

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS SISTEMAS SANITARIOS PÚBLICOS ESPAÑOLES

***"NO MÁS DE 1.000 NIÑOS
PARA CADA PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA"***

Documento aprobado en octubre de 2001

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



JUSTIFICACION DEL DOCUMENTO: SITUACION ACTUAL

La asistencia Pediátrica ambulatoria del Sistema Publico de Salud estaba claramente establecida en el art. 21 del Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social de 1966, era muy bien acogida y valorada por la población española, pero existían una serie de deficiencias, la principal de las cuales era la falta de tiempo para la consulta. Aún antes de la Ley General de Sanidad de 1986, se intentó su consolidación con la reforma de la Atención Primaria, regulada mediante el RD 137/84, de Estructuras Básicas de Salud, poniendo las bases para el desarrollo y mejora de la calidad de dicha asistencia pediátrica.

El desarrollo de la AP ha sido evidente aunque, pese a los años transcurridos, aún no está totalmente implantada. En lo referente a la Pediatría, el desarrollo y mejora ha sido igualmente constatable, pero en los últimos años se intuye un retroceso y, respecto a la calidad, se está viendo en peligro, entre otras causas por la masificación de algunas consultas, justo el mismo problema al que la reforma intentaba buscar solución.

Desde hace tiempo y en diversos foros, los pediatras de Atención Primaria han manifestado su desacuerdo con la evolución que estaban sufriendo las condiciones de trabajo en los Centros de Salud, tanto desde el punto de vista funcional, como en el estructural o en aspectos como el formativo, manifestando su preocupación porque las deficiencias que se estaban constatando ponían en peligro el objetivo más importante para todos los pediatras, que no es otro que dar al niño la mejor calidad posible en la asistencia pediátrica de Atención Primaria.

Ponerlo de manifiesto en debates y congresos, publicarlo en diversas revistas de pediatría o quejarse lastimosamente en los diversos foros ha servido de poco hasta ahora. Por ello, surge la idea de formar un **Grupo de Consenso** de las Sociedades Científicas Pediátricas con la CESM para, a través de ella, y con razones científicas evidentes y demostrables, acceder a los lugares donde se pueda negociar y conseguir de las Administraciones Sanitarias, de manera paulatina pero irrenunciable, aquello que los pediatras venimos demandando, siempre con el objetivo de ofrecer la mejor calidad asistencial posible.

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



En primer lugar, queremos señalar de un modo resumido, cuáles son y en algún caso, cuáles deberían ser las funciones y el trabajo a desarrollar por el pediatra de Atención Primaria.

FUNCIONES DEL PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA

La guía de formación MIR define a la Pediatría como **“la Medicina integral del periodo evolutivo de la existencia humana, que abarca desde la concepción hasta el fin de la adolescencia”** y a ella le incumben:

- 1 Los cuidados del niño sano.
- 2 La asistencia clínica del niño enfermo.
- 3 La atención al niño en su interrelación individual y comunitaria, en el medio físico y humano en el que se desarrolla.

Esa formación capacita y obliga al pediatra a realizar en su trabajo de Atención Primaria una serie de funciones sanitarias de atención al niño:

- De carácter asistencial.
- De carácter preventivo.
- De carácter socio-económico-comunitario.
- De carácter formativo, docente e investigador.

ARTICULACION Y CONTENIDOS DE LA PEDIATRÍA DE ATENCION PRIMARIA

Por lo tanto, el pediatra de A.P. que realiza su trabajo en los centros de salud, debe desarrollar aquellas funciones para las que está capacitado y que teóricamente se contienen en lo que la Administración ha denominado *CARTERA DE SERVICIOS*, que, en el caso concreto de la Cartera de Pediatría, está poco y mal desarrollada y se está pidiendo persistentemente su modificación.

