

¿Está coordinado el Servicio de Pediatría? Encuesta a pediatras de Valencia y soluciones

J. Boscà Berga*, J.M. Paricio Talayero**

Resumen. *Objetivo:* Identificar problemas y soluciones a la coordinación entre los diversos niveles de atención pediátrica.

Método: Encuesta al 66% de pediatras de centro de salud (PCS) de la "gran ciudad de Valencia" (ciudad+30 km.). Preguntas: 1. Problemas para la coordinación PCS-pediatra de hospital (PH), 2. Soluciones, 3. Número de niños atendidos por PCS al día (NPD), media y rango.

Resultados: Contestó el 54% de PCS (n=51), 81% de la muestra.

**Problemas;* falta: coordinación (100%), organización institucional (98%), comunicación (96%), acceso a informes de consulta externa (84%), tiempo y movilidad - en horario laboral - del PCS para coordinación con el PH (33%), servicio de urgencia y de atención continua o Servicio de Urgencias de Atención Primaria Infantil (SUAPI) unificado (4%).

**Soluciones:* No hay (6%), organizativa global institucional (94%): Jerarquizar PH+PCS, Reuniones y protocolos consensuados, Rotatorio (PCS, PH, MIR-pediatría) por centro de salud y Hospital, Intercomunicación institucionalizada, Asignación de un tiempo y movilidad para la coordinación, en horario laboral del PCS, Limitar el NPD, Planificar el SUAPI de área hospitalaria.

**Media de NPD:* 32 ± 8 (rango: 5-100). 92% PCS atendieron >20 NPD, 63% > 30, 17% > 40, 2% > 50. A > 6 km. de la ciudad, no hay coordinación y es mayor el NPD ($P < 0,02$).

Conclusiones: No hay coordinación PH-PCS. La mayor distancia al hospital aumenta la sobrecarga y coincide con falta de coordinación. Falta gestión institucional global coordinada.

An Esp Pediatr 1997;46:565-570.

Palabras clave. Coordinación pediátrica; Pediatría de Atención Primaria; Pediatría Extrahospitalaria; Urgencias; Gestión Sanitaria; Atención Primaria.

IS THE PEDIATRIC SERVICE COORDINATED? POLL OF PEDIATRICIANS IN VALENCIA AND SOLUTIONS

Abstract. *Objective:* The objective of this study was to identify existing problems in the coordination between the different levels of the pediatric care system and suggest possible solutions.

Patients and methods: A poll of 66% of the health center pediatricians (HCP) of the greater metropolitan area of Valencia (city + 30 km) on the problems in the coordination between HCP and hospital pediatricians (HP), possible solutions and the number of patients per HCP per day, including the average and range, was performed.

Results: Answers were received from 54% of the HCP (n = 51),

which represented 81% of the sample. Problems were identified in coordination (100%), institutional organization (98%), communication (96%), access to reports from outpatient clinics (84%), lack of time and mobility of the HCP (33%), and in the structure of the emergency service for primary child care (ESPCC; 4%). The suggested solutions were: None (6%), global institutional organization (94%) by creating a hierarchy in the HP and HCP, meetings and protocols by consensus, rotation of HP, HCP and pediatric residents between health centers and hospitals, institutionalized intercommunication, allotting time and work mobility to HCP, limiting patients per day and planning ESPCC in hospitals. The average number of patients per day was 32 ± 8 patients/day (pd), range: 5-100 pd, with 92% of the HCP seeing > 20 pd, 63% > 30 pd, 17% > 40 pd and 2% > 50 pd. At > 6 km from the city there is no coordination and the number of patients/day is greater ($p < 0.02$).

Conclusions: There is no institutionalized coordination between HP and NCP. The greater the distance from the city, the greater the overload and the lower the coordination. There is a lack of institutional organization.

Key words: Pediatric coordination. Primary care pediatrics. Ambulatory pediatric emergency service. Health management. Primary care.

Introducción y objetivos

La atención primaria (AP) es cualquier servicio o atención primera que se presta a una persona o colectivo; si nos referimos a la salud o a la enfermedad, podemos decir que la AP es el servicio que hace de puerta de entrada o que comunica al individuo con el servicio sanitario global^(1,2). También se ha llamado a la AP el portero, primer contacto, o equilibrio entre los dos objetivos del Servicio Sanitario: optimización de la salud y equidad en la distribución de recursos⁽³⁾.

Para Barbara Starfield⁽¹⁾ la AP es "la atención de primer contacto, continua, global y coordinada que se proporciona a poblaciones no diferenciadas según el sexo, la enfermedad o el sistema orgánico".

