las actividades que se realizan en cada tramo de edad, en base a criterios de evidencia científica y logros en salud y estableciendo controles mínimos en función de la situación de cada EAP y/o de cada Unidad Básica de Pediatría (cupos, demandas, enfermería dedicada a pediatría;...).

Así, se resaltan las actividades de promoción de la salud y actividades preventivas basadas en la mejor evidencia científica y se destaca, también, la importancia del Programa en la **detección precoz de problemas del desarrollo neuroevolutivo y cribado sensorial** (incluida visión, audición y lenguaje) del niño, así como en la detección de trastornos del aprendizaje, y de algunos problemas de conducta, que pueden incidir en aumento de discapacidad, trastornos de salud mental, inadaptación social y/o fracaso escolar.



Asimismo, se ha querido señalar la importancia de la **detección precoz de los grupos y situaciones de riesgo** (tanto en el terreno biológico, psíquico y social) para los diferentes problemas de salud (que pueden ser abordables desde la prevención -primaria, secundaria o terciaria-).

Respecto al **número de controles de salud**, éste ha sido un tema muy debatido. Diversos trabajos concluyen que no hay diferencias en términos de reducción de morbimortalidad infantil, detección de discapacidad o promoción de un óptimo desarrollo o de hábitos saludables, con un mayor o menor número de controles; tampoco hay diferencias de resultados en relación al profesional que los realiza (personal médico o enfermería).

Probablemente, la tendencia debe ser reducir cada vez más el número de controles de salud a realizar en población infantil sana, teniendo en cuenta los recursos y el papel que debe ejercer la pediatría en Atención primaria; sin olvidar, que las actividades preventivas y el Programa de Salud Infantil constituyen una actividad esencial para lograr mejorar el nivel de salud de la población infantil de 0-14 años y sin dejar de considerar las necesidades de atención y peculiaridades individuales de cada niño, niña o adolescente y sus familias.

Por ello, en éste sentido creemos que debe existir cierta flexibilidad en cuanto al número de controles, teniendo en cuenta diversas variables como la carga asistencial, las posibilidades de organización de las UBA pediátricas, las necesidades individuales de atención y las actividades a evaluar, su eficacia o los resultados en salud. De otro lado, la periodicidad de los controles se intenta adaptar a las visitas previstas por el calendario vacunal, los periodos de edad con más cambios, los hitos más importantes del desarrollo neuroevolutivo o el inicio de la escolarización o de la adolescencia. Se pretende, por tanto, que sea un programa de actualización permanente, con lo que en un futuro puede dar lugar a la reducción o adecuación de un mayor número de controles.

Por último, también se ha trabajado en la actualización de la **cartera de servicios de pediatría en Atención primaria** con el grupo técnico del SES constituido al efecto, en relación con actividades preventivas en la infancia, siguiendo

el esquema del documento del Ministerio de Sanidad sobre «Cartera de servicios comunes de Atención Primaria» que valora servicios, y no etapas de edad.

Así la actualización de éste programa, que pasa a denominarse **Programa de Salud Infantil y del Adolescente**, pretende facilitar y unificar los servicios dirigidos a esta población desde la Atención Primaria. Y comprende las actividades preventivas, de consejo y educación para la salud, cribado de enfermedades e identificación de grupos de riesgo que se ofrecen a la población general desde el nacimiento hasta los 14 años de edad; en continuidad con las acciones llevadas a cabo durante el embarazo, en la etapa prenatal, y las que se realizan en el período de la adolescencia a través de los programas destinados a la atención del joven. Y teniendo en cuenta un concepto global de la salud y las expectativas de salud de la población (salud = calidad de vida; bienestar físico, psíquico y social).

En base a todos estos aspectos, las diferentes actividades preventivas y de promoción de salud incluidas en éste programa, podemos clasificarlas en:

- Actividades de prevención y promoción de la salud.
  - Promoción de la lactancia materna.
  - Supervisión de la alimentación del primer año de vida.
  - Prevención y detección de la ferropenia.
  - Promoción de salud bucodental.
  - Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.
  - Consejos de protección solar. Prevención del cáncer de piel
  - Prevención de accidentes en la infancia y adolescencia.
  - Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia.
  - Consejos para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas.
  - Educación sexual en la infancia y adolescencia y prevención del embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.
  - Prevención de la patología cardiovascular.
  - Vacunaciones en la infancia y adolescencia.



- Actividades de detección precoz.

Detección precoz de metabopatías congénitas.

Detección precoz de la hipoacusia infantil.

Detección precoz de anomalías oculares y de la visión.

Detección precoz de displasia del desarrollo de caderas.

Detección precoz de criptorquidia.

Detección precoz de los trastornos del espectro autista.

Detección precoz de escoliosis idiopática del adolescente.

Cribado de la tuberculosis.

- Actividades de supervisión/seguimiento.

Supervisión del crecimiento y desarrollo físico.

Supervisión del desarrollo psicomotor y detección precoz de los trastornos del desarrollo.

Supervisión del desarrollo del lenguaje.

Supervisión del desarrollo escolar y detección de las dificultades de aprendizaje.

Entre los cambios más importantes con respecto al trabajo que veníamos realizando en el Programa del Niño en la actualidad, queremos destacar:

La inclusión de las nuevas Curvas y gráficas de crecimiento de la Fundación Orbegozo del año 2004 y la Escala de valoración del desarrollo psicomotor Haizea-Llevant (en sustitución de la escala de Denver) por estar confeccionada en base a población española, facilidad de uso y tener una mayor implantación en el resto del territorio nacional.