Esas funciones pediátricas con diferente implantación en las diversas zonas son:

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



1/ PEDIATRÍA ASISTENCIAL:

Para su desarrollo, se han estructurado tres tipos de consultas:

a) Consulta a demanda: En ellas se atiende a todo niño que llega espontáneamente a consulta, y se realiza el habitual trabajo pediátrico que intenta recuperar la salud a todo niño enfermo que acude, resolviendo las diversas patologías que se presentan, usando los medios complementarios necesarios y, cuando se precisa, derivándolo a otros niveles asistenciales. Debería ser la puerta de entrada del niño al sistema sanitario.

b) Consulta Programada: En la que, generalmente de una manera protocolizada, se realiza una importante labor de detección de problemas, con el seguimiento del niño sano en sus diferentes tramos de edad. Esa protocolización genera un número de consultas que va a determinar el número de niños diarios a ver en esta consulta. Así, los protocolos del niño sano de 0 a 24 meses tienen establecidos entre 10 y 13 revisiones en este periodo. También se realiza en esta consulta el seguimiento del niño con patología crónica como asma, enuresis, obesidad, infecciones urinarias, etc.

c) Asistencia de Urgencia: Organizada de manera muy diversa y peculiar en las diferentes zonas, y con una clara carencia de pediatras en la misma. Uno de los retos actuales es organizar tanto el horario más adecuado, como la localización del servicio y, para ello, sin duda hace falta mayor número de pediatras.

2/ PEDIATRÍA PREVENTIVA

A realizar en diferentes momentos de la jornada laboral, desarrollando diferentes metodologías, incidiendo en la promoción de la salud y la educación sanitaria, con diversas actividades como la promoción de la lactancia materna, la detección neonatal de metabolopatías, desarrollo control y seguimiento de los programas de vacunaciones, la salud buco-dental, la prevención de accidentes o las Guías Anticipadas, todo ello recogido en una serie de protocolos y programas que se acreditan periódicamente.

3/ PEDIATRÍA SOCIAL:

Una de las actividades para las que está especialmente capacitado y sensibilizado el pediatra, considerada muy necesaria, pero que no está lo desarrollada que quisiéramos en la Pediatría de Atención Primaria, debido sobre todo a la falta de tiempo. En ella se actúa sobre problemas emergentes de la Pediatría

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



actual, como los hijos de los toxicómanos, los niños sometidos a malos tratos, los abusos sexuales, o las situaciones de desamparo y otros muchos problemas dependientes de las condiciones socioeconómicas de la zona, como la atención a los niños de inmigrantes.

4/ PEDIATRÍA FORMATIVA, DOCENTE E INVESTIGADORA

Aspecto cada día mas desarrollado, con una lenta pero imparable implantación y que es demandado con reiteración por parte de los Pediatras de Atención Primaria, todo ello consecuencia evidente de que la mayor parte de los jóvenes pediatras que terminan su formación MIR, van a ejercer su profesión en la Atención Primaria, y por lo tanto, esa formación no debe ser exclusivamente hospitalaria, sino que debe formarse también en las peculiaridades de la Pediatría de Atención Primaria.

Además de la realización de trabajos de investigación pediátrica extrahospitalaria, se intentan abarcar todos los aspectos docentes, tanto en el pregrado (formación pediátrica de los estudiantes de Medicina), en la formación del MIR de Pediatría y, lógicamente, en la formación continuada del propio pediatra.

Como ya hemos dicho, en lo que más se está insistiendo es en la formación del MIR de Pediatría en materia de Atención Primaria, pretendiendo que todos ellos roten obligatoriamente una parte de su periodo formativo por los Centros de Salud, como está establecido desde hace años en la Guía de Formación MIR. Son varios los Centros donde ya se realiza, pero es una petición unánime que se practique en todos los Centros y que pasen por ellos todos los MIR de Pediatría, pidiéndose para ello la acreditación de Unidades Docentes de Pediatría de Atención Primaria.