Aunque hay Servicios casi exclusivamente orientados a la primera atención o AP, prácticamente ningún Servicio o Superespecialidad está exento, en un momento u otro, de prestar un servicio de AP. Es por lo que el modelo de AP no es referente exclusivo del nivel primario de atención, sino del sistema en su conjunto^(2,4).

La consideración de los pediatras hospitalarios (PH) como especialistas y de los pediatras de centro de salud (PCS) como generalistas y su adscripción a dos modelos de atención con sus administraciones diferenciadas: asistencia especializada y atención primaria, no coordinadas entre sí, deja marginada la Pediatría

*Pediatra del Centro de Salud Marco Merenciano de Valencia, Vocal de Pediatría Extrahospitalaria de la Sociedad Valenciana de Pediatría. **Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta. Denia (Alicante).

Correspondencia: Jaime Boscà Berga. Centro de Salud Marco Merenciano C/ Dr. Marco Merenciano, 26. 46025 Valencia.

Recibido: Junio 1996

Aceptado: Noviembre 1996

Tabla I Problemas que dificultan la coordinación entre PCS y PH

1. Problemas organizativo-institucionales	98%
Ausencia de protocolos conjuntos organizativo/terapéuticos	35%
Ausencia de un sistema de coordinación institucional	31%
No acceso a exploraciones complementarias (EC) desde CS	12%
No consideración al PCS como especialista	10%
Depender de la dirección de AP/no formar equipo con PH	8%
Ausencia de "equipo" de pediatras de AP de área hospitalaria	4%
Sectorizaciones dobles	4%
Coexistencia de dos modelos (Ambulatorio y CS) en AP	2%
Derivación a especialistas no pediátricos y no a PH desde AP	2%
Programas de especialidad incompletos en: trauma, oftalmología	2%
2. Falta de comunicación entre PH y PCS	96%
En general, no conocimiento personal PH-PCS	45%
Ausencia de sesiones/reuniones conjuntas	37%
Desconsideración del PH hacia el PCS o falta de respeto mutuo	14%
3. Problemas en la derivación a la Consulta Externa	84%
Falta/demora en la información desde Consulta Externa	51%
Larga lista de espera	25%
Falta de agilidad, accesibilidad /exceso de burocracia	8%
4. Falta de tiempo para coordinarse	33%
Exceso de demanda asistencial en AP	25%
Atrapamiento en CS/derroche tiempo PCS/ausencia serv. continuo (SUAPI)	4%
Falta de personal auxiliar en CS para burocracia/ayuda a niños	4%
5. Otros	12%
Falta de colaboración del PH/de interés-estímulo ambos (PH-PCS)	8%
Distancia geográfica	4%
<i>Porcentaje de problemas referidos por 51 pediatras de CS.</i>	

general en el hospital, lo cual no es bueno, ni para los niños, ni para los pediatras, ni para los residentes, aumenta la pérdida progresiva del papel del pediatra generalista en el hospital y supone una dificultad artificial añadida a las barreras o dificultades naturales para la coordinación o armonía del único servicio global de Pediatría que se debería prestar al paciente, en nuestro caso, al niño y su familia, porque único es el niño, aunque el servicio se le preste en ámbitos diferentes como el ambulatorio, el centro de salud (CS), la consulta privada, el hospital, el colegio, la guardería o su domicilio^(2,5-8).

El tema de la coordinación entre los distintos niveles de atención⁽⁹⁻¹⁴⁾ y la problemática sin resolver de la primera atención sanitaria tras más de una década del modelo actual de AP, reflejada de modo acusado en las puertas de urgencias hospitalarias⁽¹⁵⁻²⁴⁾, despierta gran interés entre los profesionales como indica el número de trabajos publicados antigua y recientemente.

Dadas las dificultades para la atención médica coordinada^(4,5,9-13), hemos querido identificar qué problemas encuentran y qué soluciones recomiendan para poder prestar un servicio pediátrico coordinado los PCS de Valencia. También hemos querido saber el número de niños atendidos por pediatra y día (NPD), por considerarlo importante para la coordinación.

Material y método

Hemos considerado a los PCS como personas con información clave⁽⁴⁾ o expertos sobre el tema a estudiar. En marzo de 1994 se envió una encuesta anónima a los 63 PCS censados en 21 CS de la provincia de Valencia, que se recogió en abril del mismo año.

La muestra elegida (63 PCS) es el 66% de los PCS censados en "la gran ciudad de Valencia" entendida como Valencia ciudad y su periferia hasta un máximo de 30 km.

