

## Consejo General de Colegios Médicos

La Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, en la sesión celebrada los días 1 y 2 de junio de 2001, ha conocido la consulta realizada por un grupo de médicos, que nos ha sido remitida por el Presidente de la Organización Médica Colegial, Dr. Ignacio Sánchez Nicolay, en escrito de fecha 5 de marzo de 2001, en relación con la masificación y el aumento de la presión asistencial que sufren los médicos de atención primaria y procede a emitir el siguiente:

### Informe

#### *I. Antecedentes*

1. Carta firmada por un grupo de médicos de atención primaria de diversos lugares de España (Madrid, Zaragoza, Alicante, Salamanca, Valencia, Cataluña), dirigida al Presidente del Consejo General de Colegios de Médicos, fechada en el mes de febrero de 2001, solicitando que la Comisión Central de Deontología elabore un informe sobre la dimensión ética del problema que plantea la masificación asistencial que se viene produciendo en los centros de atención primaria. Asimismo, realizan la consulta

deontológico, acerca de si se puede obligar al médico a atender a un número indiscriminado de pacientes sin techo máximo, haciéndoles trabajar con presión, prisas y cansancio.

2. Carta del Presidente del Consejo General, D. Ignacio Sánchez Nicolay, dirigida al Presidente de la Comisión Central de Deontología, fechada el 5 de marzo de 2001, adjuntando copias de la carta referida, para su estudio e informe.

#### *II. Hechos*

1. El escrito subraya tres hechos relevantes: el importante incremento de la presión asistencial, el aumento de las expectativas de la población con respecto a su salud y el progresivo envejecimiento de la sociedad, argumentando que todo esto requiere una mayor dedicación de tiempo, sin que las plantillas de facultativos se hayan adaptado a las necesidades asistenciales.

2. Se expresa que esta situación genera inquietud entre muchos médicos de atención primaria sometidos a una desmesurada presión asistencial, y esto por varias razones:

- a) Las serias dificultades que encuentran para ordenar su trabajo.

- b) El riesgo de errores y mala praxis que suponen las prisas y el cansancio.
- c) La tendencia a recurrir a prácticas de medicina defensiva.
- d) Escasa capacidad de resolución en problemas de salud que podrían ser atendidos en el primer nivel asistencial y que, por falta de tiempo, se derivan a un nivel especializado o a las urgencias hospitalarias.

**3.** Los médicos de atención primaria firmantes de la carta forman parte de un movimiento que se ha organizado a nivel nacional en la denominada "Plataforma 10 minutos", para hacer una llamada de atención ante el grave problema planteado, solicitando:

- a) El establecimiento de un techo máximo de la tarea asistencial.
- b) Establecer un número máximo razonable de pacientes visitados por jornada, que combine un adecuado rendimiento con la prevención del cansancio.
- c) Establecer un tiempo mínimo por visita para resolver adecuadamente los problemas del paciente.
- d) Dotar al profesional de un tiempo, serenidad y orden en su trabajo para hacer por el paciente todo lo que la capacitación profesional permita.

**4.** Se hace referencia a un reciente informe elaborado conjuntamente por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC), la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), donde se analiza la calidad asistencial y las condiciones del ejercicio profesional del médico de familia, y se concluye con una serie de propuestas:

- a) 10 minutos dedicados por paciente
- b) Un máximo de 25 pacientes atendidos por día
- c) No superar 1.200 personas adscritas por médico
- d) Creación de nuevos puestos de trabajo
- e) Sustitución por ausencias
- f) Disminución de la carga burocrática

**5.** Más allá de la carta remitida por este grupo de médicos hay que señalar que la masificación existente en un importante número de centros de atención primaria de las áreas urbanas de todo el territorio español, con la consiguiente deshumanización de la relación clínica y el creciente desánimo de los facultativos, es un hecho de constatación sociológica bien conocido.

**6.** La asistencia sanitaria en España es sufragada en su mayor parte por el Estado y constituye un derecho recono-

cido por la Ley General de Sanidad, lo cual es un logro de la sociedad del bienestar muy bien valorado por los ciudadanos. El progresivo avance de la ciencia y la tecnología médica, la creciente exigencia de los ciudadanos y el envejecimiento de la población exige un esfuerzo de gestión en todos los niveles, encaminado a conseguir la máxima eficiencia de los recursos que la sociedad destina a la sanidad. A las autoridades sanitarias se les plantea un auténtico desafío a la hora de asignar la distribución de recursos humanos, estableciendo unas normas básicas de calidad en la atención sanitaria y garantizando la equidad del sistema.

