

Más sombras que luces, en las propuestas del Departamento y Osakidetza para la Pediatría de Atención Primaria

Argiak baina gehiago, itzalak: osasun sailaren eta Osakidetzaaren proposamenak lehen mailako arretako pediatriarentzako

P. Gorrotxategi¹, R. García Pérez², M. Letona Luque³, A. Cámara Otegi³, M. Ruiz del Castaño Unceta-Barrenechea¹, J. Calzada Barrena⁴, J. Korta Murua⁴

¹C. Salud Pasaia San Pedro. Pasaia. Gipuzkoa. ²C. Salud Txurdinaga. Bilbao. Bizkaia. ³Hospital Universitario Donostia. Gipuzkoa. ⁴Sociedad Vasco Navarra de Pediatría/Euskal Herriko Pediatría Elkarte

LABURPENA

Sarrera: Osasun Sailak eta Osakidetza lehen mailako arretaren hobekuntzarako zenbait proposamen egin dituzte. Proposamen hauek zazpi lerro estrategikotan antolatzen dira, eta horietako bakoitzaren inguruan xehetasun batzuk finkatzen dituzte. Lan honen helburua proposamen hoietako bakoitzaren abantaila eta desabantailak aztertzea da.

Proposamenen balorazioa: honetarako lerro estrategiko bakoitza banan-banan aztertu ordez, proposamenen mamia eta edukia aztertu dugu, ondorengo alderdiak kontuan izanik: erizaintza pediatrikoaren baliabideak; lehen mailako pediatrian lanean diharduten pediatrian espezializatuak ez diren medikuen egoera; titulazioa jaso berri duten pediatrien lan aukerak; lehen mailako pediatrik ospitalean egiten dituzten guardiak; pediatrien taldekatzea zenbait osasun-zentrotan; ordu- multzokaketa; ordezkatzen ez diren absentsientzari konpentsazioa eta tamaina handiagoko kupoen sorrera.

Gure ustez, ez da batere positiboa lehen mailako pediatrian lanean diharduten pediatrian espezializatuak ez diren medikuen denbora luzeko kontratazioak, zenbait guneetan pediatrik taldekatzeari ezezkia eta gehiegizko lana ez konpentsatzea. Era berean, pediatrian espezializatutako erizain gehiago beharko liritekeela uste dugu. Bestalde, ospitalean guardiak egitea ia ezinezkoa da, izan ere, profesionalen legezkoak diren deskantsu orduak izateko eskubidea dute. Ordu-multzokaketa zenbait momentu puntualetan planteatu daitekeen zerbait da, nahiz eta honek ez duen arazoa konpontzen.

Ondorioak: egiten diren zortzi proposamenetatik hiru nahiko mesedegarriak dira. Gainontzeko bost proposamenak lehen mailako arretarentzako kaltegarriak direla deritzogu.

Gako-hitzak: Lehen mailako arreta; Osasungo antolaketa; Pediatriako arreta.

puestas que plantea están organizadas en siete líneas estratégicas sobre las que ofrecen unas alternativas concretas. El objetivo del presente trabajo es analizar las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas desde el ámbito de la Atención Primaria

Valoración de las propuestas: Para realizar el análisis, en lugar de analizar una por una las líneas estratégicas, hemos extraído el contenido de las mismas que incluye los siguientes aspectos: recursos de enfermería pediátrica, situación de los médicos no especialistas en Pediatría que desempeñan plazas de Pediatría de Atención Primaria, salidas laborales de los pediatras recién titulados, realización de guardias hospitalarias por los pediatras de Atención Primaria, agrupación de pediatras en determinados centros, concentración horaria, compensación por ausencia no sustituida y generación de cupos de mayor tamaño.

No consideramos positivas la contratación prolongada de “no especialistas de Pediatría” en plazas de Pediatría de Atención Primaria, la negativa a la agrupación de pediatras en áreas urbanas y la no compensación por el exceso de trabajo. Se precisaría un mayor número de plazas de enfermería pediátrica, (casi inexistente en este momento). La propuesta de realización de guardias se ve casi impedida por los descansos legales de los profesionales. La concentración horaria se valora solo para momentos puntuales lo que no soluciona el problema.

