

Paediatrics and primary care: a view from the UK Pediatria y Atención Primaria: una visión desde el Reino Unido^a

D. Hall

Professor of Community Paediatrics, Institute of General Practice & Primary Care,
SCHARR, University of Sheffield, UK

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:659-693

David Hall, d.hall@sheffield.ac.uk

Resumen

Los modelos de atención en salud a la población infantil en Europa y Norteamérica son diversos; pediatras, médicos de familia, enfermeras y otros profesionales participan de formas muy distintas, y con resultados de difícil evaluación. ¿Cuál es el mejor modelo?, ¿lo sabemos?

En el Reino Unido el modelo se basa en los servicios que necesitan los niños y las familias, y no en los que los profesionales piensan que deberían tener o querrían ofertar. En este trabajo se pretende contestar a las preguntas planteadas; se describe la evolución de la atención sanitaria a los niños en la última década y las lecciones aprendidas.

Palabras clave: *Pediatria, Atención Primaria.*

Abstract

There are several models of children's health care provision in Europe and North America; paediatricians, general practitioners, nurses and other professionals take part in very different ways, and with results of difficult valuation. Which model is best? Do we know?

In the United Kingdom, the model is based in what services children and families need, rather than what professionals think they ought to get or want to provide. In this paper I will attempt to answer the questions posed, describe the changes in the development of health care for children over the past decade and relate the lessons learned.

Key words: *Paediatrics, Primary care.*

A survey by Katz et al of 34 countries across Europe identified three models of children's health care provision¹. In the UK and in five other countries pae-

Un estudio realizado por Katz y cols sobre 34 países europeos identificó tres modelos de asistencia sanitaria infantil¹. En el Reino Unido (RU) y otros cinco

^a Traducción por M.^a Jesús Esparza Olcina (Pediatria, CS Barcelona, Móstoles, Madrid).

diatrics is a specialist field and most or all primary care for children is given by general practitioners (GPs), although there may also be clinics for well-child care, staffed by doctors who have had some training in this work, but are not normally qualified paediatricians. Twelve countries provide primary care mainly through paediatricians who have undergone a specialty training. The third model, adopted by 16 countries, is a mixed one, with some provision by paediatricians and some by general practitioners. The third model is also that seen in the USA, where larger towns generally have paediatricians but small communities may be served only by GPs. Which is the best? Do we know? What sort of evidence is needed to decide?

In the UK, a "National Service Framework" has been developed, setting out standards for children's healthcare for the next decade². This started from the perspective of what services children and families need, rather than what professionals think they ought to get or want to provide. In this paper I will describe this and other rapid changes in the development of health care for children over the past decade, trace their history, relate the lessons learned to children's health care in general and attempt to

países la pediatría es un campo especializado y la mayor parte de la asistencia sanitaria a los niños la ejercen los médicos de familia (MF)^b, aunque hay consultorios para niños sanos atendidos por médicos que han adquirido alguna formación en este trabajo pero que no tienen el título de pediatras. En doce países, la atención infantil la ejercen pediatras con formación especializada. El tercer modelo, adoptado por 16 países, es mixto, con atención por parte de pediatras y de médicos de familia. Este tercer modelo es el que existe en los EE.UU., donde en los núcleos de población grandes hay pediatras mientras que en los pequeños puede haber sólo MF. ¿Qué es lo mejor? ¿Lo sabemos? ¿Qué clase de evidencia se necesita para decidir?

En el RU se ha elaborado un National Service Framework (NSF) que establece estándares para la atención sanitaria pediátrica para la próxima década². Se basa en los servicios que necesitan los niños y las familias, y no en los que los profesionales piensan que deberían tener o querían ofertar. En este trabajo voy a describir éste y otros cambios en la evolución de la atención sanitaria a los niños en la

^b El término General practitioner (GP) se ha traducido sistemáticamente como médico de familia (MF).

answer the questions posed in the previous paragraph.

I will first consider some general and historical issues related to primary care and to paediatrics. This will be followed by an overview of the various types of service and consultation needed by children and their parents. (For the purposes of this paper, a child is anyone under the age of 18 years). I will review how the delivery of services is changing. Then I will consider whether these services could be provided in settings other than the traditional general practice. Finally I will discuss the implications of this analysis for the future of children's care and suggest what further information is needed to inform policy-making.

The British approach to general practice

In the UK, every citizen has the right to be registered with a general practice and to receive health care that is free at the point of use, through the National Health Service (NHS)³. GPs can work on their own or in groups of any size, but the "typical" practice might consist of 4 GPs, with about 6,000 patients registered, supported by other staff such as a midwife, health visitor,

última década, voy a contar su historia, relatar las lecciones aprendidas y voy a tratar de contestar a las preguntas planteadas en el párrafo anterior.

Primero haré unas consideraciones sobre temas generales e históricos en relación con la Atención Primaria y con la pediatría. Seguiré con un repaso a los diferentes tipos de servicios y consultas necesarios para atender a los niños y a sus padres (se consideran niños los menores de 18 años). Revisaré cómo están cambiando las prestaciones. Después haré consideraciones sobre si estas prestaciones deben ser atendidas en otros lugares diferentes de los tradicionales de medicina general. Finalmente comentaré las implicaciones de este análisis para el futuro de la atención pediátrica y sugeriré qué información hace falta tener para elaborar estrategias.

La medicina general británica

En el RU todos los ciudadanos tienen derecho a estar adscritos al cupo de un médico general y a recibir atención sanitaria sin pago en el acto a través del Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS)³. Los médicos de familia trabajan solos o en grupos de cualquier tamaño, pero el centro tipo consiste en 4 MF con unos 6.000 pacientes adscritos, además de otros profesionales como ma-

management and administrative staff and sometimes a psychologist or counsellor. The practice is paid according to the number of patients on the list, their age distribution and the degree of local poverty and deprivation. The fee is a per annum fee rather than a fee for each individual service. In addition, the most recent contract offers substantial incentives for excellence in a range of specific services, such as good diabetes care. Most GPs also have other income streams, for example insurance work, factory medical care, legal reports, etc. Until recently, the contract stipulated that the GP was responsible for care 24 hours a day, seven days a week (though of course doctors could arrange a deputy, they remained responsible for whatever happened). Now that burden has been removed and the basic contract now just covers office hours.

British general practice has earned a high reputation for several reasons⁴:

- Delivery of health care to a defined registered population greatly simplifies and encourages the task of promoting health and of monitoring individuals with long-term health problems, placing responsibility on primary health-care teams not only to react to

trona, *Health visitor*^c, personal de gestión y administrativo, y a veces psicólogo o *Counsellor*^d. Las consultas se cobran de acuerdo con el número de pacientes atendidos, la distribución de edades y el grado de pobreza y depresión local. Es un pago anual más que por acto individual. Además, el contrato más reciente ofrece incentivos sustanciales por excelencia en una serie de servicios específicos, por ejemplo buen control de la diabetes. La mayor parte de los MF tienen también otros ingresos, por ejemplo en compañías de seguros, como médicos de empresa, elaborando informes médico-legales, etc. Hasta hace poco el contrato estipulaba que el MF era responsable de la asistencia médica las 24 horas del día, 7 días a la semana (por supuesto los médicos podían buscar suplentes pero eran responsables de lo que sucediera en su consulta). Ahora esa carga ha desaparecido y el contrato básico sólo cubre las horas de consulta.

La medicina general británica ha ganado una gran reputación por varios motivos⁴:

- Dispensar la asistencia sanitaria a una población definida simplifica enormemente y estimula la promoción de la salud y el control in-

^c *Health visitor* (visitador sanitario) no tiene equivalente en nuestro país, son enfermeros titulados cuya función es visitar a los pacientes en su domicilio.

^d *Counsellor*: consultor, consejero, asesor, orientador.

patient requests for healthcare but also to be proactive in preventing disease and its consequences.

- The training encourages general practitioners to think in holistic terms, both about the relationship of physical and mental health in the individual and the effect of dysfunctional or healthy relationships between the members of each family.
- General practice involves a different set of probabilities from what is observed in specialist work (for any given patient or complaint, the probability of serious underlying disease is much lower for the GP than for the specialist). GPs cannot possibly refer or investigate everyone who presents to them, and much of what they do is regarded as "managing uncertainty". This is also viewed as gate keeping and countries which have an effective primary care system usually manage to control their healthcare costs more effectively than those countries where specialist care predominates.

dividual de los pacientes crónicos, recayendo la responsabilidad en los equipos de Atención Primaria no sólo para atender las demandas de los pacientes sino también para prevenir la enfermedad y sus consecuencias.