DISTRIBUCION DE LA JORNADA LABORAL:

Todas las actividades del pediatra de Atención Primaria las realiza en una jornada laboral de 7 horas, con una distribución del trabajo que va a depender mucho de la zona donde trabaja, del número de niños que tiene asignados, de las veces que esos niños acuden a consulta (Frecuentación) y con ello del número de consultas que tiene al día (Presión asistencial). De manera orientativa suele distribuirse del siguiente modo:

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



- De 3 a 3 y media horas, para Consulta a demanda.
- De 1 a 1 y media hora, para Consulta programada.
- Las 2 horas restantes, para las posibles visitas domiciliarias, así como la realización de programas sanitarios, formación, docencia, investigación, sesiones clínicas con el EAP o entre grupos pediátricos, la cada vez más frecuente labor de evaluación de resultados y control de calidad y el lógico descanso intermedio.

Pero no siempre puede desarrollarse este organigrama, pues en múltiples consultas pediátricas de Atención Primaria, el excesivo número de niños asignados a cada pediatra obliga a tener que dedicar demasiadas horas a la consulta a demanda que, sumadas a las forzosas consultas programadas (según el número de niños y lo que marcan los protocolos), ocupa todo el tiempo disponible y ello tiene algunas desagradables consecuencias y, sobre todo, el **deterioro de la calidad asistencial Pediátrica.**

IMPORTANCIA DE LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA PEDIATRICA:

La calidad de la asistencia sanitaria es un valor muy apreciado por los pacientes y por los profesionales de la sanidad. Los pacientes esperan la curación de su enfermedad o el alivio de los síntomas, pero los problemas derivados de una mala calidad pueden causarle daños irreparables. Los sanitarios desean hacer lo mejor posible por los pacientes y su ética les obliga a ofrecer la mayor calidad posible en su asistencia. Todo lo anterior hace que la calidad en la asistencia sanitaria se defina de forma específica y requiera una metodología de evaluación y mejora igualmente específica.

La Ley General de Sanidad asignaba a las Administraciones Publicas el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles (art. 18) y a la Administración Sanitaria la creación de los sistemas de evaluación de calidad, oídas las Sociedades Científicas sanitarias (art.69)

Aunque hay muchas y diversas definiciones de Calidad Asistencial, Saturno y cols. dicen: *"La calidad de la atención sanitaria consiste en la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario"*

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



Por ello, la calidad tiene varios e importantes componentes que hacen referencia a los profesionales, a los recursos y a los usuarios. El primero a considerar es el nivel profesional óptimo, es decir, es necesaria una clara competencia profesional, con la lógica capacidad científico-técnica. Sin embargo, en estos momentos nos encontramos con alguna Comunidad Autónoma en la que alrededor de un 20% de las plazas de Pediatría de Atención Primaria están ocupadas por médicos no especialistas en Pediatría.

Del mismo modo, es igualmente importante la estructura, es decir la ubicación y medios que se le ofrecen al pediatra para desarrollar su trabajo, que deben tener en cuenta las características del sujeto al que queremos ofrecer nuestra asistencia, es decir el niño que, por inaceptable que nos parezca a los pediatras, aún hay quien piensa que es un adulto en pequeño,

Otro de los componentes importantes es la satisfacción del usuario que se puede definir como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplan con las expectativas del cliente". Para conseguir que un profesional competente dé satisfacción al usuario, necesita ofrecer una asistencia de calidad y la primera necesidad que tiene es el tiempo suficiente para dedicar a cada consulta médica y ello, como es lógico, depende del número de consultas que realice en el periodo laboral establecido que, como es igualmente lógico, va a depender del número de niños asignados a cada pediatra.

Por ello, vamos a centrarnos en el número de TIS asignadas a cada pediatra, aunque debemos señalar que no en todos los Sistemas Públicos de Salud, los pediatras tienen asignados los niños a atender, por medio de TIS, por lo que en estos últimos sistemas es más difícil conocer el número de niños con posibilidad de ser atendidos por un pediatra y, consecuentemente, mucho más difícil evitar la asignación de un gran número de niños y con ello la masificación de la consulta.