Los 63 PCS encuestados son el 48,4% de los PCS censados en la provincia de Valencia e incluyen al 100% (n = 37) de los censados en la ciudad y al 28% de los censados en pueblos de la provincia de Valencia, elegidos al azar de entre los más próximos a la ciudad.

Los pediatras elegidos han sido sólo los que trabajaban adscritos al "modelo de CS", por lo que hemos desechado una encuesta procedente de un pediatra que trabajaba en un CS pero que no estaba adscrito al modelo de CS, sino al anterior modelo de ambulatorio.

El censo utilizado ha sido la hoja del listín telefónico de Valencia dedicada al "Servei Valencià de Salut" de la Generalitat Valenciana (edición 22, octubre 1993), más un CS de la ciudad con dos PCS, inaugurado en diciembre del 92. El censo utilizado incluye un total de 130 PCS y 51 CS. Se telefoneó a todos los CS para informar de los objetivos de la encuesta y preguntar el nº de PCS adscritos en ese momento.

La encuesta consistió en un folio exponiendo la justificación de su realización, un remite y tres preguntas:

- 1ª. Enumera los problemas por orden de importancia para ti, que te dificultan una correcta coordinación del PCS con el PH.
- 2ª. Soluciones concretas a esos problemas que se te ocurran en tu área de trabajo.
- 3ª. Media y desviación estándar de pacientes (visitas más domicilios) que atendiste al día, durante el último trimestre de 1993, o día de máximo y día de mínimo (rango).

Se calculó la distancia desde cada CS hasta su hospital de referencia en la ciudad, equiparando esta cifra, en los CS de pueblos, a la distancia del pueblo a la ciudad.

Todos los CS tenían como primer hospital de referencia a uno de los cuatro pediátricos del Servicio Valenciano de Salud que hay en la ciudad, excepto el CS más alejado de la ciudad (30 km.), que estaba sectorizado en un hospital comarcal del que distaba aproximadamente 1,5 km.

Por ser las preguntas nºs 1 y 2 de respuesta abierta, nos hemos limitado a transcribir las ideas recogidas, evitando interpretar, pero agrupándolas para facilitar su exposición. Para exponer los resultados de la encuesta a la pregunta nº 3 hemos con-

Tabla II Soluciones para mejorar la coordinación entre PCS y PH

1. Organización institucionalizada	100%
Solución organizativa global (Administración + PCS + PH)	94%
Coordinación institucionalizada	16%
2. Organización de un equipo unitario pediátrico de área	100%
Jefe clínico o del servicio de pediatría de AP de área Hosp.	2%
Jerarquización (PH+PCS) en pediatría de área hospitalaria	8%
Reuniones periódicas PH+PCS en horario laboral	56%
Protocolos conjuntos: organizat./terap./de investigación	34%
Unificar sectorizaciones (1 CS/1 solo H de referencia)	2%
Acortar l. espera: seguimiento conjunto, PCS EC, PCS pase CE	14%
Derivación directa al PH sin pasar por especialista de AP	2%
Guardias de especialidad PCS en H voluntarias, con día libre	2%
Rotatorio del PCS en H, del PH en CS, MIR-PEDIATRA CS	8%
3. Racionalizar el tiempo y la actividad en AP	73%
“Cauce de tiempo laboral” para coordinac./informac./reciclaje	27%
Estimular/incentivar la calidad asistencia pediátrica en AP	14%
Agilizar burocracia en las derivaciones	10%
Racionalizar demanda al PCS: límite máximo de NPD	8%
Aumentar el número de pediatras en AP y H	6%
“Servicio continuo de at. pediatr.” en horario laboral del PCS	4%
Suprimir los “cupos” en CS, trabajo en equipo de PCS	2%
Plantilla auxiliares de pediatría en CS (aux.enf.para niños)	2%
4. Mejorar la intercomunicación de pacientes	44%
Fluidez y “transporte” de información escrita desde H a CS	16%
Lista telefónica en CS: nombre, teléfono, horario telefónico de PH	14%
Consensuar hoja de intercomunicación, hist.clínica, Cartilla Salud	8%
Comunicación sobre: ingresados, problemáticos, “interesantes”	6%
5. Mejorar el conocimiento entre PH y PCS	38%
“Conocerse”, comunicación y relación regular entre PCS y PH	26%
Informar, citar al PCS a sesiones hospitalarias; acudir	12%
6. No existe solución	6%
<i>Porcentaje de soluciones aportadas por 51 pediatras de CS.</i>	

siderado la cifra de 20 NPD, como aceptable⁽²⁵⁻²⁶⁾ o sin sobrecarga, considerando sobrecargados a los PCS que superaban este NPD.

