

Atención pediátrica en el entorno rural: problemas y alternativas

B. Rodríguez-Moldes Vázquez^a, J. Álvarez Gómez^b, J.J. Morell Bernabé^c

^aPediatra. CS (Servicio Madrileño de Salud, Área 3). Torres de la Alameda, Madrid.

^bPediatra. CS (Servicio Madrileño de Salud, Área 8). El Álamo, Madrid.

^cPediatra. EAP Zona Centro. Badajoz

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10 Supl 2:S95-109

Begoña Rodríguez-Moldes Vázquez, rmoldesv@yahoo.es

Resumen

Hemos tratado de acercarnos a la problemática de los pediatras que realizan su trabajo en la zona rural. Para ello, hemos realizado dos encuestas: una dirigida a los pediatras que trabajan en zonas rurales de las diferentes comunidades autónomas y otra dirigida a las asociaciones regionales federadas en la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Los problemas encontrados con mayor frecuencia son: aislamiento profesional y personal, ausencia de enfermería pediátrica, problemas y riesgos derivados de los desplazamientos, precarias condiciones laborales, dificultad para la formación continuada y el preocupante aumento injustificado de los pediatras de área. Se recogen como propuestas o alternativas para poder garantizar una mejor atención pediátrica a la población infantil rural: centralización de la atención pediátrica en el centro de salud de referencia de una zona de salud, enfermería pediátrica específica y exclusiva, ajustar cupos y retribuciones a estas condiciones especiales de trabajo, garantizar la posibilidad de formación pediátrica y desaparición del pediatra de área en los casos factibles.

Palabras clave: Pediatría rural, Pediatra de área, Atención Primaria rural.

Abstract

We have made an attempt to approach the underlying problems that paediatricians working in a rural zone face on a daily basis. For this purpose we developed and mailed two separate questionnaires; one aimed directly at paediatricians that are currently working in rural zones of the differing Spanish Autonomous Provinces, and the other one addressed to any federated regional associations to the Spanish Paediatric Primary Care Association (AEPap). The main problems found were: professional and personal isolation, lack of paediatric nursing, increased risks and difficulties created by trips, precarious working conditions, difficulty for paediatric updating and an alarming and unjustified increase of area paediatricians (pediatras de área). We have chosen the best proposals and alternatives given by the people contacted in our surveys and we consider that the following ideas will better guarantee paediatric care for rural area: to centralize primary paediatric care in the referential primary care centre of each medical care area, a specific and exclusive paediatric nursing personnel, an adjustment of pa-

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

tient-doctor quotas and a retribution system for these special working conditions, guarantee the continuous paediatric training and education, and disappearance of the area paediatrician where feasible.

Key words: Rural paediatrics, Area paediatric positions, Rural primary care.

Introducción

Nos planteamos analizar la situación real de los pediatras que realizan su trabajo en el entorno rural, conocer las dificultades que se les plantean en su trabajo diario y sus problemas profesionales y laborales derivados de las circunstancias especiales que conlleva. Para este análisis, hemos de tener en cuenta que entre las diferentes comunidades autónomas (CC. AA.) existe una gran variabilidad por distintos factores: orográficos, dispersión geográfica, con núcleos de población pediátrica escasos, predominio de pediatras de área en algunas CC. AA., entre otros.

Para ello y contando con la experiencia previa de varias asociaciones regionales (Andalucía, Extremadura, Asturias y Castilla y León), que realizaron encuestas entre sus pediatras para conocer la situación en sus respectivas comunidades, hemos realizado una encuesta a los pediatras que trabajan en la zona rural para obtener datos generales de sus condiciones de trabajo en las diferentes CC. AA. Se exponen, además, algunas propuestas para me-

jorar la sensación de aislamiento, personal y profesional, y de la labor diaria que tienen que realizar estos profesionales, garantizando una atención pediátrica de calidad a los niños que viven en las zonas rurales.

Material y métodos

Se han realizado dos tipos de encuestas. Una de ellas se dirigió a los pediatras de Atención Primaria (AP) de todo el país, utilizando diversos medios de difusión de la propia Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap): página web de la asociación (www.aepap.org) y otras propias de las asociaciones regionales, lista de distribución de correo electrónico PEDIAP, así como distribuyéndolas durante el Curso Anual de Actualización de la AEPap de 2008, celebrado en Madrid, y la jornada de la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía, celebrada en Córdoba. Una segunda encuesta se hizo llegar a las 14 asociaciones regionales federadas en la AEPap.

