

Foro Pediátrico

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

Vol. III - Abril 2006 - Núm. 1

Sumario

EDITORIAL PAG. 2

OPINIÓN PAG. 3

NOTICIAS

Carta de 14 de febrero de 2.006 dirigida a los socios de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). **PAG. 6**

Decreto 68/2006, de 4 abril, por el que se regula el derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas discapacitadas extremeñas y enfermos pediátricos crónicos. **PAG. 6**

Noticias sobre Formación continuada pediátrica. **PAG. 8**

ARTÍCULOS

Situación de la pediatría de atención primaria en Extremadura. **PAG. 9**

Rubén González Cervera
Juan J. Morell Bernabé

Protección contra el abuso de la exposición solar. Consejos e información para padres. **PAG. 19**
Domingo Barroso Espadero

PREMIO A LA INICIATIVA EN PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2006 PAG. 26



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA



Deposito Legal: S/1000/2005
ISSN: 1885-2463

Editor: Jaime J. Cuervo Valdes
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 FERRING



Los días 10 y 11 de marzo de 2.006 se celebró en Plasencia (Cáceres) la IV Jornada de Actualización de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, con un gran éxito de organización y de participación.

Es preciso, en primer lugar, felicitar al Comité organizador; un grupo de compañeros de nuestra Sociedad que han hecho un trabajo excelente y con un resultado magnífico; GRACIAS por vuestra generosidad y esfuerzo y, sobre todo, por vuestro tiempo.

La reunión ha alcanzado un total de 91 asistentes, la mitad de ellos socios de SPAPex; nos alegramos también por la participación en nuestras Jornadas de otros profesionales que tienen el objetivo común de mejorar la calidad de la atención pediátrica en nuestra Comunidad Autónoma.

Se trataba de un programa «difícil», con una visión novedosa de algunos de los servicios que prestamos los pediatras en la atención a la salud infantil y del adolescente, a través del programa, denominado «del niño sano». A pesar de esto, la gente ha respondido y ha quedado satisfecha de los contenidos.

Destacar, por último, la calidad de las ponencias y la altura profesional de los ponentes.

Durante la celebración de la Jornada, tuvo lugar la **Asamblea Ordinaria** anual de nuestra Sociedad -SPAPex-, de la que presentamos un breve resumen:

1. De conformidad con el *Artículo 13º* de los Estatutos de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex) se realizó convocatoria electoral para renovación de la mitad de los miembros de su Junta Directiva.

Sin embargo, no se presentó ninguna candidatura para ninguno de los cargos electos.

Por ello, y según el párrafo 4 del citado *Artículo 13º* «... ante la ausencia de nuevas candidaturas, los miembros salientes deberán continuar en sus cargos por dos años más».

No obstante, el presidente de la Junta directiva anuncia que dará libertad a las personas de la misma que debían renovarse, dado el tiempo, esfuerzo y dedicación que llevan en ella. Y alerta a todos los socios sobre la necesidad de una implicación y participación activa en la vida de la Sociedad para que ésta tenga vigencia y para

descargar a algunos compañeros de algunas de las actividades extras en las que la Sociedad debe implicarse.

Asimismo, recuerda que en el año 2.008 deberá renovarse obligatoriamente la actual Junta directiva.

2. Se informa del fallecimiento del compañero *Jacinto Acedo Regalado*, pediatra del EAP de Pinofranqueado (Cáceres) y socio de SPAPex.

3. El número actual de socios de SPAPex es de 115 (incluidos los residentes de 3º y 4º año de Pediatría); se insiste en la necesidad de actualizar los datos personales (se puede hacer por correo electrónico a: pradoleo@terra.es o a la dirección postal de la Sociedad: Colegio Oficial de Médicos de Badajoz; Avda de Colón, 21. 06005 Badajoz) y las altas o cambios en el correo electrónico.

4. Se aprueban por unanimidad el balance de tesorería y la subida de la cuota anual de asociado a 30 Euros.

5. Se informa de las reuniones mantenidas con la Administración sobre el tema de «productividad variable individual», sin una respuesta concreta hasta el momento; y se decide celebrar una Asamblea extraordinaria en el caso de que no haya modificaciones satisfactorias a nuestras demandas.

6. Se informa de la próxima implantación en nuestra Comunidad de una normativa reguladora para la rotación de los MIR de pediatría por atención primaria, así como de la constitución de Unidades Docentes Asociadas de pediatría en Atención primaria y acreditación de tutores docentes.

7. Se debate la situación creada en el Centro de Salud de San Roque de Badajoz, donde se ha obligado a los pediatras a participar en turnos de atención continuada pediátrica. Y del problema creciente de pediatría itinerante.

8. Se informa de la situación de conflicto generada en el seno de la Asociación Española de Pediatría en relación con la celebración de la Reunión anual de la Asociación Española de Pediatría de Atención primaria (AEPap), que tendrá lugar en Valencia los días 2 y 3 de Junio del 2006; invitando a todos los pediatras a asistir a la próxima Asamblea de la AEP. (En la sección de «Noticias», reproducimos la carta que se ha enviado a todos los socios de la AEPap; se puede obtener más información en la zona reservada a socios de la web de la aepap: www.aepap.org).



Intervención de Juan J. Morell Bernabé, en nombre de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, en un Foro sobre Atención Primaria organizado por el Colegio Oficial de Médicos de Badajoz y celebrado el pasado 28 de Marzo de 2.006, con participación de Sociedades médicas científicas de Atención primaria, organizaciones sindicales y administración pública.

I FORO DE ATENCIÓN PRIMARIA: PASOS DE FUTURO.

Pasos de futuro en la Pediatría de Atención primaria

Badajoz, 28 de marzo de 2.006

Buenas tardes, estimados compañeros y autoridades sanitarias.

En primer lugar, quiero agradecer al Colegio Oficial de Médicos de Badajoz su invitación a participar en éste Foro de debate o punto de encuentro sobre la Atención primaria en nuestra Comunidad; muy interesante y que debiera prodigarse más.

Y, sobre todo, por acordarse de los pediatras, un colectivo que ha tenido y sigue teniendo la «necesidad histórica» de reivindicarse como parte del Equipo de Atención Primaria en la atención y cuidados que éste presta al individuo, la familia y la comunidad a lo largo de las distintas etapas de la vida.

Aunque el moderador de la Mesa nos pide establecer «pasos de futuro» para realizar propuestas de mejora posibles en la Atención primaria en nuestra Comunidad Autónoma, desde la pediatría de Atención primaria es difícil mirar hacia delante sin una invitación previa a la reflexión sobre el modelo de atención primaria pediátrica que tenemos y que queremos en nuestro país (y que hacemos extensible a la atención primaria en general); además, de algunas consideraciones específicas que tendremos que hacer en relación con las características de nuestra región.

Nosotros creemos que la Atención primaria no es sólo la puerta de entrada al Sistema Sanitario Público; es pieza clave en la prestación de una atención integral, que contempla la salud como un derecho y un «bien» en sí mismo (por eso, la insistencia en la prevención y la promoción de la salud) y que busca una recuperación de la salud (ante la enfermedad) en la integración y normalización social y la autonomía personal. Estando la Atención primaria capacitada y en una situación privilegiada para asegurar la continuidad en los cuidados y la atención a las necesidades

globales de salud (con un enfoque bio-psico-social), como coordinador de la atención o gestor de casos.

Los cambios en la morbi-mortalidad y necesidades de atención, derivadas del aumento de supervivencia, de los problemas crónicos de salud, la atención a la salud mental, los cambios sociales y el cambio de enfoque que supone el concepto de atención sociosanitaria (incluida en las prestaciones de servicios que define la Ley de Cohesión y Calidad), hacen necesario un replanteamiento del propio concepto de Atención primaria y hacen necesario un nuevo impulso al modelo de asistencia sanitaria, que en España ha demostrado su eficacia y cuenta con una gran implantación.

En el niño y adolescente todo esto es una evidencia; los avances científicos y tecnológicos (con aumento de supervivencia de enfermedades crónicas, congénitas o los grandes prematuros) y los resultados en salud pública (fruto, entre otras, del trabajo realizado en los últimos 20 años desde la atención primaria), han variado la morbilidad prevalente de las causas infecciosas a un papel predominante de las enfermedades crónicas, discapacidad y trastornos del desarrollo, problemas psico-sociales y de salud mental, inmigración y riesgo social, hábitos y conductas de riesgo en salud; morbilidad prevalente como la obesidad, dificultades escolares, etc..., que son evidentes y reales en nuestras consultas diarias.

Y ante esto preguntamos: ¿van a ser atendidas estas demandas desde los servicios hospitalarios?.

Evidentemente,

1. la población general quiere, cada vez de forma más firme, que sus hijos sean atendidos por pediatras;

2. los resultados en salud son evidentes y, también los resultados en coste/efectividad, con disminución de pruebas complementarias y de ingresos hospitalarios;

3. estos nuevos retos en pediatría otorgan todavía mayor protagonismo al papel que puede ejercer el pediatra de atención primaria;

4. y, además, y a pesar de todas las dificultades incluida la formación, el pediatra puede estar



capacitado y se encuentra en una situación privilegiada para asumir estos retos, que lo son del propio sistema sanitario público, por su proximidad a la familia y ser conocedor de la historia natural (clínica y social) del niño que atiende, de su familia, y desde su entorno.

Por tanto, el punto de reflexión no es pediatra sí o no, o de esta forma o de aquella; el punto de reflexión es la atención a la salud que queremos o podemos dar a nuestros niños.

No podemos seguir identificando a la población infantil como sana en función de parámetros como la morbilidad o la mortalidad infantil; es preciso considerar otros parámetros relacionados con la salud (como la salud percibida o la calidad de vida relacionada con la salud), a partir de los cuales se abren nuevas expectativas en la atención a la salud infantil, que plantean dudas sobre su responsabilidad, incluso al propio sistema sanitario (pero los cambios sociales y las expectativas en salud no las genera el sistema sanitario, sino la propia población a la que atendemos).

Y podemos asumir que, en nuestro país, con nuestro modelo de atención primaria tenemos los fundamentos para ello.

Evidentemente, como Sociedad de pediatras de Atención primaria, tenemos que posicionarnos sobre todo esto y considerar, entonces, como:

1. Extremadura sigue manteniendo, por ley, como obligatoria la asistencia médica por pediatra hasta un tramo etéreo (tan etéreo y sin sentido) como los 7 años de edad.

Siendo necesaria la **ampliación de la edad pediátrica** hasta, al menos los 14 años de edad.

2. La pregunta es cómo hacerlo en una Comunidad como la nuestra, con predominio del **espacio rural y la dispersión geográfica**, facilitando la accesibilidad sin disminuir la calidad de la atención que puedan recibir estos niños (o estableciendo unos mínimos exigibles de calidad); para lo cual hay que redefinir la figura del pediatra de Área y no dar «rienda suelta», sin planificación, a la figura del pediatra itinerante.

Nosotros creemos que, si administración, sindicatos, profesionales y ciudadanos son flexibles en sus planteamientos es posible aproximar la atención pediátrica a toda la población infanto-juvenil en nuestra Comunidad.

3. Siendo necesario incidir en una **formación específica**, que debiera comenzar en la

universidad, pero que, sobre todo, debe desarrollarse en el período de formación MIR de pediatría, donde hasta ahora la rotación por Atención primaria no ha sido obligatoria

4. Ser conscientes de que **faltan pediatras**; numerosos estudios así lo avalan.

La política de recursos humanos es competencia de la Administración sanitaria que debe realizar una adecuada estimación de plantillas de profesionales para asegurar el modelo actual de atención pediátrica; Y, en nuestra región debemos considerar, además, que sólo salen 6 residentes al año (de los cuales, casi la mitad abandonan nuestra región o se quedan «enganchados» al hospital a través de precarios contratos de guardias o de acúmulos de tarea), con la próxima OPE y «emigración» de profesionales, la edad media de nuestros principales servicios hospitalarios pediátricos, la dispersión geográfica y la creación de nuevos centros hospitalarios (donde, seguramente, la atención a la población infantil tendrá que estar contemplada).