Conclusiones: Tres de las ocho propuestas realizadas son moderadamente favorables y las otras cinco creemos que son perjudiciales para la Pediatría de Atención Primaria.

Palabras clave: Atención Pediátrica; Organización sanitaria; Atención primaria

INTRODUCCIÓN

Las propuestas del Departamento de Sanidad y de Osakidetza para la mejora de la Atención Primaria⁽¹⁾ arrojan más sombras que luces en lo que respecta a la Pediatría.

Referido al ámbito que nos ocupa, en el documento denominado “Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi”, se analizan, entre otros, los siguientes elementos:

RESUMEN

Introducción: El Departamento de Sanidad y Osakidetza han planteado un documento base, “Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi”, con el fin de promover la mejora de la atención en ese ámbito asistencia. Las pro-

TABLA I. OFERTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO.

Provincia	Unidad Docente	Dispositivos hospitalarios	Dispositivos Atención Primaria	Especialidad	Plazas acred.	Oferta		
						Enf.	Med.	
Bizkaia	UDM Pediatría del H. Universitario Cruces 480601	H. Universitario Cruces	CS Arrigorriaga	Pediatría y Áreas específicas	10		10	
			CS Erandio	Enfermería pediátrica	8	6		
			CS Gernika					
			CS San Vicente (Barakaldo)					
			CS Zaballa (Barakaldo)					
			CS Zelaieta Abadiño					
			UAP Buenavista					
			UAP Kabiezes					
			UAP Mamariga					
			UAP Repelega (Portugalete)					
Total País Vasco					18		16	

1. Los recursos de enfermería pediátrica.
2. Situación de los médicos no especialistas en Pediatría que desempeñan plazas de Pediatría de Atención Primaria.
3. Salidas laborales de los pediatras recién titulados.
4. Realización de guardias hospitalarias por los pediatras de Atención Primaria.
5. Agrupación de pediatras en determinados centros.
6. Concentración horaria.
7. Compensación por ausencia no sustituida.
8. Generación de cupos de mayor tamaño.

Analizaremos, punto por punto, las propuestas del Departamento de Sanidad, las de los pediatras de Atención Primaria y las respuestas dadas en algunas otras comunidades autónomas.

VALORACIÓN DE LAS PROPUESTAS

1. Aumento de los recursos y desarrollo de la consulta de enfermería pediátrica⁽¹⁾

Se propone que la atención pediátrica en Atención Primaria cuente con un apoyo progresivo de la enfermería pediátrica en el Programa de Salud Infantil (PSI)⁽¹⁾ (no "programa del niño sano" como figura en el documento). El PSI consiste en una serie de actividades de

promoción de la salud que pueden realizar las enfermeras pediátricas, y otras de cribado para el diagnóstico precoz de diversas enfermedades que lo debe realizar el pediatra. Es complicado que enfermería pueda o deba asumir las funciones que se estipulan para el pediatra en el PSI, incluso las especialistas en pediátrica. Habiendo 339⁽³⁾ pediatras en AP y teniendo en cuenta que este año se van a formar 6 enfermeras pediátricas⁽⁴⁾ (Tabla I). Considerando que se necesitan también para la Pediatría hospitalaria, el número de años necesarios para cubrir lo que se pretende en Atención Primaria será enorme. Más aún si tenemos en cuenta el déficit existente de enfermería pediátrica en nuestra comunidad⁽⁵⁾.

2. Situación de los médicos no especialistas en Pediatría que desempeñan su labor en plazas de Pediatría de Atención Primaria⁽¹⁾

Dos son los aspectos principales a comentar a este respecto: el número de plazas de Pediatría de Atención Primaria (PAP) ocupadas por médicos no especialistas en Pediatría (MNEP) y las características de su vinculación laboral.

