

## Mesa Redonda: Coordinación entre niveles asistenciales en pediatría

---

### Pediatría de atención primaria y atención especializada. ¿Es posible la coordinación e integración profesional?

A. BERCEDO SANZ

*Pediatra. Centro de Salud Meruelo. Servicio Cántabro de Salud*

La coordinación entre los niveles asistenciales de la Pediatría de Atención Primaria (PAP) y Pediatría de Atención Especializada (PAE) es una necesidad que demandan no solo los profesionales sanitarios y gestores, sino también la sociedad y de forma concreta las familias que en ocasiones no entienden este distanciamiento y falta de comunicación entre ambos niveles. Sin embargo, nuestro desarrollo normativo es muy claro al respecto, y en este sentido, el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud, establece que los equipos de atención primaria (EAP) desarrollarán su actividad en estrecha colaboración funcional y técnica con los servicios especializados que se den a otro nivel. Así mismo, la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 por la que se creó el Sistema Nacional de Salud (artículo 65.3) dispone que se establezcan medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales.

Hasta el momento actual, y a pesar de que han sido claramente expresados en diferentes foros y reuniones los motivos que han impedido que la ansiada coordinación demandada por todos los implicados sea realidad, no se ha conseguido alcanzar el umbral suficiente. Aun así, es posible que estemos en el camino adecuado con un futuro que se muestra esperanzador porque ambos niveles asistenciales están acercándose cada día más en sus funciones asistenciales, funciones formativas, docentes e investigadoras y funciones administrativas, de gestión y control de calidad. No olvidemos que la Pediatría es la única especialidad médica que al estar presente de forma privilegiada en ambos niveles asistenciales, puede presumir de realizar en nuestro país una verdadera atención integral (considerada desde una perspectiva biopsicosocial) e integrada (basada en la con-

junción de los aspectos preventivos y de promoción, curativos, rehabilitadores y de reinserción social) de la salud del niño y adolescente. A continuación, desde una visión cercana a la pediatría de AP se expondrán las dificultades y posibles soluciones para que ambos niveles asistenciales puedan desarrollar sus distintas funciones asignadas de la forma más coordinada posible.

#### EN RELACIÓN A LAS FUNCIONES ASISTENCIALES DE AMBOS NIVELES

La PAP constituye la puerta de entrada al sistema sanitario y realiza una función asistencial que incluye todas aquellas acciones de promoción, prevención, cuidado y/o recuperación, rehabilitación y educación para la salud. Esta actividad se realiza mediante la asistencia a demanda, programada, de urgencia y domiciliaria, entre otras. Sin embargo, la función primordial de la PAE es la asistencia clínica a través del Servicio de Urgencias o en régimen de hospitalización si la situación lo requiere, y la asistencia en las consultas externas previa derivación desde el nivel de AP o desde el propio hospital. En nuestro país, en las últimas décadas ambos niveles han contribuido a elevar el nivel de salud de la población, principalmente a través de la disminución de la morbimortalidad del niño, hasta el punto, que somos el país con una de las tasas más bajas de mortalidad infantil.

La AP debe ser la que facilite el acceso a la Atención Especializada (AE) porque de ello depende que esta desarrolle sus funciones en las mejores condiciones posibles. Sin

embargo, han sido muchas las *dificultades* existentes para que este paso que debiera ser obligatorio, no se haya producido:

- Excesiva presión asistencial en las consultas de los PAP, con cupos de tarjetas individuales sanitarias (TIS) muy elevados lo que no ha permitido que los niños y adolescentes reciban una asistencia de calidad.
- Falta de continuidad de la asistencia pediátrica fuera del horario habitual de las consultas de PAP, de forma que los médicos generales y de familia son los que se hacen cargo de las necesidades de asistencia urgente en este tramo horario en los puntos de atención continuada ubicados en los centros de salud.
- Aislamiento profesional y personal de los pediatras en los EAP que frecuentemente se encuentran solos ante sus compañeros de medicina de adultos y lejos de los objetivos comunes de los EAP<sup>(1)</sup>. A esta dificultad se añade la soledad que experimenta la figura del Pediatra de Área que abarca dos o más Zonas Básicas de Salud (ZBS) y que se ha convertido en un pediatra itinerante con cupos asignados extremadamente amplios, largos desplazamientos dentro de su jornada laboral y peor remuneración económica que dificultan por tanto una asistencia de calidad.
- Sobrecarga de patología pediátrica no urgente en los Servicios de Urgencia hospitalarios por la comodidad de las familias en busca de una rápida resolución de los problemas de salud que afectan a sus hijos y atraídas por la supuesta disponibilidad en urgencias de mayores medios técnicos y pruebas complementarias. Esta situación de urgencias hospitalarias masificadas ha llevado a infravalorar el trabajo de los PAP como si fueran ellos los culpables por no realizar de forma adecuada su actividad clínica diaria.
- Saturación de algunas consultas de especialidades pediátricas por una excesiva derivación que sobrecarga innecesariamente las consultas especializadas, genera listas de espera y puede llevar al descontento de los pediatras hospitalarios que no entienden para qué se les envían patologías que pueden ser asumidas desde AP. La inseguridad, la deficiente formación o la excesiva complacencia con las familias pueden ser alguno de los motivos del exceso de derivación, pero en ocasiones existen derivaciones cruzadas desde una a otra

