

Situación actual de los pediatras de Atención Primaria en Extremadura y Asturias: Resultados y conclusiones de una encuesta

J. J. Morell Bernabé*, J. Álvarez Gómez**, P. Mola Caballero de Rodas***

*CS Barcarrota. Barcarrota (Badajoz)

**CS San Fernando (Badajoz)

*** CS de Luarca (Asturias)

Pap 2000: 2(8); 15-24

Durante los últimos años se viene observando un aumento de las inquietudes de los Pediatras de Atención Primaria sobre aspectos relacionados tanto con el cuidado de la salud y el bienestar del niño y del adolescente (objetivo principal de nuestro trabajo) como con aquellos otros derivados de la situación profesional y el papel de los Pediatras de Atención Primaria en el sistema sanitario español.

De otro lado, las asociaciones científicas pediátricas existentes hasta la actualidad no se han involucrado en la solución de los intereses de un colectivo relativamente reciente pero con un peso específico en aumento. Debido a esta situación, surge la necesidad entre los Pediatras de Atención Primaria de crear nuevas sociedades que los representen

de una forma más adecuada. Así, en Febrero del año 2000 nace la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, y en Mayo la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria, ambas adheridas al proyecto común de la recién creada Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Uno de sus primeros objetivos consiste en conocer la situación sociolaboral y las inquietudes de nuestro colectivo. Con tal fin, aunque de forma no coordinada, ambas sociedades realizaron una encuesta entre los Pediatras de Atención Primaria de sus respectivas comunidades

La encuesta enviada es una modificación de la realizada con similar propósito por los pediatras de Centros de Salud de

Andalucía¹, y consta de una primera parte que trata de valorar la situación socio-laboral y profesional de los Pediatras de Atención Primaria, y una segunda que recoge las opiniones e inquietudes personales acerca de aspectos tan diversos como: la ampliación de la edad pediátrica, el uso y utilidad de la tarjeta sanitaria individual, formación continuada y docencia, la organización laboral y otros aspectos de nuestra función en el seno de los Equipos de Atención Primaria, o las relaciones con otros estamentos sanitarios.

Los cuestionarios fueron enviados por correo a un total de 221 profesionales que ejercen como pediatras en Centros de Salud de ambas comunidades autónomas (95 en Extremadura y 126 en Asturias). Se recibieron un total de 118 respuestas, lo que supone un 53,4% del total de encuestados; un 60% en Asturias y un 44,2% en Extremadura.

Perfil socio-profesional

Contestaron 62 mujeres (52,5%) y 56 hombres (47,5%) de edades comprendidas entre 29 y 68 años. La **edad** media de los pediatras encuestados es de 40 años en Extremadura y 42 años en Asturias, lo que supone un hecho claramente diferencial con lo que está ocurriendo en la mayoría de los servicios hospitalarios de pediatría.

El 61% de los pediatras encuestados terminaron sus estudios de licenciatura después del año 1980. El 84,8% de los que contestaron han obtenido el **título de Pediatra** por vía MIR, un 12,7% lo obtuvieron a través de escuela profesional u otras vías, y un 2,5% no tienen titulación de especialista en pediatría (todos ellos trabajando en Extremadura).

En cuanto a la **situación laboral**, el 63,5% de los encuestados se encuentran en situación de estatutario fijo (70% en Asturias y 52% en Extremadura), mientras que el 36,5% tienen contratos de interinidad o temporales (30% en Asturias y 48% en Extremadura).

Características del Centro de trabajo

Se han obtenido respuestas de pediatras que trabajan en Centros de Salud rurales, urbanos o mixtos. El 29,6% de los encuestados está solo, como único *pediatra* en su Centro de Salud; porcentaje que se eleva hasta el 76% en los núcleos rurales. El 33% tienen un compañero pediatra, y el 37,3% (la mayoría en medio urbano) trabaja en Centros con más de 2 pediatras. Un número creciente tiene que desplazarse, incluso a diario, para atender a los niños de poblaciones distintas de su Zona de Salud (o de Áreas distintas en el caso del Pediatra de Área). En Asturias, hasta un 42% de los pediatras

tras atienden algún **consultorio periférico** (24% un día a la semana, 44% dos días a la semana y 32% más de dos días a la semana), dedicándole una media de 2 horas y media cada día.