En relación al número de MNEP que desempeñan su labor en plazas de PAP, en el documento se dice que su número se ha mantenido estable en los últimos años. Sin embar-

go, ello no es cierto. Estudios realizados por la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria (AVPap) y la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría (SVNP/EHPE) han constatado que en los últimos 10 años el número de MNEP en plazas de PAP casi se ha duplicado en el conjunto de la CAPV y en el territorio de Bizkaia, como puede verse en la figura 1.

El porcentaje de MNEP es un 15,2%. Su situación con respecto al resto del Estado⁽⁶⁾, se sitúa en una franja intermedia baja (la media es 25,1%) aunque en Araba, donde el problema es mucho mayor, llega al 26,8%, siendo más acuciante en la ciudad de Vitoria-Gasteiz como veremos más adelante.

Desconociendo las fuentes o la metodología utilizada por el Departamento y Osakidetza, los datos que hemos recogido las dos asociaciones pediátricas (AVPap y SVNP) muestran que la cifra, lejos de mantenerse estable, ha sufrido un aumento progresivo.

El segundo problema y quizás más importante es la propuesta de "Contratación del médico no especialista en Pediatría [denominados en el informe como médico de familia] con "asignación permanente a la asistencia al cupo pediátrico".

Es confuso lo que se quiere decir con esta frase, pero "asignación", significa fijar tareas o funciones a alguien, en este caso, la aten-

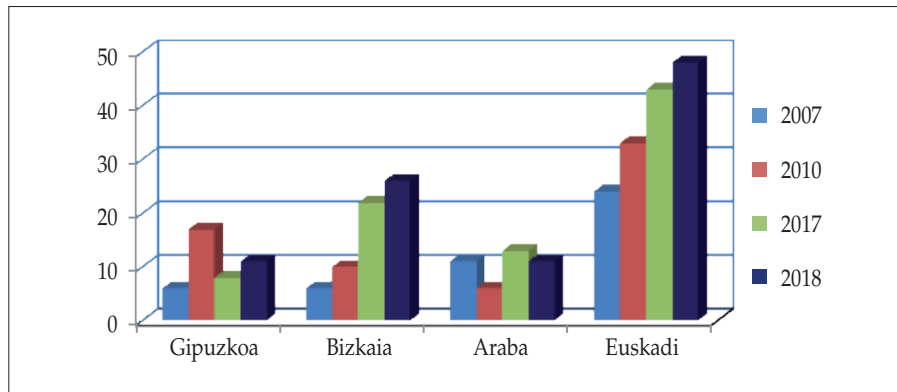


Figura 1. Plazas de Pediatría E.A.P. ocupadas por médicos no especialistas en Pediatría. [Fuente de los datos: de 2007, 2010 y 2017 (AVPap) y 2018 (SVNP)].

ción pediátrica; y “permanente” significa “sin limitación de tiempo”, lo que puede ser ilegal.

Un requisito para tener una “asignación permanente a la asistencia al cupo pediátrico” es estar en posesión del título de Pediatría. Título que poseen los residentes que finalizan su periodo de formación en Pediatría y sus áreas específicas y no los MNEP. Es por eso que legalmente, los pediatras pueden desplazar a los MNEP de las plazas que ocupan, situación que no siempre es admitida por las gerencias correspondientes. Y hay que recordar que para desempeñar las plazas de pediatra de EAP un requisito es estar en posesión del título de pediatra. En las bases específicas de acceso a las plazas de pediatra de EAP⁽⁷⁾, se señala que los aspirantes deberán estar en posesión de la titulación de Licenciado/a en Medicina y Cirugía, así como la de especialista en Pediatría, y la ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en su artículo 4 dice: “el ejercicio de una profesión sanitaria, por cuenta propia o ajena, requerirá la posesión del correspondiente título oficial que habilite expresamente para ello”⁽⁸⁾.

Por lo tanto, este punto, creemos que no se ajusta a la legalidad vigente y que no se puede impedir que los pediatras recién titulados desplacen a los MNEP, que no cumplen con los requisitos de acceso para las plazas de Pediatría de Atención Primaria.

