



Influencia de las formas de organización en la asistencia a la población infantil en España

Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi^a, Teresa Valls Durán^b, M.^a Dolores Sánchez Díaz^c, M.^a Amor Peix Sambola^d, Eva Suárez Vicent^e, Junta Directiva de la AEPap

Publicado en Internet:
5-marzo-2018

Pedro Gorrotxategi Gorrotxategi:
pedrojesus.gorrotxategigorrotxategi@
osakidetza.eus

^aPediatra. CS Pasaia San Pedro. Pasaia. Gipúzkoa. España • ^bPediatra. CS de Val Miñor. Nigrán. Galicia. España • ^cPediatra. CS Parquesol. Valladolid. España • ^dPediatra. EAP Sardenya. Barcelona. España • ^ePediatra. CS Burriana II. Burriana. Castellón. España.

Palabras clave:

- Atención Primaria de Salud • Pediatría
- Planificación en salud
- Salud del niño

Resumen

La forma de la organización sanitaria puede influir en la asistencia a la población infantil. La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria realiza un análisis de diferentes formas de atención asistencial: pediatra de área, modelos mixtos público-privados, organizaciones interniveles y participación de los pediatras de Atención Primaria en las guardias hospitalarias y aporta posibles actuaciones de mejora en cada uno de ellos.

Influence of the forms of organization in the assistance to the infantile population in Spain

Key words:

- Child health
- Health planning
- Pediatrics
- Primary Health Care

Abstract

The way in which health care is organized can influence the assistance to children. The Spanish Association of Pediatrics of Primary Care (AEPap) performs an analysis of different forms of care: area pediatrician, mixed public-private models, inter-level organizations and participation of primary care pediatricians as doctors on duty at the hospital, and provides possible improvement actions in each one of them.

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones sanitarias de las diversas comunidades autónomas utilizan las nuevas formas de gestión para, con los mismos profesionales, tratar de ofrecer más servicios, aunque en ocasiones debido a esos cambios se pueda resentir la atención a la población infantil.

El profesional indicado para la atención pediátrica en Atención Primaria (AP) es el pediatra de Atención

Primaria y la forma, en principio, indicada para realizar esa función es el pediatra de equipo de Atención Primaria (EAP)¹.

Dado que en algunos centros el número de niños es insuficiente para contar con un pediatra, ha surgido una figura que es la del pediatra de área, que se ocupa de la atención en zonas rurales a niños pertenecientes a varias unidades básicas de salud, aunque en ocasiones se utiliza esta figura para tener un profesional que pueden desplazar de un

Cómo citar este artículo: Gorrotxategi Gorrotxategi P, Valls Durán T, Sánchez Díaz MD, Peix Sambola MA, Suárez Vicent E; Junta Directiva de la AEPap. Influencia de las formas de organización en la asistencia a la población infantil en España. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20:e39-e53.

centro a otro según las necesidades de la gestión del área sanitaria.

Una nueva modalidad de contratación es la de las áreas integradas o uniones interniveles (Primaria-Hospitalaria). El pediatra tiene su labor fundamentalmente en Atención Primaria, pero en algunas ocasiones se le impone la obligación de colaborar en la realización de guardias hospitalarias.

El objetivo de este análisis es ver en estas nuevas formas de organización asistencial:

- ¿Qué legislaciones existen sobre otras figuras?: pediatra de área, pediatra de organización integrada hospital-Primaria.
- Si la administración cumple con la legislación.
- Las repercusiones de estas formas de gestión para la atención infantil.
- El posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) frente a ello.

Veremos sucesivamente: 1) el pediatra de área; 2) la situación en Cataluña con nuevas formas de gestión de la asistencia infantil; 3) la categoría única de Pediatría, Unidades Integradas o interniveles en el País Vasco, Galicia y Andalucía; y 4) la realización de guardias en servicios hospitalarios o en puntos de atención continuada (PAC).

PUNTO DE PARTIDA

Como punto de partida tenemos la posición de la AEPap, expresada en el documento "Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) sobre el modelo de asistencia infantil"², cuyas principales propuestas organizativas son las siguientes:

- Cada niño debe tener un pediatra de AP (PAP) y una enfermera trabajando en equipo, juntos, puerta con puerta, en su centro de salud. Debe respetarse en todas las autonomías el equipo de asistencia infantil.
- Incrementar de forma inmediata el número de plazas para médicos internos residentes (MIR) de Pediatría, hasta alcanzar las necesidades que el modelo de atención infantil español requiere,

de manera que todos y cada uno de los niños de 0 a 14 años tengan realmente un pediatra asignado. Asimismo, instar a las comunidades autónomas a que convoquen de forma regular oposiciones y traslados a plazas de Pediatría de AP (periodicidad idealmente anual, pero nunca superior a dos años).

- Aumentar la rotación de los residentes de Pediatría por AP y la formación de los pediatras en la promoción de la salud y prevención de enfermedades en los niños.
- Incrementar la presencia de los pediatras de Primaria como profesores asociados en la universidad. También convendría incrementar las rotaciones de los alumnos de Medicina en las consultas de Pediatría de los centros de salud.
- Cambiar la formación actual de la comisión nacional de la especialidad, donde solo uno de los once miembros representa a la Pediatría de AP.
- Aumentar la presencia de pediatras en los puestos técnicos o gestores de las consejerías y gerencias de AP. Hay en nuestro país un pediatra por cada cuatro médicos de familia contratados en el primer nivel asistencial, a pesar de lo cual nuestra representatividad es casi inexistente en el organigrama de las administraciones sanitarias. La figura del coordinador de Pediatría de áreas o distritos sanitarios locales, implementada en las comunidades autónomas de Murcia y de Madrid, funciona ya de forma adecuada y debería potenciarse.
- Mejorar las condiciones laborales para los profesionales sanitarios de los centros de salud, haciéndolas compatibles con la familia.
- Como la mayoría de las inequidades en el acceso a recibir cuidados por un pediatra ocurren en zonas más deprimidas o conflictivas, así como en las áreas rurales, sugerimos ofertar esas plazas con alguna ventaja profesional (sea económica o curricular).
- Que se perfilen las plazas de enfermería de Pediatría de AP, de atención exclusiva o preferente a los niños, y a las que accedan de forma priorizada personal de enfermería especialistas en Pediatría.

- Priorizar la subespecialidad de Pediatría en AP, puesto que es donde ejercen la mayoría de los pediatras del país.