Por otra parte, hemos relacionado el tipo de soluciones aportado por los distintos PCS con la carga asistencial (en NPD) a la que estaban sometidos y con la distancia a la que se encontraban del hospital de referencia.

Los datos de las distancias se obtuvieron a través de la Jefatura Provincial de Tráfico y de la guía urbana de Valencia (edición 1989). A todos los CS ubicados en la ciudad se les asignó la distancia aproximada de 1 km hasta su hospital de referencia para

Tabla III Niños/pediatra/día atendidos (NPD)

	P.C.S.		N.P.D.		
	n	%	Media ± DE	Rango	
Sin sobrecarga	4	8	19,5	0,5	5 - 50
Con sobrecarga	44	92	33	7	7 - 100
- Sobrecarga >30 NPD	30	63	36	5	12 - 100
- Sobrecarga >40 NPD	8	17	42	5	12 - 100
Total PCS	48	100	32	8	5 - 100

poder comparar distancias.

Los resultados los hemos expresado en porcentajes referidos al total del censo utilizado o de encuestas recibidas. Hemos utilizado la t de Student para comparar grupos pequeños.

Resultados

Se obtuvieron 51 encuestas, que es el 53,6% de los PCS censados en la gran ciudad. En las 51 encuestas recibidas hay 33 procedentes de PCS de la ciudad, que son el 89,1% de los PCS censados en la ciudad y 18 de PCS de pueblos. La muestra obtenida incluye al 72% de PCS censados a 6 km. o menos y en la ciudad. Todos menos uno eran pediatras, con formación vía MIR el 58% de ellos.

El 100% (n=51) de los encuestados informaron de problemas que dificultan una correcta coordinación entre el PCS y el PH o ausencia de coordinación (ver **Tabla I**). De todas las encuestas se pueden deducir perjuicios para los niños, sus familiares y para los pediatras, derivados de la falta de coordinación (100%) e incomunicación (96%).

En la **tabla II** se recogen las soluciones concretas para una correcta coordinación entre PCS y PH, aportadas por los PCS encuestados.

Los resultados a la 3ª pregunta sobre el NPD en el último trimestre de 1993 se exponen en la **tabla III** (Tres encuestas tenían la 3ª pregunta en blanco).

En cuanto al número máximo de niños visitados al día, constataron 36 pediatras (71% del total), refiriendo una media de 48 NPD (DE 13) con un rango entre 26 y 100.

En la **tabla IV** hemos reflejado tres grupos de PCS: los que adujeron “no ver solución” a alguno de los problemas (3 PCS) o a todos los problemas (otros 3 PCS), los que aportaron soluciones teóricas, aunque no refirieran haber conseguido coordinarse y los que refirieron haber conseguido coordinarse con el PH, aunque fuese en algún caso concreto. Se expone en esta tabla la relación de estos tres grupos con la carga (< 20 NPD), o sobrecarga asistencial (> 20 NPD), y con la distancia en Km. al hospital de referencia.

El NPD es mayor en el grupo que se coordina, que en el 88% restante, que no refiere coordinación, ($p < 0,001$) y también es mayor en el grupo que no ve solución, respecto al total restante ($p < 0,005$). No hay diferencias, estadísticamente significativas, en el NPD del 12% de PCS que consiguió coordinarse,

Tabla IV Soluciones según NPD y distancia en km al hospital

Solución	PCS		NPD		Km. distancia	
	n	%	X ± DE	Rango	X ± DE	Rango
No ven solución	6	12	40 ± 8,6	30 - 56	19 ± 11	1 - 30
Soluciones teóricas	39	76	30 ± 6,6	19 - 40	3 ± 5	1 - 30
Se han coordinado	6	12	36 ± 3,0	32 - 40	3 ± 2	1 - 6

comparado con el otro 12% que no vio solución, pero los PCS que se coordinaron estaban significativamente ($p < 0,01$) más cercanos a la ciudad que el otro grupo.

Finalmente, la carga en NPD es significativamente mayor ($p < 0,02$) en los pueblos ($n=16$; $x=35$; $S=7$), que en la ciudad, ($n=32$, $x=30$, $S=7$) y es mayor ($p < 0,02$) si el pueblo está a 25 o más km, ($n=4$, $x=42$, $S=9$) que si está más cerca ($n=12$; $x=32,5$; $S=4$) de la ciudad.