En el borrador de acuerdo de la Comunidad de Madrid, indica que “se ofrecerá a los MNEP las vacantes resultantes tras procesos de OPE y traslado, a recolocación de forma

provisional hasta nueva adjudicación a pediatras en OPEs, traslados o movilidad”⁽⁹⁾. Dice claramente “de forma provisional”, no como en la propuesta vasca que dice “asignación permanente a la asistencia al cupo pediátrico”, lo que nos parece intolerable.

3. Destino laboral de los especialistas recién titulados⁽¹⁾

El documento propone dirigir a los nuevos pediatras a las plazas de Atención Primaria vacantes.

El destino laboral de los especialistas en Pediatría debe basarse en una reorganización global de la asistencia pediátrica, que evalúe las necesidades y las ofertas de trabajo. Este punto estaba en 2011, dentro del proyecto Umeak-Zainduz en el que participaron Osakidetza y la AVPap⁽¹⁰⁾. El cuarto punto del proyecto era la redistribución de recursos. Su objetivo era buscar la mejora de la asistencia infantil y de las condiciones de trabajo de los pediatras de AP, pero en el diálogo con Osakidetza nunca se llegó a tratar y sigue siendo una asignatura pendiente siete años después.

Esta propuesta, que en principio podría ser positiva cierra la puerta del hospital a todos los nuevos pediatras.

No se deben tomar propuestas extremas ni coyunturales, creemos que se debería analizar la capacidad de resolución de problemas de hospitales comarcales y terciarios para reorganizar a los profesionales en función de las necesidades sanitarias. No cerrar la puerta a los nuevos residentes al hospital. Ni es ade-

cuado que la mayoría de los residentes que terminan la formación sean “absorbidos” por el hospital, ni que se les “niegue” la posibilidad de quedarse en él.

Según el estudio realizado por la AVPap⁽¹¹⁾, entre los años 2014 y 2017 el 47% de los residentes han iniciado su vida laboral en Atención Primaria, el 27% en unidades de hospitalización, el 16% realizando guardias o en urgencias y un 10% continuando su periodo de formación en otras áreas o subespecialidades. Dado que el 60% de las plazas de Pediatría están en Atención Primaria y teniendo en cuenta el déficit existente, considerábamos razonable que el 70% de los nuevos pediatras se incorporasen a AP y un 30% a la Pediatría hospitalaria, cálculo bastante alejado de la drástica y desproporcionada medida que propone el departamento de Sanidad.

Sin embargo, hoy por hoy, esta medida de “dirigir” más MIRes hacia la Atención Primaria resulta del todo insuficiente para cubrir las necesidades actuales y futuras por lo que es absolutamente necesario un aumento del número de MIR en formación. Entre la oferta de formación MIR de Pediatría realizada en 2018 y la ofertada para 2019, el aumento en el global a nivel estatal ha sido de un 2,36%. El incremento mayor se da en Andalucía (6%), seguida de Madrid (3,5%) y Cataluña (3%). En el País Vasco se mantiene el mismo número de MIR, mientras que en el Medicina de Familia aumenta al 13% (segunda autonomía con mayor aumento de oferta de plazas), cuando la media del Estado es 5,75%^(12,13). (Fig. 2)

El problema no es sencillo de resolver ya que en muchas ocasiones la capacidad docente de los servicios de Pediatría hospitalarios ha tocado techo. Así lo señalaba recientemente el Presidente de la SVNP, Javier Korta Murua⁽¹⁴⁾. Las soluciones serán diversas, pero una de ellas podría pasar por el aumentar del periodo de rotación por Atención Primaria La legislación actual⁽¹⁵⁾ establece un periodo de rotación obligatorio mínimo de tres meses por Atención Primaria. Un incremento de 3 meses más de rotación podría ser una medida razonable. Aumentaría la posibilidad de oferta de pediatras (hasta 2-3 en Euskadi) y contribuiría a motivar a los pediatras en formación hacia la

Atención Primaria. Por otra parte, convendría explorar las posibilidades de ampliar algunos aspectos de la formación docente a los hospitales comarcales en Gipuzkoa. Puede ser una oportunidad para descongestionar a los hospitales terciarios y favorecer así la ampliación de la oferta docente.