El 40% de los pediatras encuestados no tienen personal de **enfermería** asignado a la consulta de pediatría. Mientras en Asturias este porcentaje es del 48,6% y en los centros rurales de Extremadura del 50%, en los centros urbanos extremeños se trabaja mayoritariamente en colaboración con enfermería (si bien no se especifica en la encuesta si este personal sanitario que trabaja con el pediatra lo hace de forma exclusiva o compartida con otros profesionales médicos del equipo).

En la encuesta realizada en Asturias también se examina si las consultas pediátricas disponen de todo el **material** necesario para una correcta atención al niño; el 27,2% de los encuestados no cuentan con material adecuado, señalando entre otros: fonendoscopios, otoscopios, optotipos, básculas, material de reanimación cardiopulmonar o podoscopios.

El **Hospital de referencia** está próximo a los Centros de Salud urbanos; pero en el medio rural existen claras diferencias entre ambas comunidades: mientras en Extremadura el hospital de referencia se encuentra a una distancia media entre

20 y 50 kms, y el 11,1% de los que contestaron está a más de 50 kms, en Asturias el hospital se sitúa a una distancia media entre 11 y 20 kms. No obstante, el significado de estas diferencias probablemente se minimice si la distancia se hubiera valorado en tiempo que se tarda en llegar al hospital y se tienen en cuenta las peculiaridades geográficas de estas dos regiones: la dispersión geográfica en Extremadura y las dificultades orográficas de la región Asturiana.

Sólo el 61,9% de los pediatras encuestados afirman que en su Centro se realizan actividades de **formación continuada**; y de ellos, la mayoría (64%) no tienen más de una sesión clínica a la semana, situación que ocurre en el 80% de centros rurales. Si la pregunta se refiere a actividades específicas de formación pediátrica, menos del 5% de los pediatras encuestados responden afirmativamente.

El 58% de los pediatras encuestados trabajan en Centros de Salud con **docencia** para personal sanitario en formación; la mayoría para residentes de medicina de familia, pero también para estudiantes de enfermería y medicina. Sin embargo, ninguno realiza docencia para residentes de pediatría. La rotación por los Centros de Salud sigue sin ser obli-

gatoria en el período de formación del MIR de pediatría, a pesar de que tiene muchas posibilidades de trabajar en Atención Primaria.

Tanto en Asturias como en Extremadura está implantada la Tarjeta sanitaria individual (TSI), aunque existen demoras medias de 4 a 6 meses para que se adscriban al cupo del pediatra que les corresponde.

En Extremadura, tres de cada cuatro pediatras tienen asignados **cupos** por encima de 1000 TSI; un 20,5% tienen cupos superiores a 1250, y hay un 7% con cupos por encima de 1500 TSI. En Asturias, sin embargo, el cupo medio es de 856 TSI, un 32% tiene cupos superiores a 1000, y sólo un 6,5% afirma tener cupos mayores de 1250 TSI.

Un problema similar en ambas comunidades reside en la diferencia existente entre el cupo *oficial* asignado por la administración sanitaria y el cupo *real* estimado por el propio profesional que, en algunos casos, alcanza el 20% de las TSI.

Aunque la ley sólo hace obligatoria la asistencia por el pediatra a niños menores de 7 años, siendo opcional (por los padres) la ampliación hasta edades posteriores, prácticamente la totalidad (95,3%) atienden **niños hasta los 14 años** de edad (y en algunos casos niños mayores de 14).