Discusión

El 81% de respuestas a la encuesta indica el alto grado de interés que la coordinación despierta entre los PCS de Valencia. La encuesta refleja la opinión del 54% de los PCS ubicados en la gran ciudad de Valencia (ciudad + 30 km), pero, además, incluye al 89% de los PCS censados en la ciudad, y al 72% de los censados a 6 km o menos de la ciudad. Pensamos, pues, que es una muestra representativa.

El 100% de los encuestados refiere falta de coordinación entre el PH y el PCS, hecho constatado ya por otros autores^(4,5,11-13), y referido aquí como problemas de falta de organización, de comunicación, de respaldo al PCS y de falta de tiempo en su horario laboral del PCS y del PH, y de falta de movilidad del PCS en su horario laboral, para dedicar a la coordinación, junto a un desequilibrio entre oferta y demanda asistencial, que sobrecarga al servicio pediátrico global, manifestándose por igual en los dos niveles de la atención pediátrica: listas de espera al PH y al PCS, fruto de la falta de gestión.

De la encuesta deducimos que el PCS está aislado y sin el respaldo de directores naturales, sin nadie que estimule o comprenda que deba ir al hospital o a otros CS a coordinar y/o protocolizar el trabajo con sus compañeros pediatras. Ya no trabaja con la enfermera para atender niños, como hacía antes y el hospital no le respalda como institución^(5,11,14,27-28): hay un 14% de PCS que se siente no respetado por el PH y el 51% nunca recibe contestación del mismo.

También está aislado y sin respaldo de lo que podría ser su equipo natural de pediatras de CS, separados por distintos modelos de AP pediátrica, cupos, o incluso escuelas de formación, y tampoco se conocen entre sí, ni a los PH, probablemente porque la distancia real, no es subsanada, por ejemplo, con una asignación de un tiempo para la coordinación y una autorización de cierta movilidad durante ese tiempo, o un estímulo o nexo de unión como pudiera ser un jefe del Servicio de Pediatría de

AP^(10-12,25).

La falta de un "cauce" de tiempo y movilidad del PCS, del que se queja el 33% de los encuestados, está implícita en el 90% de ellos (recomiendan reuniones etc.). Creemos que esta carencia es debida, entre otros factores, a la falta de un servicio de urgencias y de atención continua o Servicio de Urgencias de AP Infantil (SUAPI) unificado. Basta revisar la bibliografía para comprender que la puerta de urgencia del hospital pertenece al ámbito de la AP^(2,15,21) porque el 90% de sus visitas acuden por iniciativa propia en busca del primer contacto, primera atención o AP, pero desde que el PCS está de continuo 7 horas en el CS, el incremento de visitas al CS "urgentes" o no citadas ha sido progresivo, reservándose los padres el SUAPI del hospital para urgencias médicas verdaderas, o para cuando no está su PCS de cabecera. Este SUAPI, que interrumpe la consulta del PCS, ha llegado a ser del 200% del número de niños citados y aunque la mayoría acuden al PCS como una urgencia, al igual que en el hospital, son urgencias psicosociales en busca de un servicio continuo y sólo esporádicamente urgencias médicas⁽¹⁵⁻²⁵⁾.

El 92% de los PCS atendió más de 20 NPD. Aunque en el presente trabajo no hemos estudiado el tiempo dedicado a la consulta, podemos deducir que han faltado horas para atender adecuadamente a los niños ya que los pediatras creen que se debe utilizar entre 10 y 15 minutos para cada niño y los padres, según una encuesta de satisfacción de usuario realizada en el CS de uno de los autores, también lo cifran en 10-15 minutos, lo que situaría entre 5,5 y 8,25 horas la media de horas de consulta diaria del 92% de los PCS, so pena de aumentar su número o racionalizar la demanda^(5,18,25-26).

Sorprende de la encuesta las diferencias significativas ($p < 0,001$) de las medias de NPD, que hay entre los distintos PCS, hecho desalentador teniendo en cuenta que los sueldos son idénticos. Esas diferencias del 300% mantenidas años, dan idea del abandono de la pediatría de AP por parte de los directores o la rigidez del sistema de cupos que dificulta la organización del trabajo en equipo entre los propios pediatras del mismo CS^(25,29).

La distancia favorece el aislamiento científico y asistencial del PCS⁽¹¹⁾ pues a más de 6 km no encontramos coordinación, y a más de 19 km no hay esperanza en ella, y están, además, más sobrecargados de NPD, probablemente porque las urgencias y la atención continua, en la ciudad, se reparten entre el CS y la puerta de urgencia del hospital^(15,22,23).