A los pediatras se les preguntó sobre su perfil socioprofesional, característi-

cas del centro de trabajo, organización asistencial, relaciones profesionales dentro y fuera del equipo de Atención Primaria (EAP), formación continuada y grado de sustitución durante las ausencias, entre otros aspectos. A las asociaciones regionales se solicitó información relativa al número total de plazas y porcentaje de pediatras que trabajan en AP, en zonas rurales, pediatras de área y pediatras itinerantes de su comunidad. En ambas encuestas se solicitó que expusieran libremente los problemas que encontraban derivados del trabajo en una zona rural y de las posibles propuestas o alternativas a dichas situaciones.

Resultados de la encuesta a los pediatras

Contestaron 122 pediatras.

Representación de las comunidades autónomas

Hemos obtenido contestación de pediatras de 13 de las 17 CC. AA., estando representadas 35 de las 50 provincias españolas; siendo la distribución homogénea a lo largo de la Península Ibérica. La comunidad con más participación ha sido Madrid (17%), seguida de Galicia (14%), Castilla y León, Extremadura (11,4%) y Aragón (10,6%).

Perfil socioprofesional

- La encuesta ha sido contestada por 84 mujeres (68,8%) y 38 varones (31,2%).
- La edad ha estado comprendida entre los 32 y 59 años, con una media de 45 años.
- El 94,2% son pediatras titulados, un 4,9% son médicos de familia y un 0,8% médicos puericultores.
- La gran mayoría (79,3%) son titulares de la plaza que ocupan, un 19% son interinos y el 1,7% restante se encuentran en otra situación.
- El número de años trabajados en la zona rural varía enormemente. Hay pediatras que ocupan su plaza desde hace 30 años y pediatras recién incorporados. El 34% lleva menos de 5 años trabajando en la zona rural, un 25% entre 6 y 10 años, un 24% entre 10 y 15 años y el 17% restante más de 15 años.
- La gran mayoría (79%) son pediatras de EAP. El 20% son pediatras de área.
- Respecto al grado de satisfacción en el trabajo, valorado entre 0 y 10 puntos, la gran mayoría dan una puntuación entre 5 y 8. El 57,3% cambiaría su trabajo por un centro en zona urbana.

Datos del centro de trabajo

- En cuanto al número de municipios en los que el pediatra pasa consulta: el 56,4% atienden un solo centro, el 27,3% dos, el 15,3% tres y un 0,8% tiene que acudir a cuatro consultorios distintos.
- De los pediatras que se desplazan, un 36% lo hace a diario, un 22% tres días a la semana, un 30% dos días y sólo el 12% se desplaza, únicamente, un día en semana a otro consultorio.
- La distancia en kilómetros, de las localidades que se atienden, también es muy dispar, con un rango entre 2,5 y 137 km, con una media de 13 km.
- Respecto al medio de transporte que utilizan para desplazarse, el 100% usa su propio vehículo.
- Un 71,4% nunca ha sufrido un accidente en sus desplazamientos; pero, el 24,7% ha sufrido un accidente leve y un 3,8% un accidente grave.
- La distancia al hospital de referencia también es muy variable, siendo la distancia mínima referida en la encuesta de 2 km y la máxima 130 km, con una media de 30 km.
- Respecto al horario de trabajo, el 80% trabaja en turno de mañana,

el 6% en turno de tarde y el 14% restante combina mañanas y tardes.

Organización del trabajo

- El número de pacientes asignados a cada pediatra es muy variable, con un cupo mínimo de 450 niños y un máximo de 1.750. Un 12% de los pediatras encuestados desconoce este dato. El 23,8% tiene menos de 800 niños asignados, el 44,7% entre 800 y 1.200 y el 31,4% más de 1.200. La mayoría de los pediatras de área refiere no tener cupo asignado.
- La asignación por tramos de edad también es muy variable. Para los menores de 2 años las cifras varían entre 50 y 600 niños, teniendo el 52% de pediatras entre 200 y 250 lactantes. En los siguientes tramos de edad la variabilidad es similar.
- Los pediatras rurales realizan, tanto consulta a demanda, como programada. El número de citas al día de demanda oscila entre 5 y 60 niños (media de 27) y el de programada entre 2 y 12 (media de 5).
- Un 20% de pediatras realizan atención continuada.
- Con respecto al personal de enfermería, un 47,5% trabaja con enfermería de Pediatría, aunque en un

20% de los casos es compartida con otros pediatras. El 39% trabaja con enfermería de familia y un 13,3% no dispone de este personal. De los pediatras que se desplazan, sólo el 13% lo hace acompañado del personal de enfermería; hay enfermería en cada municipio al que se desplaza en el 80% de los casos.