- La formación del MF le induce a pensar de forma integral tanto en la salud física como en la salud mental del individuo, así como sobre el efecto de las relaciones sanas o disfuncionales entre los miembros de cada familia.
- La medicina general afronta unas probabilidades diferentes a las del médico especialista (para cualquier consulta, la probabilidad de enfermedad grave es mucho menor para el MF que para el especialista). Los MF no pueden derivar o estudiar a todos los pacientes que acuden a él, así que mucho de lo que hacen los MF es considerado "gestión de la incertidumbre". Esto también es visto como "control de acceso al sistema" de modo que los países que tienen una Atención Primaria efectiva normalmente controlan mejor sus costes de atención sanitaria que los países donde predomina la Atención Especializada.

- But there may be a price to be paid for this in terms of occasional missed or late diagnoses and perhaps also lost opportunities to offer effective intervention for problems that, even if not life-threatening or dangerous, can affect quality of life.
- The breadth of the training equips a general practitioner to take a broad view of their patients' problems and to synthesise differing opinions and oversee complex packages of care.

These advantages are to some extent being eroded by changing patterns of practice:

- Larger groupings of GPs and pressure of work make it more difficult for individuals to build the kind of relationship with one GP which takes full advantage of their expertise.
- GPs are less likely to stay in the same post for a large part of their working life as was the case in the past and many more of the younger generation of GPs prefer a portfolio career where they work on a session basis, rather than becoming a permanent long-term member of a practice or taking on the full responsibilities of buying into a practice.

- Pero puede que haya que pagar un precio en términos de error o retraso de diagnóstico en ocasiones, y quizá también de oportunidades perdidas de ofrecer solución efectiva a problemas que, aunque no sean amenazantes para la vida o peligrosos, pueden afectar a la calidad de vida.
- La amplitud de su formación equipara al MF para abarcar globalmente los problemas de sus pacientes y para sintetizar opiniones contrapuestas y supervisar tratamientos complejos.

Estas ventajas están siendo desvirtuadas en alguna medida por cambios en los modelos de asistencia:

- Equipos de MF más numerosos y mayor presión asistencial hacen más difícil que entre ellos se establezca una relación propicia para el intercambio de conocimientos.
- Es menos probable que los MF permanezcan en el mismo puesto de trabajo la mayor parte de su vida laboral, como ocurría en el pasado. La nueva generación de MF prefieren ejercer de acuerdo con una cartera de servicios, donde trabajen en base a acto médico mejor que convertirse en un miembro permanente de un equipo o aceptar la responsabilidad de involucrarse en él.

- Feminisation of the workforce is also a significant factor; a large and growing proportion of newly qualified doctors are women and of these a substantial proportion wish to train and to work on a part-time basis.
 - The inevitable disadvantage of general practice is the near impossibility of being fully informed about the whole range of modern medicine. It is very difficult to acquire sufficient expertise in the management of the more difficult problems to avoid having to refer the patient onwards for specialist help in order to ensure that the best possible advice is given. Patients and parents are becoming more aware of this fact and increasingly often demand specialist referral because they do not fully trust their GP's expertise, even though it often turns out that the GPs was in fact correct.
 - The national programme of Child health surveillance and child health promotion increasingly calls on the skills of health visitors, midwives, community nurses and early years workers, rather than general practitioners.
 - The growing proportion of consultations related to emotional and beha-
- La feminización de la profesión también es un factor significativo, ya que una mayor y creciente proporción de nuevos médicos son mujeres, y de ellas una parte importante desean formarse y trabajar a tiempo parcial.
 - La desventaja inevitable de la medicina de familia es la casi imposibilidad de estar completamente informado sobre la totalidad de la medicina moderna. Es muy difícil adquirir los suficientes conocimientos en el manejo de los problemas más difíciles sin tener que derivar el paciente al especialista. Los pacientes y los padres son conscientes de esta situación y cada vez más demandan la derivación porque no confían plenamente en los conocimientos de su MF, aunque a menudo resulta que el MF estaba en lo cierto.
 - El programa nacional de Supervisión y promoción de la salud infantil apela de forma creciente a las habilidades de los visitantes sanitarios, las enfermeras comunitarias y los trabajadores noveles más que a las de los MF.
 - La creciente demanda de temas de consulta relacionados con proble-

vioural difficulties across the age range has as yet not been matched by a commensurate increase in the quality or quantity of training available to general practitioners (or indeed to other health care providers)⁵.

- The new contract for GPs⁶ has dramatically changed general practice. Removal of the 24-hour commitment as set out in the new contract⁷ is likely to result in a growing proportion of children bypassing their GP and going direct to an emergency care facility. This in turn is likely to further weaken the relationship between a general practice and families with young children.
- The new contract also provides a variety of financial incentives for the provision of care programmes for long-term disorders, with a very strong focus on adult conditions, notably diabetes, hypertension, strokes, heart disease, etc. In contrast, the new contract offers very little incentive for high-quality services for children and none at all for the provision of a good service for emotional and behavioural difficulties or children's long-term disorders.
- Recently, there has been some interest in the concept of super sur-

mas emocionales y de conducta no ha sido compensada con un aumento paralelo de la calidad o cantidad de formación de los MF (o de otros profesionales sanitarios)⁵.

- El nuevo contrato de los MF⁶ ha cambiado dramáticamente las consultas generales. La desaparición de la asistencia las 24 horas tal como establece el nuevo contrato⁷ es probable que dé lugar a un número creciente de niños que acudirán directamente a las urgencias. Esto, a su vez, es probable que debilite la relación entre la consulta general y las familias con niños pequeños.
- El nuevo contrato introduce varios incentivos para la instauración de programas de salud por problemas crónicos, con gran énfasis en problemas de adultos, sobre todo diabetes, hipertensión, infartos, enfermedades cardíacas, etc. En cambio, el nuevo contrato ofrece pocos incentivos por servicios de alta calidad para niños, y ninguno en absoluto por una buena asistencia a los problemas emocionales y de conducta o por los problemas crónicos infantiles.
- Recientemente ha despertado interés el concepto de superclínicas⁸.

geries⁸. GPs are being encouraged to form larger groups, and although this process is at an early stage and there are several different models, larger groups offer greater flexibility in using the available medical and nursing workforce, and in offering their patients a variety of specialist services within the super surgery rather than at the hospital. There are parallels between this concept and the USA model of the polyclinic⁹, staffed by a range of specialists who provide primary care in their area of expertise and also use the facilities of hospitals when needed, but refer to colleagues when various more complex procedures are indicated. The polyclinic model could be developed in the UK and still retain many of the advantages of British general practice¹⁰.

The historical context for preventive services

It is worth considering the historical context for children's services in the UK. Before 1974, preventive health care for babies and children was completely separate from the NHS and was provided in baby clinics, child health clinics and school

A los MF se les anima a formar grupos grandes, y aunque este proceso está en una fase inicial y hay varios modelos diferentes, los grupos grandes ofrecen mayor flexibilidad para disponer del personal médico y de enfermería y para ofertar a sus pacientes servicios especializados dentro de la superclínica en vez de en el hospital. Hay paralelismo entre este concepto y el modelo estadounidense de policlínica⁹ atendido por una variedad de especialistas que proveen atención extrahospitalaria en su especialidad y que también utilizan los recursos del hospital cuando se precisan y derivan a otros colegas cuando están indicadas exploraciones más complejas. El modelo de policlínica se podría desarrollar en el RU pero manteniendo algunas ventajas de la medicina general británica¹⁰.

El contexto histórico de la medicina preventiva

Vale la pena repasar el contexto histórico de la atención pediátrica en el RU. Antes de 1974 la medicina preventiva para lactantes y niños estaba totalmente separada de NHS y se ofertaba en consultas para lactantes y niños y en los ser-

health services, by the Local Authority (local town council), under the overall responsibility of the Medical Officer of Health (MoH). This changed in 1974 and all these services came under the umbrella of the NHS. The Court Report of 1976¹¹ recommended a number of changes, including the introduction of general practitioner paediatricians, but this was rejected by the profession. It also recommended that there should be consultant community paediatricians and this was implemented over the next two decades.