4. Realización de guardias hospitalarias de los pediatras de Atención Primaria⁽¹⁾

En el documento se recomienda facilitar a los pediatras de Atención Primaria que lo deseen la posibilidad de hacer guardias hospitalarias. Obviamente, adaptando su agenda/ calendario de guardias a las necesidades asistenciales de la Atención Primaria.

Esta propuesta tiene, al menos, dos consecuencias. La primera de ellas tiene que ver con las limitaciones que de acuerdo con los descansos establecidos tienen los pediatras de AP para poder realizar guardias hospitalarias.

Según los períodos de descanso que se recogen en el artículo 31 del “Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud”⁽¹⁶⁾. El personal tendrá derecho a un período mínimo de descanso ininterrumpido con una duración de veinticuatro horas semanales, período que se incrementará con el mínimo de descanso diario entre jornadas de doce horas. Según esa normativa, la posibilidad de refuerzos entre semana variaría entre 4 y 5 horas, y en los fines de semana solo sería legal realizar guardias los viernes. (Tabla II)

La segunda, y más importante, el hecho de que se diga que las guardias sean voluntarias va en contra de la obligatoriedad, que algunas OSIs han impuesto a los PAP que accedían a un puesto de trabajo en ellas. Situación ilegal, que la AVPap ha denunciado en múltiples ocasiones⁽¹⁷⁾.

5. Agrupación de pediatras en determinados centros

Una de las propuestas de los pediatras de Atención Primaria, tanto en Euskadi⁽¹⁸⁾ como a nivel de todo el Estado⁽¹⁹⁾, ha sido evitar la atomización, promoviendo la concentración de pediatras en centros más grandes. Osakidetza y el Departamento de Sanidad se oponen

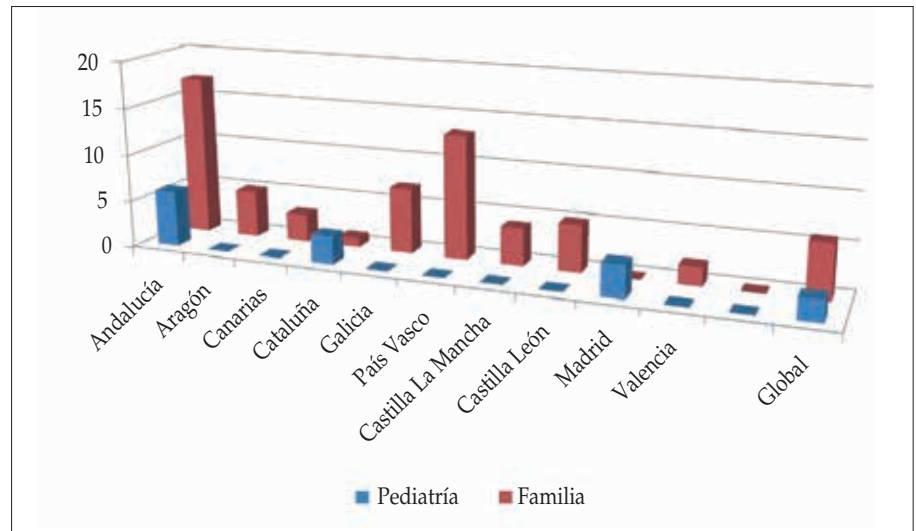


Figura 2. Comparativo del porcentaje de aumento de la oferta MIR: 2018-2019.

TABLA II. POSIBILIDAD DE REALIZACIÓN DE GUARDIAS HOSPITALARIAS DE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Horario de Atención Primaria	Posibilidad de refuerzos entre semana	Posibilidad de guardias en fin de semana
8-15	15-20 (5 horas)	Solo viernes
10-17	17-22 (5 horas)	Solo viernes
13-20	20-24 (4 horas)	Solo viernes

a este planteamiento argumentando que “la disminución de los puntos de atención pediátrica... supondría establecer una desigualdad en el acceso sobre todo en las zonas rurales y periféricas, por lo que creen que no deben desplegarse movimientos de concentración asistencial”⁽¹⁾.