Consulta asistencial o a demanda

Existen claras diferencias en la **presión asistencial** que soportan los pediatras de estas dos comunidades. Así, en Extremadura el 73,8% de los pediatras encuestados atienden entre 20 y 40 pacientes al día y más del 40% tiene consultas con más de 30 niños de media al día. En Asturias, el porcentaje de pediatras que atienden más de 30 niños al día desciende hasta el 15%, un 42% tiene una media entre 21 y 30 niños, y un 43% de los encuestados atiende menos de 20 niños al día.

El 77% de los pediatras encuestados dedican entre 2 y 4 horas al día a la consulta asistencial y el 23% restante lo hace entre 4 y 6 horas al día.

Todos los pediatras hacen uso de la **historia clínica** durante la consulta; el 76,5% la utilizan siempre, y un 21% más la utilizan en más del 50% de las ocasiones. En Asturias, el 21,7% de los pediatras encuestados han usado la historia clínica informatizada conocida como OMI-ap; todos ellos confirman que no está correctamente adaptada a pediatría.

En Extremadura se constata que el 80% de los pediatras no cuentan nunca con **ayuda** de personal de enfermería durante la consulta a demanda; en Asturias esta cifra desciende hasta el 25%,

aunque sólo un 17,5% cuentan con esta colaboración siempre.

Las **visitas a domicilio** son excepcionales en pediatría. En Extremadura sólo el 4,8% de pediatras hacen una media de más de dos visitas al mes, y el 50% no realizan ninguna. En Asturias, sólo un 15,8% de los pediatras indican que han realizado alguna consulta a domicilio en el último año.

Consulta programada

La totalidad de los pediatras encuestados realiza **consulta programada** para el control del niño sano; y hasta un 74% llevan a cabo seguimiento de niños crónicos u otro tipo de consulta programada.

La **media de niños** vistos en consulta programada por el pediatra es de **18,3 niños a la semana**. Un 39,8% ve entre 16 y 20, un 28,8% ve menos de 15 niños semanales, un 18,6% atiende entre 21 y 25, y un 12,8% ve más de 25 niños por semana en consulta programada.

Enfermería de pediatría participa en el programa del niño sano hasta en el 89% de los casos, realizando algunos controles de forma individual en el 48% de los mismos (no se especifica el número de visitas de dicho programa que realiza enfermería de forma individual

en cada Centro o en cada consulta de pediatría).

El programa de Niño Sano es un programa bien valorado por la mayoría de los pediatras; si bien en Asturias, el 62,5% de los encuestados consideran que es bastante mejorable.

De la encuesta realizada en Asturias se obtienen algunos datos más sobre **Cartera de servicios** y programas del niño. El 54,2% de los encuestados consideran que la cartera de servicios es incompleta, y un 40,6% más afirma que es claramente insuficiente. El 74,3% de los pediatras encuestados creen que sería útil desligar los servicios preventivos de los de diagnóstico precoz dentro del programa de niño sano. Por otro lado, el 84,3% estiman necesaria la creación de programas específicos para la atención a niños con problemas crónicos. Entre los programas a desarrollar, se citan: Asma, Enuresis y Encopresis, Trastornos de la alimentación, Trastornos del crecimiento, Trastornos del sueño, Obesidad, Patología nefro-urológica, Niños con riesgo social, Fallo de medro, Prevención y seguimiento de patología alérgica, Promoción de la lactancia materna, Detección precoz de déficits visuales y auditivos, Detección precoz y seguimiento de trastornos neuro-psiquiátricos y Seguimiento del adolescente.

Jornada laboral

En este punto existen diferencias considerables entre ambas comunidades. En Extremadura no hay turnos con **horario** de tarde en ningún Centro de salud, y tampoco hay pediatra los sábados. En Asturias la situación es diferente: el 58% de los pediatras encuestados tienen jornada de mañana y tarde, de ellos un 52,5% dos o más tardes a la semana; el 48% trabaja algún sábado al mes y el 33% tiene jornada de tarde y sábados.

Un 17,8% participa, voluntariamente, en las **guardias** de pediatría de los Servicios hospitalarios de su zona.