La situación actual procede del R.D. 1575/1993 que regulaba la libre elección de médico en el INSALUD, donde el art. 7 establecía que el número óptimo de niños asignados a un Pediatra estará entre 1.250 y 1.500 y el art. 9 permitía que se pudiese rebasar en un 20%, es decir se podría llegar a los 1.800 niños asignados.

Sin embargo, ya en la Encuesta Nacional realizada en 1994 por la CESM y la Asociación Española de Pediatría (AEP), y a una pregunta de respuesta abierta, la gran mayoría de los pediatras contestaban que el número óptimo de niños por plaza debía ser de 1.000.

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA PEDIÁTRICA:

El número de 1.000 TIS por pediatra de A.P. no viene pedido por libre albedrío o por capricho, sino por la experiencia acumulada en estos últimos años y el cálculo reflexivo del pediatra, que ha demostrado la necesidad de mayor tiempo para la consulta infantil, por las peculiaridades del acto médico pediátrico, que debe tener en cuenta las características del niño y de su entorno y la complejidad de su exploración física.

Ya hemos resumido las distintas labores y funciones que debe realizar el Pediatra de Atención Primaria. Pues bien, las labores puramente asistenciales precisan de un tiempo amplio para su realización, consecuente con las características de ser un niño, la obligatoriedad de explorarlo en todas las consultas y las dificultades que pone para esa exploración, del hecho de tener que recoger los datos a un tercero, de la inseguridad y dudas que ese tercero tiene sobre el ser que tiene a su cuidado, de las reacciones no previsibles del niño, todo ello acrecentado por la cada vez más frecuente falta de colaboradores en la consulta pediátrica.

Pero es que siendo importante y necesaria la consulta a demanda, una de las funciones principales del pediatra de A.P. es la preventiva y la educativa, ya que con ella conseguimos la detección de problemas a lo largo de su desarrollo, para de esa forma evitar la aparición de patologías, discapacidades y minusvalías. Todo ello va a presentar peculiaridades muy diversas para la evaluación, según la etapa de desarrollo que estemos explorando y que están recogidas en los diversos programas y protocolos que están acreditados en todos los Centros de Atención Primaria, en los que igualmente está reflejado el tiempo que se necesita para su correcta realización.

Todo lo expuesto hace preciso un **tiempo mínimo para cada consulta**, que en aquella encuesta de 1.994 se pedía mayoritariamente fuera de 10-15 minutos para la consulta a demanda y para la consulta programada entre 15-20 minutos, aunque, teniendo en cuenta la experiencia de estos últimos años, con la masiva implantación de los Centros de Salud, y que se ha reflejado en los últimos Programas del Lactante, aprobados por diversas Gerencias, **el tiempo establecido para las distintas revisiones del lactante se calcula en 30 minutos**.

Del mismo modo, está ampliamente admitido que el tiempo total dedicado a consulta (demanda y programada), en el horario laboral diario, debe ser de 4 a 5 horas, ya que el resto del tiempo deberá dedicarse a las otras labores en el equipo,

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



como formación, investigación, educación, posible asistencia a domicilio y el necesario y lógico descanso intermedio.

Recopilando los datos recogidos, y si queremos que la consulta pediátrica de Atención Primaria tenga la necesaria calidad asistencial, que no sólo es lo que queremos los pediatras, sino que además es lo que pretendía la reforma de la AP en 1984, habrá que volver a racionalizar el número de TIS asignadas a los pediatras, y para ello los datos actuales nos llevan a pensar que en ningún caso debe llegar y por supuesto nunca superar las 1.000 TIS por Pediatra.