Many of the doctors working in child health clinics and in school health had embarked on this career with minimal training in paediatrics and, although many had acquired considerable knowledge and skill as a result of experience, there were many others who had received little or no continuing professional development and who did not feel themselves to be part of either a paediatric department or of the general practice mainstream medical establishment. As this generation of doctors has reached retiring age, replacement has been difficult but as a generalisation it is true to say that the number of doctors working in this field is probably somewhat smaller than it used to be but their overall standard and background training have improved. Nevertheless, alt-

vicios sanitarios escolares competencia de los ayuntamientos, bajo la responsabilidad del *Medical Officer of Health* (MoH)^e. Esto cambió en 1974 y todos estos servicios pasaron al NHS. El *Court Report*^f de 1976¹¹ recomendaba una serie de cambios que incluían la creación del pediatra de Atención Primaria, pero fue rechazado por la profesión. También recomendaba la implantación del pediatra comunitario consultor, que fue puesta en práctica en las siguientes dos décadas.

Muchos de los médicos que trabajaban en las consultas municipales para niños y en la salud escolar pasaron a ser pediatras consultores con una mínima formación en pediatría y, aunque muchos habían adquirido conocimientos y habilidades considerables como consecuencia de su experiencia, muchos otros no habían recibido apenas formación continuada y no se sentían parte del departamento de Pediatría, ni tampoco de la Medicina general. Esta generación de médicos ha alcanzado la edad de la jubilación y su sustitución ha sido difícil, pero en general, es cierto que aunque ahora son menos en número, están mejor formados. Aunque teóricamente muchos de estos

^e Medical Officer of Health (MoH): Director de Salud.

^f Court Report: Informe Nacional.

though nominally many of these doctors are regarded as full members of their local paediatric hospital department, there are many others who feel themselves to be poor relations, and those who are now employed by a primary care trust rather than by hospital based paediatric departments still feel themselves in many cases to be isolated from the mainstream.

The advent of community paediatricians from 1978 onwards offered an opportunity to create truly integrated departments bringing together hospital and community-based practice. In some places this has been a great success, with many doctors feeling equally comfortable dealing with acute medical problems in the hospital, general outpatient services, and community-based practice. But there are many other places where this integration has never been successfully achieved, due in some cases to professional attitudes and in others to managerial re-organisations which have separated hospital and community services.

During the 1980s, there was a gradual disappearance of the post known as Specialist in Community Medicine (child health), a post created to take over the work and leadership roles of the MoH. These posts had been occupied in many

médicos se consideran, a todos los efectos, miembros del departamento de Pediatría del hospital local, otros muchos no se sienten ligados, y los que son empleados ahora por Atención Primaria (no por el departamento de Pediatría del hospital) se sienten todavía en muchos casos aislados de la corriente dominante.

La creación de los pediatras comunitarios a partir de 1978 ofreció la oportunidad de constituir departamentos que integrasen totalmente la asistencia hospitalaria con la comunitaria. En algunos sitios se ha llevado a cabo con gran éxito, con muchos médicos sintiéndose igualmente cómodos tratando problemas agudos en el hospital, atendiendo consultas generales extrahospitalarias y haciendo medicina comunitaria. Pero en muchos otros lugares esta integración no ha sido conseguida del todo, debido en parte a actitudes profesionales y otras veces debido a reorganizaciones que han separado de nuevo la asistencia hospitalaria de la comunitaria.

Durante los ochenta tuvo lugar la desaparición gradual de la figura conocida como Specialist in Community Medicine (child health) (SCM), figura creada para asumir el trabajo y el liderazgo del MoH. Este puesto había sido ocupado en muchos casos por médicos pediatras

cases by doctors trained originally in paediatrics and then subsequently in public health. Community paediatricians who took over the roles of the SCM (CH) were on the whole better trained in clinical care in areas such as disability, mental health or child abuse, and most of them now spend the majority of their time working in one or all of these areas; but, when compared to their MoH and SCM (CH) predecessors, very few were or are equipped with the public health, leadership and managerial skills of those specialists.

In 1989, following a review of the services provided in child health clinics, the report of the First Joint Working Party On Child Health Surveillance, "Health For Children" was published¹². This rationalised and standardised routine health checks and health promotion for children under five. This in turn enabled the Department of Health to negotiate in 1990 an aspect of a revised contract for general practice, which encouraged general practitioners to take over child health surveillance and promotion from the child health clinics and incorporated as an integral part of general practice. GPs were required to undertake a short training course before they could register for the provision of the service. They were to be paid according to the number of children re-

con formación posterior en salud pública. Los pediatras comunitarios que asumieron el papel del SCM estaban en conjunto mejor formados en asistencia clínica en áreas del tipo de las minusválidas, salud mental y maltrato infantil, y la mayoría ahora se dedican la mayor parte de su tiempo a alguno de estos temas; pero si se comparan con sus MoH y SMC predecesores, muy pocos tienen tantos conocimientos de salud pública, liderazgo y habilidades gestoras como aquellos especialistas.

En 1989, tras una revisión de los servicios prestados en las clínicas de salud infantil, fue publicado el informe de la First Joint Working Party On Child Health Surveillance, "Salud para los niños"¹². Este informe racionalizaba y estandarizaba las revisiones rutinarias y las medidas preventivas para niños de menos de cinco años. Permitía además al Department of Health negociar en 1990 un aspecto del contrato de medicina general, animando a los MF a asumir la supervisión del estado de salud infantil y la prevención, e incorporarlas como parte integral de la medicina general. Se pidió a los MF que asistieran a un curso breve de formación antes de inscribirse para la provisión de este servicio. Se les remuneraría de acuerdo al número de niños registrados para recibir el servicio,

gistered to receive the service, rather than for the actual delivery of service (in contrast to immunisation services where the fee payable was related to the proportion of children actually being immunised within the practice).

A number of GPs undertook the requisite training and registered to provide a child health surveillance service within their practice, but this has not proved to be a very popular area of work for GPs, and in reality much of it has been undertaken by health visitors with a modest amount of support in some cases by practice nurses, nursery nurses and various unqualified assistants.

Three further editions of the report "Health for All Children"¹³ have progressively moved away from routine health checks and screening processes, to a more integrated approach to health promotion that emphasises prevention of injuries and accidents, support for breast-feeding, and a greater emphasis on issues such as inadequate parental care, parental mental health problems and substance abuse, etc. Again, the majority of this work has been undertaken by health visitors and increasingly this is done in partnership with midwives, particularly with respect to antenatal preparation

y no por servicio realizado (a diferencia de los servicios de vacunación donde el pago se relacionaba con la proporción de niños realmente vacunados en la consulta).

Bastantes MF cumplieron con el requisito de formación y se apuntaron para asumir la supervisión de la salud infantil en su consulta, pero no ha resultado ser ésta un área popular de trabajo para los MF, y en realidad gran parte de éste ha sido asumido por los visitantes sanitarios con un pequeño apoyo en algunos casos por parte de las enfermeras de las consultas, enfermeras de guarderías y varios asistentes no cualificados.

Tres ediciones posteriores del informe "Salud para los niños"¹³ han hecho desaparecer progresivamente las revisiones rutinarias y las actividades de cribaje para dar lugar a una aproximación más integrada de la promoción de la salud, dando mayor importancia a la prevención de accidentes, a la promoción de la lactancia materna y haciendo énfasis en temas tales como cuidados paternos inadecuados, salud mental de los padres y abuso de drogas, etc. De nuevo, la mayor parte de este trabajo ha sido asumido por los visitantes sanitarios y cada vez con mayor frecuencia junto con las matronas, en especial en lo que respecta a la preparación prenatal y a las primeras semanas o

and the first few weeks or months of the child's life.

It was argued in 1990 that child health surveillance and health promotion could best be undertaken by the primary healthcare team including general practitioner, rather than by a separate child health clinic, because the health of a child depends so much on social circumstances and the mental health of the parents. The general practitioner should have a broad and holistic understanding of the circumstances of each of the families on his or her list and would therefore be best placed to interpret any concerns about the child's health and development and to identify any emerging problems. One of the disappointing observations over the past decade has been the limited extent to which GPs (and indeed hospital specialists such as psychiatrists) seem able and willing to consider the health and well-being of young children when the presenting problem is the physical or mental health of the parent(s).

The National Service Framework¹⁴ has placed considerable emphasis on the importance of Child Health Promotion services. The research that underpins these recommendations has been applied in many Sure Start programmes. The disciplines involved in making this knowledge available to parents in-

meses de la vida del niño.