- En el 46% de los casos sólo hay una plaza de Pediatría en el equipo, en un 35% hay dos y en el 19% más de dos. Cuando hay más de un pediatra, en el 53% de los casos está en el mismo turno.
- Un 70% de los médicos del equipo participan en la atención de la población pediátrica cuando el pediatra está ausente del centro. En alguna comunidad autónoma, los médicos de familia atienden sistemáticamente a los niños mayores de 7 años, ya que están asignados a ellos.
- Un 8,4% hace guardias en el centro de salud, atendiendo, en más de la mitad de los casos, tanto a niños como adultos.
- El 14,5% hace guardias en el hospital de referencia, sin librar las guardias en más del 50% de los casos.
- El 92,4% tiene informatizada la consulta, pero sólo el 74,4% tiene acceso a Internet.
- Respecto al grado de participación en las sesiones del equipo, el 30,8% de pediatras no han impartido ninguna sesión en un año, el 41,1% entre 1 y 2 sesiones al año y el 28% restante más de dos.
- Un 23,6% no asiste como oyente a ninguna sesión, el 44,7% asiste entre 1 y 2 sesiones al mes y un 31,5% a más de dos.
- Un 39,2% de los pediatras nunca tiene sesiones en su centro relacionadas con temas de Pediatría. Un 46,7% tiene entre 1 y 2 sesiones pediátricas al año y un 14% más de dos, siendo generalmente impartidas por el propio pediatra del centro.
- La relación con el hospital de referencia es fluida en el 36,6% de los casos, regular en 21,6%, escasa en 33,3% e inexistente en 8,3%.
- El 26% de los encuestados no acude a reuniones con el resto del equipo. Un 48% tiene entre 1 y 2 reuniones al mes y un 30% más de dos.
- El 40% no tiene relación con otros pediatras de AP. El 50% se reúne

con otros pediatras 1 ó 2 veces al mes y un 9% más de dos veces.

- El 69% de los encuestados no tiene reuniones con el Servicio de Pediatría del hospital de referencia, un 22% entre 1 y 2 al mes y un 8% más de 2 reuniones.
- Un 25,8% tiene reuniones con unidades de salud mental, el 29% se reúne con los servicios sociales de su zona, un 15,6% con educación, y casi un 5% se reúne con otros sectores (asociaciones, atención domiciliaria, equipos de atención temprana, educadores del ayuntamiento y comarcales, etc.).
- Respecto a las suplencias, las vacaciones reglamentarias se suplen: siempre en un 20%, generalmente en un 16%, a veces en un 25% y nunca en un 39%. Estos porcentajes cambian si es por formación continuada, no supliendo nunca en el 41% de los casos.
- Un 67% perciben una retribución adicional por trabajar en la zona rural. Mayoritariamente, se trata de un concepto de dispersión geográfica (67%), por transporte un 28,5% y seguro de accidente un 1,8%. Excepcionalmente se cobra por kilometraje, zonas básicas asignadas u otros motivos.

Resumen de los problemas derivados del trabajo en una zona rural

1. Aislamiento profesional y personal

- Soledad dentro del equipo; aumentando esta sensación proporcionalmente al número de consultorios que se acude y entre los pediatras de área.
- Escasa relación con otros compañeros pediatras de AP, sobre todo si existe dispersión geográfica.
- Escasa o nula relación con el Servicio de Pediatría del hospital de referencia.

2. Relación con personal de enfermería

- En muchos casos hay escaso apoyo de personal de enfermería en el trabajo diario y en temas de educación sanitaria.
- Cuando hay enfermería de Pediatría, generalmente es compartida con varios compañeros, reduciéndose el tiempo de atención para cada niño.
- En muchos consultorios hay enfermería de familia, en general poco motivada para la atención pediátrica, limitándose en muchas oca-

siones solamente a vacunar y atender curas.

