

---

# La situación de la Pediatría de Atención Primaria en Cataluña

M. Enrubia Iglesias  
CS Sants ICS. Barcelona. España.

---

## Resumen

**Objetivo:** exponer las características de la Pediatría de Atención Primaria de Cataluña. La Societat Catalana de Pediatría (SCP) representa a los pediatras de Cataluña, los pediatras de Atención Primaria (AP) estamos asociados también en la Secció d'Atenció Primària de la SCP (SAP-SCP). Existe un modelo sanitario mixto que integra los recursos sanitarios en una sola red de utilización pública independientemente de su titularidad. Los pediatras de AP atendemos directamente a la población infantojuvenil con el apoyo de personal de Enfermería. Se describen los aspectos asistenciales, docentes, laborales y organizativos. Desde el punto de vista organizativo, se expone el momento de cambio en la Pediatría a la luz del Plan Estratégico de Ordenación de la Atención de Pediatría en la Atención Primaria y el Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria. Los planes apuestan por una Pediatría de Atención Primaria: proponen la creación de equipos de Pediatría territoriales donde el responsable de la atención al niño y adolescente hasta los 14 años es el pediatra; la Enfermería también tendrá un papel relevante en el proceso de atención al niño; el médico de familia podrá dar soporte al pediatra cuando sea necesario; enfocan hacia un continuo asistencial entre la Pediatría de Atención Primaria y la hospitalaria. Existen experiencias de equipos de Pediatría territoriales que han mejorado claramente la atención prestada así como la satisfacción de los profesionales. La SAP-SCP aboga por la implantación, en un plazo corto, de equipos de Pediatría de Atención Primaria territoriales en toda Cataluña.

**Palabras clave:** Atención Primaria de salud. Pediatría. Organización y administración. Servicios de salud infantiles.

## The situation of Primary Care Pediatrics in Catalonia

### Abstract

**Objective:** Objective: to expose the characteristic of Primary Care Pediatrics in Catalonia. The Catalanian Pediatrics Society (SCP) represents the pediatricians of Catalonia, the pediatricians of primary care are also associated in the Secció d'Atenció Primària of the SCP (SAP-SCP). There exists a mixed sanitary model that integrates the sanitary resources in an only network of public utilisation independently of its titularity. The pediatricians of primary care attend directly to the pediatric population with the support of nursing professionals. We describe the medical

---

Manel Enrubia Iglesias: menrubia.bcn.ics@gencat.cat

El autor declara no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

*care, training, labour and organisational aspects. From the organisational point of view we expose the moment of change in Primary Care Paediatrics due to the Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatria a l'Atenció Primària and the Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària. These plans bet for Primary Care Pediatrics: they propose the creation of territorial pediatric teams where the responsible of child and teenagers until the age of 14 is the pediatrician; the nurse also will have a relevant role in the process of child care; the family doctor will be able to support to the pediatrician when necessary; they focus to a continuum care between the pediatric primary care and hospital. There are experiences of territorial pediatric teams: they have improved clearly child care as well as the satisfaction of professionals. The SAP-SCP advocates for the implantation, in a short term, of territorial pediatric teams in all Catalonia.*

**Key words:** Primary Health Care. Pediatrics. Organization and administration. Child Health Services.

## Introducción

En Cataluña los pediatras de Atención Primaria (AP) atendemos directamente a la población infantojuvenil. Antes de detallar la situación actual de la Pediatría de AP (PAP) en Cataluña, puede sernos útil exponer algunas de las características propias de la Pediatría en nuestro entorno:

1. Una sola sociedad científica pediátrica: la Societat Catalana de Pediatria (SCP) representa a todos los pediatras de Cataluña desde el año 1926. Los pediatras de AP estamos asociados también en la Secció d'Atenció Primària de la SCP (SAP-SCP), que cuenta con un comité directivo propio y su presidenta es miembro de pleno derecho de la junta directiva de la SCP como vocal de AP. Este modelo ha permitido a los pediatras (y cirujanos pediátricos) hablar con una sola voz, aspecto muy útil a la hora de relacionarnos con la Administración.