Estos argumentos están ratificados en el “Decálogo de propuestas de mejora de la Pediatría de Atención Primaria”³, que aborda tres líneas estratégicas: mejorar las condiciones laborales de los pediatras, conseguir que los estudiantes de medicina y residentes de Pediatría conozcan la AP e incrementar la visibilidad de los PAP.

1. Aumentar el número de plazas MIR. Incrementar la capacidad docente para Pediatría. Financiar las comunidades autónomas todas las plazas acreditadas. Planificación del recambio generacional.
2. Compatibilizar los horarios de los PAP con la vida familiar. Recuperar la política de sustituciones o implantar compensaciones económicas dignas cuando se ha de pasar la consulta del compañero ausente. Habilitar espacios en las agendas para la investigación y para la actividad comunitaria. No hacer contratos precarios.
3. Incentivar de forma curricular o económica las plazas de difícil cobertura. Incentivar a los profesionales únicos por turno, plazas alejadas, turnos de tarde. Buscar soluciones imaginativas.
4. Centralizar los servicios de Pediatría de pueblos distantes o de plazas que atienden varias localidades pequeñas, priorizando la atención en el centro de salud de cabecera, optimizando los recursos y evitando desplazamientos a los profesionales durante la jornada laboral.
5. Respetar las categorías profesionales diferenciadas de PAP y de pediatra de hospital (facultativo especialista de área [FEA] de Pediatría) en las oposiciones autonómicas y nacionales según el Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo. Priorizar el tiempo trabajado en centros de salud en los baremos de las oposiciones. El examen debe evaluar las competencias de AP. No facilitar comisiones de servicio automáticas de Primaria al hospital, para evitar la fuga de pediatras al

medio hospitalario. Convocar oposiciones y traslados anuales en AP. Evitar el uso indebido de la figura del pediatra de área.

6. Unificar las prestaciones de enfermería pediátrica en AP entre todas las comunidades autónomas. Las diferencias existentes son injustificables. El objetivo es optimizar el tiempo y recursos, se pueden atender mejor y más niños si se trabaja en equipo con enfermería, puerta con puerta, en proporción 1:1. Formar a enfermería en el cribado de la consulta indemorable.
7. Aumentar de forma obligatoria la rotación de los residentes de Pediatría por AP a un mínimo de seis meses a un año. Dos terceras partes de los pediatras de este país trabajan en los centros de salud, sin embargo, su formación se lleva a cabo de forma mayoritaria en el ámbito hospitalario. Los pediatras no irán a trabajar a AP si no la conocen. Compartir enfermos complejos con la atención hospitalaria para mejorar la cercanía del pediatra corresponsable de la patología.
8. Incentivar y promover las rotaciones de todos los estudiantes de Medicina en las consultas de los pediatras de los centros de salud, adecuando el número de créditos ECTS. Aumentar el número de estudiantes que se forman en las facultades de medicina.
9. Aumentar la presencia de pediatras en las gerencias y cargos organizativos intermedios. Crear la figura del coordinador de Pediatría, PAP que colaboren con las gerencias en la organización de la asistencia infantil. Aumentar la presencia de PAP en la comisión nacional de la especialidad de Pediatría. Solo pertenece a la AP uno de sus once miembros.
10. Incrementar la presencia de PAP como profesores de la universidad creando plazas específicas.

En definitiva, recuperar la Pediatría de AP y hacerla más atractiva.

EL PEDIATRA DE ÁREA

Normativa que regula la figura del pediatra de área

La Resolución de 23 de julio de 1998 de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crea la figura de Pediatra de Área en Atención Primaria, y se ordenan sus funciones y actividades⁴, dice textualmente:

“Algunas zonas básicas de salud no cuentan en su plantilla con médico pediatra al no existir una población suficiente que justifique la creación de la plaza. Para dar respuesta a esta demanda, es necesario que cuando algunos equipos de Atención Primaria y sus correspondientes zonas básicas de salud no reúnan los criterios demográficos señalados, puedan agruparse en dos o más zonas para poder disponer de un profesional especialista en Pediatría-puericultura que brinde específicamente las prestaciones médicas adecuadas y pueda asesorar al médico general en el cometido de su función cuando tenga que atender a niños menores de catorce años. Consecuentemente, atendiendo a las necesidades asistenciales generadas en algunas zonas básicas de salud, es preciso crear la figura del Pediatra de Área en Atención Primaria como personal de apoyo a los Equipos de Atención Primaria, así como ordenar las actividades a realizar por los mismos dentro de su ámbito de actuación. “El pediatra de área estará destinado en un área de salud, teniendo adscritas funcionalmente dos o más zonas básicas de salud. Dicha adscripción se realizará por el gerente del área”.

“El pediatra de *área* desarrollará las siguientes funciones:

- Prestar la asistencia médica, ambulatoria y domiciliaria programada.
- La asistencia médica incluirá la práctica de las técnicas habituales de la especialidad y el desarrollo de los servicios infantiles que formen parte de la Cartera de Servicios.
- La información y educación sanitaria a los pacientes y a sus padres, tutores, maestros y profesores, así como al resto de los ciudadanos.

- El desarrollo de las actividades programadas por el Instituto Nacional de la Salud en vacunaciones, exámenes de salud y otras acciones programadas para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud o la rehabilitación”.

Por tanto, esta figura fue concebida como un instrumento de apoyo al trabajo de los EAP para dar cobertura pediátrica ocasional y asesoramiento y supervisión a los médicos de familia que tienen asignados esos niños, en aquellas zonas con población insuficiente para crear una plaza de pediatra de equipo (como la matrona, el odontólogo o los fisioterapeutas) y así complementar y asegurar ciertas prestaciones sanitarias, principalmente el desarrollo de las actividades programadas para la población infantil en las zonas básicas de salud en las que no se dispusiera de médico pediatra.

Sin embargo, el propio devenir en el funcionamiento de los EAP y la necesidad de dar respuesta a la demanda sanitaria en términos de eficiencia ha propiciado que paulatinamente las funciones de la categoría de pediatra de área de AP se hayan ido asimilando a las funciones de pediatra de EAP, hasta alcanzar una práctica identidad funcional, siendo buena muestra de ello el hecho de que los pediatras de área de AP también desarrollan las actividades no programadas y de consulta a demanda directa, conllevando además en muchos casos la responsabilidad de la atención sanitaria que deriva de la asignación de tarjetas sanitarias, e incluso dándose la situación irregular de atender una sola zona básica de salud que reuniría los criterios demográficos suficientes para justificar la presencia de un pediatra de EAP.