- En algunos consultorios, el pediatra está solo; y no cuenta con apoyo de personal de enfermería.

3. Problema asociados con los desplazamientos

- En algunas CC. AA. la dispersión entre los núcleos de población atendidos es grande, con pérdida de tiempo para la atención y con riesgos de accidente por los desplazamientos, que aumentan según lo hacen las dificultades orográficas.
- Utilización del vehículo propio siempre para los desplazamientos.
- Escasa o nula remuneración en conceptos de transporte, dispersión geográfica y seguro de accidente.
- Las distancias grandes aumentan las dificultades para asistir a reuniones del equipo, de formación con otros compañeros de AP y/o con el hospital de referencia, etc.
- El tiempo que pasa hasta la atención, en caso de urgencias atendidas por ambulancias medicalizadas o en desplazamiento al hospital de referencia, es prolongado.

4. Condiciones laborales

- Muchos consultorios son poco adecuados y están mal acondicionados para la atención pediátrica.
- Falta de material apropiado para una consulta pediátrica, incluyendo material necesario para atender una urgencia vital.
- En algunos casos se deben de asumir múltiples funciones, no propias del pediatra, por falta de personal adecuado: auxiliar de enfermería, personal administrativo, celadores, etc.
- Cupos excesivos y con presión asistencial elevada, empeorando la situación si el pediatra tiene que desplazarse diariamente a otro consultorio.
- En muchos EAP, donde hay pediatra de tarde, las consultas están sobrecargadas respecto a la mañana.
- Escaso apoyo del EAP, contando poco o nada los pediatras para la organización del centro.
- Escasa disponibilidad para solicitar pruebas de laboratorio (disponibles 1-2 días en semana).
- Dificultad de acceso a pruebas diagnósticas, por lejanía al hospital de referencia, lo que conlleva en muchos casos mayor estrés para el

pediatra que tiene que basar el diagnóstico en la clínica.

- Población inmigrante en aumento, que dificulta el desarrollo de la consulta por problemas de idioma, culturales, etc.
- Escasez de profesionales que impide la creación de nuevas plazas de Pediatría, sobrecargando los cupos existentes. Debido a esta escasez en muchos lugares los niños son atendidos por el médico general/familia.
- Falta de personal suplente para cubrir ausencias, lo que conlleva una sobrecarga a los compañeros que asumen la consulta o al pediatra titular a su vuelta.

5. Formación continuada

- Dificultad para la participación en sesiones y actividades formativas, dado el aislamiento profesional dentro de los equipos.
- Problema para realizar esas sesiones y actividades con otros compañeros pediatras, por problemas de agendas cargadas y las distancias entre centros.
- Dificultad para acudir a cursos de formación por la falta de suplencias.
- Dificultades de acceso a Internet en un 25% de las consultas, lo que

impide acceder a cursos de formación *on-line*.

6. Otros

- Desconocimiento exacto de los cupos asignados al profesional por la tardanza en tramitación y actualización de la tarjeta sanitaria individual.
- Carencia de objetivos específicos pediátricos, importando únicamente la resolución de la demanda diaria, sin valorar la calidad de la asistencia, la sobrecarga de las agendas, el exceso de pacientes vistos sin cita, etc.
- Desinterés de los gestores hacia la formación continuada y las posibilidades de investigación entre los pediatras, lo que dificultará el desarrollo de la carrera profesional.
- Falta de motivación, de proyección profesional, con baja autoestima en ocasiones.
- Desplazamiento del pediatra a núcleos con escasa población infantil, en muchas ocasiones sólo por “motivos políticos”, sin tener en cuenta las necesidades de los profesionales y la calidad de la atención a la salud de los niños.
- Estancia insuficiente en algunos consultorios (1/2 ó 1 día/semana)

- que impide un seguimiento adecuado del paciente.
- Población cada vez más hiperdemandante, consultando en múltiples ocasiones por procesos banales, con pocos recursos para la resolución de problemas y escasa responsabilidad en la toma de decisiones, que sobrecargan habitualmente las consultas.
 - Escaso apoyo de los servicios sociales de las zonas rurales.
 - Atención de pacientes que pertenecen a entidades colaboradoras, que en pueblos de menos de 10.000 habitantes son atendidos por el pediatra de AP, con la sobrecarga que supone, en alguna ocasión sin remuneración alguna.
- En muchas ocasiones atienden pacientes a demanda sin ser valorados previamente por el médico de familia, como está estipulado, produciendo esto una sobrecarga de trabajo adicional a sus tareas habituales.
 - Muchas zonas básicas de salud tienen una población óptima para crear una plaza de pediatra de EAP.