Es estimulante ver como a pesar de la falta de normas para la coordinación, el 12% de PCS se coordina, y esta voluntad de cooperación, a menos de 6 km resiste más sobrecarga en NPD ($p < 0,001$), que el 88% que no se coordinó.

Diversos factores han aumentado el trabajo, empeorando la calidad del servicio de pediatría de los CS y deteriorando la labor profesional del PCS^(5,25,28,30-31), obligándole a atender niños de 7 a 14 años, sin aumento de plantilla, ni de remuneración, a atender adultos, a hacer el trabajo de auxiliar de pediatría que antes hacía la enfermera, sobrecarga burocrática, etc., y a prestar dos servicios diferentes a la vez: servicio a citados y SUAPI.

La falta de coordinación entre los pediatras del hospital y del

CS, ocurre por la ausencia de respaldo institucional a las prácticas espontáneas que brotan para armonizar la atención pediátrica primaria, secundaria y terciaria. Según los encuestados y otros trabajos publicados la solución para la coordinación sería crear y estimular el uso de estas medidas, a saber:

1. Reuniones periódicas dentro del horario laboral y pautas o protocolos consensuados de actuación en la misma área hospitalaria^(1-2,4-5,11-13,25), terapéuticos, de investigación y organizativos entre PCS y PH y también entre los mismos PCS. A título de ejemplo, las sesiones de admisión que se realizan a primera hora en los hospitales son compatibles con el horario de consulta de los CS.
2. Rotatorio asistencial y docente de los distintos pediatras por las diversas unidades de Pediatría de cada área de salud: los PCS por su hospital de referencia, los PH por las zonas de AP de su hospital y los MIR de Pediatría por los CS. Este rotatorio debería atenerse a programas adecuados y serviría, además, para el conocimiento personal y de las posibilidades y limitaciones de cada subsistema y en pro del respeto mutuo^(2,11,27,32).
3. Sistema de intercomunicación institucionalizado en el área, bidireccional y fluido, que debe ser, fundamentalmente, escrito, con unificación consensuada de toda la documentación del área, incluida historia clínica, uso habitual del correo, teléfono y fax, hojas de evolución e interconsulta con duplicado, informatización de la historia, directorio con teléfonos de todo el personal de cada área y sus horarios, mantenimiento del libro de hospitalizados del CS que obligue a telefonar, y citación periódica al PH y al PCS a las actividades científicas del área^(4,5,11,25,34).
4. Asignación de tiempo para coordinación de la asistencia evitando consumir todo el tiempo del PCS y del PH con asistencia, lo que implica la limitación del número máximo de NPD citados, la derivación de pacientes sin cita a un SUAPI organizado en cada área hospitalaria, la dotación de personal auxiliar de Pediatría, una minimización de la burocracia, evitando la innecesaria y tiempo estructurado para rotatorio de actualización^(4-5,9,11,25,31-32).
5. Planificación de la atención continuada y urgente pediátrica del área, por medio de un SUAPI, coordinado con el resto de la asistencia pediátrica o prestado por todos los pediatras de área, respetando a los PCS que nunca han estado en un hospital o que llevan años alejados de él y solucionando el día libre de guardia también para el PCS^(5,9,15,18-19,25).
6. Planificación global del equipo de Pediatría de área^(4-5,10-12,25,32): jerarquizado (un único jefe de servicio) o coordinado (dos jefes de servicio: de hospital y de AP), con una secretaría única que coordine a los pediatras del CS y del hospital, distribuyendo las funciones y responsabilidades de todos los pediatras y del personal de enfermería y auxiliar de Pediatría, optimizando la demanda de atención por enfermedad y la oferta de control del niño sano, como se ha hecho en otros países⁽³⁵⁾. La Pediatría del centro de salud podría llegar a ser concebida como una consulta externa del hospital de re-

ferencia.

La gestión y organización institucional que hace depender al servicio de pediatría de AP de directores y coordinadores que no son pediatras, y el que el PCS esté solo o en minoría en el equipo de AP del CS, deja al servicio de pediatría de AP abandonado al caprichoso albedrío de decisiones tomadas por personas ajenas a la especialidad o impuestas por cada dirección. Hemos de reconocer, en justicia, que también el PCS ha encontrado ayuda y estímulo en profesionales de AP, coordinadores y directores de área, pero la ausencia de una figura responsable que en un marco geográfico integre o coordine ambos niveles, es algo pendiente de organizar y planificar en las áreas sanitarias.

La mayoría de los encuestados cree necesaria una solución organizativa global. Esta solución, probablemente deba ser política y pactada entre pediatras y administradores. Nosotros creemos que deberían estar representados todos los implicados en la cadena de coordinación de la asistencia al niño y su familia, incluidos los padres de los niños.