En algunas comunidades (Castilla y León y Cantabria fundamentalmente) un gran número de plazas y algunas de nueva creación son de área a pesar de no cumplir con los criterios de la normativa, además de encontrarse en una situación de precariedad laboral y discriminación respecto a los Pediatras de Equipo, con cargas de trabajo inasumibles, desplazamientos que restan disponibilidad, aislamiento laboral... con el consiguiente perjuicio asistencial a la población, como desarrollaremos a continuación.

Problemática actual de la figura del pediatra de área

Tras el análisis de las plazas de Pediatría de área en Castilla y León en 2002⁵, que suponen el 25-30% de las plazas de Pediatría, se pueden extraer varias conclusiones:

La población asignada en muchas zonas básicas de salud (ZBS) alcanza la población óptima para dotar al equipo de un pediatra de plantilla, es decir 800 tarjetas individuales sanitarias (TIS)

La resolución del 23 de julio de 1998 justifica la creación de una Pediatría de área cuando los EAP y sus correspondientes ZBS rurales no reúnan los criterios demográficos pertinentes, en este caso se podrán agrupar dos o más zonas para que un médico pediatra desarrolle su labor.

Por tanto, se está incumpliendo la norma en bastantes casos, con el detrimento en cuanto disponibilidad del profesional pediatra en cuestión, que solo está a tiempo parcial. Se da, además, la circunstancia de que el pediatra de área no tiene definidos cupos óptimos, mínimos ni máximos (de hecho, no tiene TIS asignadas) por lo que la adjudicación de población o número de zonas básicas es arbitraria.

Plazas con demarcación exclusiva en una ZBS

En estos casos el pediatra funciona a todos los efectos como un pediatra del EAP. No se le puede aplicar la figura de pediatra de área. Esta circunstancia enmascara las verdaderas necesidades reales de plazas de pediatras de EAP y desvirtúa nuevamente el espíritu con el que fue creada la figura del pediatra de área.

Un ejemplo manifiesto de esta tendencia es la presencia de pediatras de área en equipos urbanos o núcleos rurales con elevada población pediátrica o la intención de algunos gerentes de asignar plazas de pediatras de área en PAC urbanos.

De forma generalizada, con alguna excepción, el complemento retributivo de las TIS que tiene asignadas el pediatra de área no le son remuneradas,

ni a él ni a ningún médico de familia del equipo. La explicación dada en las distintas gerencias de AP consultadas es que el pediatra de área no tiene derecho al mencionado complemento retributivo porque no se contempla la adscripción directa de TIS, sino el complemento en productividad fija según el número de ZBS asignadas: dos, tres o más de tres.

Las funciones de los pediatras de área exceden en la gran mayoría de los casos de las que les son inherentes a su puesto

Los pacientes menores de 14 años atendidos por los pediatras de área tienen o deberían tener un médico de familia asignado, el cual debe prestar atención médica en primera instancia al paciente. Es en el caso de que el médico de familia necesite asesoramiento para el adecuado diagnóstico y seguimiento del paciente cuando debe solicitar la participación del pediatra de área correspondiente. Sin embargo, esto actualmente es excepcional; los pacientes acuden al pediatra de área directamente sin intermediación del médico de familia para consultas de cualquier tipo, además de cumplir con sus funciones específicas como son los programas de la cartera de servicios, la educación sanitaria, las campañas de vacunación y las actividades de promoción de la salud. Todo lo anterior lo debe realizar en parte de su jornada laboral, porque la otra parte la debe seguir realizando en otra ZBS y otra parte viajando. Como excepción, en Salamanca y Palencia el pediatra de área únicamente cumple las funciones que le son propias (curiosamente en estas provincias hay proporcionalmente menos plazas de pediatra de área a pesar de la dispersión geográfica).

La asistencia médica del pediatra de área incluye en bastantes casos la atención urgente

En este caso la norma reguladora antes aludida lo deja claro: el pediatra de área debe prestar asistencia médica tanto ambulatoria como domiciliaria con carácter programado, siendo el médico general del niño el que preste la atención sanitaria urgente, tanto ambulatoria como domiciliaria.

Plazas de Pediatría de área ocupadas por médicos de familia

Ante la precariedad de estas plazas, muchos profesionales recién formados rehúsan realizar este trabajo y prefieren otros destinos laborales, aunque esto suponga abandonar la comunidad autónoma u optar por trabajar en la medicina privada. Es en esta situación cuando los equipos directivos de AP contratan a médicos de familia para trabajar de pediatras de pacientes que ya tienen un médico de familia asignado. ¡Esto es una perversión del sistema! ¿Los padres de estos pacientes están al tanto de la situación?

Al margen del comentario particular que esto pueda suscitar, la titulación requerida según la base Tercera de la Resolución del 28 de julio, es la del título de Especialista en Pediatría. La falta de dicha titulación impedirá inexcusablemente efectuar el nombramiento. Una vez más se incumple la norma.

Planificación arbitraria de las plazas de Pediatría de área

Las plazas se organizan sin criterios de dispersión geográfica de las zonas implicadas, lo que redundará en mayores tiempos de desplazamiento del profesional con la consecuente menor disponibilidad de este.

La tendencia actual cuando la población pediátrica crece en una determinada ZBS no es crear una plaza de Pediatría de EAP, sino incrementar en una segunda e incluso en una tercera Pediatría de área en ese equipo, sin justificación en función de la magnitud de la población pediátrica, como indica la norma.

Precariedad laboral del pediatra de área

Otras consideraciones que pueden hacerse de la dificultad del trabajo del pediatra de área son la inadecuada retribución de estos profesionales, con labores y cargas de trabajo similares a los pediatras de EAP, pero con diferencias considerables en este concepto.

No existe una cobertura económica real de los desplazamientos que deben efectuar, ni se tienen en cuenta los seguros ante la mayor siniestralidad a la que se ven sometidos como consecuencia de la dispersión geográfica de muchas ZBS.

Las consultas en muchos consultorios rurales están escasamente equipadas y con poca o ninguna colaboración del personal de enfermería de los equipos en la realización de las actividades programadas del pediatra.

Todos ellos son ejemplo de las dificultades con las que tropiezan a diario estos profesionales para desarrollar su labor.