Se discutió en 1990 que la supervisión y promoción de la salud infantil debería ser asumida por el equipo de Atención Primaria incluyendo al MF, mejor que por una consulta independiente infantil, porque la salud de un niño depende mucho de las circunstancias sociales y de la salud mental de los padres. El MF tiene un conocimiento holístico y global de las circunstancias de cada familia de su cupo, y por lo tanto estaría mejor situado para interpretar lo que atañe a la salud y desarrollo del niño y para identificar los problemas incipientes. Una de las desalentadoras observaciones de la última década ha sido el poco interés que los MF (y especialistas hospitalarios tales como los psiquiatras) parecen tener en la salud y bienestar de los niños cuando el problema es la salud física o mental del padre/madre.

El NSF¹⁴ ha concedido mucha importancia a los servicios de promoción de la salud infantil. La investigación que respalda esta recomendación ha sido aplicada en muchos programas Sure Start⁹. Las disciplinas implicadas en aplicar la norma-

⁹ Los programas Sure Start (Comienzo seguro) son programas educativo-sanitarios y de apoyo familiar.

clude community nursing, speech and language therapy, early years educators and lay workers. Community paediatricians have in some cases been supportive both directly and indirectly, for example in terms of local policy development, but with a few exceptions general practitioners have played a very limited role (it would be surprising if it were otherwise, since the knowledge and skills involved would not normally form part of the repertoire of even an experienced GP nor do they occupy a significant amount of GP trainees' time).

The expanding role of nurses¹⁵ (and the limiting factors)

Both in the UK and also in North America and Australia, nurses increasingly take on roles which once had been the exclusive preserve of doctors^{16,17}. There are now abundant examples of how well this can work in a variety of different areas of practice, ranging from paediatric intensive and neonatal care, through the specialist care of chronic diseases, to community-based services and child mental health. There is now a much broader measure of agreement than there would have been even five years ago that the only real limits to the expansion of nursing roles were in the

tiva incluyen enfermería comunitaria, terapia del lenguaje, educadores infantiles y voluntariado. Los pediatras comunitarios han colaborado en algunos casos, de forma tanto directa como indirecta, por ejemplo en términos de desarrollo de la política local, pero, con alguna excepción, los MF han jugado un papel muy limitado (sería sorprendente que no fuera así, ya que los conocimientos y habilidades necesarios no forman parte normalmente del repertorio de incluso un MF experimentado y no ocupan apenas tiempo del residente de MF).

El rol en expansión de las enfermeras¹⁵ (y sus factores limitantes)

Tanto en el RU como en EE.UU. y Australia, las enfermeras cada vez van asumiendo roles que antes estaban reservados exclusivamente a los médicos^{16,17}. Hay ahora ejemplos abundantes de lo bien que esto puede funcionar en una gran variedad de áreas, desde cuidados intensivos pediátricos y neonatales, hasta el cuidado de enfermedades crónicas, y servicios de atención comunitaria, así como salud mental infantil. Ahora hay un consenso mucho más amplio que hace sólo cinco años cuando el límite a la expansión de la enfermería estaba en el número de enfermeras experimentadas que quisieran asumir es-

numbers of experienced nurses wishing to take on these higher levels of responsibility and the availability of suitable training and mentoring.

The terminology is somewhat confusing (nurses speak of new, extended or expanded roles); job titles include specialist nurse, nurse practitioner, and nurse consultant. The training and qualifications involved when a nurse moves on from the traditional nursing jobs to these newer roles also vary widely, though it is hoped that there may be some rationalisation of this in the near future¹⁸.

In community nursing, numbers remain a limiting factor on expanding roles. There are around 10,000 health visitors in the UK (average case load is of the order of 300 children under five) and about 3,000 school nurses (average case load therefore of the order of 2,000 children and young people). The aim is for there to be one school nurse for each cluster of one secondary school and its referring primary schools but at least 1000 additional school nurses are needed to achieve this.

tos altos niveles de responsabilidad y en la disponibilidad de formación y tutorización adecuadas.

La terminología es algo confusa (las enfermeras hablan de roles nuevos, expandidos o extendidos); la nomenclatura de los puestos de trabajo incluye enfermera especialista, enfermera de familia^h y enfermera consultora. La formación y cualificaciones necesarias cuando una enfermera cambia de los trabajos tradicionales de enfermería a estas nuevas funciones también varían ampliamente, aunque es de esperar que se establezca algo de racionalismo en el futuro próximo¹⁸.

En enfermería comunitaria, el número sigue siendo un factor limitante a la expansión de las funciones. Hay unos 10.000 visitantes sanitarios en el RU (el promedio es de unos 300 niños menores de 5 años por enfermera) y unas 3.000 enfermeras escolares (promedio de 2.000 niños y jóvenes por cada una). El objetivo es disponer de una enfermera escolar por cada escuela de secundaria y sus correspondientes escuelas de primaria, pero harían falta al menos 1.000 enfermeras escolares adicionales para conseguirlo.

^h *Nurse practitioner* se ha traducido como enfermera de familia en similitud a *General practitioner*.

Specialist services; paediatricians and child psychiatrists

There are around 2,500 consultant paediatricians in the UK¹⁹. There has been a substantial expansion in the number of paediatricians in training (the number has more than doubled and currently is around 1,500). This expansion has been driven primarily by the need to support emergency and out of hours work in hospital while keeping within the working hours requirement of the European Working Time Directive. There have been concerns on the one hand that even this huge increase may not be enough, because of the wish for part time working and the reluctance of trainees to apply for consultant posts when they finish their training; but on the other hand there have also been concerns as to whether NHS chief executives will be able and willing to fund the number of consultant posts needed to provide jobs for all these individuals.

Most trainee paediatricians aim either to be specialists (for example, neonatal care or oncology) or to be hospital based general paediatricians. Recruitment into community paediatrics, which is the specialty that deals with disability, child development, behavioural problems, child protection and child public health (health promotion, statistics and management) has until recently been difficult, though

Servicios especializados; pediatras y psiquiatras infantiles

Hay unos 2.500 pediatras consultores en el RU¹⁹. Ha habido un aumento sustancial de pediatras en formación (su número se ha doblado y actualmente está alrededor de 1.500). Este aumento se ha producido principalmente por la necesidad de atender las urgencias y las horas extras hospitalarias manteniendo las jornadas de trabajo marcadas por la Unión Europea. Existe la preocupación de que este gran aumento puede no ser suficiente debido a la demanda de trabajo a tiempo parcial y al rechazo de los pediatras en formación de solicitar trabajo como pediatra consultor cuando terminen la residencia; pero por otro lado también hay dudas respecto a si los gestores del NHS podrán y querrán crear el número de puestos de consultor necesarios para dar trabajo a todos estos individuos.

La mayoría de los residentes de pediatría desean ser especialistas (por ejemplo, neonatólogos u oncólogos) o ser pediatras generales hospitalarios. El reclutamiento para la pediatría comunitaria, que es la especialidad que trata con la minusvalía, el desarrollo infantil, los problemas de conducta, la protección infantil y la salud pública infantil (promoción de la salud, estadística y gestión) ha sido difícil hasta

this appears to be improving. However, many consultant posts in community paediatrics remain vacant or attract only one or two applicants.

Child and adolescent psychiatry is an under-developed specialty in the UK, with the total number of consultants being of the order of 500. In the NSF delivery plan, additional funds have been earmarked for CAMHS but recruitment will probably remain a problem even if adequate funding becomes available. For this reason, plus the tendency of some CAMHS teams to isolate themselves from mainstream paediatric services, the delivery of mental health care for children and adolescents is highly variable across the country. In many places, paediatricians provide much care for children with mental health problems, particularly attention deficit disorder, autism spectrum conditions and in some cases other conditions such as obsessive compulsive disorder and Tourette's syndrome.

Services needed for children (as specified in the NSF for children, young people and maternity services)

- Antenatal and perinatal care.

hace poco, pero parece estar mejorando. Sin embargo, muchos puestos de consultor en pediatría comunitaria siguen vacantes o atraen sólo a uno o dos solicitantes.

La psiquiatría infantil y juvenil es una especialidad infradesarrollada en el RU, con un total del orden de 500 consultores. En el plan del NSF se ha destinado un presupuesto adicional para los centros de salud mental infantojuvenil (CAMHS)¹, pero la contratación probablemente será problemática aunque se asigne el presupuesto adecuado. Por esta razón, además de la tendencia de algunos equipos de salud mental infantojuvenil a aislarse de la corriente general de la pediatría, la atención a la salud mental de los niños y adolescentes es muy variable de unas zonas a otras del país. En muchos lugares, los pediatras atienden muchos problemas de salud mental, sobre todo síndrome de déficit de atención, trastornos del espectro autista y en algunos casos otras alteraciones como el trastorno obsesivo-compulsivo y el síndrome de la Tourette.