Propuestas o alternativas para poder garantizar una mejor atención a la población infantil

1. Centralización de la atención pediátrica

7. Problemas específicos de los pediatras de área

En el caso de éstos además de todos los problemas anteriores, que son compartidos en mayor o menor grado, añadimos:

- La gran mayoría no disponen de cupo de población pediátrica, ya que los niños deben de estar asignados a un médico de familia, lo que supone una menor retribución que sus compañeros de equipo.
- Centralización de la atención pediátrica en el centro de salud de referencia de una zona de salud.
- Su ubicación se haría teniendo en cuenta la dispersión geográfica y las posibilidades de acceso de las familias, al igual que la distancia al hospital de referencia.
- Los centros estarían bien dotados de personal (pediatra y personal de enfermería) y material adecuado para la atención pediátrica.
- Se evitarían los desplazamientos de los profesionales, rentabilizando el tiempo empleado de éstos en otras actividades (programa de crónicos,

- docencia, etc.) y mejorando el seguimiento y la calidad de la atención prestada a la población infantil.
- En alguna CC. AA., esta situación podría facilitar temporalmente la actual falta de suplentes (vacaciones, docencia, etc.), ya que sería más fácil suplir a un compañero del mismo centro de salud sin necesidad de hacer desplazamientos, garantizando así siempre la atención por un pediatra; y se podrían mejorar las relaciones con el equipo al dejar de ser personal único.
 - Posibilitaría la participación en actividades docentes, investigación, etc.

2. Desplazamientos

- Facilitar vehículos por la administración para los desplazamientos con seguro obligatorio de accidentes.
- Cobrar dispersión geográfica, acorde con cada situación particular.
- Pagar transporte según kilometraje real.
- Evitar que el profesional se tenga que desplazar a diario.
- En el caso de que el desplazamiento del pediatra sea necesario, debe de ir acompañado de personal de enfermería pediátrica, principalmente cuando los cupos son grandes.

- Deben de ser los ayuntamientos los que faciliten los desplazamientos de los usuarios a los centros de referencia.

3. Cupos

- Limitar el cupo de cada pediatra entre 700-1.000 niños, teniendo en cuenta si éste atiende uno o más centros y la dispersión geográfica.
- Asignar personal de enfermería de Pediatría a cada cupo de pediatra, máximo dos cupos.
- Actualizar los cupos de forma inmediata a la asignación del pediatra.

4. Formación continuada

- Facilitar la asistencia a actividades de formación continuada, tanto dentro como fuera del equipo.
- Facilitar la conexión a Internet a todas las consultas para facilitar la formación *on-line*.

5. Pediatras de área

- Desaparición del pediatra de área, allí donde la población pediátrica (entre 0 y 14 años) supere los 600-700 niños, suficientes para crear una plaza de pediatra de EAP.
- Limitar las zonas de salud de desplazamiento del pediatra a una, dos como máximo.

- Cumplir las funciones y actividades asignadas según resolución de 1998 del Instituto Nacional de la Salud.
- ¿Tasa por uso inadecuado del sistema?

6. Otros

- Incentivar laboral y económicamente la "ruralidad" para atraer más profesionales a la zona rural.
- Garantizar un horario adecuado a las necesidades de los profesionales.
- Mejorar la formación de los médicos generales/de familia de los consultorios periféricos, para garantizar una adecuada atención urgente cuando sea necesario y en aquellos casos de núcleos rurales con pocos niños a donde no acuda el pediatra.
- No forzar agendas para tener un tiempo mínimo en consulta para cada paciente (ideal 10 minutos).
- Contratar personal formado y bien remunerado para cubrir las ausencias de la zona rural.
- Mejorar el catálogo de acceso a pruebas diagnósticas y prestaciones.
- Mejorar la relación con atención especializada.
- Evitar que la sanidad sea "moneda de cambio" de los ayuntamientos.
- Realizar campañas de educación sanitaria en la población para usar mejor los recursos disponibles.