especialidad pediátrica hospitalaria o desde la urgencia sin que el pediatra de AP conozca el motivo detectado y que muchas veces puede ser tratado directamente por el mismo. Otras veces, se generan revisiones del mismo paciente desde la consulta especializada de forma innecesaria alargando el alta definitiva o se producen derivaciones por aspectos burocráticos como puede ser la necesidad del informe del especialista hospitalario para el visado de cierto medicamento o tratamiento dietético<sup>(2,3)</sup>.

Una vez expuestas las dificultades existentes más importantes para una mayor interrelación en el desarrollo de las funciones asistenciales de ambos niveles, debemos aportar soluciones que consigan paulatinamente vencerlas y entre ellas pueden estar las siguientes:

- Disminución del número de TIS por pediatra de AP lo que permitirá un mayor tiempo de consulta para la asistencia a demanda y para actividades programadas diferentes a las del programa del niño sano que ya está suficientemente establecido y validado, como son el seguimiento de niños de riesgo de alteración en el desarrollo psicomotor, asma bronquial y patologías comórbidas asociadas, obesidad, talla baja, enuresis, etc. Asimismo, este menor tiempo que resulta de la menor sobrecarga asistencial al disminuir el cupo de pacientes asignados puede ser utilizado para realizar las otras funciones de formación, docencia e investigadora, o administrativas, de gestión y control de calidad que hasta la actualidad dependía del voluntarismo de los facultativos pediatras. En este camino de mejora nos encontramos en AP puesto que los gestores han reconocido la necesidad de la disminución de las TIS y en este sentido, en nuestra Comunidad de Cantabria se ha alcanzado un acuerdo para alcanzar una media por ZBS de 1000 TIS, no excediendo en ningún caso de 1250 pacientes adscritos, a lo largo del presente año<sup>(4)</sup>. No obstante, es deseable que esta tendencia a la baja del número de TIS se generaliza en todas las Comunidades Autónomas y se aproxime a lo que se reclama desde las asociaciones profesionales que consideran que el cupo óptimo de TIS por pediatra deber ser entre 800 a 1.000 pacientes. Esta recomendación se basa en la necesidad de conseguir un tiempo de consulta para cada niño o adolescente cercano a los 10 minutos y para la consulta programada alrededor de 20 minutos<sup>(5,6)</sup>.