En nuestra Comunidad, sigue habiendo plazas de pediatría cubiertas por médicos no pediatras y faltan pediatras para las suplencias; además de los que deciden «emigrar» ante estas condiciones desfavorables y la desmotivación creciente en atención primaria (que es real).

Es necesario pensar en acreditar nuevas plazas docentes, realizar convocatorias urgentes de traslado y oposiciones, y atraer a este ámbito y a nuestra Comunidad al colectivo de pediatras.

5. Y todo ello, sin disminuir o mejorando la calidad en la atención pediátrica. Y no en base al esfuerzo voluntarioso de los propios profesionales (que suelen cubrir las deficiencias del sistema) sino estableciendo criterios claros, como, lógicamente es la disminución de los **cupos máximos** en pediatría:

- actuando de manera crítica sobre aquellos que superan los 1.200 niños (el 43% de los pediatras en nuestra Comunidad);

- estableciendo como objetivo a alcanzar la limitación a 1.000 niños por pediatra;

- considerando parámetros, no sólo de número de tarjetas, sino ajustándolas a parámetros como la edad, las necesidades especiales de atención (problemática social, crónicos, etc) y la dispersión geográfica y ruralidad.

Estos números no son aleatorios, están basados en el carácter diferencial e inherente a la



atención primaria pediátrica, que hacen que la consulta del pediatra no sea ni puede ser igual a la del adulto; especificidad que hay que tener en cuenta en la gestión y organización del modelo de atención.

Y que nos llevan, por ejemplo, a demandar la desaparición de la figura del pediatra de área en aquellas zonas de salud con una población de niños menores de 14 años mayor de 600.

Pero, nada de esto sirve si no aumentamos la motivación de los profesionales y, sobre todo, la confianza en los profesionales; por ello:

6. Creemos que es importante, dotar de los recursos suficientes a las **Unidades Básicas de pediatría** en Atención primaria para poder ofrecer atención pediátrica mínima de calidad; no es lógico que en nuestra Comunidad, en lo que respecta al personal de enfermería específicamente dedicado a la atención del niño, la situación que reflejan los datos de una encuesta realizada por nuestra Sociedad, demuestre que sólo uno de cada tres pediatras encuestados comparten su cupo con una enfermera; mientras el resto se comparte con otros cupos pediátricos o, lo que es frecuente en el entorno rural, con los cupos de medicina general.

7. Es imprescindible reconocer los servicios que presta el pediatra en su labor diaria a través de una **cartera de servicios de atención primaria** que potencie su labor en actividades preventivas y de promoción de salud, en la atención integral y coordinada de procesos crónicos, la participación comunitaria y la educación para la salud.

8. Con acceso a las pruebas diagnósticas y terapéuticas que le permitan actuar según sus capacidades y posibilidades, evitando la hospitalización innecesaria y promoviendo una adecuada **coordinación con la atención hospitalaria**.

En éste sentido, saludamos positivamente la implantación de guías prácticas y de procesos que fomenten la relación entre niveles asistenciales y garanticen una continuidad en los cuidados (que, entendemos, debe ser el objeto prioritario de las Gerencias únicas en nuestra Comunidad).

Así como la coordinación con otros profesionales del entorno comunitario que facilite la atención a las necesidades globales de salud del niño y su familia, desde su entorno, y donde las Unidades básicas de pediatría junto al trabajador social pueden adquirir un papel fundamental.

9. E impulsando un mayor autonomía e implicación de los profesionales en la **gestión**

clínica de los centros y de los servicios que presta; que permitiría, también, adecuar los servicios, programas, horarios, etc, a las necesidades de la población, eficacia en el uso de los recursos, planificación de la actividad profesional,

10. Y permitiendo (no digo ni siquiera fomentando), la **formación continuada** de los profesionales y acreditando sus posibilidades como docente.

Por último, todos estos conceptos, que pueden ayudar a una mayor motivación y satisfacción en la labor que realizan los profesionales (sin meterme para nada en temas de incentivación económica) no serán posibles (aunque exista también el respaldo de la situación laboral y económica) si la Administración no realiza, además, un esfuerzo por:

11. **Recuperar la confianza** de la población y de la propia administración en sus propios profesionales (noticias en prensa como la relacionada con la productividad variable individual ligada al ahorro del gasto farmacéutico, tan mal gestionadas por nuestras autoridades sanitarias, dan al traste con pequeños logros conseguidos con años de esfuerzo y trabajo continuado con la población).

Estamos de acuerdo en ser copartícipes de un objetivo común de ahorro en el gasto farmacéutico, pero a través del fomento de un uso racional de los medicamentos y de una prescripción de calidad (ajustada a guías de actuación).

12. E implicando en ello a la población; a la que, a nuestro modo de ver, hay que hacer partícipe de la «gestión sanitaria», empezando con mensajes apropiados sobre **accesibilidad y uso racional de los servicios de salud**.

Nosotros tenemos la sensación, quizás más en pediatría, de que existe una hiperdemanda no justificada, que incrementamos con ofertas horarias y de accesibilidad que no tienen parangón en ninguna otra parte, y que dan lugar a romper el propio modelo de atención primaria, hacer un mal uso de la accesibilidad (con descarga de responsabilidades familiares en el propio sistema sanitario, en dirección inversa a los objetivos de educación para la salud); y que estemos abandonando la calidad a expensas de la cantidad.

A pesar de todo, nosotros somos optimistas; porque creemos que estas son metas alcanzables y porque tenemos confianza en las posibilidades del modelo de atención primaria implantado en nuestro país, para hacer frente a estos nuevos retos.



Carta de 14 de febrero de 2.006 dirigida a los socios de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Estimado compañero:

Quiero aprovechar la oportunidad de este contacto anual para comentarte algunos temas que creemos pueden tener interés para ti como miembro de la AEPap.

En primer lugar te informamos que, a partir del próximo mes de marzo, queremos que todos los afiliados a la AEPap reciban gratuitamente, como ya venía sucediendo en algunas Comunidades Autónomas, la revista *Pediatría de Atención Primaria*. Como ya conoces, esta es la publicación oficial de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; y contiene trabajos originales y revisiones relacionadas con nuestro ámbito de trabajo, además de informaciones de las diversas actividades en Pediatría, siendo a la vez un instrumento excelente de formación continuada y de actualización.

Como en los dos últimos años, la AEPap organizará dos actividades formativas destinadas a sus asociados:

1. En primer lugar, la II Reunión anual de la AEPap se va a celebrar en Valencia los días 2 y 3 de Junio del 2006, incluida dentro del Congreso de la Asociación Española de Pediatría (AEP).

Como sabes, en el año 2004 la Junta Directiva de la AEP y la AEPap establecieron un convenio de colaboración para organizar nuestra Reunión anual dentro del Congreso de la AEP. El objetivo de dicha iniciativa era favorecer el intercambio con todas las especialidades pediátricas y contribuir al desarrollo de un Congreso común de toda la Pediatría.

Aunque la vigencia del citado convenio es de 3 años, desde la presidencia de la AEP se han modificado, de manera unilateral, algunas de las cláusulas de dicho convenio. A pesar de nuestra discrepancia con esa interpretación, hemos decidido cumplir el acuerdo establecido y celebrar este año nuestra Reunión anual en el seno del Congreso de AEP y trabajar por cumplir los objetivos que nos marcamos. Al término del mismo realizaremos una valoración sobre la oportunidad de renovarlo.

No queremos ocultarte que creemos que la AEPap está siendo injustamente tratada. Para que puedas formar tu propia opinión, toda la información sobre éste asunto esta alojada en la zona de socios

en nuestra Web (www.aepap.org), porque estimamos que darle publicidad general perjudica a la Pediatría en su conjunto. A pesar de las difíciles condiciones que nos marcan para el Congreso de Valencia, estamos trabajando para contribuir a que éste sea un éxito, ofreciéndote un programa muy atractivo que, junto al programa del propio Congreso AEP, consiga el máximo número de asistentes y de participación de la pediatría de atención primaria. Te pedimos que nos ayudes en nuestro empeño y esperamos tenerte con nosotros en Valencia

2. Además, la IV edición de nuestro tradicional Curso AEPap de otoño, tendrá lugar en Madrid los días 19 y 21 de Octubre, manteniendo su estructura de talleres prácticos y seminarios y mesas redondas para actualizar conocimientos.

Recuerda que el aforo es limitado, para poder asegurar la calidad del mismo. Este año vamos a modificar el modelo de inscripción, para que en el momento de seleccionar los talleres y seminarios, conozcas exactamente las plazas disponibles de cada uno de ellos.

Finalmente, este año debemos renovar la Junta Directiva de la AEPap, que se constituyó hace 4 años. Más adelante vas a recibir cumplida información del proceso electoral.

*Fdo. Juan Ruiz-Canela Caceres
Presidente AEPap*

Decreto 68/2006, de 4 abril, por el que se regula el derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas discapacitadas extremeñas y enfermos pediátricos crónicos.

6522 15 Abril 2006 D.O.E.—Número 44

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO

DECRETO 68/2006, de 4 de abril, por el que se regula el derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas discapacitadas extremeñas y enfermos pediátricos crónicos.

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura ordena y regula el Sistema Sanitario Público de Extremadura en el que se integra y articula funcionalmente el conjunto de actividades y prestaciones que, conforme al Plan de Salud de Extremadura, tiene por objeto la promoción y



protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, la rehabilitación funcional y la reincorporación social.

Entre los principios rectores que la mencionada Ley contempla se encuentra el de la universalización de la atención sanitaria que conlleva la garantía de la igualdad efectiva de todos los ciudadanos en las condiciones de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias. Igualmente inspira nuestra ley los principios de mejora continua en la calidad de los servicios y prestaciones y la superación de las desigualdades sociosanitarias.

En este sentido, con la presente norma, se pretende dar un paso más en el desarrollo de la Ley de Salud de Extremadura regulando el derecho a la obtención gratuita de medicamentos de uso pediátricos, cuyos titulares serán los menores de quince años que formen parte de familias numerosas extremeñas, así como los menores de dicha edad que sufran una discapacidad importante, siendo absolutamente consciente la Junta de Extremadura de ser éstos colectivos sociales merecedores de una especial protección y consideración.

En virtud de lo expuesto, y de conformidad con el artículo 90.2 de la Ley 1/2002, de 28 de febrero, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, a propuesta del Consejero de Sanidad y Consumo y previa deliberación del Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Extremadura en sesión celebrada de fecha 4 de abril de 2006,

DISPONGO:

Artículo 1. Objeto.

El objeto de la presente norma es regular el derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos para uso pediátrico siempre que sean financiados por el Sistema Sanitario Público, se encuentren incluidos en la oferta oficial del Ministerio de Sanidad y Consumo y sean prescritos por facultativos del Servicio Extremeño de Salud.

Artículo 2. Beneficiarios.

Tendrán la condición de beneficiarios:

a) Los menores de quince años residentes en Extremadura que formen parte de familias numerosas, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas.

b) Los menores de quince años residentes en Extremadura que ostenten la condición de

discapacitados con un grado de minusvalía reconocido igual o superior al 33%.

c) Los menores de 15 años residentes en Extremadura que padezcan enfermedades crónicas.

Artículo 3. Procedimiento.

1. El procedimiento para hacer efectivo el derecho reconocido en el presente Decreto será el de reintegro de gastos, con arreglo a lo establecido en este artículo.

A la solicitud, que será dirigida al Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud y firmada por el representante legal del menor, se acompañarán los siguientes documentos:

1º) Fotocopia compulsada del D.N.I. del solicitante.

2º) Certificado de empadronamiento del beneficiario, que acredite su condición de residente en un municipio de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

3º) Fotocopia compulsada del Libro de Familia, o en su caso, del documento que acredite la representación legal del mismo.

4º) Fotocopia compulsada del Título de Familia Numerosa, o en su caso, del documento acreditativo expedido por el órgano competente en el que conste un grado de minusvalía igual o superior al 33%.

5º) Fotocopia compulsada de la Tarjeta Sanitaria Individual del beneficiario emitida por el Servicio Extremeño de Salud, o en su caso, de la Tarjeta para la Atención Sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

6º) Documento de Alta de Terceros debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria.

7º) Original de la factura acreditativa de los gastos realizados sellada y firmada por la oficina de farmacia expendedora de los medicamentos.