Resultados de la encuesta a las asociaciones regionales

Contestaron 13 asociaciones regionales.

Hemos obtenido contestación de 12 de las 14 asociaciones regionales federadas en la AEPap, más datos de la provincia de Tenerife (Canarias). La información se obtuvo, en 12 casos, de los datos que manejan en las respectivas asociaciones regionales. En 4 casos también facilitó datos la administración y en otro los datos se obtuvieron de una encuesta a los pediatras (tabla I).

El número de plazas de Pediatría en AP, de las CC. AA. que han contestado, es muy variado, siendo La Rioja la que tiene menor número de plazas con 36 pediatras y Andalucía la mayor con 1.024 pediatras, obteniéndose los siguientes porcentajes (de las asociaciones que conocen estos datos):

- Pediatras rurales: oscila entre el 11,8% en la Comunidad Valenciana y el 61,8% de las plazas de Pediatría en Castilla-La Mancha.
- Pediatras de área: el porcentaje varía entre el 4,7% de las plazas de Pediatría en Asturias y el 25,3% en Castilla y León. Hay 5 CC. AA. donde no existe la figura de pediatra de

Tabla I. Resultados de la encuesta realizada a las asociaciones regionales							
CC. AA.	Fuente datos	N.º total PAP	Pediatras rurales (% del total)	Pediatras de área (% del total)	Itinerantes (% del total)	Oposiciones Plazas Pediatría EAP / Pediatría área (%)	Observaciones
Andalucía	Asociación (APAPA)	1.024	No existe	No existe	Aprox. 5-10% del total de PAP		
Aragón	Asociación (ArPAP)	145	25 (17,24%)		40% de pediatras rurales		
Asturias	Asociación (AAPAP) Administración (SESPA)	126	28 (22,00%)	6 (4,76%)			
Castilla-La Mancha	Asociación (APapCLM) Administración (SESCAM)	199	126 (61,80%)	10 (5,03%)	??	Convocatoria de trasladados: 110/11 (10%)	Zona rural: zona poblada no comprendida en zona urbana o semiurbana, cuyo número de habitantes no sea mayor de 5.000 habitantes
Castilla y León	Asociación (APAPCYL) Administración (SACYL)	268	69 (25,77%)	68 (25,37%)	78% de pediatras de área	23/(no consta)	
Extremadura	Asociación (SPAPex) Administración (SES)	132	67 (50,75%)	17 (12,87%)	19,7% (26) del total de PAP	12/6 (50%)	
Galicia	Encuesta AGAPap*	315	aprox. 22,5%	aprox. 14,5%	95% de pediatras de área		
La Rioja	Asociación (ARPap)	36	12 (33,33%)		33% (4) de pediatras rurales		Zona rural: pediatras que trabajan en zonas de salud distintas a la capital (Logroño); aunque dos municipios son de 20.000 habitantes
Madrid	Asociación (AMPap)	820					

* Datos de AGAPap no publicados hasta la actualidad. CC. AA.: comunidades autónomas; PAP: pediatra de Atención Primaria.

Tabla I. Resultados de la encuesta realizada a las asociaciones regionales

CC. AA.	Fuente datos	N.º total PAP	Pediatras rurales (% del total)	Pediatras de área (% del total)	Itinerantes (% del total)	Oposiciones Plazas Pediatría EAP / Pediatría área (%)	Observaciones
Murcia	Asociación (APERMap)	178	No existe	No existe	No existe		Hace 8 años salieron 10 plazas de Pediatría de Área, luego reconvertidas a pediatra de EAP
Navarra	Asociación (ANPE-ap)	94	34 (36,17%)	No existe	35,3% (12) de pediatras rurales	7/0 (0%)	Zona rural: en general, población < 10.000 habitantes, que no tiene hospitales u otros servicios próximos
Valencia	Asociación (AVaIPap)	610	72 (11,80%)	No existe	16,55% (101) del total de PAP	45/5 (10%)	Zona rural: distingue población menor de 10.000 habitantes (72) o hasta 15.000 (131)
Canarias (*Tenerife)	Asociación	110	15 (13,63%)	No existe	46,67% (7) de pediatras rurales		
Encuesta pediatras	Encuesta	122		20%	43,50%		

* Datos de AGAPap no publicados hasta la actualidad. CC. AA.: comunidades autónomas; PAP: pediatra de Atención Primaria.