Repercusión sobre la asistencia

- La asignación de tareas que no le son propias, sumado a la masificación en algunas consultas, teniendo que realizar desplazamientos a las distintas zonas básicas, supone una sobrecarga asistencial que dificulta la prestación de una asistencia de calidad y la adecuada programación de las actividades preventivas.
- En estos casos en los que el pediatra de área asume la atención directa de los niños, esta no se realiza a diario, debido a los desplazamientos a varias ZBS, con una asistencia a tiempo parcial que no puede garantizar la continuidad asistencial propia de la AP.
- Gran desmotivación de los profesionales por la continua falta de consideración a su trabajo, agresión a sus condiciones laborales y pérdida significativa y progresiva de sus retribuciones en mayor medida que otros trabajadores públicos.
- La dificultad para realizar las funciones formativas, docentes e investigadoras dentro del horario laboral, en mayor medida que otros profesionales.
- El aislamiento y la dispersión dificultan en mayor grado la coordinación con otros pediatras y con otros profesionales (enfermería, pediatras de hospital...), lo que redundará una vez más en una peor calidad asistencial.

PROPUESTAS DE MEJORA

Primera propuesta. Si la población asignada en la ZBS alcanza la población óptima para dotar al equipo de un pediatra de plantilla, es decir, población menor de 14 años superior a 600-800 TIS, debería ser pediatra de EAP y no de área (atención integral, diaria y continuada), reorganizando la atención pediátrica de las ZBS con menor población.

De igual forma, facilitar la reconversión automática de las plazas de Pediatría de área que funcionaban a todos los efectos como pediátrías de EAP, especialmente las plazas con demarcación exclusiva en una Zona Básica de Salud.

Segunda propuesta. Nombramiento de pediatras de EAP a aquellos pediatras que ejercen como tal y están adscritos a un equipo de hecho.

En el gran número de casos en que los pediatras de área ejercen de hecho como pediatras de EAP, con población asignada en tarjeta sanitaria y realizando las mismas funciones que los pediatras de EAP, estos deben ser nombrados como tales.

Tercera propuesta. En los casos en los que sea necesario un pediatra de área por criterios demográficos reales, que cumplan las funciones para las que fue creada la figura: actuación exclusivamente programada y concertada, así como función de apoyo ante la actividad asistencial a demanda, de forma que el paciente sea remitido a través del médico de familia para su adecuada valoración si así lo estima oportuno.

En ningún caso debería permitirse que se obligara a los pediatras de área a realizar más funciones de las que les son inherentes a su puesto, como ocurre con la atención a demanda y urgente directa, sin valoración previa por el médico de familia; se pretende evitar agendas sobrecargadas del pediatra de área con procesos agudos en detrimento de actividad programada y seguimiento de pacientes con procesos crónicos, que requieren de una mayor disponibilidad horaria⁶.

La Asociación Gallega de Pediatría de Atención Primaria⁷ ha analizado este problema y propone una

reorganización de las plazas en base a los siguientes puntos:

- Distancia entre los puntos de atención y de la población a atender de tal manera que: ≤ 10 km: centralización de consultas en un punto; 10-20 km: considerar la centralización en función de los cupos y las infraestructuras disponibles; ≥ 20 km: mantener los puntos de atención priorizando siempre las consultas en los diferentes puntos en días distintos a fin de evitar los desplazamientos durante la jornada laboral.
- Centralizar las consultas en aquellos puntos con mayor cupo asignado.
- Centralizar las consultas en aquellos centros con mayor dotación material y, muy especialmente, dotación de personal de enfermería específico para Pediatría.
- Centralizar la atención pediátrica de área en un equipo cuando el grado de dispersión geográfica sea alto y la ratio de pacientes baja. Que sean los pacientes los que se desplacen desde núcleos pequeños a centros más grandes a recibir asistencia que podría ser diaria. La mejor forma de atender al niño (y esto es aplicable a los PAC pediátricos) no es llevarle la atención a donde quiera que esté, sino acercarlo a donde existen más y mejores recursos.

Por un lado, se ganaría en accesibilidad, ya que el paciente disfrutaría de más días a la semana de consulta, y por otro lado en eficacia y eficiencia en tiempo y recursos, siendo más resolutivos en la gestión de las consultas.

Cuarta propuesta. Dignificar las condiciones laborales: en 2008 ya se hizo un análisis de la atención pediátrica en el entorno rural con propuestas similares a las recogidas en este informe⁸. Es decir:

- Limitar el número de zonas básicas asignadas a dos como norma general, con un máximo de tres en situaciones especiales.
- Contar con un profesional de enfermería que colabore con el pediatra en la atención a los niños, preferentemente un enfermero/a de área que se desplace con él a las mismas zonas básicas.

- Contar con la colaboración de los servicios administrativos de las diferentes zonas.
- Contar con consultas adecuadas y bien equipadas para el desarrollo de sus funciones.
- Cobrar un complemento específico acorde con la mayor peligrosidad por los traslados y contar con un seguro de accidentes adecuado.
- Cobrar el complemento de productividad fija no solo en función del número de zonas básicas atendidas, sino también en función de la dispersión geográfica de esas zonas y del número total de niños que atienden, este se traduciría en una equiparación retributiva con otros profesionales de la misma categoría, eliminando el complemento por ZBS y valorando el número de pacientes asignado.
- Adecuada retribución de los desplazamientos que efectúan estos profesionales tomando como punto de partida la Gerencia de Atención Primaria, cubriendo los trayectos de ida y vuelta a la misma. Actualmente se contempla el desplazamiento desde la ZBS que se considera cabecera y solo el trayecto de ida.

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN CATALUÑA. MODELO MIXTO

El modelo sanitario catalán

Es un modelo mixto que integra todos los recursos sanitarios en una sola red de utilización pública independientemente de su titularidad (pública o privada).

Se inició con la red hospitalaria de utilización pública y posteriormente se extendió al resto del sistema sanitario. Como es un sistema con múltiples proveedores, este modelo comporta una gran variedad de estructuras organizativas, aunque el núcleo de la atención sanitaria sea el mismo. El Servicio Catalán de la Salud es el garante de las prestaciones sanitarias de cobertura pública; compra y evalúa los servicios sanitarios en función de las necesidades de la población. El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña planifica y evalúa la organización de la atención sanitaria.