Servicios necesarios para los niños (tal como se especifican en el NSF para niños, jóvenes y servicios de maternidad)

- Cuidados prenatales y perinatales.

¹ CAMHS: Child and Adolescent Mental Health Services, centros de salud mental infantojuvenil.

- Examination and care of the healthy newborn infant.
 - Care of the sick newborn infant.
 - Nationally agreed screening tests-provision, explanation, interpretation and referral of infants with abnormalities.
 - Immunisation.
 - Routine health checks and reviews as specified in "health for all children" together with health promotion advice and family support as summarised in the health promotion programme in the National Service Framework.
 - Providing a consultation service for infants and children who are acutely unwell.
 - A consultation service for infants and children with non-acute problems. This includes concerns about general ill-health, skin problems, growth disorders, and emotional and behavioural problems.
 - Health service for children in school.
 - Healthcare for adolescents.
 - Secondary and tertiary care for children and young people with acute illness or complex long-term disorders.
 - Provision of child public health overview, guidance on developmental issues and policies, planning, etc.
- Exploración y cuidados del recién nacido sano.
 - Cuidados del recién nacido enfermo.
 - Pruebas de cribaje acordadas a nivel nacional, explicación, interpretación y derivación de los lactantes con anomalías.
 - Vacunaciones.
 - Revisiones de salud rutinarias tal como se especifica en "salud para todos los niños" junto con consejos de promoción de la salud y apoyo familiar tal como se resume en el programa de promoción de la salud del NSF.
 - Consultas para lactantes y niños con enfermedades agudas.
 - Consultas para niños con problemas no agudos, tales como mala salud en general, problemas dermatológicos, trastornos del crecimiento, y problemas emocionales y de conducta.
 - Salud escolar.
 - Cuidados para adolescentes.
 - Cuidados de nivel secundario y terciario para niños y jóvenes con enfermedad aguda o problemas crónicos complejos.
 - Supervisión de la salud pública infantil, supervisión en temas de desarrollo y normativa, planificación, etc.

What are these services and who provides them?

Antenatal and perinatal care. Although in the past general practitioners made a major contribution to the care of pregnant women, this role has increasingly been taken over by midwives and by obstetric services. Although a few GPs still enjoy this area of practice the decline seems likely to continue. There is a corresponding fall in the extent to which GPs contribute to the routine examination and assessment of newborn infants. This is most commonly undertaken by junior hospital doctors, although recently appropriately trained midwives and nurses have been making an increasing commitment to this work. In the case of infants discharged home early, or in cases of home births, the GP may undertake a formal newborn examination of these cases (but these are very much a minority). The net effect is that many GPs have lost the opportunity created by a timely consultation following birth to form a working bond with the parents and give them confidence regarding primary medical care for the new infant.

Sick newborns. The care of the sick newborn infant is almost exclusively a matter for secondary and tertiary care in the UK and is not considered further.

¿Qué son estos servicios y quién los proporciona?

Cuidados antenatales y perinatales. A pesar de que en el pasado los MF desempeñaron una participación muy importante en el cuidado de la embarazada, este papel ha sido asumido progresivamente por las comadronas y por los servicios de obstetricia. Aunque a algunos MF todavía les gusta esta práctica, el deterioro probablemente va a continuar. Hay una consiguiente caída de la participación del MF en la exploración y valoración del recién nacido. Esta tarea es realizada por médicos hospitalarios jóvenes, aunque recientemente están participando comadronas adecuadamente entrenadas y enfermeras. En el caso de recién nacidos dados de alta precozmente, o en el caso de nacimientos domiciliarios, el MF puede asumir la exploración formal del recién nacido (pero esto es poco frecuente). El efecto neto es que muchos MF han perdido la oportunidad de formar una relación profesional con los padres a través de la consulta postnatal y así establecer la confianza para el cuidado médico del nuevo lactante.

Recién nacidos enfermos. El cuidado del recién nacido enfermo es casi exclusivamente un asunto de atención del nivel secundario y terciario en el RU y no se tratará sobre ello.

Newborn screening. The majority of screening tests agreed by the National Screening Committee are provided either in hospital or by midwives and health visitors, and by school nurses in the case of school health services. The same is true for other aspects of health promotion programmes.

Acute illness. The consultation rate by the parents of young children is very high with most children under the age of four being seen several times each year by their general practitioner. The rate of consultation goes down significantly after the age of four although it rises again somewhat for teenagers. Most consultations for a child who is acutely unwell are for one of around six common presenting complaints—breathing difficulties, fever, diarrhoea and vomiting, convulsions (usually due to fever) abdominal pain, and rash²¹. The vast majority of these are self-limiting, but the concern both for parents and for the general practitioner is the fear of missing a serious condition such as appendicitis or meningitis. There is also anxiety about overlooking urine infection which is difficult to diagnose in very young children and may lead to kidney scarring if neglected.

These concerns are increased in children with significant disabilities, such as

Cribaje neonatal. La mayoría de las pruebas de cribaje neonatal aprobadas por el National Screening Committee son realizadas en el propio hospital o por matronas, por health visitors, o enfermeras escolares en el caso de los servicios de salud escolar. Esto es asimismo válido para otros aspectos de los programas de promoción de la salud.

Enfermedad aguda. La frecuentación de los padres de niños pequeños es muy alta, acudiendo varias veces al año a su MF sobre todo los menores de cuatro años. Después de esta edad decae para volver a subir en los adolescentes. La mayoría de las consultas para un niño con un proceso agudo es por uno de unos seis motivos comunes de consulta (dificultades respiratorias, fiebre, diarrea y vómitos, convulsiones generalmente febriles, dolor abdominal y exantema)²¹. La gran mayoría son procesos autolimitados, pero la preocupación tanto para los padres como para el MF es el temor a no diagnosticar una enfermedad grave tal como apendicitis o meningitis. También preocupa no detectar una infección urinaria, que es de difícil diagnóstico en los niños muy pequeños y puede derivar en cicatrices renales si no se trata.

Estas preocupaciones aumentan cuando se trata de niños con minusvalías, co-

cerebral palsy, because diagnosis is more difficult and these children are perceived as being more vulnerable

Parents worried about non-acute problems will often try to see the general practitioner who they regard as "their own", and who they may have chosen because of his or her reputation for being "good with children", but this is much less so for acute illness. The way most general practices are organised means that a consultation for acute illness in a child will be with whichever doctor is available and on duty. For out of hours consultations, very often the general practitioner they see will not be a member of the parents' regular general practice.

These inevitable changes reflect both shortages of GPs, the government's target regarding appointments being available within 48 hours, and most importantly lifestyle and expectation changes (GPs are no longer prepared to be on call for their own practice round the clock).

The contract for general practice which has been introduced over the last two years has made a dramatic change in the expectations of how general practice will be delivered in the future. GPs no longer have the contractual responsibility to provide a 24x7 service. Already, there is good evidence that this is resulting in more

mo parálisis cerebral, ya que el diagnóstico es más difícil y son niños más vulnerables.

Los padres preocupados por problemas no agudos a menudo acudirán al MF, al que consideran "su médico", y que puede que hayan elegido por su reputación de ser "bueno con los niños", pero esto ocurre menos cuando se trata de problemas agudos. El modo en que están organizadas la mayoría de las consultas de MF es tal que las enfermedades agudas de los niños son atendidas por cualquier médico que esté trabajando en ese momento. Las consultas fuera del horario de atención son atendidas muy a menudo por un MF que no forma parte del equipo habitual.

Estos cambios inevitables reflejan tanto escasez de MF (el objetivo de las autoridades es que las citas se atiendan en menos de 48 horas), como sobre todo cambios en el estilo de vida y en las expectativas (los MF ya no están dispuestos a atender su demanda las 24 horas).

El contrato para MF que se ha puesto en marcha en los últimos dos años ha ocasionado un cambio dramático en el funcionamiento de las consultas. Los MF ya no tienen la obligación contractual de atender 24 horas, 7 días a la semana. Ello ya ha proporcionado evidencia clara de que cada vez más

and more children being taken direct to some form of emergency care facility, run either as a primary care centre or as a traditional hospital accident and emergency service. This trend began before the new contract was published²¹ and has probably been exacerbated by the telephone help-line, NHS Direct, which although regarded by the public as a success is almost certainly diverting children to an accident and emergency department who previously would have been managed in primary care settings by the GP or the general practice cooperative service.