- Dotación de mayores recursos humanos y materiales, así como una mayor accesibilidad a pruebas diagnósticas y terapéuticas desde la AP. Es necesario la asignación de un profesional de enfermería al cupo de pacientes adscritos al pediatra, de modo que sus agendas sean complementarias entre sí. El mayor acceso a pruebas complementarias desde AP facilitaría el grado de resolución de los pediatras de AP (como ejemplo se cita el prick-test, una de las pruebas demandadas de forma repetida en los centros de salud), evitando derivaciones innecesarias y listas de espera a los pacientes<sup>(7)</sup>. La informatización creciente de las consultas de AP y la accesibilidad a las analíticas realizadas al niño mediante la consulta informática desde el centro de salud a los archivos centralizados de los laboratorios hospitalarios, o la descarga automática de las analíticas del niño en su historia informática pediátrica a través del programa OMI, ha supuesto uno de los mayores éxitos en la coordinación de ambos niveles asistenciales. De igual forma, es necesario que los PAE puedan disponer de toda la información relevante recogida en la historia pediátrica extrahospitalaria en el momento en que el paciente se encuentra ingresado en el centro hospitalario o acude al servicio de urgencias o consultas externas.
- Elaboración conjunta de protocolos y guías de práctica clínica de los problemas de salud más prevalentes, tanto de derivación como de diagnóstico y tratamiento, con una revisión de forma periódica. En este aspecto, debe jugar un papel principal la figura del Coordinador de Atención Primaria-Especializada que será el verdadero estimulador de la creación de grupos de trabajo formados por profesionales sanitarios de ambos niveles asistenciales<sup>(8)</sup>. La participación de los pediatras en estos grupos será dentro de su jornada laboral lo que evitará el voluntarismo que en la mayoría de las ocasiones está ocurriendo en nuestro sistema sanitario. Además, sería deseable la creación de la figura de Médico Pediatra Consultor que sería aquel pediatra de AP más experto en determinadas patologías que por su formación específica en ese campo pueda colaborar en la elaboración de protocolos comunes, ser el interlocutor en ese tema concreto con AE, e informador y formador del resto de sus compañeros pediatras de AP.
- Sesiones clínicas conjuntas, abiertas y bidireccionales, basándose en casos prácticos, con una periodicidad mensual, con el objeto de un mayor conocimiento de los profesionales de ambos niveles<sup>(9)</sup>. En estas sesiones los ponentes serán de Primaria y Especializada de forma rotatoria, y moderadas por los Coordinadores de AP-AE o Direcciones Médicas.
- Creación de servicios de urgencias pediátricos específicos en todos los hospitales, incluidos los comarcales, con unos recursos humanos propios y amplios, en los que pueden colaborar los PAP de forma voluntaria y en forma y horario a convenir según las características del Área de Salud. Actualmente, las urgencias pediátricas están organizadas de manera muy diversa en las diferentes ZBS, de forma que sólo está garantizada una atención urgente del niño por pediatras dentro del horario habitual de trabajo de las consultas de pediatría. Es posible valorar la creación en algunas Áreas de Salud de los denominados Centros de Urgencias Pediátricas de AP con el objetivo de centralizar las urgencias pediátricas de AP en un único centro de salud, y en los que los PAP de ZBS próximas, de forma rotatoria y en un horario que abarcaría hasta las 22:00 horas, pudiera prestarse una atención pediátrica continuada. Este sistema planteado, es más factible en las ciudades o municipios con poblaciones numerosas y cercanas entre sí, a diferencia de las ZBS rurales, donde sólo existe uno o dos pediatras a lo sumo. Fuera de este horario, las urgencias se centralizarían en los hospitales de referencia, comarcales o terciarios. En definitiva, se pretende disminuir una de las principales dificultades en la relación entre ambos niveles asistenciales como son las guardias médicas y la calidad de las mismas, que tanto enfrentan y separan a los PAE y PAP en nuestro país, y que con una mayor implicación de los PAP en las mismas, pudiera disminuirse el distanciamiento entre ambos niveles.

#### EN RELACIÓN A LAS FUNCIONES DE FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGADORA DE AMBOS NIVELES

La LGS prevé que toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en disposición de ser utilizada

para la docencia de pregrado, postgrado y continuada de los profesionales sanitarios. Mientras el nivel hospitalario tiene una posición privilegiada con fácil acceso a la formación, docencia e investigación por estar en contacto permanente con el resto de los profesionales sanitarios, universidad y disponer de la mayoría de los métodos diagnósticos y terapéuticos, el PAP caracterizado por un mayor aislamiento profesional tiene mayores dificultades para acceder a la formación y realizar una actividad docente e investigadora de calidad<sup>(9)</sup>. Sin embargo, estos impedimentos pueden explicar, pero no justificar, la falta de implicación de los PAP en estas funciones, a diferencia de los PAE que ven esta tarea como parte de su trabajo diario en la mayoría de los casos porque participan directamente en la formación de los Médicos Internos Residentes (MIR), o su actividad laboral está ligada a la docencia en la universidad.