El primer nivel de atención es el área básica de salud (ABS), donde existe un centro de AP (CAP) en el que presta servicio el EAP formado por pediatras, médicos de familia, enfermeras, odontólogos y personal administrativo. El segundo nivel lo ocupa el Servicio de Atención Primaria (SAP), que cuenta con una dirección y su personal de soporte. Los SAP se agrupan para formar gerencias de ámbito de Atención Primaria, que cuentan con un gerente y su personal de soporte. Las gerencias dependen del centro corporativo, de cuyo director gerente dependen tanto la AP como la Atención Hospitalaria⁹. Actualmente existen gerencias territoriales con un gerente único para Atención Primaria y Hospitalaria apoyado por una dirección de Atención Primaria y una de atención hospitalaria.

La constitución del EAP territorial parte de dos planes del departamento de salud a tal efecto: el Plan Estratégico de Ordenación de la Atención de Pediatría en la Atención Primaria (2007) y el Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria (2009)¹⁰.

De modo paralelo a la elaboración del Plan Estratégico de Ordenación de la Atención de Pediatría en la Atención Primaria, el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña planteaba la reforma organizativa de los sectores sanitarios para convertirlos en gobiernos territoriales de salud, dando participación en su gobierno a ayuntamientos y a la ciudadanía; coinciden con la zona de influencia las ABS y su hospital de referencia. Actualmente ya están constituidos la mayoría de los gobiernos territoriales de salud proyectados¹¹.

La gestión clínica territorial del EAP territorial puede desarrollarse en dos modalidades: la primera modalidad 1, creación del EAP de Pediatría territorial; la segunda modalidad, creación de un equipo pediátrico de AP y de Atención Hospitalaria. En la actualidad existen pocos EAP de Pediatría territorial.

Modalidad 1. creación del EAP de Pediatría territorial

Equipo de Pediatría territorial Alt Penedés 2007

En el área de Vilafranca del Penedés, debido a la insistencia en abrir más consultorios municipales con atención pediátrica y a la falta de pediatras, la

irregular dispersión territorial, la descoordinación entre niveles, etc., se decide apostar por el camino de la Pediatría territorial y en enero del 2008 entra en funcionamiento.

Incluye tres ABS, Sant Sadurní d'Anoia, Vilafranca y Penedés rural. Inicialmente el hospital de referencia fue el hospital comarcal del Alt Penedés (para urgencias y partos, no dispone de hospitalización) y actualmente también el Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) de Barcelona.

Garraf 2010

Se realiza la unificación e integración funcional de siete EAP en un solo equipo en clave territorial. O sea, cinco años después de la puesta en marcha del equipo del Penedés.

Alt Penedés y Garraf funcionan como un solo equipo de Pediatría territorial desde febrero de 2013 cuando se publica en el *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* su creación. La titularidad es pública. El director del equipo es Vicente Morales, PAP. Actualmente también dirige el Servicio de Pediatría del hospital.

Centre d'Atenció Pediàtrica Integral de Barcelona Esquerra¹²

En marzo de 2013 se firma un convenio marco entre el Instituto Catalán de la Salud (ICS), el HSJD y el Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample. Consta de:

- Unidad de Pediatría de AP: es un equipo de Pediatría que da servicio a una población de 17 000 niños del distrito de Les Corts y los barrios de Sants y Sants-Badal. Lo forman 15 pediatras, 14 enfermeras, un auxiliar, nueve administrativos, una trabajadora social y un odontopediatra.
- Unidad de Pediatría especializada: llevada a cabo por especialistas pediátricos del HSJD de Barcelona. Atiende a toda la zona de Barcelona Esquerra, con una población de 90 000 niños y adolescentes (Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Endocrinología, Gastroenterología, Neurología, Inmunoalergia y Cardiología).

- Unidad de Pediatría de urgencias: responde al perfil de centro de urgencia de AP con capacidad para resolver problemas de baja complejidad. La dirección es llevada a cabo por un PAP.

Modalidad 2. Creación de un equipo pediátrico de AP y de Atención Hospitalaria

Pediatría dels Pirineus

En octubre de 2009 se realizó un convenio entre la Fundación Sant Hospital de La Seu d'Urgell, el ICS, el HSJD y el departamento de salud para prestar asistencia pediátrica (primaria y hospitalaria) en la comarca del Alt Urgell (zona de gran dispersión geográfica y con dificultades para la contratación de pediatras).

Los pediatras se constituyeron en una sociedad cooperativa catalana limitada profesional, organizada en forma de cooperativa de trabajadores (siete pediatras).

Desde 2017, asumen la atención pediátrica de las comarcas Pallars Jussà, Pallars Sobirà y Alta Ribagorça, tanto de primaria como hospitalaria (Hospital Comarcal del Pallars) y la atención obstétrica y ginecológica (primaria y hospitalaria) del Alt Urgell.

Pediatría de La Garrotxa

Incluye las ABS de Sant Joan Les Fonts (cuatro CAP) y La Vall d'en Bas (seis CAP) (pertenecientes a la fundación Hospital San Jaume de Olot)¹³ y las ABS de Olot i Besalú (ICS)¹⁴.

Se realiza un convenio entre el ICS y la Fundación Hospital Sant Jaume d'Olot.

Los pediatras realizan atención en los CAP y en el hospital; hay que tener en cuenta que ya funcionaba así ya que dos de las ABS tienen titularidad hospitalaria.

Otras modalidades

- Hospitales de la Xarxa de Hospitales de Utilización Pública que gestionan la asistencia pediátrica hospitalaria y de AP de una zona determinada. Se establecen protocolos conjuntos pero los pediatras

de Primaria no tienen autonomía y dependen del coordinador hospitalario.

- Consorci Sanitari de Terrasa. Hospital de Terrasa.
- Mutua de Terrasa.
- Consorci Corporació Parc Taulí. Hospital Parc Taulí de Sabadell.
- Corporació de Salut del Maresme i La Selva. Hospital de Calella.
- Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Hospital de Palamós.

Líneas pediátricas

En Barcelona ciudad:

- Concepto anterior al Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària.
- Son unidades ficticias, poco sostenibles. Sin entidad jurídica, heterogéneas en su definición. Algunas han sido eliminadas a criterio de alguna dirección.
- Son unidades de tamaño variable, desde cuatro pediatras a diez o más.
- Directores con función de director pero sin reconocimiento pleno como tales.

Tarragona:

- En la ciudad de Tarragona en 2103 se unifica la Pediatría de dos centros de salud.
- SAGESSA: coordina la Pediatría de cinco centros de salud. Los centros son EAP con Medicina Familiar, Pediatría, enfermería, administrativos con coordinador común para todos los estamentos.