La propuesta de las organizaciones pediátricas es “Reorganización del lugar de atención realizando concentración de pediatras en centros mayores, con lo que se mejora, la posibilidad de autosustitución y se favorece la formación, docencia e investigación aunque implique algún pequeño desplazamiento de los usuarios”. Se refiere fundamentalmente a los grandes núcleos de población, como, por ejemplo, la propuesta realizada en Vitoria-Gasteiz: “La reorganización de los recursos pasa por concentrar todas las consultas de Pediatría de Vitoria en seis de los quince centros de salud. Los pediatras creen que es la mejor manera de paliar a corto plazo esta

situación y asegurar la calidad asistencial”⁽²⁰⁾. Y continúan: “Prácticamente la mitad de los centros de salud de Vitoria-Gasteiz cuentan con uno o dos pediatras o médicos de familia con experiencia en Pediatría y en este contexto las bajas en algunos centros de salud no garantizan que esos niños puedan ser atendidos por pediatras⁽²¹⁾. Eso no tiene nada que ver con lo que dice Osakidetza. No se propone concentrar la atención pediátrica para privar a las zonas rurales de pediatras sino concentrar en las zonas urbanas en las que a poca distancia hay varios ambulatorios; e igualmente en las zonas rurales atender en el centro de salud que tenga más medios auxiliares y mayor dotación de enfermería pediátrica para que la atención de los niños sea mejor.

6. Concentración horaria

Una propuesta de los pediatras, unida a la anterior, es la concentración horaria, preferentemente en horario de 8 a 15 horas. El

Departamento y Osakidetza sí son favorables a esa concentración. Dice: "En vacaciones y ausencias prolongadas, es preferible modificar y concentrar los horarios de atención que la disminución de puntos de atención pediátrica"⁽¹⁾. En alguna comunidad como la madrileña se están planteando que esa modificación de horarios sea permanente y no solo no en momentos puntuales, proponen además la desaparición progresiva de las plazas de tardes que se convertirían en 3 mañanas y dos días de 11 a 18, de forma que el horario de atención pediátrica finalizara a las 18 horas. De esta forma, las nuevas plazas con pediatra único deberían ser de 11 a 18 y no de tardes como se está haciendo en la actualidad"⁽⁹⁾.

7. Compensación por la sustitución del compañero

Hasta mayo de 2012, el exceso de trabajo que implica la sustitución de los compañeros se compensaba económicamente con un complemento denominado "ampliagenda" (5 € por cada niño atendido fuera del propio cupo), pero a partir de entonces se dejó de abonar. La AVPap realizó una protesta pública por la eliminación de dicho complemento⁽²²⁾. La AVPap y el Sindicato Médico de Euskadi enviaron una carta al Director General de Osakidetza en la que se le indicaba que nuestro propósito era que se sustituyeran todos los pediatras ausentes, pero en el caso de que esta sustitución no fuese posible se debería aplicar la Instrucción que iban a eliminar, solicitando la paralización de la medida comentada y la inmediata apertura de negociaciones, sin obtener ninguna respuesta desde Osakidetza.

En algunas comunidades, como la cántabra, se ha puesto en marcha recientemente un sistema similar al que hubo en Euskadi. En el acuerdo entre sindicatos y el Servicio Cántabro de Salud, se acuerda abonar un módulo de 80 euros por día y profesional ausente a reparar entre todos los profesionales que asuman la sobrecarga, en su propio horario, desde el primer día de ausencia⁽²³⁾.

En el momento actual, si se atiende a niños pertenecientes al cupo de un compañero no hay ningún tipo de compensación económica, lo que supone una discriminación del pediatra

TABLA III. PONDERACIÓN DEL EXCESO DE CARGAS DE TRABAJO.

A partir del 31-12-2009	% CAV	Personas	Ponderación	URCTs
De 0 a 2 años	24,06%	192	3	577
De 3 a 6 años	29,26%	234	2	468
De 7 a 13 años	46,68%	373	1	373
Total	100%	800	-	1.419

TABLA IV. LUCES Y LAS SOMBRAS RESULTADO DEL ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DEL DEPARTAMENTO Y DE OSAKIDETZA.