7. El porcentaje del PIB que España dedica a la asistencia sanitaria se ha reducido desde el 7,6% en 1993 al 7,1% en 1998, situándonos en el séptimo peor puesto de los 29 países europeos. Pero más llamativo es el descenso relativo del presupuesto sanitario dedicado a la atención primaria que ha pasado del 40,7% en 1982 al 32,2% en 1991, continuando esta tendencia posteriormente. Esto significa que el dinero dedicado a la asistencia sanitaria, comparado con el grado de riqueza y cultura de la población está desequilibrado, lo que lleva a una demanda de asistencia deficientemen-

te cubierta por falta de medios. Los datos macroeconómicos son consistentes con el malestar que se percibe en la atención primaria de nuestro país que según un informe de la OMS es donde menos tiempo se dedica al paciente por visita en Europa.

8. Es un hecho comprobado, en el ámbito de la asistencia sanitaria, que la adecuada gestión de los recursos disponibles puede permitir importantes mejoras en el servicio. Sin embargo, es muy difícil que aplicando sólo criterios de buena gestión se resuelva el problema de la falta de tiempo que existe actualmente en numerosos centros de atención primaria. Por otro lado, son bien conocidas las opiniones de los gestores de las áreas de atención primaria que reconocen la necesidad de incrementar las plantillas de facultativos en centros de atención primaria que atienden núcleos de población de tamaño desproporcionado. Si bien es cierto que no corresponde a la profesión médica desarrollar esta función de política sanitaria, sí lo es la de velar por la calidad de la asistencia.

### *III. Consideraciones*

1. El Código de Ética y Deontología Médica es muy claro en el artículo 20.1 al establecer que "El médico debe disponer

de (...) las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan estas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente". También en el artículo 20.2 se afirma que "Individualmente o por mediación de sus Organizaciones el médico debe llamar la atención de la comunidad sobre las deficiencias que impiden el correcto ejercicio de su profesión".

2. En el artículo 18.1 del Código se proclama que "Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana y científica. El médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional y se compromete a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance". Es a continuación, en el artículo 18.2, donde se afirma que la medicina defensiva es contraria a la ética médica. Por último en el artículo 19.1 se dice "El médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad".

3. Es evidente que la denuncia realizada por los médicos firmantes de la carta se refiere a una situación objetiva, crónica y bien conocida, tanto en los medios

profesionales como por la población. Por otro lado, también las administraciones sanitarias tienen suficiente y detallado conocimiento de la misma. Es por ello razonable y deducible de las normas deontológicas, que la Organización Médica Colegial como institución de la máxima representación de la profesión intervenga en la búsqueda de soluciones a este conflicto que tiene notable trascendencia tanto profesional como social.

4. Se puede comprobar que el Código de Ética y Deontología Médica es muy explícito en las normas citadas, que son perfectamente aplicables al problema que aquí se analiza. Sin embargo, a la hora de responder puntualmente a la pregunta planteada sobre la obligación de atender a un número ilimitado de pacientes, conviene hacer una serie de precisiones:

- a) los médicos de cabecera del sistema sanitario público español tienen un número determinado y limitado de ciudadanos asignados y aunque existan unas adecuadas pautas organizativas, tanto individuales como de equipo, para encauzar la demanda asistencial, es posible que se produzcan situaciones especiales, como sería una epidemia, donde el médico deberá atender a todos los pacientes que lo requieran, por encima de otras consideraciones.

- b) Ante un supuesto teórico de limitación a 30 usuarios atendidos en una jornada laboral del médico de cabecera, no sería lo mismo asistir a estos pacientes por cuestiones burocráticas (una baja laboral, una receta) o por procesos banales, que realizar tareas clínicas de entidad: anamnesis y exploración física, atención en domicilio; del mismo modo hay una diferencia notable entre atender a jóvenes o a mayores.
- c) La experiencia enseña que en atención primaria no se requiere el mismo tiempo para atender a un paciente desarrollando una alta capacidad resolutive que cuando el facultativo se limita a tramitar su derivación al siguiente nivel de especialización.