8º) Copia de la receta.

9º) A efectos del apartado c) del artículo 2, se aportará informe médico justificativo de tal circunstancia.

2. La Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud a la vista de la documentación presentada dictará resolución declarando, en su caso, el derecho a la obtención gratuita de medicamentos para uso pediátrico mientras subsistan las condiciones que dieron lugar al



reconocimiento del derecho, procediéndose al abono de las facturas presentadas.

3. Para el reintegro de posteriores gastos de medicamentos de uso pediátrico aquellos que tengan previamente reconocido el derecho a su obtención gratuita, deberán presentar únicamente el original de la factura acreditativa de los gastos sellada y firmada por la oficina de farmacia expendedora de los medicamentos así como una declaración jurada de que se mantienen las mismas circunstancias que motivaron el reconocimiento del derecho.

Artículo 4. Comprobación.

La Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud podrá verificar en cualquier momento el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente Decreto para la obtención gratuita de medicamentos pediátricos, pudiéndose, previa audiencia al interesado, requerir la devolución de los ingresos indebidos en caso de incumplimiento.

Artículo 5. Plazo de resolución.

El plazo máximo para resolver el procedimiento será de seis meses, transcurridos los cuales, sin que haya recaído resolución expresa, se entenderá desestimada la solicitud. Disposición final primera.

Se faculta al Consejero de Sanidad y Consumo para dictar cuantos actos y normas sean necesarias para la ejecución y desarrollo del presente Decreto.

Disposición final segunda.

La presente norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de Extremadura.

Mérida a 4 de abril de 2006.

El Presidente de la Junta de Extremadura,
JUAN CARLOS RODRÍGUEZ IBARRA

El Consejero de Sanidad y Consumo,
GUILLERMO FERNÁNDEZ VARA

Noticias sobre Formación continuada pediátrica

5 y 6 de mayo, Mérida. I Congreso Extremeño de Atención Primaria. Organizado conjuntamente por la Sociedad de Pediatría de Atención primaria de Extremadura (SPAPex), la Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria (SExMFYC) y la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura (SEFyCEx).

Más información e inscripciones en:
<http://www.1apextremeno.com/>

2 y 3 de junio, Valencia. II Reunión anual de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap); a celebrar durante el 55º Congreso de la AEP.

Más información en: http://www.aepap.org/congresos/II_Reunion_anual.htm

19 al 21 de octubre, Madrid. IV Curso de Actualización en Pediatría de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Más información e inscripciones en:
<http://www.aepap.org/>

Cursos de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura propuestos por la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex):

- Actualización en Endocrinología pediátrica. Cáceres, 5 y 6 de abril.

- Salud bucodental en pediatría. Mérida, octubre de 2.006

Cursos de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura propuestos por el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (CEDI):

- Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Mérida, 21 y 22 de marzo.

- Atención al niño con necesidades especiales desde el entorno comunitario. Badajoz, junio 2.006

- Atención a la salud infantil desde Atención primaria para enfermería. Mérida, septiembre 2.006

- Habilidades para el trabajo en red desde el entorno comunitario. Don Benito, septiembre 2.006

- Habilidades de comunicación con niños y familiares en situaciones difíciles. Badajoz, noviembre 2.006

- Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Plasencia, diciembre 2.006

Para más información e inscripciones, consultar DOE nº 17 de 9 de febrero de 2.006; ver Anexo III en: <http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2006/1700/06060273.pdf>

Programa de Pediatría: Coordinación Primaria-Hospitalaria. Año 2.006 Área de Salud de Badajoz, 1º miércoles de meses pares.



SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EXTREMADURA: RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LA ENCUESTA REALIZADA EN 2005

Rubén González Cervera.

Pediatra EAP Don Benito (Badajoz)

Juan J. Morell Bernabé.

Pediatra EAP Barcarrota (Badajoz)

La Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex) en su constante preocupación y ocupación de mejorar la atención del niño y adolescente, y de ayudar a los profesionales que se encargan de ello, elabora en el año 2004 una nueva encuesta dirigida al ámbito de la atención primaria pediátrica en Extremadura.

Con esto pretendemos acercarnos a la realidad de esta atención pediátrica en nuestro medio, conocer sus características, sus problemas, las soluciones propuestas por los profesionales, las opiniones sobre múltiples aspectos laborales y personales que les afectan, etc. Y, también, de forma novedosa, valorar los aspectos más importantes del trabajo de enfermería con respecto a la pediatría en atención primaria.

Se trata de hacer una nueva evaluación de la situación de la pediatría de Atención primaria en Extremadura, cinco años después de la primera encuesta, y transcurridos tres años de las transferencias sanitarias. La encuesta utilizada se basa en la anterior (realizada en el año 2.000), aunque presenta mayor detalle y nuevas cuestiones antes no planteadas.

Consta en su primera parte de 45 ítems, agrupados en 6 categorías, que valoran los siguientes aspectos: datos del centro de trabajo, perfil socio-profesional, organización del trabajo, atención pediátrica a demanda y programada, trabajo personal y aspectos de enfermería en pediatría.

En la segunda parte, se propone a los pediatras, de forma personalizada en preguntas abiertas o semiabiertas, dar opiniones y sugerencias sobre aspectos concretos del trabajo pediátrico, otras generales sobre la atención pediátrica de atención primaria en Extremadura y, por último, sobre la labor realizada por SPAPex.

El cuestionario fue enviado por correo y/o entregado en su lugar de trabajo, durante el último trimestre del año 2.004, a todos aquellos pediatras o médicos que atienden las consultas de pediatría en los Centros de Salud del Servicio Extremeño de Salud, hasta un total de 124. El período de recogida de respuestas se extiende hasta el mes de marzo de 2.005; y se reciben un total de 50, lo que supone el 40.3% de la población total.

De la muestra analizada podemos destacar los siguientes datos en cada uno de sus apartados:

1. Perfil socio profesional.
2. Datos del centro de trabajo.
3. Organización del trabajo.
4. Atención pediátrica.
5. Trabajo personal.
6. Enfermería de pediatría.
7. Opiniones.

PERFIL SOCIO PROFESIONAL.

Contestaron 29 hombres (58%) y 21 mujeres (42%). Hasta un 60% de los pediatras en atención primaria tiene menos de 45 años de edad; pero sólo el 6% es menor de 35 años.

EDADES:

| | | |
|---------------|----|-----|
| < 35 años: | 3 | 6% |
| 35 – 45 años: | 27 | 54% |
| 45 – 55 años: | 14 | 28% |
| 55 -65 años: | 6 | 12% |
| > 65 años: | 0 | 0% |

Han cursado sus estudios de Medicina en diversas Universidades españolas, destacando por orden las Universidades de Salamanca, Badajoz y Sevilla.



El 75% de los que contestan han obtenido el **título de Pediatra por la vía MIR**; y han realizado su período de formación en Hospitales de Badajoz, Salamanca, Madrid y Sevilla, fundamentalmente. Sólo un 6% de las encuestas recibidas pertenecen a médicos de familia o médicos generales que ocupan una plaza de pediatría.

Hay que destacar que sólo el 40% de los que contestan se encuentran en **situación laboral** con plaza fija; un 54% son interinos y el 6% eventuales. Situación que se ha agravado en los últimos 5 años por la ausencia de oposiciones y que las transferencias sanitarias no han podido aliviar debido al largo proceso de consolidación de empleo -OPE-, que esperamos concluya en breve.

La gran mayoría de los pediatras que contestan (84%) pertenecen a la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex). Y es escasa la participación en diferentes grupos de trabajo (24%), la mayoría de ellos de ámbito regional.

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO.

En la encuesta participan pediatras de las ocho Áreas de Salud de Extremadura, de manera proporcional al número existente en cada Área, y de zonas urbanas o rurales.

No se perciben cambios en relación con la **formación continuada** que se realiza en los Centros de Salud: el 72% de los encuestados confirman que se realizan actividades formativas en sus centros de trabajo, aunque la mayoría no realiza más de una sesión clínica semanal; y, en cualquier caso, sólo el 2% tienen actividades de formación específica de pediatría de forma regular.

Además, hasta el período de consulta de la presente encuesta, sólo el 2% de los pediatras que contestan había podido realizar rotaciones de reciclaje.

Tampoco se han producido cambios en la **labor docente** del pediatra de atención primaria. El 30% de los pediatras que responden trabajan en Centros acreditados para la docencia, y colaboran en las tareas docentes de médicos de familia; en algunos casos, también participan en docencia pregrado y enfermería; sólo uno de ellos reconoce haber participado en docencia para MIR de pediatría.

Sin embargo, el 100% de los encuestados expresan su opinión favorable a hacer **obligatoria la rotación de los MIR de pediatría por el Centro de Salud**; el 63% de los que contestan opinan que éste período debe oscilar, al menos, entre 3 a 6 meses.

TIEMPO DE ROTACIÓN POR AP DE LOS MIR DE PEDIATRÍA:

| | | |
|---------------|----|-------|
| 1 a 3 meses: | 10 | (26%) |
| 3 a 6 meses: | 24 | (63%) |
| 6 a 12 meses: | 1 | (3%) |
| 12 meses: | 3 | (8%) |
| No contesta: | 12 | |

Merece la pena destacar que dos de cada tres pediatras que trabajan en atención primaria (66%) creen que **no hay coordinación con la pediatría de su hospital de referencia**

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO.

La inmensa mayoría de los encuestados ejerce su labor como **Pediatras de Equipo de Atención Primaria** (84%); sin embargo, también hay una buena representación de **Pediatras de Área** (14%) que expresan mejor los problemas propios de esa difícil condición.

PUESTO:

| | | |
|---------------------|----|-----|
| Pediatra de EAP: | 42 | 84% |
| Modelo tradicional: | 1 | 2% |
| Pediatra de Área: | 7 | 14% |

En Extremadura, la ley mantiene obligatoria la **asistencia médica por pediatra** hasta los 7 años de edad, siendo opcional (por los padres) la ampliación hasta edades posteriores; sin embargo, el 97% de los encuestados atienden niños por encima de esa edad.

Al menos el 37% de los que responden se desplazan a otras localidades distintas a la del Centro de Salud, bien a diario (6%) o de forma intermitente (31%), para atender consulta a demanda (85% de los que se desplazan) y/o programada (100%).

Además, en las zonas rurales 2 de cada 3 pediatras se ven «obligados» a atender niños de otras localidades de su Zona de Salud que están adscritos a cupos de medicina general (mayoritariamente para consulta a demanda y programada (65%); en otros casos, sólo para consulta programada (20%) y el resto como pediatra consultor).



Para resolver los problemas de la **atención pediátrica en las zonas rurales**, el 26% de los pediatras encuestados aportan como sugerencias:

- la creación de nuevas plazas de pediatría,
- que el pediatra ejerza de consultor para los médicos que atienden los niños en otras localidades de su Zona de Salud,
- modificar el concepto de pago por TIS,
- fijar el número máximo de niños por pediatra en 1.000,
- trabajar con enfermería de pediatría;.....

Ninguno de los encuestados tiene su **horario de trabajo** exclusivamente por la tarde. Pero el 52% hace, al menos, una consulta de tarde a la semana (la mayoría un solo día), con una gran variabilidad en los horarios; el resto realiza jornada de mañana exclusiva.

La opinión de los profesionales **sobre la jornada de tarde** está dividida:

- el 44% la consideran negativa por diversas causas, destacando el aumento de la demanda;
- un 20% la consideran positiva, un 16% ve aspectos positivos y negativos a la vez y el resto no contesta.

Sólo el 6% de los encuestados realizan **atención continuada en su Centro de Salud** para toda la población; 2 de forma voluntaria y 1 «pactada» (en el momento de realizar la encuesta, uno de ellos debía atender adultos de forma obligada; posteriormente se corrigió esta situación).

El 20% de los pediatras de atención primaria analizados realiza **guardias en el Hospital de referencia**; todos ellos de forma voluntaria. Sólo el 4% (2 casos) tienen libranza de guardia al día siguiente.

Sólo el 18% cree necesaria una **atención continuada pediátrica**; el 28% no lo cree necesario y no contestan el 54%.