Propuesta	
1. Los recursos de enfermería pediátrica.	Luz/Media
2. Médicos no especialistas que ocupan plazas de Pediatría	Sombra
3. Salidas laborales de los pediatras recién titulados	Sombra
4. Guardias hospitalarias por los pediatras de Atención Primaria	Luz/Media
5. Agrupación de pediatras en determinados centros	Sombra
6. Concentración horaria	Luz/Media
7. Compensación por ausencia no sustituida	Sombra
8. Generación de cupos de mayor tamaño	Sombra
Total: 3 Medioluces y 5 Sombras	

que asume la asistencia a los pacientes de un compañero en su horario laboral. Porque un pediatra con un cupo de 1.400 cobra un exceso de cupo de lo que supera las 800 TISEs, según el acuerdo de condiciones de trabajo⁽²⁴⁾, mientras que un pediatra que tiene 700 TISEs y ve los niños de su compañero, otras 700 TISEs, no cobre ningún suplemento, lo que hace que a igual trabajo haya diferente remuneración lo que debería ser ilegal. (Tabla III)

La cantidad a abonar es 2 € por TIS o URTC de exceso, por lo que supondría: $1.400 - 800 = 500 \times 2 = 1.000$ € al mes que deja de cobrar el pediatra que sustituye a un compañero y que se hace cargo de la atención a los dos cupos pediátricos.

Lo que ofrece Osakidetza para paliar el exceso de demanda y la imposibilidad, en ocasiones, de ver adecuadamente a los niños es una prolongación del horario de atención de dos horas, que en ese caso son remuneradas, aunque supone un trabajo continuado de nueve horas para el profesional. Además, para poder acceder a esta modalidad^(25,26) es necesario que el profesional atienda en su horario

habitual una media de 30-35 pacientes, con la repercusión física y psíquica que ello supone.

8. Generación de cupos de mayor tamaño

Se propone la generación de cupos de mayor tamaño con el aumento retributivo correspondiente⁽¹⁾. Desde 2009 se ha llegado al acuerdo que los cupos pediátricos deberían ser de 800 niños, y consideramos que no se deben aumentar los cupos de ese número, ni siquiera con la compensación económica referida.

CONCLUSIONES

Se pueden ver, en la Tabla IV, las luces y las sombras resultado del análisis de las propuestas del Departamento y de Osakidetza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia para la atención primaria en Euskadi. Disponible en: <https://osalde.org/wp-content/uploads/2017/02/Atenci%C3%B3n-primaria-documento-base.pdf>