Teniendo en cuenta estas consideraciones previas, parece evidente y de sentido común que, en condiciones ordinarias, un médico no puede ser obligado a atender a un número ilimitado de pacientes.

5. Los puntos anteriores permiten deducir que la calidad asistencial y las condiciones de trabajo de los profesionales requieren unos mínimos de decencia, que no se alcanzan actualmente en muchos centros de atención primaria, pero

también que hay que ser muy cautos a la hora de establecer indicadores meramente cuantitativos como puede ser un número máximo de pacientes en la consulta diaria, sin considerar cualitativa-mente cuál es la atención que se presta. El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad y está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición (Código de Ética y Deontología Médica, art. 6.1).

6. De todos es sabido que una atención sanitaria equilibrada se compone de tres aspectos estrechamente vinculados entre sí y que son necesarios para lograr un mínimo de calidad y su mantenimiento: la atención médico-sanitaria, la docencia de las profesiones sanitarias y la investigación en ciencias de la salud. Además, la atención médica no es sólo realizar asistencia sanitaria visitando enfermos, sino que comprende la prevención de la salud, la promoción de la misma y la educación sanitaria de la población, lo cual es especialmente relevante en la filosofía de la atención primaria de salud. La función de un médico clínico no es sólo realizar actos asistenciales; también necesita tiempo para su formación continuada, para dedicarse a la mejora de la calidad asistencial,

para la docencia y para la investigación en mayor o menor grado.

**7.** Cuando los médicos dedican su jornada completa a una institución sanitaria deben disponer de tiempo para la formación y el estudio, lo cual no debe contemplarse como un lujo sino como un deber profesional y a la vez un derecho de los pacientes. Esto, lejos de ser un tributo que el gestor abona como si fuera un premio, debe entenderse también como un requisito para la eficiencia del sistema, pues un profesional motivado y actualizado siempre será más resolutivo, y en atención primaria esto se traducirá en un menor número de interconsultas y derivaciones a las urgencias hospitalarias. De ahí que resulta muy razonable la solicitud de que de las 7 horas que deben los médicos cumplir según su contrato de trabajo, 5 sean para la asistencia. Las otras dos horas se dedicarían, además de al consiguiente descanso normativo e imprescindible de toda jornada continuada, a realizar sesiones clínicas, sesiones de calidad, interconexión entre asistencia primaria y especializada, programas de educación sanitaria de la población, medicina preventiva, formación continuada, etc.

**8.** Las peticiones de los médicos de atención primaria de establecer un techo máximo de la tarea asistencial, un

número máximo razonable de pacientes visitados por jornada, un tiempo mínimo por visita, de 10 minutos de promedio, y de dotar al profesional de un tiempo, serenidad y orden en su trabajo son del todo éticas e imprescindibles para realizar una asistencia con un mínimo de calidad. El médico necesita de un tiempo para dedicar al paciente y hacer un acto médico de calidad científica, humana y ética. El paciente tiene actualmente el derecho moral y también legal de ser adecuadamente informado, lo cual exige actualmente una imprescindible dedicación de tiempo por parte del médico, y la administración sanitaria debería ser especialmente sensible en este punto.

**9.** También es importante considerar que la falta de tiempo se puede traducir en una mayor prescripción de medicamentos o en la indicación de pruebas complementarias, que se podrían evitar si hubiera más posibilidad de dialogar, informar y deliberar conjuntamente con el paciente. Otro caso de enorme relevancia que relaciona el tiempo de consulta y la eficiencia del sistema es la gestión de la incapacidad temporal.

**10.** La Organización Médica Colegial ha de esforzarse por conseguir que las normas del Código de Ética y Deontolo-

gía Médica sean respetadas y protegidas por la ley (art. 36.1). Asimismo defenderá a aquellos colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de las normas de este Código (art. 36.3), debiendo intervenir acerca de la organización sanitaria y sobre aquellos aspectos que puedan afectar a la salud de la población (art. 36.6).

**11.** Esta masificación asistencial observada en amplios sectores de la atención primaria española es objetiva y comporta graves riesgos, pero al tratarse de un problema multifactorial es necesario buscar soluciones en varios frentes. Por un lado, parece necesario reducir el número de pacientes asignados a cada médico de familia, y por otro es inaplazable la mejora de los modelos de gestión que garanticen unas normas básicas de calidad, así como la objetivación del esfuerzo asistencial, de tal manera que los profesionales se sientan reconocidos en la intensidad y calidad de su trabajo.