En este sentido, se sugieren a continuación distintas recomendaciones para que los PAP y PAE trabajen en equipo en esta labor formativa, docente e investigadora:

- En los últimos años, la docencia pregraduada está incorporando con mayor o menor rapidez y profundidad según las universidades, los contenidos propios de la AP. Así, el PAP debe participar en las actividades docentes de la universidad, proporcionando a ésta una nueva y enriquecedora fuente de trabajo docente e investigador, al mismo tiempo que ampliará y abrirá sus horizontes de relación con la comunidad y sus necesidades de salud. En todos los centros de salud, y sin necesidad de una compleja acreditación previa, debe implantarse una docencia dirigida a los estudiantes de pregrado de la asignatura de pediatría puesto que una de las primeras obligaciones en la enseñanza de la pediatría es conocer al niño sano<sup>(10)</sup>.
- En la docencia de postgrado que se realiza a través de los programas de formación dentro del sistema MIR, es fundamental que los PAP participen en la misma al igual que los PAE, ya que la mayoría de los pediatras que finalizan su formación MIR van a ejercer su profesión en la AP<sup>(11)</sup>. El MIR de pediatría debe rotar obligatoriamente una parte de su período formativo por los centros de salud como está establecido en la última Guía de Formación de Especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas<sup>(12,13)</sup>. De esta manera, es esperable que cuando se generalice la rotación del MIR de pediatría por los centros de salud, las siguientes generaciones de PAE tengan un conocimiento mayor de la AP, y por tanto, una visión más completa de la atención integral del niño y como resultado una mejor coordinación entre ambos niveles. En definitiva, la participación del pediatra como docente de postgrado repercutirá en su formación, puesto que se verá obligado a actualizar sus conocimientos al tener que impartir estas materias al alumnado.
- Los PAP como los PAE deben participar conjuntamente en la docencia de postgrado que se imparte en la Universidad a través de los cursos de doctorado y de formación continuada, y en el caso de que cualquiera de ambos tenga el grado de doctor, y previa autorización del departamento universitario correspondiente, puede llegar a dirigir una tesis doctoral o formar parte del tribunal encargado de juzgarla. Llegará el momento en que los PAP puedan convertirse en profesores titulares o catedráticos de la asignatura de Pediatría en las facultades de medicina, y en ese día asistiremos a una verdadera integración profesional formativa-docente-investigadora de ambos niveles asistenciales.
- La formación continuada es uno de los factores imprescindibles en la capacitación profesional del PAP y PAE, y es a la vez, un derecho y un deber. A ambos se les debe facilitar la asistencia a conferencias, jornadas, cursos, congresos y otras actividades científicas de la especialidad en igualdad de condiciones con el objetivo de actualizar sus conocimientos conforme avanza la investigación y las nuevas tecnologías. El PAP colaborará en los programas de formación continuada de los otros miembros del EAP del que forma parte, así como, en los programas de formación de otras ZBS o del nivel hospitalario que requieran su colaboración, y participará activamente en las actividades organizadas por las Unidades Docentes de AP, las cuales deben formar a los pediatras no sólo en áreas específicas de la especialidad sino también en otras materias como es la gestión asistencial, informática, bioestadística, sociología, bioética, derecho sanitario, economía de la salud, etc. Por su parte, los PAE deben colaborar en los programas de formación continuada de su hospital, tanto de su servicio como de otros que requieren su participación, así como contribuir a la formación continuada de los PAP en aspectos de su especialidad, con el objeto de mantener la capacitación

profesional de los mismos y alcanzar el grado máximo de coordinación posible.

- El PAP tiene que plantearse que debe realizar una investigación de calidad si quiere conseguir una mejora del nivel de salud de la población infantil y adolescente que atiende. Hasta el momento actual, esa actividad es escasa y han sido muchos los factores que han dificultado su puesta en marcha. Entre ellos, podemos citar algunos factores ya mencionados anteriormente en el apartado anterior, como la falta de tiempo dada la sobrecarga asistencial existente en las consultas, la dispersión geográfica y el aislamiento de los pediatras dentro de los equipos, la escasez de recursos materiales y económicos para desarrollarla, pero existen otros, tales como, la falta de formación específica en metodología de investigación, la falta de residentes de pediatría, de medicina de familia, estudiantes de medicina y enfermería, que formen una fuente potencial de investigadores jóvenes en los centros de salud que estimulen a los PAP más veteranos, la falta de reconocimiento por parte de los gestores que no incluyen la investigación entre sus objetivos prioritarios, e incluso la baja motivación del propio pediatra que piensa que sólo es posible la investigación hospitalaria o ligada a la Universidad, y no desde AP donde la patología no es de impacto ni le llama la atención. Es necesario un cambio urgente de actitudes que permita que la PAP se aproxime a su tarea investigadora. Para poder llevar a cabo esa labor investigadora es necesario que se creen grupos docentes-investigadores, redes de investigación, locales, regionales, nacionales e incluso internacionales, en las que se puedan sumar los esfuerzos de los diferentes profesionales de la salud y afines, y donde tengan cabida tanto los pediatras de AP como los hospitalarios. El apoyo de las Unidades Docentes de AP debe ser primordial para que estos grupos puedan organizarse y permitir con apoyo metodológico, bibliográfico, recursos materiales y económicos, su labor investigadora<sup>(14-16)</sup>. En este aspecto, recientemente en la Comunidad de Cantabria todos los PAP y PAE tienen acceso libre y gratuito a través de internet desde sus centros de trabajo o domicilios particulares a todos los recursos bibliográficos y bases de datos nacionales e internacionales de los que dispone la biblioteca del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, denominada Bibliote-