El número de consultas pediátricas previsibles por niño y año se puede calcular sumando las que tienen programadas los diferentes protocolos que sustentan la Cartera de Servicios, sobre todo durante los 2 primeros años (entre 10 y 13 según los programas) y el gran número de consultas en cuanto el niño comienza a ir a la guardería o colegio; pero también está perfectamente calculada en los datos de frecuentación que publican las diferentes Memorias de los Sistemas Públicos de Salud.

NECESIDADES INMEDIATAS PARA MEJORAR LA CALIDAD:

Aunque de forma variable según edades, situaciones geográficas, económicas y sociales, o epidemiológicas, la frecuentación de las consultas pediátricas suele estar alrededor de 6 consultas al año (6,47 según la memoria del INSALUD de 1999).

- 1.000 TIS por 6 consultas al año: serían 6.000 consultas al año.
- Entre 250 días de consulta al año: serían 24 consultas al día.

Pero vamos a realizar los cálculos con un supuesto algo menor de 21 consultas/día

- 15 consultas a demanda a 10-15 minutos, necesitarían de 2 h. 30´ a 3 h 45´.
- 6 consultas programadas a 15-20 minutos, necesitarían 1 h. 30´ a 2 h.
- Esto hace que 21 consultas (no las 24 previsibles con las 1000 TIS), con estos parámetros de tiempo, necesitarían entre 4 horas y 5 h. 45´ diarias de consulta.

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



Como vemos, haciendo los cálculos de tiempo dedicados a la consulta del niño, por debajo de lo que pedimos los pediatras, muy por debajo de lo establecido en los programas del lactante y con las teóricas consultas generadas por las 1.000 TIS, la situación a la que conduce el RD 1575/93 da lugar a una clara falta de tiempo disponible para consulta y, por tanto, está en contra de una Pediatría de Atención Primaria de calidad.

Aunque estamos hablando de medias estadísticas y desde luego admitiendo la gran variabilidad de circunstancias, podemos afirmar que los periodos de tiempo establecidos habría que situarlos habitualmente en los máximos pedidos en la encuesta de 1.994, de 15 minutos para las consultas a demanda y en el caso de las consultas programadas deberían estar entre los 20 a 30 minutos; de donde se deduce que con las 1.000 TIS por pediatra, se superan con facilidad el número de consultas diarias que serian deseables para ofrecer una calidad necesaria en las consultas de pediatría.

Sin embargo y pese a que las medias en algunas Areas de Salud pueden rondar las 1.000 TIS, son numerosos los Pediatras de Equipo que superan esa cifra, sin que por ello se creen nuevas plazas de Pediatra de EAP, incluso todo lo contrario, se está utilizando perversamente la figura del Pediatra de Area, para mal atender a dos poblaciones infantiles con un Pediatra de Area a tiempo parcial en alguna o en las dos zonas, en vez de dotarlas con dos Pediatras de Equipo.

Para nosotros no son válidas las soluciones que algunos autores dan para disminuir la frecuentación, consistentes en disminuir el número de consultas, disminuyendo la utilización de los servicios por parte de la población, para que no vaya a parar a la consulta médica todo aquello que pueda resolverse en otro sitio, si ello significa hacer una dejación de funciones que sean pediátricas. Elimínese todo lo administrativo, libérese de ello al pediatra, pero no aquello de lo que sea responsable el mismo pediatra, cuando lo realice otra persona.

Del mismo modo, valórese bien el termino "Accesibilidad". Estamos de acuerdo en facilitar el acceso a los servicios sanitarios, pero no se caiga en la incongruencia de que la Administración quiere por una parte dar esa lógica accesibilidad y por otra disminuir el número de consulta/profesional. No es lógico que por el hecho de tener un día de consulta en horario de tarde, ese día se multipliquen las consultas por 2 o por 3, sin otras circunstancias que lo justifiquen. O la falta de accesibilidad está impidiendo acudir a consulta cuando se necesita, o una mal entendida accesibilidad favorece las consultas innecesarias.