#### *IV. Conclusiones*

**Primera.** La magnitud, trascendencia y extensión geográfica de la situación planteada justifica que corresponda a esta Comisión Central de Deontología responder a la solicitud de los médicos que solicitan el análisis deontológico del problema.

**Segunda.** La Comisión Central de Deontología considera que la masificación asistencial que se viene produciendo en los centros de atención primaria de muchas localidades, constituye un grave problema que afecta a la calidad técnica, humana y ética de la asistencia sanitaria, así como a la eficiencia del sistema público de salud.

**Tercera.** Esta situación genera en los médicos implicados una situación de grave desaliento que debe ser atendida para evitar que se cronifique.

**Cuarta.** Es contrario a la ética exigir a los médicos trabajar de manera habitual bajo una presión asistencial agobiante, sin poder dedicar un mínimo de tiempo a cada paciente, ni permitir el desarrollo de otros aspectos de su labor profesional necesarios para mantener y mejorar la calidad asistencial. En consecuencia, y en las actuales circunstancias, las peticiones de disponer de un promedio orientativo de 10 minutos por visita, estableciendo un límite de pacientes al día, así como la reducción de personas asignadas por médico, están amparadas por la deontología médica.

**Quinta.** El Consejo General de Colegios Médicos debería actuar con energía y firmeza estableciendo un diálogo fluido con la Administración Sanitaria al máxi-

mo nivel, para promover pactos que permitan alcanzar una pronta solución a este grave problema que afecta a la calidad de la atención primaria de salud que se presta a los ciudadanos. Si en un plazo de tiempo razonable no se alcanzaran resultados satisfactorios, la O.M.C. debería tomar medidas más drásticas en defensa de la dignidad de la asistencia sanitaria, del Código de Ética y Deontología Médica y de las condiciones del trabajo de los médicos.

**Gonzalo Herranz Rodríguez**

*El Secretario de la Comisión Vº Bº*

**Rafael Muñoz Garrido**

*El Presidente de la Comisión*

*Madrid, 1/2 de junio de 2001*

### **Sr. Director**

Desde hace unos meses viene constatándose, en un sector de médicos de familia (MF), una corriente de opinión disconforme con la presencia de los pediatras en el primer nivel de atención<sup>1,2</sup>. Sus argumentos podrían resumirse en una serie de frases:

- La tasa de mortalidad infantil (TMI) española es de las más elevadas de Europa, habiendo ascendido en el período 1995-1998 (de 5,5 a 5,7 por mil nacidos vivos). Esta elevada TMI y su ascenso en ese intervalo de tiempo se in-

tenta asociar con el tipo de profesional que atiende a los niños: pediatras en España y MF en el resto de Europa<sup>2</sup>.

- Los pediatras utilizan más pruebas complementarias para el estudio de las diferentes patologías del niño, lo que puede inducir un aumento del gasto sanitario<sup>1</sup>.

- Determinadas parcelas de la atención sanitaria infantil (entre ellas la prevención del maltrato, de los accidentes, de las toxicomanías, y de la sobreintervención sanitaria –sobreactuación asistencial, exceso de ingresos hospitalarios, sobre medicación...–) son funciones en la que el MF es insustituible<sup>2</sup>.

- La reciente demanda realizada por los pediatras de ampliación de la edad pediátrica está relacionada con el elevado índice de paro de estos profesionales.

Los argumentos para apoyar cada una de estas razones están basadas, en ocasiones, en simples opiniones personales –argumentos tan pintorescos como el “peso” o tamaño de la historia clínica de los niños comparado con la de sus padres<sup>1</sup>–; otras afirmaciones se realizan sin aportar ningún estudio que las confirme (el elevado porcentaje de paro entre los pediatras, el aumento del coste sanitario que la práctica clínica de estos profesionales conlleva, la presunta yatrogenización a la que son sometidos los niños...)<sup>1,2</sup>.

