

con una correlación ($p < 0,0001$) entre pacientes ingresados en la UCE y pacientes pendientes de ingreso. Durante el tiempo de funcionamiento la UCE asumió un total de 432 ingresos, con un tiempo medio de estancia de 1,5 días. La media diaria de altas fue del 40,1% de los pacientes, con un 76% de dichas altas a domicilio. Por ello, concluimos que la existencia de una UCE adscrita al SU se mostró como una medida útil para disminuir la «saturación» al desviar ingresos fundamentalmente del área médica a dicha zona y el manejo con «criterios de urgencias» de estos pacientes disminuye las estancias hospitalarias y aumenta el número de camas disponibles para ingresos. Ciertamente, como afirma el Dr. Escarrabill, la flexibilidad debe predominar en la organización y gestión de un servicio de urgencias, dada las especiales características del paciente que atiende. Esta flexibilidad permite que en los meses invernales del año se pueda atender una creciente «entrada» de pacientes por la puerta de urgencias, pero esta flexibilidad debe ser también sustentada por medidas de gestión que permitan la adecuada «salida» de aquéllos.

**J.M. San Román Montero,
J. Hinojosa Mena-Bernal,
C. Cuervo Molinero
y J. Algarra Paredes**

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico
San Carlos. Madrid.

1. Escarrabill J, Corbella X, Salazar A, Sánchez JL. Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno. *Aten Primaria* 2001; 27: 137-140.
2. Algarra Paredes JM, San Román Montero JM, Hinojosa J, Cuervo C, Jiménez Rodríguez Madríguez R, Jiménez de Diego L. Plan de contingencia invernal. ¿Evitar la saturación de urgencias antes de que aparezca? XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. Santander, 2000.

¿Qué hacemos los pediatras en atención primaria?

Sr. Director: De forma periódica se cuestiona por parte de algunas instancias y socios de la semFYC el papel del pediatra en atención primaria (AP)¹. Debo confesar que para todos nosotros es un tema muy sensible, ya que lo que se puede entender es lo siguiente: ¿pero qué hace un pediatra en AP? Nuestra primera impresión es de perplejidad. Ya que sería triste pensar que después de 15 años en AP los compañeros de la puerta de al lado, con los que has compartido muchas cosas buenas y malas por lograr una AP mejor, todavía no se hubieran enterado de lo que hace un pediatra en AP. Esta polémica carece de momento de respuestas evidentes. ¿Es mejor que la pediatría de AP (PAP) sea realizada por pediatras o por médicos de familia? Hay razones para todos los gustos. ¿Pero tiene algún sentido discutir sobre ello? ¿No tenemos cosas mejores que solucionar? No voy a pormenorizar las razones por las que creemos que es mejor el modelo de PAP a cargo de pediatras, pero creo que el Dr. Buitrago minusvalora a los pediatras de AP en cuanto a su formación, experiencia y capacidad de adaptación a la AP. En cualquier caso, en su día se optó por el modelo de PAP atendida por pediatras y hoy día no tendría sentido plantearse invertir esta tendencia y sustituirla por la de la PAP atendida por médicos de familia. Algún caso habrá que hacer también de la opinión de los usuarios, que cuando han podido elegir han optado mayoritariamente por el primer modelo. No se puede afirmar tan a la ligera que los PAP piden más pruebas complementarias respecto a los médicos de familia, y esta afirmación se hace sólo basándose en observaciones personales y sin ningún dato científicamente contrastado. Se podría contestar di-

ciendo que quizás los PAP asumieron más responsabilidad sobre las enfermedades que presentaban esos niños, derivando mucho menos al hospital de referencia. Por lo tanto, para poder afirmar este punto hemos de ver el problema con una perspectiva más global y en función de datos más rigurosos.

El editorial mencionado ignora la importante tradición preventiva de la pediatría. La primera sociedad de pediatría se funda en Estados Unidos a finales del siglo pasado, bastante antes por tanto que muchas de las especialidades que hoy conocemos, incluida la de medicina de familia, y con una tradición salubrista de promoción de prevención, defensa del niño y de sus familias y de reformas sociales. Esta tradición aparece en España a principios del siglo pasado, mucho antes por tanto de la declaración de Alma-Atá. Nadie podrá decir que la pediatría es una recién llegada a la AP.

Es cierto que, cuando se inicia la AP, tanto la medicina general como la PAP están en situación de barbecho y en aquel momento los mejor preparados optaron por el hospital; la PAP fue la Cenicienta de su hermana mayor la pediatría hospitalaria.

Es cierto también que el sistema MIR ha potenciado la medicina hospitalaria en todos estos años. No obstante, se amplía progresivamente el número de residentes de pediatría que pasan por los centros de salud, y en este momento, en Aragón, donde ejerzo, la mayoría de ellos rotan 3 meses, período todavía muy insuficiente pero que debe ser valorado como un logro importante.

En la actualidad son ya muchos los residentes con otra idea de la PAP, con ganas de incorporarse a ella y en la que cifran más del 90% de sus posibilidades de futuro.

Respecto a las sustituciones de pediatría, tengo que darle la razón al Dr. Buitrago en que hay

plazas que no son del gusto de los pediatras y se deja que sean ocupadas por médicos generales y, otras más apetitosas, que no. Solucionar esto implicaría, entre otras medidas, la no existencia de contratos-miseria y la penalización de los «remolones».

En mi opinión, la ampliación de la edad pediátrica requeriría un consenso entre las respectivas sociedades, y no creo que ningún sector pueda ni deba actuar unilateralmente. En esa negociación la prioridad debe ser trazar unos objetivos claros en cuanto a qué actuaciones preventivas realizar con los adolescentes, así cómo, cuándo y dónde llevarlas a cabo. El modelo asistencial actual no sirve para ellos y debemos pensar en otros contextos dentro del marco escolar. ¿Tenemos los médicos de familia o los pediatras capacidad, plantillas, etc., para

acometer estas actividades? Debe ser además un conjunto de actividades intersectoriales con participación de otros profesionales no sanitarios. ¿No deberíamos unir nuestros esfuerzos? En este terreno la lucha por cotas de mercado, plazas, etc., no ayudará a mejorar la ya insuficiente atención que prestamos al adolescente.

También quisiera señalar que en el último año la PAP ha hecho un importantísimo esfuerzo de mejorar con la creación de una sociedad de pediatría de AP. La aparición hace casi 2 años de una revista, Revista de Pediatría de Atención Primaria, y de una lista profesional de correo electrónico (Pediap) son algunas muestras de estas tareas.

Ni queremos ni vamos a ser los consultores de los médicos de familia, sino que vamos a seguir

siendo los vecinos de la puerta de al lado; no insistamos en aquellas cosas que pueden separarnos, sino en aquellas por las que debemos y podemos trabajar juntos, beneficiándonos mutuamente de la diferencia de enfoques y perspectivas.

Por tanto, la PAP no es esa porción de Tierra Prometida (aquella que manaba leche y miel) que les fue arrebatada a los médicos de familia a última hora, sino algo por lo que algunos pediatras han trabajado desde hace más de 100 años.

J. Galbe Sánchez-Ventura

Pediatra. Centro de Salud Actur Norte.
Zaragoza. Miembro del Grupo Infancia-
Adolescencia del PAPPS.

1. Buitrago F. El pediatra en el centro de salud como consultor del médico de familia. *Aten Primaria* 2001; 27: 217-219.