Consultation for non-acute problems. I do not know of any detailed analysis of non-acute consultation patterns in British general practice. In Australia, a valuable study was carried out over one year in a single town served by a group of primary care paediatricians²² and this offered some insight into the morbidity we can expect to be associated with child health practice in the 21st century. This showed that a very substantial proportion of consultations was about emotional and behavioural disorders, disabilities and long term problems. In contrast, much of the world literature on consultation patterns and parent behaviour with regard to primary care paediatrics focuses on acute and out of hours illness, probably because this is

los niños son llevados directamente a algún servicio de urgencias, tanto en un centro de Atención Primaria como en un hospital. Esta tendencia ya empezó antes de que el nuevo contrato fuera publicado²¹ y ha sido incrementada probablemente con la puesta en marcha del teléfono de ayuda, NHS Direct, que aunque es considerado por el público como un éxito, con seguridad está derivando a los niños a los servicios de urgencias cuando antes hubieran sido atendidos en Atención Primaria.

Consultas por problemas no agudos. No conozco ningún análisis detallado de los patrones de consulta por problemas no agudos en la medicina general británica. En Australia se elaboró un estudio bien diseñado de un año de duración en una población atendida por un grupo de pediatras de Atención Primaria²² que dio algo de luz sobre la morbilidad que podemos esperar en las consultas pediátricas del siglo XXI. Una proporción importante de éstas trataban sobre problemas emocionales y de conducta, minusvalías y problemas crónicos. Por el contrario, gran parte de la literatura mundial sobre patrones de consulta y conducta de los padres con respecto a la Pediatría de Atención Primaria apunta a enfermedades agudas y urgentes, probablemente porque son las

the most anxiety provoking (the fear of missing something serious) and also the area of practice that presents the greatest organisational challenges.

The common concerns of parents of infants and young children include feeding difficulties, minor degrees of regurgitation or vomiting, persistent crying, skin conditions such as eczema, earache and uncertainties about hearing, behavioural problems such as various forms of sleep disturbance, temper tantrums, aggressive behaviour, delayed speech development, squint, constipation and soiling.

In school age children, emotional and behavioural difficulties are common. Some of these present as such, while others present with organic symptoms whose psychosomatic origin must be identified by the health professional.

The quality of advice given for the common problems of childhood seems to vary widely, not only among general practitioners but also among community nurses and paediatricians. In view of the substantial proportion of problems that have a social and psychological origin, it is probably true to say that none of these disciplines pay sufficient attention to such issues in their training programmes.

que más ansiedad provocan (el miedo de no diagnosticar algo importante), y también porque es la parte de la asistencia que más desafíos organizativos plantea.

Las demandas comunes de los padres de lactantes y niños pequeños incluyen dificultades en la alimentación, episodios leves de regurgitación o vómitos, llanto persistente, problemas dermatológicos como eccema, otalgia y dudas respecto a la audición, problemas de conducta tales como varias formas de alteraciones del sueño, rabieta, conducta agresiva, retraso en el desarrollo del lenguaje, estrabismo, estreñimiento y encopresis.

En niños en edad escolar son frecuentes los problemas emocionales y de conducta. Algunos de ellos se presentan como tales mientras que otros se manifiestan como síntomas orgánicos cuyo origen psicossomático debe ser identificado por el profesional de la salud.

La calidad de los consejos impartidos ante problemas comunes de los niños parece que varía ampliamente, no sólo entre los MF sino también entre las enfermeras comunitarias y los pediatras. Teniendo en cuenta la proporción tan importante de problemas que tienen un origen social y psicológico, puede ser acertado decir que ninguna de estas profesiones presta suficiente atención a estos temas en sus programas de formación.

Health services for children in school. This is often regarded as more or less synonymous with school nursing. There have been several reviews of the content of school nursing appropriate to the 21st century. Children with complex special needs need some health care support in school which may be provided by specialist community paediatric nurses, either directly or indirectly working through regular school nurses or health care assistants in the school. Teachers and classroom assistants also value this kind of advice and support. For the majority of children, however, the main issues seem to be social and psychological problems, issues to do with medication in schools, support for children who are having difficulty in making the transition between junior and secondary school, bullying, worries about body image and obesity, and stress related to either family problems or educational difficulties.

The number of school nurses currently in post in the UK is far smaller than one would desire and although a significant increase was recommended recently in the report of the Chief Nursing Officer⁽¹⁰⁾, it is not clear how the desired expansion will be achieved or indeed whether the target numbers specified in that report

Servicios sanitarios para los niños en la escuela. Esto es a menudo considerado más o menos sinónimo de enfermería escolar. Ha habido varias revisiones del contenido de la enfermería escolar para adecuarlo al siglo XXI. Los niños con necesidades complejas especiales necesitan algún apoyo sanitario en la escuela que pueden proporcionarlas las enfermeras especialistas en pediatría comunitaria, bien directamente o indirectamente a través de las enfermeras escolares habituales o asistentes sanitarios en la escuela. Los profesores y los ayudantes de aula también valoran esta clase de consejo y apoyo. Para la mayoría de los niños, sin embargo, los temas principales parecen ser problemas sociales y psicológicos, temas relacionados con medicación en la escuela, apoyo para niños que tienen dificultades en la transición entre la escuela primaria y secundaria, maltrato entre iguales, preocupación por la imagen corporal y la obesidad, y estrés relacionado con problemas familiares o dificultades educativas.

El número de enfermeras escolares trabajando actualmente en el RU es mucho menor del deseable y, aunque se recomendó un incremento importante del mismo en el informe del *Chief Nursing Officer*¹ no está claro cómo se va a con-

¹ *Chief Nursing Officer*: Director General de Enfermería.

would be sufficient to provide the kind of support thought to be desirable

Problems that emerge as a result of consultations by schoolchildren with their school nurse may be referred onwards either to the GP or to CAMHS or the paediatric service, whether in hospital or the community, depending on local organisation and policies.

Adolescents seek advice on a wide variety of problems²³, including skin conditions like acne, worries about growth and development, emotional concerns, eating disorders, bullying, stress, and sexual health issues. Several surveys have indicated that adolescents are particularly sensitive about questions of privacy and confidentiality and many prefer to consult a doctor or nurse away from either their school or the general practices premises at which they are registered, in order to ensure that they retain this privacy. Even those GPs who have made a particular effort to provide high-quality adolescent health care and to make it clear to teenagers that they do not have to be accompanied by their parents or have their parents' permission, have found that this presents a real obstacle for many of their adolescent patients. There are excellent models that fulfil teenagers' ambitions for he-

seguir o si realmente la cifra especificada en el informe va a ser suficiente.

Los motivos de consulta de los niños con su enfermera escolar pueden ser derivados al MF o al CAMHS (centro de salud mental infantojuvenil) o al servicio de pediatría del hospital o de la comunidad, dependiendo de la organización local.

Los adolescentes solicitan consejo sobre una amplia variedad de problemas²³, incluyendo alteraciones cutáneas como el acné, preocupaciones sobre el crecimiento y desarrollo, problemas emocionales, trastornos de la alimentación, maltrato entre iguales, estrés y temas de salud sexual. Varias encuestas han indicado que los adolescentes son especialmente sensibles ante su intimidad y confidencialidad y que prefieren consultar con un médico o una enfermera externos tanto a su escuela como a su centro de salud, para asegurar que conservan su intimidad. Incluso los MF que han hecho un esfuerzo especial para prestar una atención sanitaria de alta calidad a los adolescentes y que han dejado claro a los chicos que no tienen por qué acudir acompañados de sus padres o tener su permiso, han encontrado una gran reticencia por parte de sus pacientes adolescentes. Hay excelentes modelos que se adaptan a las exigencias de los adolescentes en materia de

althcare facilities that are confidential and easily accessible, either in or close to schools-this is more difficult to organise in rural areas.

Chronic and long-term conditions and disabilities in children and young people. Survival rates for children with very complex disorders which once would have been fatal have increased steadily, but by the nature of these conditions and their relative rarity the medical aspects of their care are generally managed by specialist secondary or tertiary services²⁴. Other agencies (education, social services and voluntary organizations) play a major role in the care and support of children and young people with long term disorders and disabilities. Some families greatly value the commonsense advice and holistic view of their general practitioner for these children, but few GPs are equipped to provide more than this.