ca Virtual En definitiva, podemos asegurar que la AP ofrece como muy pocos lugares en el mundo, lo que todo investigador busca, una investigación de base poblacional, siendo todos los campos de la salud y patología infantil en los que se puede investigar.

#### EN RELACIÓN A LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS, DE GESTIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE AMBOS NIVELES

El desarrollo de estas funciones por parte del PAP y el PAE obliga a que ambos profesionales ejecuten los programas y directrices sanitarias de sus gestores, proporcionando la información sanitaria tanto del servicio hospitalario como de la ZBS correspondiente a la Dirección, y colaborando técnica y administrativamente con otros servicios hospitalarios y EAP. Además, ambos niveles deben facilitar la participación de la sociedad en la gestión del cuidado de la salud con valoración de su grado de satisfacción, administrar y controlar los recursos asignados a cada servicio o centro de salud, desarrollar y mantener los sistemas de registro e información sanitaria con evaluación continua de las actividades realizadas. La participación institucional de los pediatras de AP y hospitalarios se considera fundamental para conseguir una buena coordinación entre ambos niveles asistenciales. Con este propósito de mejorarla, se crearon en 1997, las Comisiones Paritarias de Área de AP y AE, que nacieron con el objetivo de establecer estrategias de mejora de coordinación.

A continuación se expondrán posibles líneas de mejora en las herramientas de gestión y calidad utilizadas por ambos niveles asistenciales, que pueden facilitar una mejor relación, conocimiento y confianza mutua entre ambos niveles.

#### Mejora de los sistemas de registro e información

La historia clínica pediátrica es la herramienta fundamental de calidad y de gestión, además de ser una fuente de datos imprescindible para la asistencia. En la era de la informatización de los centros de salud y hospitales, parece lógico que cada niño o adolescente solo tenga una única historia clínica en la que los PAP y PAE registren la información relevante y no exista una ruptura en la continuidad

asistencial que requiere el paciente. Hasta que este momento llegue, es necesario acelerar la implantación de sistemas de información y registro únicos para los pacientes, tarea que ha comenzado en los servicios centrales de los hospitales (laboratorio, radiología, etc.) a los que se tiene acceso desde los centros de salud y que ha sido uno de los primeros resultados que la población y los pediatras de AP ha entendido como una mejora en la relación entre ambos niveles asistenciales.

Una de las formas de comunicación escrita entre PAP y PAE es la interconsulta mediante el envío del clásico volante, actualmente en la mayoría de los casos informatizado. Es necesario corregir los defectos en los volantes OMI-AP de forma que incluya un mayor espacio para el texto propiamente dicho del motivo de la derivación, ordenar los episodios activos por su importancia y no por su fecha cronológica, y disminuir el espacio administrativo del volante<sup>(3)</sup>. Los PAP tienen que hacer un esfuerzo por remitir una información de calidad mínima que facilite el trabajo de los PAE y estos a su vez deben dar una contestación de forma escrita, y en el futuro por vía informática, en un tiempo razonable. Es posible que la llegada de la historia clínica pediátrica única para todos los implicados en la asistencia al niño y adolescente con total acceso a la información relevante del paciente solucione estos problemas que dificultan la continuidad y coordinación entre niveles.

Por otro parte, es recomendable que se generalice la utilización de las consultas por correo electrónico entre profesionales de AP y AE, puesto que la consulta telefónica obliga con frecuencia a interrumpir la dinámica de la consulta y para ello es necesario que cada pediatra disponga de su propia cuenta de correo que además, permite el envío adjunto y rápido de archivos e imágenes<sup>(17)</sup>.