LA CATEGORÍA ÚNICA DE PEDIATRÍA, UNIDADES INTEGRADAS O INTERNIVELES EN EL PAÍS VASCO, GALICIA Y ANDALUCÍA

Organizaciones sanitarias integradas en el País Vasco

La primera Organización Sanitaria Integrada (OSI) fue la creada en la comarca Bidasoa en 2011.

En el Boletín oficial del País Vasco en el que se recoge su creación¹⁵, se exponen las modificaciones

conceptuales de la asistencia sanitaria y las repercusiones de estas para los usuarios en los siguientes términos: “Tradicionalmente, la asistencia sanitaria pública se viene prestando básicamente a través de dos modalidades organizativas: la Atención Primaria y la Atención Especializada. Ahora se plantea una nueva modalidad organizativa: las Organizaciones Sanitarias Integradas. La integración de la atención, superando la tradicional separación entre primaria y especializada, se ha convertido en una prioridad, especialmente para resolver problemas de las personas con enfermedades crónicas que requieren la atención de múltiples profesionales y servicios. Se plantea como una alternativa a los problemas de ineficiencia en la gestión de recursos y a la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales. Se trata de un diseño organizativo que permite afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi y tras un periodo de funcionamiento deberá ser analizado y evaluado por el Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud antes de extenderlo al conjunto de las organizaciones que integran el Ente Público”.

Unos meses más tarde se decidió extender este sistema al resto de los hospitales de Gipuzkoa. “Se crean tres nuevas organizaciones de servicios sanitarios, denominadas ‘Organización Sanitaria Integrada Alto Deba’, ‘Organización Sanitaria Integrada Bajo Beba’, y ‘Organización Sanitaria Integrada Goierri-Alto Urola’, contando para ello con la experiencia de funcionamiento que ha supuesto la ‘Organización Sanitaria Integrada Bidasoa’. Se pretende atender a las personas a lo largo de un continuo asistencial de manera que se alcance el objetivo de máxima integración, convirtiendo al paciente, en su concepción integral y no ocasional, en el eje central para la configuración de la organización de los servicios sanitarios¹⁶.”

El objetivo por lo tanto es la continuidad de cuidados, lo que debería suponer pautas consensuadas entre hospital y primaria de manera que, a un paciente, tanto el PAP como el hospitalario le atenderían de forma coordinada.

Lo que ha sucedido es que, dado que en algunas de estas comarcas el número de pediatras es escaso y

los hospitales no tienen personal suficiente para atender las urgencias, han utilizado los recursos de Pediatría de AP para la cobertura de las guardias hospitalarias¹⁷.

En la oferta pública de empleo de las plazas convocadas para Pediatría de EAP realizaron una modificación por medio de una corrección de errores, modificación que no era una corrección sino un cambio de las funciones de la plaza, con lo que pasaba de ser una plaza de AP a una plaza con guardias hospitalarias obligadas.

La convocatoria era para plazas de AP: “Son objeto de esta convocatoria los destinos de la categoría de médico, del grupo profesional de facultativos médicos y técnicos, con destino en las unidades de Pediatría de Atención Primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud”¹⁸.

“FEM Pediatría EAP (01/03/2013): destino OSI Bidasoa: aclaración jornada. Se informa que el destino ofertado en la categoría FEM Pediatría EAP en OSI Bidasoa se prestará en horario de 10 a 17 horas e incluye la cobertura de guardias en Pediatría”¹⁹.

El objetivo teórico de dichas organizaciones es la continuidad de servicios orientado fundamentalmente a las personas ancianas y con enfermedades crónicas. Una vez establecidas estas organizaciones han visto las posibilidades que tiene de utilizar a los PAP para cobertura de las guardias hospitalarias que eran deficientes de forma que lo que en un principio trataba de coordinar mejor la atención, lo que se ha convertido en una utilización de los pediatras que consideran intercambiables entre Pediatría de Primaria y Hospitalaria.

En una reunión con los gestores de Osakidetza preguntamos por este asunto y la respuesta fue que las plazas de Pediatría son una categoría única con dos o tres puestos funcionales que serían: Pediatría Hospitalaria, Pediatría de Atención Primaria y Pediatría de OSI. Un pediatra con plaza de Atención Primaria, si las circunstancias lo precisan, puede desempeñar cualquiera de las funciones²⁰.

Existe un artículo en las condiciones de trabajo de Osakidetza²¹ (el n.º 80) que dice que por razones especiales de necesidad o urgencia y con una duración

máxima de un año, que solo se podrá prorrogar “de forma excepcional” y mediante “resolución motivada” se puede obligar al desempeño de funciones de inferior o superior categoría a un trabajador de Osakidetza. Haciendo caso omiso a todas esas normativas lo que quieren los gestores es utilizar todos los recursos personales, es decir, los PAP como mano de obra pediátrica en cualquier puesto funcional.

Todas esas argucias se aproximan a la ilegalidad²², ya que las plazas de Pediatría de AP y la Pediatría y sus áreas específicas son dos categorías diferentes, según recoge el Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización²³.

Situación en Galicia

En la reunión que se mantuvo entre los representantes de la Asociación Gallega de Pediatría de Atención Primaria con la Conselleira, uno de los puntos que se trató fue la posibilidad de una categoría única en Pediatría que integre la categoría de Pediatría de AP y Pediatría hospitalaria. La Asociación Gallega de Pediatría de Atención Primaria ve como punto positivo la vieja aspiración de romper barreras entre los dos niveles asistenciales, pero como punto de preocupación el posible “debilitamiento de la figura del pediatra de cabecera”²⁴.

Unidades pediátricas interniveles en Andalucía

En Andalucía se están desarrollando unidades pediátricas interniveles, que unifican a PAP y a los de un hospital cercano (parecidas a las OSI del País Vasco). Da la impresión de que una de sus principales aplicaciones es conseguir que haya suficientes pediatras para hacer las guardias hospitalarias y se ha aplicado en zonas en que hay pocos pediatras. Según los datos de 2009, se ha aplicado en el Distrito de Serranía (Ronda), con siete PAP más cuatro no pediatras; el Distrito de Málaga la Vega (Antequera), doce PAP más ocho no pediatras, y Distrito de Jaén Norte (Linares), con 24 PAP más 11 no pediatras.