Some families whose child needs to see specialists in many different areas of practice are fortunate also to have a general paediatrician who is sufficiently well-informed to provide an overview and synthesis of the sometimes conflicting advice and proposals for treatment put to families by individual specialists-this is a role that in theory a well-informed general practitioner can play, but

asistencia sanitaria y que son confidenciales y fácilmente accesibles, bien en las escuelas o cerca de ellas (es más difícil de organizar en áreas rurales).

Enfermedades crónicas y de larga duración y minusvalías en niños y jóvenes. Las tasas de supervivencia en niños con problemas complejos que antes no sobrevivían han aumentado progresivamente, pero por la naturaleza de estos problemas y su relativa rareza los aspectos médicos de sus cuidados son controlados generalmente por especialistas del nivel secundario o terciario²⁴. Otros recursos (educación, servicios sociales y organizaciones de voluntariado) desempeñan un papel muy importante en los cuidados y apoyos a estos niños. Algunas familias valoran especialmente el consejo cargado de sentido común y la visión holística de su MF, pero pocos MF están preparados para llegar más allá.

Algunas familias cuyos niños necesitan visitar a especialistas de muchas áreas diferentes tienen suerte de tener también un pediatra general que esté suficientemente informado para facilitar una visión general y sintética de los a veces consejos contradictorios y propuestas de tratamiento planteadas a las familias por especialistas concretos (éste es un papel que en teoría un MF bien formado podría lle-

in practice few do. This presents particular difficulties when these children grow up and leave paediatric services. They often have great difficulty in finding a general physician in adult internal medicine who can coordinate their care. Again, this is a role that in theory a general practitioner should be able to fulfil very well.

Child public health policy and planning. This is about sharing expertise between disciplines and participating in team work to ensure that children get the best possible service. It does not rely upon face-to-face consultations between health professionals and parents. The relevant expertise is not always readily available, health professionals are often better trained and more competent in problem solving than in policy development and inter-agency collaborative planning, which requires the application of current knowledge about child development and behaviour to service development rather than to individual cases.

Speculation about the future

Bigger groups and clusters. Some GPs will undoubtedly wish to go on working in small groups or even solo, and some patients may well prefer this more personal relationship, for which perhaps they will even be willing to

var a cabo, pero que en la práctica pocos lo hacen). Esto plantea dificultades especiales cuando estos niños crecen y dejan los servicios de pediatría ya que encuentran grandes problemas para integrarse en la medicina interna de adultos donde pueden coordinar sus cuidados. Una vez más, esto es una función que en teoría un MF debería desempeñar a la perfección.

Planificación y estrategias en salud pública infantil. Se trata de compartir conocimientos entre las distintas disciplinas y trabajar en equipo para que los niños obtengan el mejor servicio posible. No consiste en consultas cara a cara entre profesionales de la salud y padres. No siempre se dispone de auténticos expertos en este campo ya que los profesionales de la salud están a menudo mejor adiestrados en la resolución de problemas que en la planificación de estrategias y en trabajos de coordinación. Se requiere aplicar conocimientos actualizados sobre el desarrollo y conducta infantil global más bien que en casos particulares.

Especulación sobre el futuro.

Grupos mayores y agrupación de profesionales. Algunos MF indudablemente querrán seguir trabajando en grupos pequeños o incluso en solitario, y algunos pacientes puede que prefieran esta relación más personal, por lo cual quizás es-

pay quite substantially in the future. But the pressures driving GPs to work in much larger groups seem to be inexorable. The notion of the super-group or super-surgery, perhaps with several satellite premises, seems to offer the best compromise. A large workforce offers more flexibility that is compatible with modern lifestyles. By maintaining groups of GPs as a team with a reasonably well defined geographical responsibility, it should be possible to keep the public health benefits of the British model of general practice. Ensuring that all medical students and junior doctors have some exposure to general practice during their training should help to pass on the skills of general practice with regard to holistic medicine. GPs can develop areas of Special Interest and skill in which their patients will have confidence. The model of the super surgery also makes it possible to offer easy access to consultant specialist skills and techniques local to where patients live, when this is appropriate.

The role of triage; sending patients direct to the most relevant service.

tén dispuestos a pagar bastante en el futuro. Pero las presiones que conducen a los MF a trabajar en grupos mucho mayores parecen inexorables. El concepto del supergrupo o superclínica, quizá con varios locales satélites, parece ser la mejor solución. Un grupo de trabajo grande ofrece más flexibilidad laboral, lo cual es más compatible con el estilo de vida actual. Si se mantienen grupos de MF formando equipo con un ámbito geográfico razonablemente bien definido, sería posible mantener las bondades en salud pública del modelo británico de medicina general. Asegurar que todos los estudiantes de medicina y médicos jóvenes tienen algún tipo de contacto con la medicina general durante su formación ayudaría a transmitir los conocimientos de la medicina general con vistas a una medicina holística. Los MF pueden desarrollar áreas de Special Interest^k y conocimiento en las que sus pacientes pueden confiar. El modelo de la superclínica también permite ofrecer un acceso fácil a especialistas consultores y a técnicas en la zona donde vive el paciente cuando esto sea necesario.

El papel de la clasificación; derivar al paciente directamente al recurso ade-

^k Nota del autor: el término "MF con un Special Interest" (MFcSI) se usa en los documentos que se refieren al nuevo contrato del MF en el RU, y su uso de este modo concreto se indica con la frase con mayúsculas "Special Interest".

Much of the initial triage for children presenting with acute or non-urgent problems could be done by nurses and indeed many of the problems presenting could be managed entirely by experienced nurse practitioners or nurse consultants. They will need to have a broad knowledge not only of organic disease but also psychological and psychosocial problems, child protection, etc.

Are GPs losing their grip on child health? For the reasons set out earlier, it seems that GPs have not so far shown a real commitment to maintaining and extending their expertise in paediatrics and child health. Unless this changes quickly, GPs may see a continuing erosion of their work with children and this in turn will undermine the concept of whole-family medicine. Both from acute and non-urgent work this will result in an expanding workload for paediatricians (a phenomenon that is already apparent and growing).

What about office/primary care paediatricians? It is not yet clear how careers for the large number of paediatricians currently in training will evolve. Some have suggested that we in the UK will see the emergence of primary care or office paediatricians as is the case in some European countries and North America²⁵, but there is a consen-

cuado. Gran parte de la clasificación inicial de los niños con enfermedades agudas o no agudas puede ser realizado por enfermeras e incluso muchos de estos problemas podrían ser atendidos totalmente por enfermeras de familia experimentadas o enfermeras consultoras. Necesitarán un conocimiento amplio no sólo de enfermedades orgánicas sino también de problemas psicológicos y psicosociales, protección infantil, etc.

¿Están los MF soltando las riendas de la salud infantil? Por las razones expuestas anteriormente, parece que los MF no han mostrado un interés real en mantener y extender sus conocimientos en pediatría y salud infantil. A menos que esto cambie rápidamente, los MF pueden asistir a una erosión continuada de su trabajo con niños y esto a su vez dará lugar a una creciente carga de trabajo para los pediatras (un fenómeno que es ya aparente y está en aumento).

¿Qué hay sobre los pediatras en las consultas de Atención Primaria? No está claro cómo evolucionará la carrera del gran número de pediatras actualmente en formación. Algunos opinan que en el RU veremos la emergencia de pediatras en las consultas de Atención Primaria, tal como ocurre en algunos países europeos y en Norteamérica²⁵, pero hay con-

sus that this is undesirable and that paediatricians who have undergone five years' specialist training should not become primary care providers for children.

There may however be a career convergence between general practitioners who maintain and extend a strong interest in children, and paediatricians who spend a significant part of their career working in community or super surgery settings, where much of their work will be referrals from the triage service, particularly in the grey area between paediatrics and child and adolescent mental health services. Perhaps in due course we will have a qualification in primary care paediatrics, following the model developed, but not widely implemented, by CESP²⁶.

Which model is best?

We return to our original question: what is the best model? The evidence does not allow a firm conclusion since there is insufficient evidence. The review by Katz et al is a good attempt to answer the question but such studies are beset with methodological problems and can never on their own form a basis for policy making. One study found that the UK does less well than some EU countries in the diagno-

senso en considerar que esto no es deseable y que pediatras que han pasado cinco años de formación especializada no deberían llegar a ser el primer nivel de salud para los niños.