### **Mejora del proceso asistencial**

La gestión de la cita con AE desde el centro de salud ha mejorado la accesibilidad del paciente pediátrico y sus familias, pero debemos avanzar un poco más, en el sentido que las revisiones y consultas sucesivas que sean pautadas por algunos especialistas (ejemplo conocido, las revisiones de agudeza visual, etc.), deben ser citadas de forma automática por AE.

También es destacable las importantes mejoras que se han conseguido en la emisión de los informes médicos y de

cuidados de enfermería tras el alta hospitalaria, e incluso, a modo de ejemplo, en nuestra Área de Salud cuando un niño ingresa en el Hospital de referencia el informe médico hospitalario se envía en el mismo día del alta a su centro de salud por vía informática, sistema que contribuye al conocimiento del PAP de todo lo referente a la estancia hospitalaria del paciente adscrito a su cupo. Además, si a esta estrategia de mejora se une la posibilidad de la visita hospitalaria compartida o interconsulta presencial de los PAE y PAP, fundamentalmente en los casos de los niños y adolescentes hospitalizados con problemas crónicos, se transmitirá a las familias la existencia de una continuidad de la asistencia entre ambos niveles y de una coordinación y colaboración permanente.

La elaboración de protocolos y guías clínicas tanto propias de la AP como conjuntas con el nivel especializado sobre el manejo del paciente crónico basadas en la evidencia científica (la experiencia que más ha aportado actuaciones protocolizadas ha sido el asma bronquial, y en este sentido, en los últimos años se han editado guías clínicas de manejo del asma bronquial que están disponibles en la red), ha de ser una actividad imprescindible encaminada a obtener la máxima coordinación posible entre ambos niveles.

Otra línea de mejora, es la adquisición de compromisos de tiempos máximos para la atención de determinados procesos en el nivel hospitalario (como ejemplo se cita las listas de espera en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil) y que debe ser una demanda que los servicios de salud tienen que responsabilizarse de dar una solución con el aumento de los recursos humanos necesarios.

### **Mejora en la adecuación y en la utilización de los recursos**

El establecimiento de acuerdos entre ambos niveles para la mejora en la prescripción de fármacos específicos e incremento de la prescripción de especialidades farmacéuticas por principio activo y especialidades genéricas así como la elaboración conjunta de protocolos de uso racional de medios diagnósticos y terapéuticos debe ser un aspecto prioritario. Estos acuerdos pueden evitar entre otros problemas, la llamada prescripción inducida entre profesionales de AE y AP, o la repetición de pruebas ya solicitadas desde el primer nivel asistencial, lo que ayu-

dará a la corresponsabilidad en el control del gasto sanitario.

Un aspecto básico en la gestión de los recursos sanitarios es el conocimiento de todos los recursos sanitarios y sociales disponibles en cada ámbito geográfico, tanto hospitalarios como los disponibles en cada ZBS<sup>(18,19)</sup>. El PAP como coordinador de la atención del niño y adolescente debe conocer las especialidades hospitalarias pediátricas existentes y su oferta asistencial, la cartera de servicios de su centro, las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, la red de asistencia social cercana, los recursos de atención temprana, los centros educativos y guarderías próximas, asociaciones de enfermos, centros de ocio, etc. En caso contrario, una mala dirección en la gestión de un problema de salud por parte del PAP puede llevar a una mala utilización de los recursos de AE, y por tanto una mala coordinación, afectando al paciente y a sus familias que realizan sin necesidad un viaje de “ida y vuelta” entre ambos niveles.

### Participación institucional

La implicación de los PAE y PAP en los objetivos de los servicios de salud a través de su participación en la elaboración de las medidas para conseguirlos evitará el riesgo de desmotivación y desinterés en el caso de que las decisiones jerárquicamente superiores que condicionan su trabajo le sean ajenas<sup>(10)</sup>. Es por tanto conveniente, que los PAE, más acostumbrados a ello por su trabajo en grandes equipos e instituciones hospitalarias, y los PAP, participen en las reuniones internas y sesiones clínicas de su servicio o EAP, y en las comisiones clínicas y órganos de asesoramiento y coordinación del Área de Salud que existan (Comisión del Uso Racional del Medicamento, Comisión Paritaria de AP-AE, Comisión de Formación e Investigación, Comisión de Calidad, etc.). Asimismo, es necesario su participación y asesoramiento en grupos de interés comunitario y asociaciones de enfermos (síndrome de Down, fibrosis quística, diabetes, enfermedad celíaca, etc.), porque servirá de nexo de unión entre estos y los profesionales sanitarios.