Cuando se tratan temas de AP en el seno de la SCP es la SAP-SCP quien los lidera. Los pediatras en Cataluña compartimos el sentimiento expresado por Xavier Demestre (presidente de la SCP en 2004-2006) en su inicio de mandato: Todos somos pediatras<sup>1</sup>.

2. 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 (XHUP) y posteriormente se extendió al resto del sistema sanitario. 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 (CatSalut) 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.

La diversidad de proveedores del sistema sanitario catalán dificulta hacer una descripción detallada de la situación, dada la existencia de múltiples sistemas organizativos. Expondré el marco general, que es común, y en aspectos más concretos me referiré al Instituto Catalán de Salud (ICS) que gestiona el 80% de la AP de Cataluña.

### Aspectos asistenciales

En Cataluña, los pediatras de AP atendemos directamente a la población infantojuvenil con el apoyo de personal de Enfermería, la mayoría dedicado a Pediatría, en el seno de un Equipo de AP, ya sea urbano o rural. No existe la figura del pediatra de área. En las zonas donde faltan pediatras se contratan médicos con experiencia pediátrica (médicos de familia o, lo más habitual, pediatras extranjeros sin el título de pediatra homologado) para atender un cupo exclusivamente pediátrico.

Las ratios de población asignada son variables en función del área de básica de salud, lo habitual es que ronde los 1000 pacientes asignados (puede ir de 300 a 1400). Las direcciones manejan el concepto de población atendida (dada la existencia de muchos pacientes que cuentan con mutua privada y que no utilizan habitualmente el sistema público), también se utiliza el concepto de carga asistencial, que pondera la distinta carga de trabajo que suponen los diferentes tramos etarios de los pacientes. La ponderación más habitual se detalla en la tabla 1. La administración fija como cupo ideal los 1200 pacientes asignados, que suponen unos 800-900 atendidos<sup>2</sup>.

El grado de coordinación con otros profesionales y niveles (Trabajo Social, Salud Mental, Servicios de Pediatría hospitalarios) es diverso y depende no solo de los pediatras de AP sino de otros factores (impulso de las direcciones, organización de la AP, voluntad de los otros niveles asistenciales). En los contratos del CatSalut con los diferentes proveedores, se exige la coordinación.

**Tabla 1.** Ponderación de la carga asistencial

Edad (años)	Número de pacientes asignados	Carga asistencial
0-2	1	4
3-7	1	2
8-14	1	1

Las consultas están dotadas de ordenadores y existe una historia clínica informatizada, que es la herramienta habitual (en el caso del ICS es la e-CAP). La evolución de la e-CAP es reflejo de la propia evolución de la PAP: en un primer momento (año 2002) la división de AP del ICS no previó la e-CAP pediátrica, y solo gracias a la insistencia de la SAP-SCP se incluyeron los aspectos de Pediatría en la e-CAP, un mes antes del lanzamiento; posteriormente, se fueron introduciendo mejoras, que se han hecho más evidentes en el último año.

Las posibilidades de petición de pruebas complementarias son amplias, por lo que estamos en disposición de atender problemas de salud complejos.

Por lo que se refiere a la atención continuada y/o en sábado, es muy diversa: va desde la no prestación de servicios a la obligatoriedad. La atención en sábado es habitual dentro del mismo equipo visitando niños y adultos, en los equipos rurales se suele incluir en la atención continuada; una situación peculiar se da en Barcelona, donde dentro de una misma gerencia existen zonas donde se ha retirado a los pediatras de la atención en sábado (los niños son atendidos por médicos de familia), mientras que en otra existe un punto de atención pediátrica donde dan servicio pediatras y en-

fermeras de Pediatría. En el aspecto de la atención continuada, y gracias a la insistencia de la SAP-SCP, se ha eliminado la obligatoriedad a los pediatras de atender adultos; por lo demás, la situación es similar a la atención en sábado (desde la no prestación de servicios a la obligatoriedad). En algunas zonas rurales se han situado los puntos de atención continuada de AP en recintos del hospital comarcal de referencia.