La inclusión del Índice de masa corporal, como parámetro fundamental para definir sobrepeso y obesidad en la infancia.

Individualizar de la valoración global del desarrollo psicomotor, algunos problemas específicos de mayor relevancia como el desarrollo del lenguaje, los trastornos del espectro autista, los hitos del desarrollo auditivo y el desarrollo y supervisión del aprendizaje.

Así, se implanta el test del Chat adaptado, como herramienta de despistaje para los trastornos del espectro autista.

La promoción del buen trato como medida de actuación fundamental en la prevención del maltrato infantil; clarificando además, las actuaciones a realizar ante la detección precoz de maltrato en la infancia.

La inclusión de un tema específico dedicado, no solo a la prevención de embarazos no deseados y de ITS en el adolescente, sino que abarque todo el concepto de educación en sexualidad y salud reproductiva, desde la infancia y con la implicación familiar (también del adolescente en su momento).

Se suprimen definitivamente los cribados de orina y la prueba de la tuberculina para el despistaje de anomalías del tracto urinario y de tuberculosis, respectivamente, en población general; incluyendo su realización sólo en grupos de riesgo.

Incorporación de los exámenes de salud en edad escolar al Programa de Salud infantil, ya que consideramos que las actividades preventivas y de promoción de hábitos saludables en la edad pediátrica que se realizan al niño y la familia, deben ser entendidas como un proceso continuo, fundamentadas en un seguimiento periódico y en la posibilidad de responder a los retos y necesidades de cada niño y adolescente de una manera individualizada. Se pretende que estos controles se realicen en el mismo contexto que los demás, por los profesionales sanitarios que atienden y conocen normalmente al niño o adolescente, recogiendo los datos en su propia historia clínica y dándole continuidad a las actuaciones realizadas en los controles previos. Adecuando además, los contenidos a realizar en estas edades a aquellas que han demostrado ser eficaces.

Por último, se incluyen también, temas relacionados con la necesidad de abordar la prevención y detección de los problemas de salud mental infantil y la valoración psicosocial, resaltando así la importancia de estos aspectos en el desarrollo global del niño.

Y, dado el papel relevante que la enfermería debe tener se incluye también una guía de valoración del proceso enfermero.



Los Controles de salud que se proponen realizar son:

- Primer control de salud, a realizar lo antes posible en el primer mes de vida.
- Control de salud de los 2 meses.
- Control de salud de los 4 meses.
- Control de salud de los 6 meses.
- Control de salud a los 10-12 meses.
- Control de salud de los 15 meses.
- Control de salud de los 18 meses.
- Control de salud de los 2 años.
- Control de salud de los 4 años.
- Control de salud de los 6 años.
- Control de salud de los 10-11 años.
- Control de salud de los 13-14 años.
- Y otros tres opcionales, según disponibilidad: al mes de vida, a los 3 años y a los 8 años.

En base a todo ello, se han elaborado:

Un documento **Guía de las actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia** que sirve de documento de apoyo y referencia para el desarrollo del Programa de la Salud Infantil y del Adolescente en Extremadura.

Material escrito con información adicional para padres sobre **Consejos Generales de Salud** (según edad) en aspectos diversos de educación para la salud (alimentación, higiene, salud bucodental, prevención de accidentes, desarrollo y afectividad), así como **Guías anticipadoras** sobre aspectos evolutivos del desarrollo normal del niño o de actuaciones ante situaciones o problemas frecuentes. El objetivo de este material es consensuar una información que sea útil para acompañar a los padres en el desarrollo de su hijo, que pueda ser utilizada por cualquier profesional sanitario y esté en concordancia con los contenidos de cada actividad.

Se ha elaborado un **programa con las actividades** a realizar en cada control de salud o visita periódica.

Se modifica la **hoja de registro del programa que sirve de guía de actuación para los profesionales.**

Y se ha modificado la **cartilla de salud infantil y del adolescente** adaptando los contenidos a la información y las actividades a realizar en el programa de actividades preventivas. Además, se pretende que esta nueva cartilla sea un **documento sanitario único** de referencia para el niño y su familia; en el que se recojan las pruebas de cribado, la tarjeta de vacunación, la tarjeta de control radiológico en la infancia y la información sobre el Plan de atención dental infantil de Extremadura.

Desde el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil y el propio grupo de trabajo, somos conscientes que la implantación de este Programa conlleva cambios y sabemos que:

La Atención Primaria en Extremadura no es homogénea en todo el territorio regional. Por ello, la realización de este programa de actividades preventivas, con sus controles, corresponde a los profesionales sanitarios que atienden al niño y al adolescente o a la organización que determine el Equipo de Atención Primaria.

Se puede tener la idea de sobrecarga de trabajo; pero en gran medida las actuaciones que se proponen son las mismas que venimos realizando hasta ahora, estableciendo unos mínimos para cada actividad y rentabilizando lo que se hace en cada tramo de edad.

Entendemos que sería preciso un plan de formación apropiado para favorecer su implantación.

Desde el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil esperamos que el nuevo Programa de la Salud Infantil y del Adolescente sea de utilidad para la práctica diaria de todos los profesionales que atienden la salud del niño y nos permita mejorar la atención y la calidad de la salud de nuestra población infantil.

Queremos que sepáis que ha sido realizado con gran esfuerzo, dedicación y trabajo por parte de todos los profesionales implicados en la elaboración e implantación del mismo; y teniendo en consideración la realidad plural de nuestra Comunidad Autónoma.