área (en la región de Murcia, las plazas existentes se han reconvertido todas a pediatra de EAP).

- El porcentaje de los pediatras que son itinerantes, sean o no pediatras de área, es variable, siendo próximo al 10% del total de plazas de Pediatría en Andalucía y al 95% en Galicia.

Se ha preguntado respecto a la convocatoria de oposiciones en las diferentes CC. AA. y la oferta de plazas de pediatra de EAP y de pediatra de área:

- 5 CC. AA. tienen convocatorias abiertas y en tres de ellas incluyen plazas de pediatra de área (hasta el 50% de las plazas ofertadas en Extremadura).
- 8 CC. AA. no tienen ninguna convocatoria pendiente o no la reflejan las encuestas.

La lista de problemas, derivados del trabajo en la zona rural, y la de propuestas o alternativas para poder garantizar una mejor atención pediátrica a la población infantil rural, presentada por las distintas asociaciones regionales, es totalmente superponible a las opiniones aportadas por los pediatras en sus encuestas individuales.

Conclusiones

Resumiendo la situación reflejada en las encuestas, tanto de los pediatras en particular, como de las asociaciones regionales, así como de la literatura recogida al respecto, destacaríamos que el problema fundamental del pediatra que trabaja en las zonas rurales es que está solo, se siente aislado, con poca ayuda de los otros profesionales del equipo y de la administración, con múltiples problemas relacionados con los desplazamientos y con dificultades para acceder a la formación y actualizar sus conocimientos.

Creemos que una forma de mejorar su calidad de vida profesional y personal es la centralización de la atención pediátrica en los centros de salud de referencia de una zona de salud, evitando desplazamientos y facilitando a la población el acceso a estos núcleos, compartiendo la atención con enfermería y el resto de profesionales de la zona, con los recursos materiales apropiados y acceso a pruebas y servicios que garanticen una atención de calidad a la población infantil, también en el entorno rural.

Bibliografía

- Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León. Algunas reflexiones y sugerencias de mejora sobre temas de interés en la Pediatría de Atención Primaria. Documentos en el sitio web de la APAPCYL. 2007 [consultado el 30/03/2008]. Disponible en www.aepap.org/apapcyl/problematika_ap.pdf
- Boletín oficial del Estado. Resolución de 23 de julio de 1998 de creación de la figura de Pediatra de Área en Atención Primaria. Ministerio de La Presidencia. Reino de España. Versión electrónica del BOE en la web del Ministerio. BOE 187, 6 de Agosto de 1998 [consultado el 30/03/2008]. Disponible en www.boe.es/g/es/
- Buñuel JC. La soledad del pediatra de Atención Primaria: causas y posibles soluciones. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999;1:37-41.
- Del Valle Millán J. La asistencia pediátrica en peligro. *An Pediatr*. 2005;62:103-4.
- Fraga E. Alternativas de mejora en la Atención Pediátrica Canaria. *BSCP Can Ped*. 2001;25:1-9.
- Grupo de Trabajo Profesional de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. Situación de la pediatría de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Documentos del GT Profesional en la Web de la AVPAPA. 2007 [consultado el 30/03/2008]. Disponible en www.avpap.org/gtprofesional/atprimaria07.htm
- Hernández MD, Peñalver I, Puente E. Situación actual de la Pediatría de Atención Primaria en Andalucía. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999;1:31-5.
- Mora I. Resultado de una encuesta sobre la situación actual de la Pediatría de Atención Primaria en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002;4:13-24.
- Morell JJ, Álvarez J, Mola P. Situación actual de los pediatras de Atención Primaria en Extremadura y Asturias: Resultados y conclusiones de una encuesta. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000;2:15-24.
- Rodríguez CR, Suárez RG. Problemas profesionales. Percepción de los Pediatras de Atención Primaria de Tenerife. *Bol Soc Canaria Pediatr*. 2005;29:151-4 [consultado el 30/03/2008]. Disponible en www.comtf.es/pediatria/Bol-2005-2/Problemas_profesionales_Pediatras_Tenerife.pdf
- Ruiz-Canela J, Malmierca F. Necesidades de pediatras de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 Supl 1:S145-55.