## Docencia

Los pediatras de AP forman a los MIR-Pediatría, que disponen de una rotación en AP obligatoria y otra voluntaria, desde el año 2007. No hace falta recordar que forman a médicos de familia desde el inicio de su especialidad.

## Aspectos laborales

En general, en el plano laboral la situación de los pediatras es equiparable al resto de médicos de AP: horario laboral de 36 horas a la semana y retribuciones de las más bajas de España.

Los centros de AP están abiertos de las 08:00 a las 21:00 horas. Los turnos pueden ser de mañana, tarde o deslizantes (unos días mañana, otros tarde); algunos pediatras realizan turno acabalgado (una parte de mañana y otra de tarde).

Establecer las retribuciones en Cataluña entraña cierta dificultad, ya que es una combinación de conceptos fijos y otros variables (que pueden suponer unos 12 000 euros anuales). Muchas de las referencias a las retribuciones de los médicos de AP de Cataluña corresponden a las retribuciones máximas (que muy pocos pediatras pueden alcanzar). Los principales conceptos retributivos son:

- Conceptos fijos: sueldo, complemento de destino, complemento de dedicación exclusiva.
- Conceptos variables. En función del centro: complemento de desplazamiento. En función del centro y la carga asistencial: complemento de AP. En función del profesional: trienios y carrera profesional; dirección por objetivo (DPO).

La carrera profesional se retribuye según niveles (4) a los cuales se accede mediante una combinación de años de antigüedad y puntuación (que combina diversos aspectos: créditos de formación, nivel de cumplimiento de DPO, compromiso con la organización, publicaciones, comunicaciones, investigación y docencia). A los pediatras de AP les es casi imposible llegar al nivel 4, ya que en la puntuación de docencia tiene un peso decisivo ser tutor de residentes

(actualmente solo al alcance de los médicos de familia) o pertenecer a una red de investigación (prácticamente imposible para los pediatras debido a la orientación del Instituto de Investigación en AP [IDIAP] que está volcado en el campo de la medicina de familia).

El concepto DPO comprende objetivos de equipo e individuales; combina aspectos clínicos, económicos y de prescripción farmacéutica, así como aquellos que las respectivas direcciones consideren necesarios.

Por lo que se refiere a los aspectos clínicos, el ICS ha diseñado un estándar de calidad asistencial de Pediatría (EQA-Pediatría) en colaboración con la SAP-SCP, que es el resultado de la valoración de diversos indicadores clínicos que dan como resultado final una puntuación (0-1000). Los resultados los recibe el profesional de manera automatizada y le permiten valorar su puntuación con referencia a la media de toda la organización.

En cuanto a la valoración de la prescripción farmacéutica, el ICS ha diseñado un estándar de calidad de prescripción farmacéutica de Pediatría (EPQF-Pediatría), en el que se valora individualmente y en conjunto el equipo, y se revisa cada año. Cuando se valora el del equipo de AP se tiene en

cuenta solo la prescripción de los médicos de familia. El EQPF-Pediatría valora: prescripción de fármacos de valor intrínseca, genéricos e introducción de novedades terapéuticas, uso de antibióticos y (hasta hace dos años) uso de antiasmáticos. Si bien en un primer momento se contó con la colaboración de la SAP-SCP, la situación se fue deteriorando de modo que la SAP-SCP ha manifestado en varias ocasiones su desacuerdo con el EQPF-Pediatría propuesto por el ICS.

Los objetivos económicos suelen agruparse en el acuerdo de gestión del equipo. El acuerdo lo firman las gerencias y la dirección de cada equipo y comprende los aspectos de gestión económica (presupuesto de personal, gasto de tiras reactivas de glucemia capilar y gestión de la incapacidad transitoria) así como EQA y EQPF del equipo. Por su diseño, los pediatras tenemos poca capacidad de intervenir en los acuerdos de gestión, aunque el resultado de estos suponga un 20% de sus DPO.