El pediatra de cabecera o PCS es el mejor coordinador de un equipo multidisciplinar de profesionales cuyo objetivo es la atención integral al niño y su familia. Pero para ello, la puerta de entrada a la Sanidad, es decir la AP debe estar respaldada por la atención hospitalaria^(6,32-33).

Los pediatras y, en general todos los que atendemos a los niños, hemos de centrarnos en lo que nos une, que en definitiva es el niño y alejarnos de lo que nos puede separar. Creemos que la voluntad de cooperación, basada en el respeto mutuo es la clave para la coordinación^(10-11,14,27).

Conclusiones

1. El servicio de pediatría de la gran ciudad de Valencia no está coordinado por falta de gestión y de guías institucionales para la coordinación entre los pediatras de Hospital y de Centro de Salud. Siendo la más importante de ellas la falta de un modelo de organización del tiempo del pediatra de Centro de Salud.
2. Hay un desequilibrio o falta de coordinación entre oferta y demanda asistencial que origina sobrecarga de pacientes y de funciones, conllevando falta de tiempo e inmovilidad del pediatra en el Centro de Salud. Esta sobrecarga se acentúa con la distancia a la ciudad y se manifiesta por listas de espera o inaccesibilidad de los niños y de sus pediatras de Centro de Salud al Hospital.
3. Aún falta cooperación y respeto desde el pediatra del Hospital hacia el pediatra del Centro de Salud.
4. Es necesaria una dirección pediátrica que estructure el servicio de pediatría de atención primaria (y el servicio de urgencias y de atención continua que presta el pediatra del Centro de Salud).
5. Se impone una solución organizativa global pactada con la administración.

Agradecimientos

Gracias a los Drs. P. Ferrer, A. Gea y P. Chana, a la enfer-

mera A. Furió, a las Sras. C. Llabata, M.J. Montes, J. Real y L. Monzonis por su inestimable ayuda. Y a todas y todos los pediatras que nos han confiado sus ideas originales, que con rigor hemos intentado transmitir, así como a todas las personas anónimas, que han formado la cadena de coordinación, para que este trabajo viera la luz.