Cuando se les pregunta sobre su posible participación en turnos de atención continuada pediátrica en ciudades: el 46% dicen que no y el 44% que sí estarían dispuestos; de estos, la mitad (53%) preferirían hacerlo en un punto de atención continuada fuera del hospital, el 14% en el servicio de Urgencias hospitalarias y el 33% restante, indistinto.

Entre los que contestan afirmativamente, dos de cada tres pediatras opinan que el horario debía ser entre las 15 y 22 horas; y, mayoritariamente, sólo entre semana.

Sobre éste asunto, destacamos los siguientes comentarios: condicionarían realizar atención continuada pediátrica a libranza del día siguiente; podría evitar derivaciones innecesarias al hospital; otros no lo creen necesario por la escasez de niños en la zona ni posible por la falta de pediatras; alguno lo ve más apropiado en los núcleos urbanos y otros piensan que aumentaría más la demanda asistencial no justificada, etc.

Los problemas con las **sustituciones** continúan igual que cinco años antes. El 36% no tiene sustituto para las vacaciones reglamentarias; y sólo el 12% tiene sustituto siempre. Y el 70% de los encuestados o no tienen sustituto (28%) o sólo a veces (42%) para actividades de formación continuada o días de libre disposición.

En nuestro medio y entre los pediatras encuestados, el 43% tienen asignados una **población pediátrica en su cupo** mayor de 1200 niños y el 31% más entre 900 y 1200; sólo el 26% tienen 900 o menos niños asignados en su cupo (incluidos aquí los pediatras de Área); y casi todos ellos estiman que tienen más niños en sus cupos «reales».

POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE TU CUPO:

| | | |
|--------------------------|----|-----|
| ●600 – 900: | 11 | 26% |
| ●900 – 1200: | 13 | 31% |
| ●1200 – 1500: | 17 | 41% |
| ●1500 – 1800: | 1 | 2% |
| No contestan: | 8 | |
| - Estiman 50 – 100 más: | 25 | 50% |
| - Estiman 100 – 200 más: | 6 | 12% |
| - Estiman más de 200: | 4 | 8% |
| - Estima menos niños: | 1 | 2% |

Esta realidad contrasta con el 87% de los pediatras encuestados, que consideran que el **cupo óptimo** de niños asignados a cada pediatra no debe superar los 1.000 niños; y con el 80% que opina que el **cupo máximo** nunca debe exceder los 1.200; ya que, con más niños se resiente la calidad asistencial, supone una demanda excesiva y se reduce la capacidad del pediatra para desarrollar otras facetas de su trabajo.



Además, para establecer los cupos óptimo y máximo, debía ser importante considerar otros aspectos como: el porcentaje de niños menores de 2 años, el nivel sociocultural de la población, las tasas de inmigración o la «ruralidad».

En general, el 66% considera que atiende a una población preferentemente de nivel socio cultural medio (66%); y bajo en el 22%. Y que el fenómeno de la inmigración no repercute demasiado en la consulta del pediatra en nuestra región, aunque es un fenómeno en crecimiento.

LÍMITES DE EDAD:

EN TU CENTRO EL PEDIATRA ATIENDE HASTA:

| | | |
|---------------------------|----|-----|
| 1. Sólo hasta los 7 Años: | 0 | |
| 2. Hasta los 10-11 Años: | 11 | 22% |
| 3. 14 Años: | 36 | 72% |
| 4. > 14 Años: | 2 | 4% |
| 5. Hasta 18 Años: | 0 | |
| 6. No contesta: | 1 | 2% |

La mayoría de los pediatras de atención primaria atiende niños de 0 a 14 años de edad (78%).

Aún así, el 24% de los encuestados se opone a la *ampliación obligatoria de la edad pediátrica hasta los 14 años*; y a la **ampliación voluntaria de edad hasta los 18 años** se opone el 52%; manifestando que ya tienen cupos masificados y, sobre todo, falta de preparación específica y de tiempo.

A este respecto, entre los que se manifiestan contrarios, el 19% declara que nunca estaría de acuerdo con la ampliación opcional para el adolescente de continuar con el pediatra hasta los 18 años. Y entre los que aceptarían esta ampliación lo harían con las siguientes condiciones, por orden de importancia: cupos más pequeños, disponer de más tiempo y una formación específica (la compensación económica quedaría en último lugar).

ATENCIÓN PEDIÁTRICA.

Consulta a demanda.

La **presión asistencial** ha aumentado sensiblemente respecto a la anterior valoración. Más del 78% de los pediatras encuestados superan la media de 20 niños al día en consulta a demanda; casi la mitad del total (46%) soporta una presión media diaria entre 26-35 niños.

Un 38% de los encuestados refiere que tienen limitado el número de citas para la consulta a demanda; pero estos límites suelen ser muy amplios y en ocasiones «se permite» rebasarlos o se atienden como «urgencias».

El 88% de los pediatras dedica más de 3 horas a esta **consulta a demanda** (un 72% dedica entre 3-4 horas; el resto más).

TIEMPO MEDIO DE CONSULTA A DEMANDA

| | | |
|--------------|----|-----|
| No contesta: | 2 | 4% |
| < 3 horas: | 4 | 8% |
| 3 -4 horas: | 36 | 72% |
| > 4 horas: | 8 | 16% |

PRESIÓN ASISTENCIAL

| | | |
|-----------------------|----|-------|
| No contesta: | 1 | (2%) |
| < 15 pacientes /día: | 1 | (2%) |
| 15-20 pacientes /día: | 9 | (18%) |
| 21-25 pacientes /día: | 9 | (18%) |
| 26-35 pacientes /día: | 23 | (46%) |
| 35-45 pacientes /día: | 6 | (12%) |
| > 45 pacientes /día: | 1 | (2%) |

Y el 84% cree que precisa de un **tiempo medio ideal por paciente** de entre 10-15 minutos. Siguen siendo muy escasas, casi excepcionales, las **visitas a domicilio** en pediatría.

Los pacientes que acuden sin cita, como «**urgencias**», se atienden intercalados en la consulta a demanda habitual o bien al final de la consulta; un 30% de estos casos no se registran en la historia clínica, pero conservan siempre el resto de prestaciones (recetas, etc.).

La **colaboración de enfermería en la consulta a demanda** de pediatría es menor del 50% (46%).

Y sólo el 32% de la enfermería tiene su propia consulta a demanda de pediatría; la mayoría realiza una actividad asistencial que es generada por el pediatra.

Consulta programada.

El 42% de los pediatras dedica dos horas a la **consulta programada**; el 50% menos de dos horas al día; y sólo el 8% tiene un tiempo medio de consulta programada mayor de dos horas diarias.



Casi todos pasan consulta programada a diario, todos los días de la semana. Así, el 66% atiende más de 15 niños a la semana en consulta programada (36% entre 16-20; 14% entre 20-25 y 16% más de 25).

Durante la consulta programada, los pediatras realizan los controles del *Programa de «niño sano»* (en el 100% de los casos) y más del 66% realizan *atención a problemas crónicos* (asma, obesidad, seguimiento al prematuro, talla baja...) o a otros *grupos específicos* (adolescentes, inmigrantes/adopción, riesgo social, educación grupal,.....).

SE REALIZA CONSULTA PROGRAMADA PARA:

| | | |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| No contesta: | 1 | 2% |
| Control del niño sano: | 49 | 98% |
| Problemas crónicos: | 33 | 66% |
| Asma: | 26 | |
| Obesidad: | 18 | |
| Talla baja: | 6 | |
| <i>Estancamiento ponderal:</i> | 1 | |
| <i>Diabetes:</i> | 3 | |
| <i>Dislipemias:</i> | 2 | |
| <i>Sd. Down:</i> | 1 | |
| <i>Enuresis:</i> | 1 | |
| <i>Anorexia:</i> | 1 | |
| <i>Cefalea:</i> | 2 | |
| <i>TDAH:</i> | 1 | |
| <i>Dermatitis atópica:</i> | 1 | |
| <i>Anemia:</i> | 1 | |
| <i>Alteraciones ortopédicas:</i> | 1 | |
| <i>Alteraciones visuales:</i> | 1 | |
| <i>Alergia:</i> | 1 | |
| <i>Depresión:</i> | 1 | |
| Seguimiento del prematuro: | 9 | 18% |
| Inmigrante / adopción: | 6 | 12% |
| Educación grupal: | 4 | 8% |
| Adolescente: | 2 | 4% |
| Riesgo social: | 3 | 6% |

La **colaboración de enfermería en la consulta programada** es mayoritaria, en el 80% de casos; si bien, debería ser del 100%. Para ello, invierten 2 o más horas, 4 ó 5 días a la semana en esta parcela de su trabajo.

Según los pediatras y en relación con consulta programada de pediatría, enfermería participa:

- compartiendo ambos la consulta programada (40%)
- llevando, de forma autónoma, algunos controles de salud (20%)
- participando en otros programas (crónicos,..)(40%)

El 96% de los pediatras encuestados **participan en el programa de Salud Escolar**, pero, más del 90% de los que contestan opinan que *debe revisarse dicho programa*.

Mayoritariamente, creen que *los exámenes de salud escolar deben integrarse en el programa de salud del niño sano (95%)*; que, no obstante, es importante *participar en educación para la salud en la escuela (97%)*; y que se debe intervenir en *medidas de prevención de la salud en la escuela (97%)*; y, también, se debe participar en el *control de higiene medioambiental escolar (86%)*. También, más del 70% opinan que la *vacunación se realice en el Centro de Salud*.

Cerca del 90% de los que responden participan, además, en el **programa de Vacunaciones**.

Además, durante el 1º semestre del año 2.005, el 65% de los pediatras que contestan aconsejan la *vacuna frente a Varicela* sólo para grupos de riesgo y un 35% a la población general. Para la *vacuna frente a Neumococo*, un 72% la aconsejan a población general; y el 94% recomiendan la *vacuna contra la Gripe* en niños que pertenecen a grupos de riesgo.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN TU ZONA DE SALUD EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS:

| | | |
|-------------------------------------|----|-----|
| No contesta: | 3 | 6% |
| No: | 25 | 50% |
| Sí: | 21 | 42% |
| Sí*, todos los días en mi consulta: | 1 | 2% |

Menos de la mitad de los encuestados (44%) afirman haber realizado **Educación para la Salud en su Zona de Salud** en los 3 años previos; tratando temas como: *Alimentación y nutrición ->«desayuno y recreo»-*; *EpS general; trastornos de la conducta alimentaria; niños y familiares con asma; alcohol y drogas, etc.*



La **Investigación en Atención primaria** sigue siendo muy deficitaria; sólo un 14% de los encuestados afirma haber realizado alguna actividad relacionada con investigación en los 5 años previos; y casi siempre, ha sido colaborando en algún estudio epidemiológico (*asma en el niño, hábitos alimentarios en niños transfronterizos, etc.*).

Un 28% refiere haber participado en **Grupos de trabajo o Comisiones propuestos por la Administración**; como el *Plan de Salud 2005-2008, Salud Escolar, Uso racional del medicamento, Cartera de servicios, Educación para la Salud, etc.*

Cuando se les pregunta por sus preferencias en las actividades a realizar aparte del tiempo asistencial, emplearían parte de su tiempo de trabajo en: *formación continua y atención a crónicos*, sobre todo; más alejados: *la relación con el hospital o la intervención comunitaria, y la investigación al final.*

TRABAJO PERSONAL.

En nuestro medio, el **uso de la Historia clínica** es generalizado entre los pediatras de Atención primaria. Sólo un 6% la usa a veces; el resto, siempre o casi siempre.

Con el *proyecto «JARA»* puesto en marcha en Extremadura se conseguirá la informatización completa en la Atención Primaria; pero en el momento de realización de esta encuesta, sólo el 20% tiene ***informatizada su consulta***; y un 42% pueden tener ***acceso a Internet***.

El 54% se manejan regular (48%) o mal (6%) con la informática; a pesar de esto, la mayoría cree que la ***influencia de la informática en su trabajo*** será favorable

A propósito de **las relaciones personales** que mantienen en su trabajo: son buenas o muy buenas con los demás *compañeros del Equipo EAP* hasta en el 90% de los casos; con el *Hospital de referencia* en el 76% y con sus *Gerencias* hasta en el 56% de los casos. Si bien, para estos dos últimos grupos, la relación es inexistente en el 12% y el 28% de los casos, respectivamente.