Por lo que se refiere a la convocatoria de plazas de PAP, se convocan con la misma periodicidad que el resto de profesionales de la AP, que suele ser anual. Actualmente, los pediatras se denominan Facultativo/a Especialista de Pediatría de Atención Primaria.

## Aspectos organizativos

Actualmente, en Cataluña se está llevando a cabo un cambio organizativo en el sistema sanitario que afecta tanto a la AP como la resto de niveles de atención y a su relación con los ciudadanos. En nuestro ámbito el principal cambio es la constitución de equipos de PAP territoriales. Existen dos planes del Departamento de Salud a tal efecto: el Plan Estratégico de Ordenación de la Atención de Pediatría en la Atención Primaria<sup>2</sup> (2007) y el Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria<sup>3</sup> (2009).

Dada la coexistencia de dos modelos organizativos, repasaremos de manera sucinta el modelo más habitual, y que se está cambiando. Nos referiremos de nuevo a la estructura del ICS por ser la organización de mayor tamaño y la más compleja. 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 Equipo de AP (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 Hospitalaria. En este entorno organizativo los pediatras de AP sufrimos diversos problemas que afectan a la calidad de la atención a nuestros pacientes: sensación de aislamiento (la mayoría de EAP cuentan con uno o dos pediatras), la estructura organizativa no se adapta a la dinámica de los equipos de Pediatría, no hay planes de formación específicos, y escasa orientación de las trabajadoras sociales a la problemática pediátrica dada la carga asistencial que supone la problemática de la ancianidad.

Para dar solución a estos problemas, con el problema acuciante de la falta de pediatras y a propuesta de la SAP-SCP, el Departamento de Salud inicia el año 2005 la elaboración, en colaboración con la SCP y pediatras y enfermeras de Pediatría, del Plan Estratégico de Ordenación de la Atención de Pediatría en la Atención Primaria<sup>2</sup>, que se aprueba en el año 2007. Los puntos principales del plan son los siguientes:

- Todo niño de 0-14 años tiene un pediatra de referencia que estará cuanto más cerca mejor de su entorno natural.
- El responsable último de la atención al niño y adolescente hasta

los 14 años es el pediatra. La enfermera también tendrá un papel relevante en el proceso de atención al niño. El médico de familia podrá asumir una parte de la atención pediátrica, dentro de su labor habitual, para dar soporte a los pediatras cuando así se necesite (con el soporte formativo adecuado).

- La cartera de servicios ha de prever los servicios de promoción y de educación de la salud individual y colectiva, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.
- De manera ideal, no habría de existir separación entre la PAP y la hospitalaria, sino una continuidad asistencial. Para que este continuo asistencial sea efectivo, el equipo de pediatras de AP habrá de coordinarse estrechamente con el equipo de pediatras del hospital.
- Sectorización territorial de la atención pediátrica, organizando dicha atención en un territorio formado por varias ABS. Se constituirán dentro de los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS), que se expondrán más adelante.
- Creación del equipo de Pediatría territorial, que dará servicio a los

sectores territoriales definidos en el punto anterior. El equipo de Pediatría territorial podrá organizarse de dos maneras:

- Creación del EAP de Pediatría territorial: formado por pediatras y enfermeras que trabajen en las ABS de un GTS. El equipo tendrá un director que podrá ser un pediatra de AP que trabajará conjuntamente con el jefe de servicio del hospital de referencia para garantizar el continuo asistencial.
- Creación de un equipo territorial de Pediatría. El equipo pediátrico es único con un director de la atención pediátrica en todo el territorio de referencia.  
En Cataluña existen estos dos modelos de equipo territorial dependiendo de la entidad proveedora de la zona en cuestión.
- Funciones del pediatra de hospital en AP: darán soporte a los pediatras de AP haciendo consultorías de manera sistemática. La finalidad es que la AP tenga el mayor nivel de resolución posible.
- Funciones de la enfermera del equipo de AP de Pediatría: trabajará coordinadamente con el pediatra, compartiendo competencias y dándole soporte para poder prestar

una atención integral al niño. También propone una cartera de servicios y una distribución de funciones de enfermeras y pediatras.