Finalmente, los PAP y PAE deben estimular mediante la participación activa en las asociaciones profesionales y sociedades científicas que éstas sigan realizando el cambio organizativo que posibilite la integración profesional defi-

nitiva de los pediatras que trabajan en ambos niveles asistenciales, en una relación de respeto mutuo y de trabajo en equipo<sup>(20)</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Buñuel Álvarez JC. La soledad del pediatra de Atención Primaria: causas y posibles soluciones. *Rev Pediatr Aten Primaria* 1999; 1: 37-41.
2. Morell Bernabé JJ. Coordinación Atención Primaria y Especializada. Visión desde la pediatría de Atención Primaria. 2003. En: Foro pediátrico 12. Disponible en <http://www.spapex.org/spapex/coordinaciónapesp.htm>
3. Cimas Hernando JE, Agúndez Basterra M, Arce García C, Díaz Álvarez A, Fernández Nava JR, Rodríguez González I et al. Documento Oficial de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar y Comunitaria (samfyc) sobre coordinación entre niveles asistenciales. 2002. Disponible en <http://www.samfyc.org>
4. Acuerdo sobre actuaciones en materia de Atención Primaria, Servicio Cántabro de Salud. 28 de diciembre de 2004.
5. Martín Gutiérrez JM, Alcalde Guindo P, Grau Olivé JL, Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchón J, Hidalgo Vicario I et al. Grupo de consenso de pediatría de Atención Primaria de la Asociación Española de Pediatría y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos 2001.
6. Malmierca Sánchez F. Debates profesionales. Congreso de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. Sevilla 2000.
7. Arnal Sella R, Blanco Tarrío E, Cañones Garzón P, Díaz Ojeda E, Grande Anduela JM, Guerra Aguirre J et al. Los Equipos de Atención Primaria. Propuestas de mejora. Plataforma 10 minutos. 2001. Disponible en <http://www.medynet.com/elmedico/noticias/2001/10/26/n1bis.htm>
8. García-Sicilia J. Experiencia de coordinación de Pediatría de Atención Primaria-Hospital de referencia. *An Pediatr* 2003; 58 (Supl 4): 273-4.
9. Domínguez Aurrecochea B. Introducción: Coordinación ¿deseo o realidad? *An Pediatr* 2003; 58 (Supl 4): 257-8.
10. Bercedo Sanz A. Memoria para proceso de consolidación de empleo de la categoría de Facultativos Especialistas en Pediatría y Puericultura de Área y en Equipos de Atención primaria, 2002.
11. Reconocimiento de centros de salud de Atención Primaria como Unidades Docentes Asociadas para la formación MIR-pediatría. Comisión Nacional de Especialidades: Pediatría y sus Áreas Específicas, 2002.
12. Guía de formación de especialistas: pediatría y sus áreas específicas. Comisión Nacional de Especialidades. Ministerio de Educación y Ciencia 1996.

13. Crespo M. Formación de especialistas en pediatría y las subespecialidades pediátricas. *Rev Pediatr Aten Primaria* 1999; **1**: 37-58.
14. Bercedo Sanz A. Investigación sobre asma en Atención Primaria. En: IV Curso de Asma Infantil ¿Todo es asma? Universidad de Valencia y Sociedad Española de Neumología Pediátrica; 2005. p. 167-87.
15. Díaz Vázquez CA. La investigación pediátrica en Atención Primaria. *Bol Pediatr* 2003; **43**: 1-2.
16. Díez Domingo J. Investigación en pediatría de atención primaria: la asignatura pendiente. *An Pediatr (Barc)* 2004; **61**: 289-91.
17. Ruiz-Canela Cáceres J, Martín Muñoz P. Futuro de la Pediatría de Atención Primaria desde la perspectiva de un pediatra de hoy. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; **6**: 187-97.
18. Morell Bernabé JJ. Relación profesional entre el pediatra hospitalario y de Atención Primaria. *An Esp Pediatr* 2001; **54** (Supl 4): 363-7.
19. Ortiz Gordillo E. La asistencia pediátrica extrahospitalaria del siglo XXI. *An Esp Pediatr* 2000; **52** (Supl 5): 524-6.
20. Martínez Suárez V. Entrevista con el Dr. Venancio Martínez Suárez. *Noticias Pediátricas* 2004; **23**: 14-5.