2. Programa de salud Infantil. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil> [consultado el 10/09/2018].
3. Portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/publicoSNS/comun/Informe.aspx?IdNodo=23508> [consultado el 10/09/2018].
4. Orden SCB/947/2018, de 7 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2018 para el acceso en el año 2019, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-12537 [consultado el 10/09/2018].
5. Sánchez Pina C, Palomino Urda N, de Frutos Gallego E, Valdivia Jiménez C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Miranda Berrioategortua I, et al. "Puntos negros" de la asistencia a la población infantojuvenil en Atención Primaria en España (primera parte). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13: 15-31.
6. Gorrotxategi Gorrotxategi P, García Vera C, Graffigna Lojendio A, Sánchez Pina C, Palomino Urda N, Rodríguez Fernández-Oliva CR, et al. Situación de la Pediatría en España en 2018. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018; 20: e89-e104.
7. RESOLUCIÓN 110/2018, de 7 de febrero, de la Directora 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. BOPV 15-2-2018. [en línea] [consultado el 10/09/2018]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2018/02/1800848a.pdf>
8. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340> [consultado el 10/09/2018].
9. Atención pediátrica de atención primaria. Propuestas de mejora en el modelo de atención en la Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://semap.org/wp-content/uploads/2018/04/Pediatría-documento-mejora.pdf> [consultado el 10/09/2018].
10. Noticias de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria (AVPap). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13: 33-53. Disponible en: <https://pap.es/articulo/11534/noticias-de-la-asociacion-vasca-de-pediatria-de-atencion-primaria-avpap> [consultado el 10/09/2018].
11. Cámara Otegi A, Gorrotxategi Gorrotxategi P, García Pérez R, Lizarraga Azparren MA, García Ulazia G, Lasa Aranzasti A. ¿A dónde van los residentes de Euskadi cuando terminan su periodo de formación? *Bol S Vasco-Nav Pediatr*. 2017; 49: 12-6.
12. Orden SSI/876/2017, de 12 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2017 para el acceso en el año 2018, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2017/09/15/pdfs/BOE-A-2017-10580.pdf> [consultado el 10/09/2018].
13. Oferta MIR: 6.797 plazas para 2019, un 4,4% más que el año pasado. *Diario Médico*. 5-9-2018. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/profesion/oferta-mir-6-797-plazas-para-2019.html#g=1&slide=1> [consultado el 10/09/2018].
14. Marín I. Los pediatras alertan de la escasez de plazas en la atención primaria y piden más estabilidad. *El Diario Vasco*. 10-10-2018. Disponible en: <https://www.diariovasco.com/sociedad/pediatras-alertan-dianacional-20181010002623-ntvo.html>
15. Decretos y Regulaciones Oficiales que desde 1978 apoyan la necesidad de la rotación por atención primaria. Disponible en: http://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/carta_cne_pediatria.pdf [consultado el 10/09/2018].
16. Decreto 235/2007, de 18 de diciembre, por el que se aprueba el Acuerdo regulador de las condiciones de trabajo del personal de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, para los años 2007, 2008 y 2009. BOPV N° 250- Lunes 31 de diciembre de 2007 30991.
17. Asamblea de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. 2 de febrero de 2016. Oferta Pública De Empleo (Ope) 2015: La Asamblea de la AVPap ratifica el documento contrario a la "Obligatoriedad de la realización de Guardias Hospitalarias" en las plazas de Pediatría de Atención Primaria. Disponible en: <http://Www.Avpap.Org/Documentos/Ope2015.Pdf>
18. Análisis de la situación 2010 y propuestas de solución. Informe elaborado por la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. Octubre 2010. Disponible en: <http://www.avpap.org/gtprofesional/situacion2010.htm>
19. Ruiz Canela J, Morell Bernabé JJ. Un modelo de atención infantojuvenil. *Form Act Aten Prim*. 2009; 2: 181-2.
20. Cancho R. Los pediatras proponen concentrar sus consultas en seis Centros de Salud de Vitoria. *El Correo* 10-3-2017, p.2. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/Consejeria/elcorreo1.pdf> [consultado el 10/09/2018].
21. Comunicado de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria (AVPap) de Álava sobre la situación de la Pediatría de Atención Primaria en Vitoria-Gasteiz. Marzo de 2017. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/Consejeria/Comunicado2017.pdf> [consultado el 10/09/2018].
22. Supresión del pago por atender a niños de otro pediatra en Osakidetza. Noticias de la Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria (AVPap). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012; 14(54).
23. Acuerdo de salida de la huelga en el ámbito de Pediatría del Servicio Cántabro de Salud. 27-11-2017. Disponible en: http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/11/Doc_salida_huelga.pdf [consultado el 10/09/2018].
24. Acuerdo de condiciones laborales en Osakidetza. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/relaciones_laborales/es_rl/adjuntos/acuerdo.pdf [consultado el 10/09/2018].
25. Instrucción N°5/2018, de la Directora General de Osakidetza por la que se determinan los criterios de aplicación del Complemento de productividad para el personal que presta sus servicios en Unidades Asistenciales de Osakidetza Integradas en Programas de Gestión de Contratación Interna con recursos propios, en los distintos ámbitos asistenciales de Osakidetza.
26. Instrucción N°5/2017. Aplicación del Complemento de Productividad al personal Facultativo de Atención Primaria Por la participación en el Programa de mejora de gestión. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_normativa/es_def/adjuntos/d2017/5_2017DG_es.pdf [consultado el 10/09/2018].