Entre los puntos que no están claros de esta unificación están los criterios para lograr objetivos entre pediatras de hospital y de AP y cómo resolver el tema de la enfermería pediátrica, que en Andalucía es muy deficitaria.

LAS GUARDIAS HOSPITALARIAS Y DE PAC REALIZADAS POR PAP

La organización asistencial pediátrica en el Estado español tiene dos niveles asistenciales: PAP y pediatras hospitalarios (PH).

Dentro de la AP hay pediatras que solo realizan su labor en los centros de salud y otros que además de ello realizan urgencias en los PAC. Esos centros hay comunidades en las que hay personal específico de médicos de AP que lo cubren y otras que cuentan con pediatras en los mismos.

Dado que la formación es similar, en ocasiones los PAP realizan guardias hospitalarias la mayoría de las veces de forma voluntaria.

Veremos sucesivamente la situación de los PAC y de las guardias hospitalarias en relación con los PAP y las posibles repercusiones para la atención infantil.

Puntos de atención continuada

En el 14% de las comunidades autónomas hay pediatra de guardia en los PAC, siendo a veces voluntarias y otras obligatorias. Existe solo una comunidad en la que las guardias en los PAC son obligatorias y solo en algunas de las áreas. En ocasiones no hay libranza tras la guardia, ya que en el caso de que el horario no incluya toda la noche no hay obligación legal de libranza, pero debería haber un descanso mínimo entre jornadas laborales de 12 horas que no se respeta.

En los lugares donde se ha implantado el PAC pediátrico ha sido una experiencia negativa. Se ha convertido en una consulta que es utilizada por los hiperfrecuentadores, sin presentar patología verdaderamente urgente y que creemos que no mejora la atención infantil urgente. En la mayoría de las

comunidades, para algunas urgencias los niños suelen ser atendidos por médicos específicos de PAC y para otras acuden o son derivados a los Servicios de Urgencias pediátricas hospitalarias.

Creemos que la asistencia pediátrica en los PAC debería depender de las posibilidades de cada zona (sin sobrecargar la atención pediátrica habitual) y siempre de manera voluntaria.

El modelo de PAC con personal de Pediatría utiliza a un profesional deficitario como es el pediatra de AP, lo que empeora la calidad de la atención, más aún cuando se le obliga a atender esa consulta de PAC tras atender su consulta ordinaria y sin el descanso adecuado.

Guardias hospitalarias

En la mayoría de las comunidades (85%) hay guardias voluntarias de los PAP en el hospital de referencia. Solo en un 7% de los casos se considera obligatoria su realización, pero ha habido intentos de alguna administración más de que se realicen con carácter obligatorio.

Creemos que nunca se deberían realizar guardias hospitalarias con carácter obligatorio.

En el caso de que estas fueran obligatorias, los requisitos deberían ser los mismos de los que disfrutaban los PH que las realizan, es decir:

- Tener saliente de guardia.
- El saliente de guardia del PAP debería ser siempre cubierto por un pediatra, dada la imposibilidad de cerrar consultas de Pediatría de AP. Esa cobertura debería recaer en pediatras del hospital correspondiente para no sobrecargar a los otros PAP.
- A los 55 años se debería tener la opción de realizar módulos de tarde que se contabilizaran como guardias.
- Todas las ventajas que tienen los PH que realizan guardias.

En el caso de que fueran voluntarias, las condiciones deberían ser las mismas, pero surge el problema que desde el hospital pueden decir que no desean que en esas condiciones se continúe con la realización de guardias desde AP, con lo que las exigencias

mínimas son la posibilidad de tener saliente de guardia cubierto para no perjudicar la asistencia en AP y no sobrecargar a los compañeros.

Libranzas tras la realización de las guardias

Hay varias comunidades que, para evitarse la libranza tras la realización de las guardias de los PAP, recomiendan u obligan a que las guardias sean preferentemente de viernes o sábado. Aunque legal, es una forma encubierta de explotación, porque la jornada semanal pasa de las 40 horas a las 64 horas o más.

En otras comunidades autónomas la libranza es parcial, deben acudir unas horas al centro de salud pero no la jornada completa, y en otros casos no existe libranza.

La libranza en la mayoría de los casos se cubre por compañeros PAP, en alguna ocasión por personal contratado y de forma excepcional por PH.

En un 50% no hay salientes, un 25% se realizan guardias vísperas de festivo que no generan salientes y solo en un 25% se reconoce el derecho a salientes cubiertos, en general, por otros PAP²⁵.

Conclusiones

- Dada la escasez de pediatras, la colaboración de los PAP en la realización de guardias hospitalarias es una posibilidad que no debemos descartar.
- En la opinión de la AEPap lo fundamental de esta actividad es que la atención del niño en AP no se resienta.
- Para ello consideramos indispensable que el PAP que colabora en guardias hospitalarias o de PAC tenga el descanso necesario antes de continuar con su siguiente jornada laboral.
- Consideramos que de ninguna manera puede ser obligatoria la realización de guardias hospitalarias.

- La administración quiere aprovecharse de los PAP para que solucionen el problema de la Pediatría hospitalaria, pero no ofrece unas características laborales dignas y no equipara las condiciones de los PAP con los PH que realizan guardias, lo que sería de justicia.

CONCLUSIONES GENERALES

- Existen diversos cambios organizativos en la AP que no buscan la mejora de la atención infantil sino la solución a la escasez de pediatras, modificando las condiciones de trabajo de los PAP y empeorando la atención a los niños en AP.
- La figura del pediatra de área se ha sobredimensionado eliminando la figura del PAP en situaciones en las que este debería ser el indicado.
- Debería ser PAP si el número de tarjetas individuales a su cargo superan las 800; si el pediatra atiende a niños de una sola zona básica de salud.
- Existe una utilización abusiva del PAP para la realización de guardias hospitalarias, sin los debidos descansos y coberturas de los salientes de guardia.