El 35,5% de los pediatras encuestados nunca tienen **sustituto** para sus vacaciones; y sólo el 31,8% tienen sustituto siempre. En los núcleos rurales de Extremadura hasta el 61,1% no tienen sustituto durante sus vacaciones. Para cubrir días de libre disposición o aquellos otros para formación continuada, sólo el 19% es sustituido siempre y un 37,5% no cuenta nunca con sustituto. Así, la ausencia del pediatra provoca sobrecarga de la consulta de los compañeros de Equipo, pediatras o no, suspensión de las consultas programadas, o en el peor de los casos cierre de la consulta de pediatría, con el consiguiente deterioro de la calidad asistencial de estas consultas.

Relaciones personales

En general, las relaciones de los pediatras con sus compañeros de Equipo en el Centro de Salud son buenas o muy buenas (incluyendo médicos de familia, enfermería, personal administrativo y Coordinador del Centro de Salud). A otros niveles, las relaciones con los pediatras del hospital de referencia son buenas hasta en el 62,5% de los casos; pero cuando hablamos de la Administración, estas buenas relaciones bajan a porcentajes de 40,1% con la Gerencia de Atención primaria o al 9,8% con la Consejería de Sanidad de las respectivas comunidades.

Otras opiniones

- **Edad pediátrica:** Casi la totalidad de los encuestados estarían de acuerdo con la ampliación obligatoria de la edad pediátrica hasta los 14 años; más aún, el 47,5% admite una ampliación opcional (solicitada por los padres y/o el adolescente) hasta los 18 años de edad.

Entre los que no están de acuerdo, las razones que les harían cambiar de opinión serían, por orden de importancia, acceder a una formación específica, tener más tiempo y mayores recursos.

- **Cupos pediátricos:** Sobre el cupo óptimo, las respuestas son muy variadas. Para los pediatras extremeños el

número óptimo de tarjetas sanitarias debería ser inferior a 1000, y en Asturias se indica que no deben superar las 800. En ambas comunidades se indica que para fijar este cupo óptimo deberían considerarse otras variables, como: los tramos de edad, el nivel socioeconómico y grado de dispersión de la población, o la necesidad de desplazamientos si los hubiere.

• **Formación continuada:** La nota media que los pediatras dan a su formación continuada es de 5. Sólo un 7,4% de los encuestados en Asturias y un 14,3% de los encuestados en Extremadura consideran que su formación continuada es buena o muy buena.

Existe controversia sobre quien debe ser el responsable de la formación continuada de los profesionales sanitarios. Parece claro que, al menos en parte, debería ser provista por la administración sanitaria, ya que redundaría en la mejora de la calidad asistencial y en la motivación de dichos profesionales. Los Pediatras de Atención Primaria así lo perciben y le dan gran valor, pero tienen pocas posibilidades en su Centro de Salud y se consideran discriminados respecto a otros miembros del Equipo.

Preguntados por la procedencia de su formación continuada, el 78% indica que la obtiene a través de la lectura de

libros y revistas de medicina, seguido de la asistencia a congresos y reuniones científicas y, en menor medida, de cursos específicos, sesiones clínicas pediátricas y actividades de reciclaje. Sin embargo, las opciones más valoradas son, precisamente, aquellas a las que se tiene menor acceso.

• **Sobre el trabajo diario:** La burocracia, la falta de estímulo y la presión asistencial son los aspectos más negativos del trabajo diario. Por el contrario, el horario y las relaciones con otros miembros del equipo son valorados de forma más positiva.

La lista de reivindicaciones es larga. Los Pediatras de Atención Primaria solicitamos: acceder a una mejor formación continuada, disminuir la presión asistencial, mejorar las relaciones con la atención especializada, sustituciones para las ausencias del trabajo, equiparación salarial con el resto de los profesionales médicos del equipo, acelerar la adjudicación de las tarjetas sanitarias de los recién nacidos, enfermería para pediatría, reconocimiento de la labor del Pediatra en Atención Primaria (cartera de servicios pediátrica), crear la figura del Pediatra coordinador de Área, acceso a las plazas de pediatría...