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



CONSECUENCIAS DE LAS LIMITACIONES DEL TIEMPO DE CONSULTA POR NIÑO:

Las consecuencias de lo que ocurre en las consultas que por circunstancias como la concentración de nacimientos en barrios periféricos, por la llegada de niños inmigrantes, o por cualquier otro motivo dé lugar a que las TIS reconocidas a un pediatra se acerquen a las 1.500, son claras; la presión asistencial origina masificaciones que desde luego dificultan la calidad asistencial, soportándose sólo por la dignidad y profesionalidad de los pediatras, aunque les impida la realización correcta de los programas, la formación, etc.

Podrían darse múltiples citas y autores expertos en Atención Primaria de Salud, que enfatizan sobre las consecuencias de disponer de poco tiempo para consulta, como la mayor frecuencia del "Síndrome de *burn-out*" entre esos profesionales, o la importancia que tiene para la satisfacción del paciente el tiempo que se le dedica, pero sí vamos a enumerar una serie de hechos comprobados y además consecuentemente lógicos:

- Mayor facilidad de cometer errores médicos, tanto por la prisa como por el cansancio.
- Escaso tiempo para registrar adecuadamente los datos recogidos y con ello aumentar las posibilidades de cometer errores, mayores posibilidades de tener problemas legales y, por supuesto, mayor dificultad para realizar trabajos de investigación, o los programas de evaluación.
- Son una traba en la relación paciente/médico, mayor aún en Pediatría por la existencia de una tercera persona (padres o cuidadores)
- Dificultad en el seguimiento de las patologías, que puede originar exceso de derivaciones hospitalarias o abuso y el mal uso de las urgencias.
- Insatisfacción generalizada y cansancio profesional.

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



MEDIDAS URGENTES PARA MEJORAR LA SITUACION:

La adecuación del número de TIS por pediatra no debe simplificarse en una reducción sin más, deberá enmarcarse en un conjunto de normas que supongan una adecuación de las condiciones laborales y profesionales que, incluso en la situación actual, ya son discriminatorias para los pediatras y que desde hace tiempo se vienen reivindicando, por lo cual se deberían acometer de una manera simultánea:

- Limitación del **número óptimo de TIS por pediatra entre 800 a 1.000**, variando en función de que se tengan más o menos niños menores de 3 años.
- Adecuación de los tramos de edad y su retribución correspondiente.
- Claridad de los listados de TIS, simultaneidad entre el momento en que el niño comienza a tener derecho a asistencia pediátrica y su correspondiente reflejo en la nómina, y conocimiento formal de ello por el Pediatra asignado.
- Corrección del decalaje existente con la ausencia de TIS en los primeros meses de edad, que además es cuando más consultas se demandan y más tiempo por consulta se consume.
- Extensión de la asignación y pago por TIS a todos los Sistemas de Salud, a la vez que una mínima homogeneidad de las condiciones profesionales-laborales en todos ellos, a través de una Carrera Profesional, consensuada en el Consejo Interterritorial.
- **Necesidad de mayor número de pediatras**, por lo que se deberá adecuar el número de plazas de formación en pediatría a las necesidades para dar esa asistencia pediátrica de calidad.

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



OTRAS NECESIDADES:

Hemos centrado este documento en una necesidad única y previa, por urgente: **“la adecuación del número de TIS asignadas a cada Pediatra de Atención Primaria”**, con la intención de priorizar algo que creemos fundamental y urgente de solucionar, pero no queremos dejar de señalar otra serie de necesidades que deberán ser tenidas en cuenta y que son igualmente importantes para conseguir que la Pediatría de Atención Primaria se consolide y sea realizada con las condiciones de calidad y satisfacción para la que los pediatras han sido formados.

- Lo primero de todo es consolidar y sin ninguna duda, la Pediatría de Atención Primaria allá donde el número de niños existentes lo hagan posible. **Toda Zona de Salud con al menos 600 niños debería tener una plaza de Pediatría de EAP**, con una definición clara del Pediatra de Equipo de Atención Primaria, encargado de la atención directa al niño, **y nunca como Pediatra Consultor**.