Entre los **aspectos** del trabajo diario **que necesitan mejorar, se priorizan** sobre todo:

-*la reducción de cupos y del exceso de demanda (presión asistencial) (42%);*

-*la formación continuada (34%);*

-*y la enfermería con dedicación pediátrica exclusiva (24%);*

-*también: la informatización del trabajo (12%), la atención a crónicos (10%), la educación para la salud de la población (8%) y un mayor contacto con el Hospital (8%);*

-*y: limitar los desplazamientos, promover programas de rotaciones para reciclaje o asegurar las sustituciones (6%); entre otros.*

Es llamativo que al menos alguna vez, un 72% de los encuestados haya experimentado la **sensación de «quemado» o «burnout»** en su actividad profesional.

SENSACIÓN DE «QUEMADO»:

| | | |
|-----------------|----|-------|
| No contesta: | 1 | (2%) |
| No: | 13 | (26%) |
| Alguna vez: | 23 | (46%) |
| Con frecuencia: | 13 | (26%) |

ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

El 100% de los pediatras encuestados creen **necesarias las UBAs de pediatría** (pediatra + enfermera/o por cada cupo, trabajando en equipo); sólo 2 no contestan a esta pregunta.

Sin embargo, hasta en un 22% de casos no existe enfermería con dedicación a pediatría en el Centro de Salud; y sólo uno de cada tres pediatras (32%) trabaja, según UBA de pediatría, con una enfermera y para un mismo cupo. El resto debe compartir uno o más cupos pediátricos (o, incluso, de medicina general), limitando mucho su atención.

ENFERMERÍA CON DEDICACIÓN A PEDIATRÍA EN TU CENTRO DE SALUD

| | | |
|--|----|-----|
| No existe: | 11 | 22% |
| Sí; pero comparten cupo con el médico general y atienden a los niños que proceden de estas familias: | 6 | 12% |
| Sí; atiende niños que proceden de cupos asignados a pediatría (uno o más): | 33 | 66% |
| ¿Cuántos cupos?: | | |
| Un cupo (UBAp): | 16 | 32% |
| 2 cupos de pediatría: | 11 | 22% |
| Más de 2 cupos: | 4 | 8% |
| Comparte un único cupo: | 1 | 2% |
| No contesta: | 1 | 2% |



Aún cuando exista enfermería con dedicación a pediatría, el 68% de estos casos comparten, además, otras funciones generales del EAP en la atención de población adulta (botiquín, curas, extracciones, atención domiciliaria;....).

En relación con la atención pediátrica, dos de cada tres (69%) enfermeras con dedicación a pediatría tienen una actividad «propia», además de aquellas originadas por el pediatra, sobre todo: inmunizaciones y consulta programada.

ENFERMERÍA: ATENCIÓN PEDIÁTRICA

| | | |
|---|----|-----|
| ·Sólo actividades originadas por el Pediatra: | 12 | 31% |
| ·Tiene atención pediátrica propia: | 27 | 69% |
| Realiza: | | |
| Consulta programada: | 26 | |
| Vacunaciones: | 25 | |
| Salud escolar: | 20 | |
| Consulta a demanda: | 15 | |
| Consulta telefónica: | 11 | |
| «Filtra» los sin cita: | 10 | |
| Atención domiciliaria: | 7 | |

N = 39

Sólo el 28% de los pediatras afirman llevar **pautas de actuación en común** con enfermería; un 42% más, las tiene sólo para aspectos concretos o situaciones determinadas (vacunas, consejos de alimentación, recomendaciones generales,.....).

La **opinión de los pediatras en relación con la formación pediátrica de la enfermería** es la siguiente:

OPINIÓN SOBRE LA FORMACIÓN PEDIÁTRICA DE ENFERMERÍA

| | | |
|-------------------------------|----|-----|
| No contesta: | 7 | 14% |
| Escasa y sin motivación: | 13 | 26% |
| Escasa pero motivados: | 8 | 16% |
| Adecuada pero sin motivación: | 10 | 20% |
| Adecuada y muy motivados: | 12 | 24% |

Mayoritariamente (82%), enfermería realiza **Consulta Programada de pediatría**; en todos los casos, en el *Control del «niño sano»* y *Vacunaciones*, y la mayoría también, en *Salud Escolar*. Sólo un 14% participa en *Educación grupal* y menos de un 10% en *atención a problemas crónicos* (asma y obesidad).

En relación con el **Control del «niño sano»** hay un 32% de pediatras que afirman que en el programa que llevan a cabo no hay ningún control que realice sólo enfermería. En el resto, se dan diferentes situaciones; los controles más frecuentemente asignados a enfermería (sin participación del pediatra) son, por orden: los 18 meses, 3 y 4 años, 9 meses, 4 meses y el del recién nacido.

Es casi unánime la **opinión sobre el programa de Control del niño sano**, que es considerado como útil o muy útil; además es bien valorado por los familiares del niño a cualquier edad.

Más de la mitad de los pediatras defienden que deben delimitarse las actividades y/o que pueden ser propias de enfermería en el programa del Control del Niño Sano.

El 68% afirman que **el programa de Control del Niño Sano precisa cambios**; en el sentido de: reducción del número de controles; mayor educación para la salud (EPS); incluir el niño mayor y adolescente; integrar los exámenes de salud escolar; mayor participación de enfermería; o disponer de más tiempo. Y el 72% consideran que la evaluación en Cartera de Servicios de dicho programa es muy deficitaria.

Se ha preguntado sobre participación de enfermería de pediatría en ciertas **técnicas, habilidades y/o programas** relacionados con atención pediátrica que se realizan o podrían realizarse en Atención primaria:



TÉCNICAS, HABILIDADES O PROGRAMAS CON RELACIÓN A LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA QUE SE REALIZAN O QUE SERÍA POSIBLE REALIZAR EN ATENCIÓN PRIMARIA CON LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA (UBAs de Pediatría) -según los pediatras encuestados-:

| | <i>Se realiza</i> | <i>Podría implantarse</i> | <i>No necesario oNo contesta</i> |
|-----------------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------------|
| CONSULTA PRENATAL | 32% | 32% | 36% |
| VISITA AL RECIÉN NACIDO | 42% | 20% | 38% |
| APOYO LACTANCIA MATERNA | 52% | 32% | 16% |
| PREVENCIÓN ACCIDENTES | 50% | 32% | 18% |
| CONSEJOS ALIMENTACIÓN | 70% | 20% | 10% |
| NORMAS Y CUIDADOS GRLES. | 66% | 22% | 12% |
| CONSULTA TELEFÓNICA | 32% | 20% | 48% |
| VACUNACIONES | 90% | 8% | 2% |
| DESARROLLO PSICOMOTOR | 54% | 20% | 26% |
| SOMATOMETRÍA | 80% | 12% | 8% |
| AUSCULTACIÓN | 32% | 8% | 60% |
| ELECTROCARDIOGRAMA | 84% | | 16% |
| PRUEBAS ALERGIA | 2% | 36% | 62% |
| ESPIROMETRÍA | 44% | 30% | 26% |
| INHALADORES/AEROSOL | 54% | 34% | 12% |
| SATURACIÓN O ₂ | 38% | 24% | 38% |
| AGUDEZA VISUAL | 80% | 8% | 12% |
| DESPISTAJE ESTRABISMO | 46% | 18% | 36% |
| SALUD BUCODENTAL | 44% | 26% | 30% |
| OTOSCOPIA | 38% | 10% | 52% |
| AUDIOMETRÍA/TIMPANOMETRÍA | 74% | 8% | 18% |
| EXPLORACIÓN COLUMNA/PIES | 50% | 12% | 38% |
| CIRUGÍA MENOR | 26% | 26% | 48% |
| VENDAJES FUNCIONALES | 66% | 24% | 10% |
| TIRAS REACTIVAS ORINA | 92% | 2% | 6% |
| TUBERCULINA PPD | 92% | 4% | 4% |
| TEST RÁPIDO ESTREPTOCOCO | 2% | 68% | 30% |
| ATENCIÓN FAMILIAR | 20% | 36% | 44% |
| ANTICONCEPCIÓN | 12% | 18% | 70% |
| ATENCIÓN ADOLESCENTE | 4% | 56% | 40% |
| EDUCACIÓN EN ASMA | 26% | 54% | 20% |
| SEGUIMIENTO OBESIDAD | 28% | 52% | 20% |
| SEGUIMIENTO ENURESIS | 22% | 42% | 36% |
| EDUCACIÓN PARA LA SALUD | 38% | 18% | 44% |
| En el Centro de Salud | 46% | 26% | 28% |
| En la Escuela | 18% | 32% | 50% |
| En la Comunidad | 12% | 32% | 50% |
| Individual | 46% | 12% | 42% |
| Grupal / problemas crónicos | 6% | 36% | 58% |
| Grupal / padres | 16% | 40% | 44% |



OPINIONES GENERALES

En este apartado de la encuesta se hace referencia a cuestiones específicas del estado de situación de la Pediatría en Atención primaria, que son puntuadas de 0 a 10 y de las que se pide opinión y sugerencias.

* Sobre **Cartera de Servicios de pediatría en atención primaria**; puntuación media de **4,8**. Sólo se tiene en consideración el programa de control del «niño sano» y no se valoran los servicios que se vienen haciendo, tanto en *el propio programa de «niño sano»* como en *la atención a crónicos, actividades de educación para la salud*; etc.

* Sobre **Formación continuada en pediatría**; puntuación media de **3,2**. La situación actual es que hay poca oferta formativa destinada a pediatría desde la Escuela de Ciencias de la Salud o desde las Gerencias de Área. La formación procede de las Sociedades Científicas y autoformación fuera del horario laboral. Se propone *aumentar la oferta de cursos, talleres, etc. desde la propia administración; facilitar rotaciones de reciclaje y días de formación (mejor en Hospital de referencia, en horario de trabajo y con sustituciones)*.

* La **Investigación en pediatría** es casi nula; puntuación media de **1,1**. En estos momentos es inexistente y no hay tiempo ni facilidades para llevarla a cabo. Se sugiere *más tiempo en horario laboral, incentivar la investigación, formación específica para la investigación, crear un grupo de trabajo para fomentarla, informatizar, facilitar los recursos hospitalarios (laboratorio, biblioteca...), etc.*

* En cuanto a la **Coordinación con pediatría hospitalaria**; puntuación media de **3,5**. Hay poca relación con hospital, las relaciones sólo se dan de forma personal. Para mejorar se piden *reuniones comunes periódicas, protocolos comunes, grupos de trabajo conjuntos para Guías clínicas adecuadas, participar en actividades hospitalarias (consultas externas...), implicación de Pediatría hospitalaria en la formación continuada, aumentar la formación conjunta y programas de reciclajes, etc.*

* En relación con la **Coordinación socio-sanitaria**; valoración media de **3,5**. Ahora existe escasa coordinación y se desconocen los recursos. Para paliar la situación actual hay que *buscar puntos de encuentro y reuniones periódicas, diseñar protocolos y programas de Educación para la salud, disponer de más tiempo y que se de mayor implicación de educadores en coordinación con EAP de forma programada y curricular.*

* **Retribuciones y Carrera Profesional**; puntuación media de **3,6**. Se aprecia discriminación con respecto a medicina de familia y se ve complicado mejorar. Para mejorar se sugiere que habría que buscar *otros indicadores además del TIS* para retribuir, *aumentar el sueldo*, considerar carga de traba-

jo en relación con *tramos etéreos*; instaurar *Carrera profesional* efectiva.

* Sin embargo, se tiene buena opinión sobre la **Calidad asistencial en pediatría**, con una puntuación media de **7,3**. Consideran que la calidad asistencial en pediatría es buena, y que para mejorarla se precisaría *ajustar cupos y presión asistencial; invertir más tiempo en crónicos y dedicar más a Educación para la salud*, el establecimiento de una *enfermería pediátrica*; que la administración fomente un *uso adecuado de servicios de salud*; *más formación*; una *informatización* que agilice el trabajo; *mejorar relación con Pediatría Hospitalaria*; etc.