Bibliografía

- 1 Starfield B. ¿Es la atención primaria esencial?. *Lancet* (Ed. Esp.) 1994; **26**: 178-183.
- 2 Gérvas J. La atención primaria desde un hospital universitario. *Med Clin* 1988; **91**: 416-419.
- 3 Starfield B. Primary Care. Concept, Evaluation and Policy. *Oxford University Press*, 1992; págs: 3-87.
- 4 Martínez Millán JI, López Fernández LA, March Cerdà JC. Coordinación de niveles: la conveniencia de los principios. *Atencion Primaria* 1994; **14**: 30.
- 5 Paricio i Talayero JM, Jover i Cerdà G, Boscà i Berga J, Vall Combelles O, Uris i Sellés J. Forum professional. Coordinació Pediatria Especialitzada i Atenció Primària: de la teoria a la pràctica. El Fet Comarcal. *VIè Congrés de Pediatres en Llengua Catalana*. 1994: 301-313.
- 6 Torreblanca Prieto J. El pediatra generalista. ¿Una especie a extinguir?. *An Esp Pediatr* 1986; **24**: 137-138.
- 7 Ayala Luna S, Martínez Aguado C. Coordinación Primaria Especializada. *Centro de Salud* 1994; febrero: 87-89.
- 8 Plaza Montero J. Presente y Futuro de la Pediatría. *Arch Pediat* 1982; **33-S1**: 75-84.
- 9 Prandi Farrás F. La pediatría extrahospitalaria. *But Soc Cat Pediatr* 1975; **36**: 240-246.
- 10 Mauri Clua E. La enseñanza continua en pediatría: bases para su organización. *An Esp Pediatr* 1982; **15**: 47-53.
- 11 García Guerrero A, Merino Tapia E, Alonso Fernández-Revuelta M, Sáenz de Santamaría C, Villa Elizaga I, Pérez-Choliz Albert V. Mesa Redonda, Pediatría Profesional. Correlación Pediatría extrahospitalaria-Hospital. *An Esp Pediatr* 1987; **S 27**: 33-38.
- 12 Collado F, Ballabriga A, Sánchez E, Valls A, Vázquez C. Análisis prospectivo y retrospectivo de la pediatría española en los últimos años. *An Esp Pediatr* 1987; **S 28**: 73-77.
- 13 Boscà Berga J, Paricio Talayero JM, Ferrer Ruiz P. Problemática de la coordinación en pediatría. Encuesta a centros de Salud de Valencia. *An Esp Pediatr* 1994; **S 63**: 179.
- 14 Editorial. Volviendo a la asistencia primaria. *The Lancet* (ed. esp.) 1996; **28**: 141.
- 15 Plaza Montero J. Problemática hospitalaria de las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1984; **21**: 300-308.
- 16 Cruz M, Botet F. Introducción a las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1984; **21**: 281-285.
- 17 Arbelo López de Letona A, López C, Cánovas M. Urgencias Pediátricas. ¿Un problema irresoluble?. *An Esp Pediatr* 1986; **24**: 81-82.
- 18 García Martín A. El pediatre d'assistència primària. Problemàtica de les urgències i les seves relacions amb l'hospital. *But Soc Cat Pediatr* 1989; **49**: 349-351.
- 19 Labay Matfás M. Las guardias médicas de pediatría en los hospitales: un grave problema actual que requiere solución urgente. *An Esp Pediatr* 1991; **34**: 328-330.
- 20 Paricio JM, Tomas M, Collar JI, Silgo E, Muñoz MJ, Genovés A, Oltra M. Cuatro años de urgencia pediátrica. Relación de su incremento y de la iniciativa propia en el número de exploraciones complementarias e ingresos hospitalarios. *An Esp Pediatr* 1991; **35**: 229-231.
- 21 Pou Fernández J, Cambra Lasoasa FJ, Moreno Hernando J, Fernández Santervás Y. Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *An Esp Pediatr* 1995; **42,1**: 27-30.
- 22 Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M, Travería Casanova J. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1996; **44**: 97-104.
- 23 Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: relación con la utilización de la atención primaria en una población pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; **44**: 105-108.
- 24 Lapeña López de Armentia S, Reguero Celada S, García Rabanal M, Gutiérrez Fernández M, Abdallah I, González Aparicio H. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr* 1996; **44**: 121-125.
- 25 Muñoz García F, Malmierca Sánchez F, Marina López C. Mesa Redonda Profesional. Problemática profesional actual de la pediatría en atención primaria. En el sistema nacional de salud. Ejercicio de la pediatría en el sector privado. *An Esp Pediatr* 1995; **S 74**: 48-56.
- 26 Toledo Ortiz F, Revuelta J, Castellanos G, Iglesias Pascual G, Sevilla Marcos JM, García Caballero C, Pérez Mora I. Mesa Redonda: Bases científicas de la práctica pediátrica extrahospitalaria en la asistencia primaria. *An Esp Pediatr* 1986; **25, S 26**: 15-33.
- 27 DeWitt TG. Educación pediátrica en ámbitos extrahospitalarios. Conferencia extraordinaria de clausura. IX Congr Nac Soc Ped Extrahosp de la A.E.P. *An Esp Pediatr* 1995; **S 74**: 119-121.
- 28 Antiga i Deves O, De la Flor i Bru J. El paper de la infermera en la posta en marxa de l'assistència primària pediàtrica en una àrea bàsica de salut: experiència d'un any. *But Soc Cat Pediatr* 1989; **49**: 337-347.
- 29 Hernández Corral T, Olazábal Ulacia JC, Montero Luengo J, Miguel Lozano R, Rossignoli Susin C. Análisis de los fenómenos de adjudicación de cartillas en un centro de salud urbano. Causas y consecuencias. *Centro de Salud* 1993; septiembre: 473-478.
- 30 Salazar Rodríguez A, Sánchez de Rojas de las Heras C, Garrido Romera A. El límite de la edad pediátrica en atención primaria. Un problema por resolver. *An Esp Pediatr* 1992; **37**: 114-117.
- 31 Gabilondo L. La burocracia en Atención Primaria. *Centro de Salud* 1993; septiembre: 461-462.
- 32 Prats Viñas J. ¿Cambios en la praxis pediátrica?. Reflexiones de un pediatra general. *An Esp Pediatr* 1991; **35 S 46**: 25-31.
- 33 García-Onieva Artazcoz M. Seguimiento del niño con patología crónica. Correlación del hospital con el pediatra extrahospitalario. *An Esp Pediatr* 1993; **39 S 56**: 31-46.
- 34 Mimbela MM, Foradada S. Análisis de la interrelación atención primaria-atención especializada en la derivación de pacientes. *Atención Primaria* 1993; **12**: 65-68.
- 35 Starfield B, Harlow J. Cross-National Comparisons of Well-Child Supervision. Prepared for the the Center for Health Policy and Research. The George Washington DC, 1993 (February 1).