- Desarrollar la figura de Pediatra de Area como fue pedida, para acercar la Pediatría allá donde el número de niños sea muy inferior a un mínimo que posibilite la implantación de un Pediatra de Equipo, nunca más de 400-500 niños en la zona; y mejorar las condiciones socio-laborales y económicas de los actuales Pediatras de Area, así como dotarlas de enfermería.

- Realizar los cambios que sean precisos para que las estructuras y dotación de las consultas, permitan al pediatra realizar adecuadamente su trabajo (no siempre es así), o tener fácil acceso a los estudios complementarios (restringidos en muchas Áreas de Salud), o que se reglamente adecuadamente la necesaria interconexión con el hospital, y por supuesto que no se restrinjan tratamientos que se pueden realizar perfectamente desde la Pediatría de Atención Primaria.

- Consolidar los aspectos docentes y formativos de la Pediatría de Atención Primaria, sobre todo en la formación del residente de pediatría, cuyo conocimiento de la atención primaria es imprescindible para considerar totalmente formado al futuro pediatra y, para ello, se deben acreditar bien a los centros o bien a los pediatras.

- Facilitar el acceso a las plazas de los especialistas en Pediatría, que son los adecuadamente (y legalmente) formados para el desarrollo de esta atención al niño,

GRUPO DE CONSENSO DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



y ello hace necesario los concursos tanto de oposición como de traslado, de una manera más frecuente y reglamentada que hasta ahora.

- Evaluar la extensión de la Pediatría a la edad que define el Programa de formación MIR, es decir hasta el final de la adolescencia, y desde luego de manera obligatoria e inmediata a los 14 años, pues no deja de sorprendernos manifestaciones recientes que ponen en boca del Consejo Interterritorial "la elevación de la edad pediátrica a los 14 años no ha pasado de ser una mera declaración de intenciones en España".

BIBLIOGRAFÍA:

1. Decreto 3160/1966 de 23 de diciembre. Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social.
2. RD 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud.
3. RD1575/1993 10 septiembre por el que se regula la libre elección de medico en los Servicios de Atención Primaria del INSALUD.
4. Vuori H: *Introducir el control de calidad. Un ejercicio de audacia. Control de calidad Asistencial* 1988, 3: 153-8.
5. Saturno PJ: *La definición de calidad de la atención. En Marquet R.(ed): garantía de calidad en Atención Primaria. IV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, Córdoba 1991.*
6. Resultado del cuestionario enviado a los Pediatras Españoles. Asociación Española de Pediatría / Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Octubre de 1994.
7. Memoria del INSALUD de 1.999.
8. *Tratado de Pediatría*, M. Cruz 7º edición Espaxs S.A. 1994.
9. *La consulta 10*, J. Casajuana i Brunet. Jano Vol. LX, Nº 1.386, pág. 18-19.
10. *Mejora de la calidad en Atención Primaria*. M Santos Ichaso. Jano Vol LX Nº 1.386 pág 20-21.
11. Programa del Lactante. 2.001, Gerencia de Atención Primaria del INSALUD de Salamanca.
12. Cartera de Servicios del INSALUD, 2.000.
13. Martín Zurro A. *Organización de las actividades en Atención Primaria*. 4º Edición.
14. Borrel i Carrio F. La guerra de las agendas, Jano 5-11 noviembre 1.999 Vol LVII nº 1318
15. El medico interactivo, nº. 572; 06-jul-01.
16. Modelo de calidad total del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Junio 2.001
17. Guía de formación del Ministerio de Sanidad y Consumo, Pediatría y sus Areas especificas; 1996.
18. Informe de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, acerca de la masificación y el aumento de presión asistencial que sufren los médicos de Atención Primaria. Madrid 1-2 de junio de 2.001.