Por último, se pidió la opinión sobre diversas cuestiones de máxima actuali-

dad, valorándolas en una escala de acuerdo/desacuerdo. En general, los Pediatras de Atención Primaria de Extremadura y Asturias están de acuerdo con la consolidación de los Centros de Salud como modelo de asistencia sanitaria de primer nivel, el desarrollo de un modelo de carrera profesional para Atención Primaria, la docencia de pediatría y la informatización de las consultas. La cartera de servicios obtiene un aprobado justo; y son valoradas más negativamente; la autogestión de Centros, la posibilidad de acceso a títulos de especialista fuera de la vía MIR, la figura del Pediatra de área, las guardias de 24 horas y la jornada laboral de tarde.

Conclusiones

En base a los resultados de esta encuesta se pueden obtener las siguientes conclusiones sobre la situación profesional y las aspiraciones e intereses de los Pediatras de Atención Primaria que trabajan en Asturias y Extremadura:

- Se trata de una mujer o un varón, de entre 35 y 45 años, formado por el sistema MIR y con un fuerte compromiso con la atención primaria de salud.
- Trabaja en Centros de Salud con 2 ó 3 pediatras si es urbano, o como único pediatra en los Centros rura-

les. Y de forma creciente debe atender más de una consulta en horarios y/o poblaciones distintas.

- Trabaja con cupos de tarjetas sanitarias por encima de los que estima como óptimos para mantener una buena calidad asistencial, y mayores de los que le asignan oficialmente (trabajo y sueldo, por tanto, no reconocidos). Reclama cupos óptimos en torno a 800 TSI y con un límite máximo de 1000 TSI.
- En muchos casos, soporta una presión asistencial media de 20-40 niños/día en consulta a demanda, sin ayuda de personal de enfermería. Usa la historia clínica de forma habitual, y demanda su informatización y adecuación a pediatría.
- A las consultas programadas dedica entre 6 y 10 horas semanales, con una media de 18-20 niños a la semana. Enfermería colabora en el programa de Niño Sano; pero además, el pediatra realiza también seguimiento de patologías crónicas y otras actividades sin que existan programas específicos para ellas. Por esto, exige una Cartera de Servicios pediátrica.
- Considera muy útil trabajar con enfermería pediátrica (figura a desarrollar).

- En general, las ausencias de los pediatras no se cubren adecuadamente; las sustituciones son insuficientes e incompletas, lo que repercute en la calidad de la asistencia que se presta a los niños y adolescentes.
 - El pediatra, en su Centro de Salud, no tiene formación pediátrica específica; rara vez esta necesidad es ofertada por la Administración, y además tiene dificultades para acceder a una formación continuada de calidad (cursos específicos, reciclaje, artículos de interés).
 - Considera que la atención pediátrica hasta los 14 años debe ser obligatoria. Asimismo cree que los pediatras deben poder atender a los adolescentes hasta los 18 años, de manera opcional, para lo que precisa de más tiempo, mejor formación y más recursos.
 - Reclama la actividad docente pediátrica de cualquier profesional sanitario; y exige la obligatoriedad de la rotación por Centros de Salud en el período de formación del MIR de pediatría.
 - También apuesta por el desarrollo de la carrera profesional en Atención Primaria.
 - En general, mantiene buenas relaciones con los compañeros del Equipo y con los pediatras del hospital de referencia, pero son escasas con la Gerencia de Atención Primaria y casi inexistentes con la Consejería de Sanidad.
- En definitiva, los pediatras reclaman su propia identidad en el seno de los Equipos de Atención Primaria y sienten que no están representados en los órganos de decisión, tanto en las Gerencias de Área y diferentes administraciones sanitarias, en donde quieren participar activamente como máximos conocedores y expertos de la salud del niño y del adolescente de nuestra comunidad.**

Bibliografía

Hernández MD, Peñalver I, Puente E.
Situación actual de la Pediatría de

Atención Primaria en Andalucía. Pe-
diatría de Atención Primaria 1999; 1(1):
31-35