Algunos pediatras sentimos perplejidad ante este movimiento incipiente que parece iniciarse entre algunos compañeros MF. Pero la perplejidad se convierte en indignación al constatar que se vierten afirmaciones que, sinceramente, no se ajustan a la realidad y que en muchos casos vienen respaldadas por la simple apreciación personal de sus autores. Por este motivo es conveniente poner cada cosa en su sitio y aportar alguna luz sobre los argumentos que esgrimen estos compañeros de MF:

*La TMI española es de las más elevadas de Europa, habiendo ascendido en el período 1995-1998 (de 5,5 a 5,7 por mil nacidos vivos). Esta elevada TMI y su ascenso en ese intervalo de tiempo se intenta asociar con el tipo de profesional que atiende a los niños: pediatras en España y MF en el resto de Europa<sup>2</sup>. En la Tabla I se ofrecen los datos de la TMI en España, durante el período 1994-1998- proporcionados por*

el Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>). Puede constatar-se una innegable tendencia descendente de este indicador en nuestro país. La TMI española durante 1998 fue inferior a países como Reino Unido (5,87/1.000 nacidos vivos, <http://www.elpais.es/temas/dossieres/britanicas2001/datos.html>), Italia (6,4/1.000 nacidos vivos, <http://www.elpais.es/temas/dossieres/italia2001/datos.html>) o Bélgica (6,06/1.000 en 1997, <http://belgium.fgov.be/figures/es01.htm>). En resumen: no existe un aumento de la TMI en España; en los últimos cinco años la tendencia de la misma ha sido descendente, en contra de lo afirmado por otros<sup>2</sup>; finalmente, los datos de otros países corroboran que la TMI española no es de la más altas de Europa: más bien sucede el fenómeno inverso.

*Los pediatras utilizan más pruebas complementarias para el estudio de las diferentes patologías del niño, lo que*

**Tabla I.** Evolución de la tasa de mortalidad infantil en España durante el período 1994-1998

	Tasa de mortalidad infantil
1994	6,05/1.000 nacidos vivos
1995	5,49/1.000 nacidos vivos
1996	5,54/1.000 nacidos vivos
1997	5,03/1.000 nacidos vivos
1998	4,86/1.000 nacidos vivos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

puede inducir un aumento del gasto sanitario<sup>1</sup>. Determinadas parcelas de la atención sanitaria infantil –entre ellas la prevención de la sobreintervención sanitaria (sobreactuación asistencial, exceso de ingresos hospitalarios, sobremedicación...) son funciones del MF<sup>2</sup>. No existen en nuestro medio estudios que comparen las diferentes formas de actuar de MF y pediatras. Pero en otros países desarrollados similares al nuestro se han llevado a cabo trabajos que pueden ofrecer alguna orientación: algunos autores no encuentran diferencias entre MF y pediatras en cuanto al patrón de prescripción de antibióticos en las patologías infantiles más prevalentes<sup>3</sup>. Sin embargo, otros autores constataron que los pediatras demostraron un mayor grado de conocimientos sobre actividades preventivas tales como la inmunización contra la hepatitis B y las pusieron en práctica en mayor medida que los MF<sup>4</sup>; los pediatras emplean medicación antiasmática por vía inhalatoria en mayor medida que los MF, los cuales usan con mayor frecuencia la vía oral<sup>5</sup>; los MF, en comparación con los pediatras, utilizan antibióticos de más amplio espectro y más caros para tratar a niños que padecían otitis media con derrame y además derivan a estos pacientes con mayor frecuencia al especialista en otorrinolaringología para la colocación de tubos de

drenaje timpánico<sup>6</sup>; los MF prescriben antibióticos antes y con mayor frecuencia que los pediatras para tratar la rinitis purulenta<sup>7</sup>. En resumen: parece existir una tendencia, en países similares al nuestro, a que el pediatra muestre una actitud menos agresiva en el enfoque de diversas patologías infantiles. Aunque no se han realizado estudios de costes a este respecto, es lógico suponer que de actitudes menos agresivas se derive una práctica clínica menos costosa.

*El MF es insustituible en determinadas parcelas de la atención sanitaria infantil (entre ellas la prevención del maltrato, de los accidentes, de las toxicomanías, del suicidio...).* Las actividades preventivas se encuentran plenamente integradas en la práctica clínica diaria del pediatra desde que existe la especialidad. Dicha vocación por la prevención está claramente especificada en los estatutos de la Asociación Española de Pediatría (<http://www.aeped.es/estatutos/cap2.htm>). Fruto de la misma, además, es la colaboración activa de un grupo de trabajo de pediatras de atención primaria con el programa PAPPS (Previnfad, <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>). Este grupo de trabajo ha elaborado recomendaciones sobre actividades preventivas en las que el MF es considerado por algunos como

“insustituible”<sup>2</sup>. En un tema tan importante y tan sensible para los pediatras como es la prevención de accidentes (la primera causa de mortalidad infantil en los países desarrollados) se sabe que en países como Francia se ha constatado que los pediatras ofrecen consejo sobre su prevención en mayor medida que los médicos generales<sup>8</sup>.