CONFLICTO DE INTERESES

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

ABREVIATURAS

ABS: Área Básica de Salud • **AEPap:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **AP:** Atención Primaria • **CAP:** centro de Atención Primaria • **EAP:** equipo de Atención Primaria • **FEA:** facultativo especialista de área • **HSJD:** Hospital Sant Joan de Déu • **ICS:** Instituto Catalán de la Salud • **MIR:** médico interno residente • **OSI:** Organización Sanitaria Integrada • **PAC:** puntos de atención continuada • **PAP:** pediatra de Atención Primaria • **PH:** pediatra hospitalario • **SAP:** Servicio de Atención Primaria • **TIS:** tarjeta individual sanitaria • **ZBS:** zonas básicas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, González Rodríguez P, Aparicio Rodrigo M, Barroso Espadero D, Cortés Marina RB, et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl.* 2010; 12:s9-s72.
2. Junta Directiva de la AEPap. Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) sobre el modelo de asistencia infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016;18:e239-e245.
3. Decálogo de propuestas de mejora de la Pediatría de Atención Primaria. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 01/03/2018]. Disponible en www.aepap.org/actualidad/noticias-aepap/decalogo-de-propuestas-de-mejora-de-la-Pediatría-de-atencion-primaria.
4. Resolución de 23 de julio de 1998, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crea la figura de Pediatra de Área en Atención Primaria, y se ordenan sus funciones y actividades. En: *Boletín Oficial del Estado* [en línea] [consultado el 01/03/2018]. Disponible en www.boe.es/boe/dias/1998/08/06/pdfs/A26738-26740.pdf
5. Mora Gandarillas I. Resultados de una encuesta sobre la situación actual de la Pediatría de Atención Primaria en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2002;4:197-207.
6. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Vals Durán T, Sánchez Díaz MT, Garrido M, García Rebollar C, Domínguez Aurrecoechea B. Situación de la Pediatría de área en España. En: Libro de ponencias y comunicaciones. Congreso Extraordinario de la Asociación Española de Pediatría. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2014. p. 14-15.
7. Junta directiva de la AGAPap. Situación de los pediatras itinerantes de Galicia. En: AGAPap [en línea] [consultado el 01/03/2018]. Disponible en www.agapap.org/datos/AGAPap_Pediatras_itinerantes_2011.pdf
8. Rodríguez-Moldes Vázquez B, Álvarez Gómez J, Morell Bernabé JJ. Atención pediátrica en el entorno rural: problemas y alternativas. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl.* 2008;10:S95-109.
9. Enrubia Iglesias M. La situación de la Pediatría de Atención Primaria en Cataluña. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl.* 2010;12:s149-s158.
10. Pla d'Ordenació de l'Atenció Pediàtrica a l'atenció primària de Salut: 2007-2010. En: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Planificació i Avaluació [en línea] [consultado el 01/03/2018]. Disponible en www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/pediatria2007.pdf.
11. Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària. E En: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Planificació i Avaluació [en línea] [consultado el 01/03/2018]. Disponible en www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2390/piapisc11febrer2010.pdf.
12. Instituto Catalán de la Salud. Equipos de Atención Primaria de Pediatría territorial. En: *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* [en línea] [consultado el 01/03/2018]. Disponible en <http://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6313/1284036.pdf>
13. L'ICS i la Fundació Hospital Sant Jaume d'Olot creen un únic equip de Pediatría territorial. En: Generalitat de Catalunya [en línea] [consultado el 01/03/2018]. Disponible en www.gencat.net:8000/oics/owa/p52.consulta?v_cont=1211
14. Equipo territorial de la Garrotxa. En: SlideShare [en línea] [consultado el 01/03/2018]. Disponible en www.slideshare.net/icscat/girona-equip-peditric-territorial-de-la-garrotxa.pdf
15. Acuerdo de 13 de diciembre de 2010, del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que se crea, en el área sanitaria de Gipuzkoa, la organización sanitaria integrada Bidasoa y se suprime la organización de servicios sanitarios Hospital de Bidasoa y se modifica la organización sanitaria comarca Gipuzkoa-Este. *Boletín Oficial del País Vasco* 19 enero 2011, N.º 12, 232.
16. Acuerdo de 3 de octubre de 2011, del Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que se crean, en el Área Sanitaria de Gipuzkoa, las organizaciones sanitarias integradas Alto Deba, Bajo Deba y Goierri-Alto Urola, se modifica la organización sanitaria Comarca Gipuzkoa-Este (Ekialde), que en adelante se denomina Comarca Gipuzkoa, y se suprime la organización de servicios sanitarios Comarca Gipuzkoa-Oeste (Mendebaldea). *Boletín Oficial del País Vasco* 16 diciembre 2011, N.º 237, 6021.

17. Gorrotxategi Gorrotxategi P. Influencia de las nuevas Organizaciones Sanitarias Integradas del País Vasco en la posible desaparición de la Pediatría de Atención Primaria. *Bol S Vasco-Nav Pediatr* 2014;46:33-7.
18. Resolución 1283/2011, de 15 de julio, del Director General de Osakidetza-Servicio vasco de salud, por la que se aprueban las bases específicas que han de regir el proceso selectivo para la adquisición del vínculo estatutario fijo en la categoría de Médico del Grupo Profesional de Facultativos Médicos y Técnicos, con destino en las Unidades de Pediatría de Atención Primaria de Osakidetza-Servicio vasco de salud. *Boletín Oficial del País Vasco* 28 de julio de 2011, N.º 143, 3782.
19. Corrección de errores de la Resolución 88/2013 de 28 de febrero de la Directora de Recursos humanos En el País Vasco se han creado unas organizaciones de gestión denominadas OSI (Organización Sanitaria Integrada) que incluye un centro de salud y un hospital de referencia.
20. Noticias de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria (AVPap). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;56.
21. Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. En: *Boletín Oficial del País Vasco* [en línea] [consultado el 01/03/2018]. Disponible en www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2007/12/0707377a.pdf
22. Gorrotxategi Gorrotxategi P. El marco legal impide la creación de plazas de Pediatría “OSI” que incluya Atención Primaria y Hospitalaria. *Bol S Vasco-Nav Pediatr*. 2015;47:9-11.
23. Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización. *BOE* N.º 83, de 7 de abril de 2015, páginas 29447 a 29461. Disponible en www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=-BOE-A-2015-3717
24. Reunión con la Conselleira de Sanidade. 21-1-2013. En: Asociación Gallega de Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado el 01/03/2018]. Disponible en www.agapap.org/datos/2013_REUNION_CONSELLEIRA_SANIDADE.pdf
25. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Suarez Vicent E, Aparicio Rodrigo M, Hernando Helguero P, de Frutos Gallego E, Valdivia Jiménez C. La perspectiva del pediatra de Atención Primaria ¿hasta dónde en la consulta? Congreso Extraordinario de la Asociación Española de Pediatría. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2014. p. 47-48.