* El **Trabajo diario en la consulta** consigue una puntuación media de **6,25**, considerando que hay sobrecarga, sobre todo en el periodo invernal. Para optimizarlo se propone de nuevo *ajustar cupos y controlar demanda*; disponer de *más tiempo*; *enfermería pediátrica*; una *mayor formación personal*; cubrir adecuadamente con *sustitutos* cuando nos tengamos que ausentar; *más plazas de Pediatría*; más actividad en colegios e institutos; más *Educación para la salud*; en Pediatría de área: reducir a 1 o 2 consultorios la atención diaria; y mejorar el programa de Control del niño sano.

* La **relación con los compañeros del EAP** se considera notable (nota media **7**) a pesar de que algunos la consideran escasa. Mejoraría disponiendo de más tiempo, trabajando en equipo con sesiones clínicas y formación continua, aumentar la actividad de la enfermería, entendimiento para las sustituciones; y los pediatras de área piensan que el médico que tenga adscrito al niño debe encargarse de las revisiones programadas y protocolizar y aclarar las funciones del Médico General y del Pediatra, para mejorar esas relaciones.

* La **relación con la administración sanitaria** obtiene una media de **4,6**. Se considera que se impone, se exige mucho y se tiene un poco abandonados a los pediatras. Se podría mejorar con más diálogo, valorando más nuestro trabajo, acercamiento de posiciones, consultas y acuerdos consensuados y *teniendo pediatras en puestos directivos.*

Cuando preguntamos **qué ha mejorado en los 2 últimos años en la pediatría de atención primaria extremeña**: un 30% no aprecian ninguna mejora y un 38% no contesta. Los aspectos positivos más destacados fueron: mayor formación; más pediatras que están más unidos y realizamos más actividades juntos; mayor accesibilidad y más atención del Pediatra; más consultas; más medios y mejores técnicas diagnósticas; más nivel cultural de la sociedad, etc.

Al referirnos a lo **que ha empeorado en los 2 últimos años en la pediatría de atención primaria extremeña** no responde casi la mitad de los encuestados y un 4% no aprecian empeoramiento.



Los aspectos negativos más destacables han sido: el aumento de cupos y demanda (22%); desigualdad en incentivos (6%); falta de motivación profesional; infravaloración de la especialidad; se exige mucho y compensa poco; más exigencia e impaciencia de los usuarios, problemas con las sustituciones; aumento de trabas burocráticas en el trabajo, falta de educación sanitaria de la sociedad; falta de sensibilidad del SES para problemas pediátricos; para la Pediatría de Área: baja calidad para el profesional y los usuarios; mayores diferencias entre áreas de salud etc.

Por último, les pedimos **opinión sobre la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPex)**, siendo ésta en la mayor parte de los casos favorable y alentadora (46%) a pesar de que un 48% de los encuestados se abstienen de contestar a esta cuestión. En los aspectos positivos se hace referencia, sobre todo: al momento de la formación continuada y el encuentro entre pediatras; también a la excelente calidad de la página Web; la revista Foro pediátrico y por último a la representación de la Pediatría frente a la Administración y el interés por mejorar la situación de la Pediatría de AP.

Sólo un 6% destaca o expone aspectos más que desfavorables, mejorables, como son: la escasa reivindicación contra la administración (6%); implicación más activa en los temas profesionales; se proponen mejoras para enfrentarnos a problemas laborales y jurídico-legales; una persona no se siente integrada por su anterior condición de MESTO; alguno no observa mejorías en su trabajo y alguno aprecia división entre Pediatría de Atención primaria y la Hospitalaria.

En **conclusión**, de este nuevo pulso a la situación de la Pediatría de Atención primaria de Extremadura, podemos destacar los siguientes puntos:

a- Aunque todavía hay más interinos que personal fijo entre nuestros pediatras, la resolución de la OPE extraordinaria está a punto de producir una mayoría de **personal fijo**.

b- Se observa un incremento progresivo de la **presión asistencial**.

c- Continúan aumentando los **cupos**.

d- Precaria situación de los **Pediatras de área** que deben atender varios grupos de población, en 2 o más de 2 localidades diferentes con los consiguientes desplazamientos que ocasiona, con escaso o nulo apoyo de enfermería y falta de reconocimiento y retribución de un trabajo que hacen y de unas TIS que no le asignan pero deben atender.

e- La **Enfermería** con dedicación exclusiva a Pediatría y los consiguientes UBAs de Pediatría sigue siendo una de las grandes mejorías pendientes. Hay compañeros que apenas comparten traba-

jo con enfermería y, en general, es muy mejorable su aportación tanto en consulta programada como en consulta a demanda.

f- Las **sustituciones** en los Centros de Salud siguen siendo muy deficientes y causan sobrecarga en los compañeros, problemas a los usuarios y dificultades para la formación y otras actividades del profesional.

g- Seguimos sin **capacidad docente** reconocida para los MIR de Pediatría a pesar de que debe ser una rotación obligatoria y cada vez más solicitada por los propios residentes de pediatría.

h- La **investigación en pediatría de atención primaria** sigue siendo una gran asignatura pendiente; y precisaría cambios muy importantes, con disponibilidad de más tiempo, formación, organización de grupos de trabajo e incentivos para desarrollarla.

i- En relación con la **atención continuada en pediatría** es un punto muy discutido; en general, no se considera necesaria pero, en caso de participar en ella, se demanda hacerla fuera del hospital y considerar la libranza del día siguiente.

j- También la **atención al adolescente** es un tema bastante controvertido; aunque la posición contraria se debe, sobre todo a la sobrecarga actual de las consultas a demanda, que no parece dejar de aumentar.

k- Desgraciadamente la **sensación de «quemado»** es algo que se presenta en más del 70% de los encuestados; aunque la mayoría sólo lo experimentan a veces, probablemente en las fases de mayor presión asistencial.

l- Los pediatras valoran bien la **Calidad asistencial en Pediatría**, su **Trabajo diario**, y su **relación con sus compañeros del equipo de atención primaria**.

m- La mayoría desea una **mayor implicación de la Administración** en la Formación continuada pediátrica, una mayor cercanía y contacto; y un reconocimiento al trabajo en Pediatría con sus justos incentivos.

n- En general, los encuestados son un poco pesimistas; no aprecian **mejorías** en la Pediatría extremeña de Atención primaria en los 2 últimos años; y sí aprecian más puntos de **empeoramiento**, en especial por la presión asistencial creciente y la infravaloración de su trabajo.

o- Es casi unánime la opinión positiva y favorable de la **SPAPex**; destacando su papel en la formación continuada, punto de encuentro entre pediatras y excelente página web e interesante revista (Foro pediátrico). Sólo hay algunos que desearían más reivindicación frente a la administración y más soluciones a sus problemas en la consulta, jurídico – legales y laborales.



PROTECCIÓN CONTRA EL ABUSO DE LA EXPOSICIÓN SOLAR. CONSEJOS E INFORMACIÓN PARA PADRES

Domingo Barroso Espadero.

Pediatra EAP "José M^a Álvarez". Don Benito (Badajoz)

Algunos datos para ilustrar la importancia del tema:

Recibir el sol sobre nuestra piel es una sensación agradable, pero hay que concienciarse de que se deben tomar precauciones para protegernos del peligro que conlleva la acción sobre la piel de los rayos solares.

El sol es la causa principal del cáncer de piel. En los últimos años se ha detectado un aumento alarmante en el número de casos de cáncer de piel entre las personas de raza blanca... La mayor proporción de cánceres de piel se produce en personas ancianas o adultos mayores. Sin embargo, también puede verse en niños y adolescentes. Conviene comprender que la frecuencia más elevada en personas mayores tiene lugar, tan sólo porque las personas de más edad llevan más tiempo recibiendo el efecto de los rayos solares sobre su piel (es erróneo pensar que esto se produce porque el sol sólo daña a las personas mayores). **AL DESARROLLO DEL CÁNCER DE PIEL CONTRIBUYE TODA LA EXPOSICIÓN SOLAR ACUMULADA DURANTE TODA LA VIDA**, incluida aquella que tiene lugar en la infancia y la adolescencia. Nuestra piel recuerda cada quemadura, bronceado o efecto en general de la radiación solar recibida hasta el momento actual de nuestras vidas.

La mayor parte de la exposición solar de una vida se recibe durante los primeros 18 años de de la misma. Los niños dedican más tiempo a actividades al aire libre que la mayoría de los adultos, especialmente en verano.

EFFECTOS PERJUDICIALES DEL ABUSO DE EXPOSICIÓN AL SOL:

Quemaduras solares, riesgo de cáncer de piel y otros efectos a largo plazo causados por el daño solar sobre la piel:

1. Las quemaduras solares, el bronceado y las pecas, son todos ellos, distintos signos resultantes del daño solar a la piel.

2. Los rayos ultravioletas han resultado ser el factor más importante en el desarrollo del cáncer de piel. Hoy no hay duda de que los rayos UVB son los responsables principales de quemaduras solares, bronceado y otros tipos de daño cutáneo (incluido el cáncer de piel). Los rayos UVA, no obstante, también son responsables del daño cutáneo, aunque no tanto como lo son los UVB.

¿Por qué hay que protegerse del sol?

A parte del efecto cancerígeno de la exposición excesiva y acumulada de los rayos del sol, también nos causan estos, otros daños diversos en la piel.

La quemadura solar daña la piel causando efectos derivados, de carácter agudo como pueden ser deshidratación, desaparición de la barrera cutánea que nos protege contra infecciones o aparición de fiebre.

Frente a este daño visible, el sol también produce un daño, no apreciable a simple vista. El efecto acumulado año tras año, causado por quemaduras solares frecuentes y exposición solar excesiva, es responsable, no solo de favorecer la aparición de cáncer de piel, sino también de la aparición de arrugas y del envejecimiento cutáneo precoz, así como de la aparición de cataratas en los ojos.

Proteger la piel de su hijo no solo previene las quemaduras solares en el momento de aplicación de estas medidas protectoras, **TAMBIÉN SE ESTÁ PREVIENIENDO CON ELLO LA APARICIÓN DE OTROS PROBLEMAS MAS SERIOS EN EL FUTURO.**

Mitos y creencias erróneas:

1. Es erróneo creer que no te puedes quemar en un día cubierto. Las nubes atenúan la radiación UV, pero la radiación difusa es suficientemente intensa como para quemarte, salvo días excepcionalmente cerrados con nubarrones negros y bajos.



2. Ser joven no te hace inmune a la radiación solar. Es erróneo pensar que es sólo a las personas mayores a las que le hace daño el sol. El exceso de sol es peligroso, con independencia de la edad.

3. El usar filtros y cremas solares puede crear una sensación equivocada de seguridad. Esto tiene como consecuencia una conducta de mayor exposición solar. Es un error pensar que el uso de protectores solares nos permite estar más tiempo tumbados bajo el sol.

4. «Si no siento calor cuando estoy al sol, no me quemaré». Esta es una idea falsa. La radiación ultravioleta no se siente, aunque alcance las capas no superficiales de la piel y ejerza su efecto indeseable.

5. El bronceado es una reacción de defensa de la piel ante la exposición a la radiación UV y la agresión que esta le origina. Aunque tiene una función protectora, sólo protege parcialmente. No existe, por lo tanto, el famoso «bronceado saludable».

6. La sombra protege de los rayos directos del sol, pero de todos modos hay que protegerse de la radiación difusa.

FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE PIEL:

Clasificación de factores de riesgo:

Los niños con alguna o varias de las características siguientes resultan especialmente vulnerables al cáncer de piel:

Niños, de piel blanca o muy clara (se queman con facilidad y casi nunca se ponen morenos), generalmente son rubios o pelirrojos.

Los niños con una historia familiar de cáncer de piel, especialmente melanoma, presentan un riesgo elevado de contraer cáncer de piel.

Exposición crónica al sol. Sobre todo en casos de exposición frecuente en los primeros años de vida. Un indicador especial de riesgo es el haber tenido durante la infancia muchas quemaduras solares de cualquier tipo, o al menos dos quemaduras solares de tercer grado (con ampollas).

Lunares «raros» o de apariencia inusual. Lunares en número elevado o muchas pecas también conllevan un riesgo considerable de desarrollar cáncer de piel a lo largo de su vida. Las pecas indican la existencia de una alta vulnerabilidad a la acción dañina del sol.