*La reciente demanda de ampliación de la edad pediátrica realizada por los pediatras está relacionada con el elevado índice de paro de estos profesionales.* La petición de ampliación de la edad pediátrica en España fue ligeramente posterior a la aparición de esta iniciativa en Estados Unidos, en 1982<sup>9</sup>. Muchos de nosotros, en nuestra época de residentes, ya recordábamos la existencia de esta reivindicación en los últimos años de la década de los 80. El primer artículo recuperable a través de MEDLINE sobre este tema en España data de 1992, cifra cronológicamente anterior a las referencias ofrecidas por Buitrago<sup>1</sup> en su bibliografía. Esta reivindicación, por tanto, dista mucho de ser moderna. De todos modos, lo que más llama la atención es la asociación que establecen Buitrago y Seguí<sup>1,2</sup> con una hipotética situación de exceso de pediatras en paro en el mercado laboral. De existir esta situación, al menos sería necesario que aportaran referencias

que repaldaran su argumento. Y también sería necesario, claro está, aportar documentación sobre el porcentaje de paro de los especialistas en MF: el argumento sobre quién debe tratar a los niños puede ser de doble dirección. Podría argumentarse que un elevado índice de paro entre los MF lleva a reivindicar para ellos la asistencia sanitaria infantil en atención primaria.

El único objeto de esta carta ha sido refutar una serie de argumentos que no se ajustan a la realidad y que, en algunos casos, incluso pueden resultar ofensivos para los pediatras que ejercemos en atención primaria y disfrutamos de nuestro ejercicio. Y que además, mantenemos una magnífica relación profesional y personal con nuestros compañeros MF. Sinceramente, no creo que los argumentos ofrecidos por este sector de MF sean compartidos por la mayoría de sus compañeros. No es el propósito de esta carta, en todo caso, echar más leña al fuego. Ambas especialidades, pediatría y medicina de familia, comparten no sólo nivel de atención sino funciones, objetivos y problemas comunes. Trabajemos entonces por preservar todo aquello que nos une y no contibuyamos a la creación de problemas artificiales.

**José Cristóbal Buñuel Álvarez**

## Bibliografía

1. Buitrago F. *El pediatra en el centro de salud como consultor del médico de familia*. Aten Primaria 2001; 27: 217-219.
2. Seguí M. *¿Médico de familia, médico de adultos o médico de centro de salud? La infancia, una competencia a reivindicar*. Aten Primaria 2001; 28: 441-43.
3. Pennie RA. *Prospective study of antibiotic prescribing for children*. Can Fam Physician 1998; 44: 1850-1856.
4. Freed GL, Freeman VA, Clark SJ, Konrad TR, Pathman DE. *Pediatrician and family physician agreement with and adoption of universal hepatitis B immunization*. J Fam Pract 1996; 42: 587-592.
5. Brand PL, van Aalderen WM. *Asthma in young children: a different approach to treatment by the family physician vs the pediatrician, a follow-up of symptoms over a period of 1 to 2.5 years*. Ned Tijdschr Geneesk 1998; 142: 1501-1504.
6. Roark R, Petrofski J, Berson E, Berman S. *Practice variations among pediatricians and family physicians in the management of otitis media*. Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149: 839-844.
7. Schwartz RH, Freij BJ, Ziai M, Sheridan MJ. *Antimicrobial prescribing for acute purulent rhinitis in children: a survey of pediatricians and family practitioners*. Pediatr Infect Dis J 1997; 16: 185-190.
8. Leveque B, Baudier F, Janvrin MP. *The contribution of physicians to childhood injury prevention in France*. Inj Prev 1995; 1: 155-158.
9. Varios autores. *Pediatricians claim adolescent health care in announcing "new age of pediatrics"*. Urban Health 1982; 11: 10-16.
10. Salazar A, Sánchez de Rojas C, Garrido A. *The limit of pediatric age in primary health care. A problem to be solved*. An Esp Pediatr 1992; 37: 114-117.