Debe haber sin embargo una carrera convergente entre el MF con interés en los niños y el pediatra que pasa una parte significativa de su carrera trabajando en la comunidad o en consultas de superclínicas, donde mucho de su trabajo serán derivaciones del servicio de clasificación, sobre todo en el área gris entre la pediatría y los servicios de salud mental infantojuvenil. Quizás en su debido momento tengamos una especialización en Pediatría de Atención Primaria, siguiendo el modelo desarrollado, pero no totalmente aplicado del CESP (Confederación Europea de Especialistas en Pediatría)²⁶.

¿Cuál es el mejor modelo?

Volvemos a nuestra primera cuestión, ¿cuál es el mejor modelo? Hay insuficiente evidencia para una conclusión definitiva. La revisión de Katz y cols es un buen intento para responder a la pregunta, pero tales estudios están amenazados por problemas metodológicos y nunca pueden por sí solos formar la base de la elaboración de estrategias. Un estudio concluyó que en el RU se diagnostican peor los tumores sólidos de los niños que en

sis of children's solid tumours²⁷ and tentatively attributed this to the fact that the often subtle early features are misinterpreted by GPs whereas they might be recognised by primary care paediatricians. This evidence is interesting and challenging but it is difficult to interpret since the average GP will see so few new cases (perhaps one or two in a lifetime).

Serious disorders in children are now rare and primary care paediatricians are in danger of becoming de-skilled with regard to the complex problems they saw while in their largely hospital-based training programmes. Evidence of the excellence of one system or the other must be sought in the care and outcome of common conditions. That too is difficult, since so many conditions are self limiting and so many others are dependent more on social and economic circumstances rather than the quality of health care. The huge variability in the expertise of GPs and paediatricians also makes it hard to draw generalisable conclusions.

Even if we had more robust evidence, it would be almost impossible to make a wholesale change in the system in less than a generation. If paediatricians wish to demonstrate that

otros países de la Unión Europea (UE)²⁷ y atribuyeron este hallazgo al hecho de que las sutiles manifestaciones iniciales son malinterpretadas por los MF mientras que podrían ser reconocidas por pediatras de Atención Primaria. Este resultado es interesante y desafiante pero difícil de interpretar ya que el MF medio va a ver muy pocos casos (quizás uno o dos en toda su vida).

Las enfermedades graves en niños son ahora raras y los pediatras de Atención Primaria tienen el peligro de ir perdiendo experiencia respecto a problemas complejos que vieron mientras cursaban los largos programas hospitalarios de la especialidad. La evidencia sobre la excelencia de un sistema u otro debe buscarse en el tratamiento y resultados de las enfermedades comunes. Esto también es difícil debido a que muchas patologías son autolimitadas y muchas otras dependen más de las circunstancias sociales y económicas que de la calidad de los cuidados de salud. La enorme variabilidad en los conocimientos de los MF y pediatras también hace difícil extraer conclusiones generalizables.

Incluso si dispusiéramos de una evidencia más robusta, sería prácticamente imposible llevar a cabo un cambio total en el sistema en menos de una generación. Si los pediatras quieren demostrar que pue-

they can provide a better service for their patients in community settings than can GPs, it is likely that this will be in the areas of prevention and health promotion, and in behavioural, developmental and emotional problems, rather than in serious organic disease, which is relatively rare and often needs to be investigated in hospital settings by the relevant specialist. Notably, USA colleagues report that in spite of attempts to update their residency training many of the newly qualified paediatricians joining office practices are ill prepared for the realities of life outside hospital and need to spend a year learning an additional set of skills.

Our ethical duty to our patients is to provide the best possible care. In the modern world, where poverty and inequality are still important contributors to poor health, I believe we also have a moral obligation to consider how that care can be provided at the lowest possible cost.

den prestar un mejor servicio para sus pacientes que los MF en consultas comunitarias, es probable que esto ocurra en áreas de prevención y promoción de la salud y en problemas emocionales del desarrollo y de la conducta, más bien que en enfermedades orgánicas graves, que son relativamente raras y que a menudo necesitan ser estudiadas en el hospital por parte del especialista adecuado. Es de destacar que los colegas de EE.UU. informan de que a pesar de los intentos de actualizar su formación de residentes, muchos de los pediatras recientemente cualificados que acceden a las consultas están poco preparados para la realidad de la vida fuera del hospital y necesitan pasar un año aprendiendo conocimientos adicionales.

Nuestro deber ético para con los pacientes es ofrecerles la mejor atención posible. En el mundo moderno, donde la pobreza y la inequidad todavía son contribuyentes importantes de la enfermedad, creo que también tenemos la obligación moral de considerar cómo esa atención puede administrarse al menor coste posible.

Bibliografía

1. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich J. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*. 2002;109:788-796.
2. Department of Health and Department for Education and Skills. National Service Framework for children, young people and maternity services. London: DoH; 2004.
3. Royal College of General Practitioners. General practice in the UK: a basic overview. Royal College of General Practitioners Information Sheet n.º 4, May 2005 [En línea][Fecha de consulta 25 ago 2005]. Disponible en www.rcgp.org.uk/information/publications/information/PDFInfo/04MAY05.pdf
4. Hall D, Sowden D. Primary care for children in the 21st century. *Brit Med J*. 2005;330:430-431.
5. Garralda ME. The Interface Between Physical and Mental Health Problems and Medical Help Seeking in Children and Adolescents: A Research Perspective. *Child and Adolescent Mental Health*. 2004;9(4):146-155.
6. Department of Health. Delivering investment in general practice: implementing the new GMS contract. London: DoH; 2003.
7. House of Commons health committee. GP out of hours services: fifth report of session 2003-2004, vol 1. London: Stationery Office; 2004.
8. Department of Health. Lift off for first 'super surgery'. Press releases notices. Published: Friday 26 November 2004 [En línea][Fecha de consulta 25 ago 2005]. Disponible en www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/PressReleases/PressReleases-Notices/fs/en?CONTENT_ID=4096392&chk=Se2L9C
9. Light D, Dixon M. Making the NHS more like Kaiser Permanente. *BMJ*. 2004;328:763-765.
10. The Royal College of Paediatrics and Child Health. Paediatrics 2010. RCPCH. Disponible en www.rcpch.ac.uk
11. Court D. Fit for the Future. London: HMSO; 1976.
12. Hall D, Elliman D. Health for all children. 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2003.
13. Hall D. Health for all children. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1989.
14. Department of Health, DfES. National Service Framework for children, young people and maternity services. Key issues for primary care. London: DoH; 2004.
15. Department of Health, DfES. The chief nursing officer's review of the nursing, midwifery and health visiting contribution to vulnerable children and young people. London: DoH; 2004.
16. Drew J, Nathan D, Hall DMB. Role of a paediatric nurse in primary care 1: research issues. *Brit J Nurs*. 2002;11:1452-1460.
17. Drew J, Nathan D, Hall DMB. Role of a paediatric nurse in primary care 2: research findings. *Brit J Nurs*. 2003;12:34-42.
18. Chief Nursing Officer. Post Registration Development: A Framework For Planning, Commissioning And Delivering Learning Beyond Registration For Nurses And Midwives. The report of a task group convened and chaired by the Chief Nursing Officer. London: Department of Health; 2004.
19. The Royal College of Paediatrics and Child Health. Census data. RCPCH. Disponible en www.rcpch.ac.uk
20. Arnon K, Stephenson T, Gabriel V, et al. Determining the common medical presenting problems to an accident and emergency department. *Arch Dis Child*. 2001;84:390-392.
21. Boyle R, Smith C, McIntyre J. Changing utilisation of a children's emergency department. *Amb Ch Health*. 2000;6:39-43.

22. Hewson P, Anderson P, Dinning A, et al. A 12-month profile of community paediatric consultations in the Barwon region. *J Paediatr Child Health*. 1999;35:16-22.
23. Oppong-Odiseng ACK, Heycock EG. Adolescent health services-through their eyes. *Arch Dis Child*. 1997;77:115-119.
24. Michaud PA, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part II: healthcare provision. *Arch Dis Child*. 2004;89:943-949.
25. Freed GL, Nahra TA, Wheeler JRC. Which physicians are providing health care to America's children? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:22-26.
26. Crouchman M, Pechevis M, Sandler B. Social paediatrics and child public health: a European perspective. *Arch Dis Child*. 2001;84:299-301.
27. Gatta G, Corazziari I, Magnani C, et al. Childhood cancer survival in Europe. *Ann Oncol*. 2003;14 Suppl 5:v119-127.