INFORMACIÓN SOBRE FILTROS SOLARES:

Deben utilizarse como coadyuvantes de las medidas físicas, no como única medida de protección. Los protectores solares contienen sustancias químicas que actúan de una de las dos siguientes formas posibles:

1. Absorbiendo la radiación ultravioleta, impidiendo su penetración: **FILTROS QUÍMICOS** (Las pantallas orgánicas, también absorben radiación). Son orgánicos y su espectro es más limitado que en los filtros físicos.

2. Filtros físicos, que actúan reflejando esos rayos UV. De esta forma se impide la penetración cutánea. Son las denominadas **PANTALLAS minerales o inorgánicas** (mecanismo de reflexión puro de los rayos). Son de amplio espectro.

Recientemente se han desarrollado nuevas moléculas orgánicas que reúnen las ventajas de los dos tipos anteriores. Son las denominadas **PANTALLAS ORGÁNICAS** (mecanismo mixto en realidad: absorción y reflexión de la radiación / espectro amplio)

Ningún protector solar proporciona protección completa para el efecto de los rayos UV. Parte de los rayos UVB alcanza la piel, incluso con el protector solar más eficaz. Por lo tanto el daño por la radiación solar tendrá lugar si el tiempo que recibe la radiación solar es prolongado, aunque se aplique correctamente protectores solares.

¿Cómo hay que aplicarlos?

La efectividad de los protectores solares depende de su aplicación correcta.

1. Se deben aplicar 30 minutos antes de salir de casa. Estas sustancias no actúan inmediatamente, por lo tanto no es correcto exponer a su hijo al sol hasta 20 minutos después de haberle aplicado el protector.

2. No deje de aplicarlos en los días nublados.

3. La frecuencia de renovación habitual de los protectores solares es cada 2 horas. Sin embargo, si su hijo está todo el día corriendo por ahí, se baña frecuentemente o se dedica a jugar en el agua, la renovación debería ser con intervalos más frecuentes.

4. Aplíquelo frotando y extendiendo bien. Asegúrate que cubres todas las áreas corporales expuestas, especialmente la cara de su hijo, los pies, las



manos, así como partes de las piernas y brazos no cubiertas por la ropa.

5. En la cara, aplíquelo incluso en la nariz, los labios y las orejas, pero no en los párpados (esta parte delicada del cuerpo se protegerá con el gorro y el uso de gafas)

Clasificación de los protectores solares.
¿Cuál le corresponde a mi tipo de piel? ¿Cuál es mejor para cada niño, según sus características personales?

Elija siempre protectores solares de amplio espectro. Aunque la mayor parte del efecto nocivo del sol se debe a los rayos UVB, también hay que proteger a la piel del efecto de los rayos UVA.

Protectores solares para niños pequeños (< de 3 años):

Seleccione un factor protector solar (FPS) igual o superior a 30, para asegurarse la protección más efectiva. Los protectores solares que se etiquetan como especiales para lactantes, para bebés o para niños pequeños, en realidad tiene las mismas sustancias químicas que las usadas en los productos para adultos y aportan el mismo grado de protección que estos. La única diferencia es que están formulados con una base más suave y no están perfumados.

En principio, se considera que los protectores solares son productos seguros para utilizar en bebés. Por debajo de los 6 meses, no se recomiendan las cremas bloqueadoras con zinc, por que pueden resultar muy irritantes si se extienden a la boca o a los ojos.

Elección del tipo de protector solar:

La industria nos ofrece los protectores solares en una abanico amplio y surtido de presentaciones distintas: crema, geles, soluciones alcohólicas, barras, lociones leches etc.

- Las soluciones alcohólicas pueden escocer al aplicarlas sobre la piel de un bebé y tienen un efecto secante mayor que las cremas y leches, que generalmente incluyen en su composición agentes hidratantes.

- Las lociones y geles también tienden a tener algún efecto secante, puesto que suelen contener alcohol en su composición. Estas presentaciones

pueden ser las mas apropiadas para personas con pieles grasas o de tendencia acnéica, a las que las cremas podrían hacer que les empeorase el acné.

- Se deben elegir las presentaciones resistentes al agua, no solo para actividades de baño, sino también cuando se vayan a realizar actividades que puedan resultar en sudoración abundante (es decir, en niños los elegiremos siempre). Estos protectores solares están pensados para durar más que los protectores normales en estas circunstancias.

- Las pantallas en forma de cremas de cinc se pueden utilizar cuando interese bloquear totalmente la penetración de la radiación. Es necesario aplicar una capa gruesa y uniforme para conseguirlo. Se debe tener en cuenta que también bloquean la sudoración y traspiración de la piel. Por este motivo, su uso habitual queda reservado a proteger pequeñas áreas sensibles (como la nariz o la parte alta de las orejas). Usadas de esta manera, son bastante seguras y efectivas.

- Para un mismo tipo de fotoprotector, las diferentes marcas y casa comerciales ofrecen formulaciones con distintas bases y excipientes. Por ello si encontramos que uno concreto nos causa irritación en la piel, puede valer la pena probar con otro de otra marca distinta. Es bastante probable que nos vaya bien con este otro.

- Fotoprotectores coloreados VERSUS invisibles:

- Los **tintados** son especialmente buenos para cubrir áreas de especial riesgo, como nariz, labios y hombros. Son pantallas que actúan bloqueando la penetración del sol en la piel.

- Los protectores solares **invisibles** son adecuados para otras partes del cuerpo. Su funcionamiento se basa en atrapar toda la energía solar posible antes que pueda dañar la piel.

Factor de Protección Solar (FPS):

- Elija siempre protectores solares de «amplio espectro». Se llaman así porque bloquean, tanto los rayos UVA, como los UVB.

- Use siempre protectores solares con un FPS (= Factor de Protección Solar) de 15, o mas elevado. En niños pequeños conviene usar un FPS de 30 o más.

- Cuanto más elevado el FPS, más protección proporciona. No obstante, no hay que interpre-



tar equivocadamente estos números. La diferencia entre un filtro con FPS 15 y otro de FPS 30 no es del doble de protección o del doble de filtrado del 30 con respecto al 15. Un filtro solar de FPS 15 deja fuera el 93.3% de la radiación UVB. Uno de SPF 30+ conseguirá añadir un 3% más de eliminación o absorción de esos rayos UVB.

OTROS ELEMENTOS ÚTILES PARA PROPORCIONAR PROTECCIÓN ANTE LA RADIACIÓN SOLAR:

¿Cuáles son los mejores métodos de fotoprotección?

Las medidas de fotoprotección más importantes son:

1. La protección contra el sol, más económica y efectiva, es mantenerse a la sombra. Aunque resulte obvio, es importante recordar que la mejor protección será siempre evitar la exposición directa a los rayos solares. Busque sombras en los espacios abiertos o provéase de sombrillas.

2. Hay que proponerse como objetivo general el desarrollo de hábitos saludables para toda la vida. Predique con el ejemplo. Nada educará mejor a su hijo que el verle a usted misma aplicándose SIEMPRE medidas correctas de protección solar.

3. No se deben realizar exposiciones prolongadas al sol. Las horas centrales del día deben evitarse.

4. Usaremos filtros solares siguiendo las normas que se explican en otro apartado de esta guía informativa.

5. Aparte de esto, se deben usar ropas, gorros y gafas adecuados (leer a continuación sobre esto)

Ropa para vestir en actividades al aire libre. Protección en la playa y lugares de verano:

Formas físicas de protección ante el sol (ropa adecuada, gafas de sol, sombrero con ala, uso de utensilios que proporcionen sombra adecuada...)

Ropa:

1. Vista a sus hijos con ropas de color no demasiado oscuro, y no muy ajustadas. Las ropas muy oscuras protegen más de los rayos UVB, pero son más calurosas. De todas formas, el factor que

más influye en disminuir el paso de más o menos cantidad de radiación no es el color, sino el grosor y el tramado estrecho del tejido. Algunas ropas extranjeras muestran en el etiquetado el factor de protección solar que se les puede atribuir en base a su capacidad de bloqueo solar. Por ejemplo, un FP de 40 (o «UPF-40») o uno más elevado, proporcionan una muy alta protección. Un UPF-15, o algo superior, proporciona una protección bastante aceptable. A falta de estos etiquetados específicos, usted puede hacerse una idea de cuanto sol dejan pasar algunas prendas viendo la consistencia de la sombra que consiguen proyectar sobre el suelo al extenderlas bajo el sol (o bien, viendo cuanta luz dejan pasar a su través la prenda, al extender su tejido estirado contra el cristal de una ventana iluminada por el sol).

2. Las ropas deben cubrir la mayor parte de piel posible: mangas más bien larguitas, cuellos más bien altos, pantalones largos (tipo bermudas), faldas largas... Los niños siempre deben llevar camisetas y otras prendas corporales cuando estén jugando, incluso aunque lo hagan a la sombra (por ejemplo: camisetas de algodón no ajustadas).

Gorros:

Se deben emplear gorros o mejor sombreros con ala ancha (8-10 cm. de ancho) y/o visera frontal, que proyecte sombra sobre la parte alta de la cara. Son también muy recomendables los de tipo legionario (para hacerse una idea correcta hay que pensar en la legión extranjera francesa, no en el gorrito de la legión española) con extensiones muy generosas tanto hacia adelante como hacia atrás. Sombreros de estos estilos pueden reducir la cantidad de rayos UVB que alcanzan los ojos y parte alta de la cara. Los gorritos tipo béisbol no son muy recomendables puesto que no protegen orejas o nuca y protegen mal los ojos (sobre todo si se visten al estilo «rapero» / «hip-hop», con la visera frontal girada hacia atrás).

Otros consejos útiles:

Plantéese la exposición solar en la temporada veraniega de forma progresiva y gradual, aumentando poco a poco el tiempo que se está al sol.

Programa actividades al aire libre en periodos alejados del tramo horario central, donde se produce el pico más alto en el índice diario de radiación UV (programelas para las horas finales de la tarde o por la mañana temprano)



1. Los niños son más propensos que los adultos a la pérdida de líquido corporal y a la deshidratación. Compruebe que beban líquidos con frecuencia y en abundancia para reponer las pérdidas debidas al calor.

2. Las quemaduras solares de su hijo que causen ampollas, resulten dolorosas o causen fiebre, conviene que sean curadas por personal sanitario y valoradas posteriormente por su pediatra.

3. No olvide que las quemaduras solares extensas y/o de alto grado SON UNA URGENCIA MÉDICA.

Gafas de sol. Protección de los ojos:

- Hay que ponerse gafas de sol con filtro para rayos UV (deben absorber, tanto los rayos UVB como los UVA). Esto protege la delicada piel que rodea a los ojos y previene además el desarrollo precoz de cataratas.

- Lo deseable es usar un EPF-10 («*Eye Protection Factor*» = Factor de Protección Ocular) (100% de absorción) Fijarse simplemente en el color y la oscuridad de las lentes no informa de forma adecuada del grado de protección proporcionado. En niños, entre dos gafas de igual factor de protección (alto), escoja unas que no sean excesivamente oscuras. Las muy oscuras, no proporcionará mayor protección, y además limitarán algo más la visión. La forma de las gafas también es importante. Se deben escoger con superficie amplia, ajuste correcto y formas «envolventes» que se adaptan a la redondez de la cara.

Lugares que se deben evitar:

- Los efectos de la radiación solar son peores cerca del ecuador terrestre, en áreas de montaña y en verano. Los rayos UV del sol causan daño, no sólo cuando inciden directamente, sino también cuando son reflejados por superficies brillantes, como el agua, la nieve, la arena, e incluso el asfalto. En lugares con amplias zonas cubiertas por este tipo de superficies, hay que ser especialmente cuidadosos, puesto que esta radiación reflejada incrementa la acción dañina de estos rayos.

- Y recordemos de nuevo que los efectos del sol son peores en las horas centrales del día.

MEDIDAS PROTECTORAS SEGÚN LOS CASOS:

Medidas protectoras y consejos para los menores de un año:

En los lactantes de menos de 6 meses de edad se deben extremar las medidas de protección frente al sol. La piel de los bebés es más fina que la de los adultos y produce mucha menos melanina.