- Coordinación del equipo de Pediatría territorial con otros recursos asistenciales del territorio: salud pública, salud mental, servicios sociales y también con los servicios de educación.

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 (GTS), 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 GTS proyectados. Asimismo, el ICS pasa a organizarse en Gerencias Territoriales que gestionan tanto la AP como los hospitales; cuentan con un gerente y un director de AP y otro de hospital.

En el año 2008 se inicia la elaboración del Plan de Innovación de la Atención Primaria y Salud Comunitaria, que cuenta con la participación de médicos de familia, enfermeras, personal admi-



nistrativo y algunos pediatras, para adaptar la organización de la AP a los nuevos retos que plantea la sociedad.

Los aspectos más destacados son:

- Mejorar la participación: dinamizando los consejos de salud de los GTS, potenciando el uso de las nuevas tecnologías, y potenciando la figura del paciente experto.
- Mejorar la accesibilidad: determinando la cartera de servicios, promocionando a los profesionales de AP como los profesionales de referencia, permitiendo el acceso de los ciudadanos a su historia clínica.
- Se promueve la creación de centros de salud que integren a los diferentes profesionales que intervienen en la salud de la comunidad.
- El núcleo de los centros de salud integrados lo forman personal médico y enfermeras de AP, de Pediatría, auxiliares de enfermería, profesionales de atención a las personas usuarias y personal de administración sanitaria.
- La atención pediátrica se organizará en equipos de base territorial de manera que todo niño de 0 a 14 años tenga un pediatra de referencia.

Disponemos ya de experiencias de AEP de Pediatría territorial que están re-

sultando muy positivas tanto para la calidad de la atención como para los profesionales.

El equipo de Pediatría territorial del Alt Penedés está formado por los profesionales de tres áreas básicas de salud que tiene el hospital de Vilafranca del Penedés. En sus dos años de funcionamiento han logrado implementar las siguientes mejoras:

- Aumentar las plazas de Pediatría, al poder sumar los pequeños excesos de cupo de cada ABS por separado.
- Cobertura casi en su totalidad por parte de pediatras de las plazas ofertadas, cuando con anterioridad a la constitución del equipo territorial la mitad de las plazas estaban ocupadas por médicos no pediatras.
- Asegurar la atención de la población por parte de pediatras durante el horario de apertura de los centros.
- Mejorar la gestión de las urgencias, lo que ha redundado en una disminución del 30% de las visitas al servicio de urgencias del hospital de referencia.
- Disponer de un plan de formación que satisfice las necesidades de los pediatras de AP.

- Implementar una dinámica de equipo centrada en las necesidades de la población pediátrica.
- Sus profesionales se sienten miembros de un EAP pudiendo compartir inquietudes.

Todavía queda camino por recorrer: reconocimiento formal de la figura del director del equipo de Pediatría territorial, adecuación de los acuerdos de ges-

ción y las DPO a la realidad de la asistencia pediátrica.

Desde la SAP-SCP seguimos insistiendo ante las instituciones para que los equipos de atención primaria de Pediatría territorial sean una realidad, en un plazo corto, en toda Cataluña; hecho que redundará sin duda en una atención de calidad a la población infantojuvenil.

---

## Bibliografía

1. Demestre X. Tots som pediatres. *Pediatr Catalana*. 2004;64:103-4.

2. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatría a l'Atenció Primària. 2007. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Planificació

i Avaluació. Disponible en [www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/pediatria2007.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/pediatria2007.pdf).

3. Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària. 2009. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Planificació i Avaluació. Disponible en [www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2390/piapisc11febrer2010.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2390/piapisc11febrer2010.pdf).