Consejos específicos para el niño de menos de 1 año de edad:

- Los lactantes de menos de 6 meses de edad, simplemente, **NO DEBEN EXPONERSE A LA LUZ DEL SOL DIRECTA**. Protéjalo del sol, buscando sombra para su hijo (sombrija, árbol, cobertizo, capota del carricoche etc.). No se debe prescindir de otras medidas de protección (gorrito, fotoprotectores, ropita, sombrilla personal), aunque estén situados en sitios a la sombra. La sombra, por sí sola, no es una protección suficiente. Si no toma esas otras medidas «extras», es posible todavía que se quemara su hijo en esos sitios, debido a la radiación solar indirecta.

- Vístalo con ropita, confortable, de colores no excesivamente oscuros, suelta y ligera (no ligeras en exceso, ni prendas con transparencias). Deben cubrir superficies amplias corporales y ser más bien largas. El tipo ideal son pantaloncitos largos y camisetas de cuello redondo con mangas largas. Póngales gorritos con reborde amplio que deje bajo sombra la carita y las orejas

- Las quemaduras solares en niños de esta edad, deben ser valoradas por el pediatra SIEMPRE.

- En los niños de menos de 6 meses de edad, utilice siempre un fotoprotector de línea especial para la piel sensible del bebé. El FPS mínimo debe ser de 30.

Por encima de los 6 meses, todavía es recomendable y de elección usar estas formulaciones especiales para bebés y pieles sensibles, pero ya puede considerarse aceptable recurrir en alguna ocasión a los productos estándar, de línea para niños (FPS igual o mayor a 30).

- Aplíquelo el fotoprotector en las pequeñas áreas corporales que no se pueden cubrir con la ropa, como por ejemplo, cara y manos.



● **LOS NIÑOS DE ESTA EDAD NO DEBEN ESTAR, EN SITIOS COMO PLAYAS O PISCINAS EN LAS HORAS CENTRALES DEL DÍA.** Ni siquiera bajo sombra, y con las otras medidas descritas aplicadas. En esas horas, los bebés deben estar a cubierto en un edificio no caluroso.

Más de 10 minutos de exposición directa bajo los fuertes rayos solares en horas centrales del día, ya es suficiente tiempo para causar daño a un recién nacido.

Medidas protectoras para los niños mayores:

Medidas simples para proteger del daño inmediato por el sol, y del efecto cancerígeno y otros daños que se harán ver muchos años mas tarde.

1. **Escoja fotoprotectores de línea infantil.** Preferiblemente, resistentes al agua. Haga una prueba aplicándolo con cuidado en el área facial alrededor de los ojos (evitando aplicarlo en los párpados). Si se produce irritación o enrojecimiento, no aplique más y consúltelo al pediatra.

2. **Escoja ropas fabricadas con tejidos de urdidumbre estrecha.** Las ropas con tejidos que entrelazan las fibras muy estrechamente protegen mejor. Si tiene duda sobre lo adecuado de la trama, o del grosor del tejido de una prenda de vestir, extiéndalo contra el cristal de una ventana y mire cuanta luz deja pasar a su través. Cuanta menos luz permita pasar, mejor. La ropa de algodón es muy recomendable. El algodón no resulta caluroso y protege bien, si no es demasiado fino.

3. **Use gafas de sol y gorros adecuados** (lea el apartado correspondiente).

Medidas protectoras para toda la familia:

He aquí algunas recomendaciones adicionales, de aplicación en todos los miembros de la familia:

Los rayos solares tienen mas fuerzas entre las 10 horas a.m y las 4 p.m del horario solar (Aproximadamente entre las 11 y las 17 hs del horario de verano. peninsular) Procure estar alejado del sol en esas horas.

1. **Recuerde y evite las superficies y lugares que reflejan la radiación solar** (ver apartado correspondiente). La mayor parte de la luz solar consigue atravesar las nubes no borrascosas, habituales del verano. Por lo tanto, use protección solar, *incluso en días nublados.*

2. **Cuando seleccione un protector solar, mire el etiquetado buscando las palabras «amplio espectro» («broad-spectrum» en inglés).** Elíjalo «**resistente al agua**» («*water-resistant*» o «*waterproof*»). Uno complementario de oxido de zinc (bloqueador solar muy potente), puede ser muy útil como protección extra para zonas sensibles (nariz, parte alta de las orejas y hombros)

3. **Use siempre un factor de protección solar de, al menos, 15.** En niños de menos de 3 años, preferiblemente iguales o superiores al FPS 30.

4. **Un niño que ha llegado a desarrollar quemaduras solares, no deberá volver a estar al sol, aún con protección, hasta que las quemaduras estén completamente curadas.**

5. **El uso correcto de los fotoprotectores es la protección solar.** Su función no es la de permitirnos esta al sol por tiempos mas prolongados.

Consejos especiales en casos de lunares, otras lesiones potencialmente cancerígenas (por ejemplo, nevus melanocíticos congénitos) y otros casos de piel especialmente sensible:

Ver la tabla de «PROTECCIÓN SOLAR SEGÚN EL TIPO DE PIEL» en el Anexo de esta guía.

REFERENCIAS:

American Academy of Pediatrics. Protecting Your Child from the Sun. 2000 (cited 2001 August 3). URL: http://www.medem.com/search/article_display.cfm?path=n:&mstr=/ZZZ9AVFOQ7C.html&soc=AAP&srch_typ=NAV_SERCH

Informe: «Índice UV para la población. España.» elaborado por Virgilio Carreño, Alberto Redondas y Emilio Cuevas, basado en la versión inglesa preparada por el Grupo de Trabajo 4 de la Acción COST-713 «UVB Forecasting» promovido por la Comisión Europea, en su versión precedente para las Islas Canarias. Publicado en junio de 2002 por el Instituto Nacional de Meteorología español. Documento completo disponible en: http://www.inm.es/uvi/manual_UVI_nacional.pdf



EL CONSEJO SOBRE PROTECCIÓN ANTE LA EXPOSICIÓN SOLAR EN INTERNET:

● Recomendaciones de la American Academy of Pediatrics (documento: «Protectin your child from de sun») 2000. URL disponible en:

http://www.medem.com/search/article_display_for_printer.cfm?path=n:&mstr=/ZZZ9AVFOQ7C.html&soc=AAP&srch_typ=NAV_SERCH

● Recomendaciones en la web del «Children’s Hospital of Philadelphia» (Documento «Sun Protection» en la sección «Your Child’s Health»). URL disponible en: http://www.chop.edu/consumer/your_child/wellness_index.jsp?id=-8830

● Recomendaciones de la University of Iowa. Web «» children’s Virtual Hospital». URL disponible en: <http://www.vh.org/pediatric/patient/pediatrics/cqqa/sunscreen.html>

● Recomendaciones sobre protección solar en la web: «SunSmart» (The cancer conucil – South Australia —) URL disponible en: <http://www.sunsmart.org.au/>

● Recomendaciones de la de la web «Child and youth health» (Documento «Sun Protection»). Governement of Ruth Australia. URL disponible en: <http://www.cyh.com/HealthTopics/HealthTopicDetails.aspx?p=114&np=305&id=1792>

● Recomendaciones en la web de la AEPap: <http://www.aepap.org/familia/solar.htm>

● Predicción de la intensidad de la radiación Ultravioleta en la web del Instituto Nacional de Meteorología español. URL disponible en: <http://www.inm.es/web/infmet/predi/ulvip.html>

ANEXO I. TABLA DE ESTIMACIÓN PERSONALIZADA DEL RIESGO (PROTECCIÓN SOLAR SEGÚN EL TIPO DE PIEL)

Se debe tener en cuenta el tipo de piel, y la pertenencia a grupos de mayor riesgo a la hora de especificar la clase y la intensidad de las medidas de fotoprotección

| TIPO DE PIEL | TIPO DE PREVENCIÓN |
|---|---|
| Piel tipo I (Se quema siempre y no se broncea nunca) | <ul style="list-style-type: none"> Evitar la exposición al sol al mediodía y protegerse con pantalones largos, camisa de manga larga y sombrero en caso de exposición. Fotoprotector resistente al agua (factor 15 ó superior) diariamente en verano y también en caso de exposición. |
| Piel tipo II (Se quema siempre y se broncea poco) | <ul style="list-style-type: none"> Minimizar la exposición solar al mediodía. Ropa protectora y factor fotoprotector (factor 15 ó más) si hay exposición. |
| Piel tipo III (A veces se quema y siempre se broncea) | <ul style="list-style-type: none"> Exposición intensa: igual que tipo II. Exposición moderada: fotoprotector factor 10-15 |
| Piel tipo IV-VI (No se suele quemar. Piel V y VI: oscura y negra) | <ul style="list-style-type: none"> No necesita protección habitualmente |
| Xeroderma pigmentoso | <ul style="list-style-type: none"> Evitación estricta de la luz ultravioleta. Siempre ropa larga y gorra. Uso habitual de protectores del 15 o superior. |
| SFNAM (a) | Como piel tipo I |
| Nevus atípicos (b) | Como piel tipo II |
| Albinismo | Como piel tipo I, estricto. |

(a) Nevus melanocíticos muy abundantes con múltiples nevus atípicos.

(b) Síndrome familiar de nevus atípicos y melanoma (dos o más parientes de primer grado).



Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2006

La Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, con objeto de promover e incentivar trabajos realizados en el ámbito de la Pediatría en Atención Primaria, convoca el **1º Premio a la Iniciativa en Pediatría en Atención Primaria 2006**

La beca tendrá carácter autonómico y será convocada cada dos años.

La dotación económica para la presente edición será de **3.000 euros**.

BASES DE LA CONVOCATORIA

- Los trabajos presentados podrán versar sobre cualquier tema relacionado con la Pediatría en Atención Primaria, debiendo ser originales no publicados o premiados anteriormente, realizados en el año 2.006 o que estén en curso o vayan a finalizar en el período máximo de un año tras la concesión del premio.
- Podrán presentar sus trabajos los socios de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura que ejerzan su actividad profesional en la Comunidad Autónoma de Extremadura, siendo al menos uno de los autores miembro de la Sociedad.
- El trabajo original y 4 copias deberán ser remitidos por correo certificado a la Secretaría de la Sociedad (Colegio Oficial de Médicos. Avda Colón 21. 06005 Badajoz). En el sobre no deberá figurar ningún remitente. En su interior se incluirá, en sobre cerrado, nombre y dirección completa del autor o autores del trabajo.
- Los trabajos tendrán una extensión máxima de 25 hojas DIN-A4 y deberán estar redactados a doble espacio, con márgenes de 2,5 cm a cada lado y fuente tipográfica de 12 puntos. La memoria del trabajo o proyecto se adaptará, al menos, a los siguientes apartados: Título, Resumen, Antecedentes y Justificación, Objetivos, Material y Método (medios y recursos disponibles), Aplicabilidad y utilidad práctica, y referencias Bibliográficas.
- El plazo de presentación de solicitudes para optar al premio **finalizará el día 31/12/2006**.
- El Grupo calificador estará compuesto por 3 miembros que designe la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, no pudiendo formar parte del mismo los firmantes de los trabajos ni aquellas otras personas relacionadas personal o profesionalmente con alguno de los autores. El fallo será inapelable, pudiendo considerarse desierto; en este caso el importe del premio no sería acumulado a la convocatoria siguiente.
- La entrega del premio tendrá lugar durante la celebración del Foro de Pediatría de Atención primaria de SPAPex, a celebrar en el año 2007. La cuantía del premio se entregará de la siguiente forma: un 25 % a la concesión, otro 25 % tras la entrega de resultados parciales y el 50 % restante al finalizar el proyecto. Del total de la cuantía, se deducirá la correspondiente retención a cuenta del I.R.P.F. del receptor que será ingresada en la Hacienda Pública de acuerdo con la normativa reguladora del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y su Reglamento de aplicación.
- El concurso a la presente convocatoria supone la aceptación de estas bases.
- La publicación y difusión del trabajo premiado será realizado, en primer lugar, por la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. Publicaciones posteriores deberán hacer referencia, siempre, a su vinculación a esta Sociedad.

Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura