



ORIGINAL

Papel del pediatra de atención primaria y coordinación con atención especializada

M.J. Pueyo^{a,*}, L. Baranda^a, J. Valderas^b, B. Starfield^{c,1} y L. Rajmil^d

^a *Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España*

^b *NIHR School for Primary Care Research, University of Oxford, Reino Unido*

^c *University Distinguished Professor, Johns Hopkins University and Medical Institutions, Baltimore, Estados Unidos*

^d *Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, Barcelona, España*

Recibido el 20 de enero de 2011; aceptado el 13 de julio de 2011

Disponible en Internet el 10 de agosto de 2011

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Pediatria;
Estudios cualitativos;
Globalidad;
Coordinación

Resumen

Objetivos: Conocer cómo asumen y desempeñan los médicos de asistencia infantil en Cataluña los atributos de la atención primaria (AP) (coordinación, globalidad y longitudinalidad).

Material y métodos: Estudio cualitativo basado en grupos de discusión y entrevistas individuales semiestructuradas con pediatras cuyo perfil había sido definido previamente según características sociodemográficas y de formación. Se llevaron a cabo 2 grupos de discusión (5 y 4 personas respectivamente) y 5 entrevistas individuales. Los participantes respondieron dos preguntas: ¿cómo explicaríais vuestra función como pediatras de AP? y ¿cuál es vuestra opinión sobre la relación entre los pediatras de AP y los especialistas a los que deriváis a los pacientes? Se llevó a cabo un análisis de contenido temático.

Resultados: Los pediatras asumen que la AP debe ser integral y tener en cuenta el contexto del niño/a. El vínculo que se establece con las familias es una característica definitoria de su función. Detectan deficiencias en su propia formación y escaso reconocimiento social e institucional de su trabajo. La coordinación con la atención especializada y la transferencia de información entre niveles no son satisfactorias. Se identifican como factores facilitadores el conocimiento personal, la formación común y las sesiones clínicas.

Conclusión: A pesar de su formación hospitalaria, los pediatras asumen los atributos de la AP. Se propone abordar los aspectos deficitarios, como la falta de formación en AP, y tener en cuenta el escaso reconocimiento institucional y social, así como las dificultades en la coordinación, para mantener un nivel de calidad elevado en la atención primaria a la población infantil.

© 2011 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mjpueyo@catsalut.cat (M.J. Pueyo).

¹ In memoriam. Desafortunadamente la profesora B. Starfield murió el pasado mes de junio.

KEYWORDS

Primary care;
Paediatrics;
Qualitative studies;
Comprehensiveness;
Coordination

Role of paediatrics in primary care and coordination with specialist care**Abstract**

Objectives: Primary care (PC) paediatricians are trained mainly in the hospital setting, with little contact with PC. This study aimed to find out what perceptions and experiences they have on the attributes of PC (first contact, comprehensiveness and continuity of care) that are assumed and performed by PC paediatricians.

Material and methods: A qualitative study was performed based on focus groups and semi-structured individual interviews with paediatricians with pre-defined sociodemographic and speciality training characteristics. Two focus groups (5 and 4 people each) and 5 interviews were made. Participants responded to two questions: how would you explain your function as a primary care paediatrician? and what is your opinion on the relationship between primary care paediatricians and the specialists to whom your patients are referred? The conversations of the groups and interviews were recorded and transcribed, and a content analysis was performed.

Results: Paediatricians assume that PC must be comprehensive, and take into account the context of the child. Paediatricians declare a lack in their training and poor social and institutional recognition. Coordination with specialists and the transfer of information are not satisfactory. Helpful factors are personal knowledge, the shared training and the face-to-face clinical sessions.

Conclusion: Despite their hospital-based training, paediatricians assume the attributes of PC. Difficulties in performing their function include poor adaptation of their training to PC, and little institutional and social recognition. Coordination with specialists is not satisfactory. Approaching these difficulties can help maintaining a high quality level in the care of the paediatric population.

© 2011 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La atención primaria (AP) de salud es la estrategia mediante la cual se obtienen mejores resultados en salud de forma eficiente y equitativa¹⁻³. Los atributos que definen la AP son⁴: a) el primer contacto (accesibilidad); b) la cobertura de todas las necesidades de salud de las personas (globalidad); c) la atención continua a lo largo del tiempo (longitudinalidad), y d) la coordinación de la atención cuando la población recibe servicios de otros niveles sanitarios.

Aunque el sistema sanitario español está basado en la AP, el desempeño de los atributos de la AP ha recibido poca atención⁵. La definición de las dimensiones de la AP hecha por los propios profesionales⁶ coincide con los atributos básicos: accesibilidad, coordinación y relación con los pacientes, además del atributo de calidad asistencial. La formación de los médicos de familia permite internalizar estos atributos como valores propios de la AP. Sin embargo, en España la atención de la población infantil (0-14 años) es responsabilidad de pediatras, formados como especialistas en el medio hospitalario y con escaso o nulo contacto con la AP.

En este contexto, el presente estudio cualitativo pretende conocer cómo asumen y desempeñan determinados atributos de la AP (globalidad, longitudinalidad, coordinación) un grupo de pediatras que trabajan en Cataluña y conocer su percepción sobre su rol en el sistema sanitario. La hipótesis inicial era que la formación hospitalaria de los pediatras dificultaría la asunción de los atributos propios de la AP, especialmente en las personas con menor experiencia de trabajo en AP o formadas en países con sistemas sanitarios no orientados a la AP.

Material y métodos

La metodología utilizada es cualitativa con perspectiva fenomenológica, método exploratorio⁷ y técnica conversacional en forma de grupos de discusión y entrevistas en profundidad⁸⁻¹⁰ con médicos de AP infantil. La recogida de información se ha realizado entre junio de 2008 y junio de 2009. Se ha buscado que entre las personas participantes estuvieran representados diversos atributos del colectivo de médicos pediatras existentes en Cataluña¹¹. Los atributos escogidos se han seleccionado según la revisión de la literatura y la experiencia del equipo investigador. Las variables que caracterizan los atributos son: sexo; edad (< 35; entre 35 y 49, de 50 años y más); las características del programa de formación especializada (médico interno residente [MIR] nacional; no MIR nacional; formación en el extranjero), y la antigüedad en el ejercicio de la profesión (10 años o menos; > 10 años). También se recabó información sobre el centro de trabajo actual: antigüedad (10 años o menos; > 10 años), el contexto (urbano; rural) y el nivel de integración con la atención especializada (AE) (organización sanitaria integrada, es decir responsable de la AP y AE en un territorio, y organización no integrada o proveedora únicamente de AP). La captación de las personas participantes se ha realizado a través de informadores clave como técnicos de salud, responsables territoriales y asociaciones médicas.

Técnicas de recogida de información

Se organizaron dos grupos de discusión, integrados por 4 y por 5 personas con diferentes atributos, que duraron unas 2 h y fueron moderados por la misma persona en ambos casos

Tabla 1 Características de los participantes en el estudio

Características		N
Sexo	Hombres	7
	Mujeres	7
Edad (media 45 años)	< 35 años	3
	35 a 49 años	7
	50 años y más	4
Formación	MIR	8
	No MIR	6
Programa de formación	Español	11
	Extranjero	3
Entorno de trabajo	Urbano	9
	Rural	5
Años de ejercicio profesional	< 10 años	5
	10 años o más	9
Tipo de organización	Integrada	6
	No integrada	8

(LB), mientras que otra persona (MJP) asumió el papel de observador. Por cuestiones logísticas, se decidió continuar el proceso con entrevistas en profundidad individuales, de las que se hicieron otras cinco. En total, se ha obtenido información de 14 profesionales, cuyas características se recogen en la **tabla 1**.

Guía temática de discusión

Las reuniones y entrevistas se orientaron a partir de dos preguntas: ¿cómo explicaríais vuestra función como pediatras de AP? y ¿cuál es vuestra opinión sobre la relación entre los pediatras de AP y los especialistas a los que deriváis a los pacientes? Se elaboró una guía temática (disponible solicitándola a los autores) de diferentes aspectos a tratar que sirvió al moderador para conducir las entrevistas y las reuniones sólo en el caso de que la dinámica del grupo aconsejara su intervención.

Transcripción y tratamiento de la información obtenida

Los grupos de discusión y las entrevistas fueron grabados, previa solicitud de consentimiento a los participantes, y transcritos literalmente por una persona ajena al equipo. Las transcripciones han sido revisadas como mínimo por una persona del equipo para asegurar que no hubiera errores.

La información obtenida se ha tratado mediante metodología de análisis del contenido. Para ello se preparó el material (las transcripciones) mediante la identificación del discurso de cada participante y de sus atributos. Posteriormente, se fragmentó el discurso en unidades de significación semántica y se procedió a su categorización siguiendo criterios de analogía para agruparlas. A cada registro se le han adjudicado diversas categorías en función de su significado individual o en el conjunto del discurso. Las categorías se organizaron de acuerdo con los principales ejes analíticos del proyecto (atributos de la AP) y se actualizaron a medida que se realizaba el análisis para incluir las categorías

emergentes. Posteriormente, las categorías se agruparon por temas.

La categorización y su agrupación en temas fueron realizadas separadamente por dos miembros del equipo (LB, MJP) y posteriormente se puso en común en sesiones en las que estaba presente todo el equipo. Los resultados fueron remitidos a todos los participantes, solicitándoles sus comentarios para asegurar la validez e interpretación del contenido.

Se presentan los temas en los que se ha alcanzado el punto de saturación. Se transcriben los verbatim que expresan mejor las afirmaciones realizadas en el texto.

Resultados

¿Cómo explicaríais vuestra función como pediatras de atención primaria?

Los pediatras de AP consideran que ejercen una función de atención integral que tiene en cuenta el contexto del niño, el seguimiento de su desarrollo y la atención a los diversos problemas de salud.

«Porque el pediatra debe atender integralmente al niño y a su familia y a su entorno, porque no es solamente el niño, es los padres del niño, la problemática familiar que haya en torno al niño y todo lo que eso lleva: los problemas educacionales, los problemas escolares, los problemas sociales, los problemas del niño o del adolescente con su entorno social, los problemas de sexualidad...» (pediatra con formación extranjera, > 10 años de ejercicio).

La función se ejerce a través del establecimiento de un vínculo con las familias, cuyo establecimiento es, para algunos de los pediatras entrevistados, una característica definitoria de su función como pediatras de AP.

«...Es un vínculo superimporante. A mí me gusta ser pediatra de AP y ver a los niños crecer, y ver nacer otro hijo, y ejercer influencia en las normas»' (pediatra extranjero, más de 10 años de ejercicio).

«Yo tengo buen vínculo y eso es lo que me mantiene en medio de todo este caos de presión asistencial; eso a mí me recompensa» (pediatra extranjero, > 10 años de ejercicio).

La relación longitudinal desde el nacimiento a la adolescencia y la facilidad de acceso son factores facilitadores de la relación con las familias. Esta función de atención integral es ejercida conjuntamente por pediatra y enfermera.

«...Que la enfermera atienda a este niño, que le ponga el termómetro, que le valore, que le pregunte si ha tenido tos, si ha tenido diarrea; que haga educación sanitaria sobre la temperatura, y todo esto, a mí, hombre, esto es la competencia básica de la enfermera de pediatría...» (pediatra MIR nacional, > 10 años de ejercicio).

La formación de las enfermeras de pediatría se realiza en la consulta, ya que no existe un itinerario de formación específico.

«...Cuando hay unas oposiciones, por una décima te pueden quitar el profesional con el que trabajas y de repente viene una persona que tiene dos décimas más y ocupa una plaza de pediatría y no sabe de qué va la pediatría y no se sabe ni el carnet de vacunas...». Cualquiera de nosotros ha tenido siete, ocho, diez enfermeras a lo largo de su vida

profesional, y los tienes que formar porque la empresa no los forma» (pediatra MIR nacional, > 10 años de ejercicio).

Los pediatras refieren desajustes entre la formación que reciben y su posterior trabajo en AP. El trabajo en AP proporciona habilidades diferentes de las adquiridas previamente como la mejora en la empatía y comunicación con las familias, o habilidades nuevas en el manejo de determinadas áreas clínicas específicas. Este hecho convierte el paso por la AP en una nueva etapa de aprendizaje.

«Creo que el pediatra no está preparado para hacer estas funciones; hay un problema en la formación de los residentes, sabemos colocar tubos pero toda la esfera psicosocial nadie la aborda...» (pediatra extranjero, < 10 años de ejercicio).

La percepción generalizada es que la función que ejercen los pediatras está infravalorada por gestores e instituciones.

«En momentos he pensado que hasta llega a molestar que existan los pediatras. ¿Para qué servimos? Ante un gestor, yo me pongo en la piel de un gestor y ¿para qué servimos?» (pediatra MIR nacional, > 10 años de ejercicio).

¿Cuál es vuestra opinión sobre la relación entre los pediatras de atención primaria y los especialistas a los que deriváis a los pacientes?

La relación depende del tipo de especialidad, del nivel asistencial y de la persona. La relación con los especialistas no pediátricos (oftalmología, dermatología) es menos frecuente y menos fluida que con los subespecialistas pediátricos del hospital de referencia (endocrinología, neurología). El establecimiento de relaciones personales emerge en todos los discursos como el factor facilitador de la coordinación más importante. Las relaciones personales se favorecen cuando se trabaja en el mismo centro en el caso de los especialistas que trabajan en la AP. Con los subespecialistas pediátricos, normalmente situados en el hospital, los factores que facilitan la coordinación son la percepción de igualdad que da la formación común entre el pediatra de AP y el pediatra subespecializado, y la existencia de sesiones compartidas con dichos especialistas. En cambio, la coordinación es difícil con los hospitales de tercer nivel.

«Con las especialidades médicas es mucho más fluida la relación... hablamos de pediatra a pediatra. Aunque un pediatra haga endocrinología, es pediatra igual que yo» (pediatra MIR nacional, > 10 años de ejercicio).

Suelen existir mecanismos periódicos de coordinación con salud mental y con servicios sociales que se valoran positivamente. Los pediatras que trabajaban en organizaciones sanitarias integradas referían mayor conocimiento personal y mejor nivel de comunicación y relación con los especialistas que los que trabajaban en organizaciones no integradas.

Los pediatras declaran requerir poco la AE. Los motivos para derivar son: la gravedad de la patología; la falta de capacidad resolutoria por no tener formación específica o por limitación de acceso a pruebas diagnósticas; la distancia al centro dónde se deriva; la lista de espera; la personalidad, y experiencia del pediatra.

«...Y después, algunos factores que pueden influir en hacer alguna derivación o avanzar alguna derivación que quizás es un paciente que hubieras podido controlar tú si hubieras tenido el tiempo suficiente, los medios suficientes

y hubieras tenido acceso a alguna prueba» (pediatra no MIR nacional, > 10 años de ejercicio).

Algunos de los pediatras entrevistados incluyen entre los motivos la dificultad de contener la presión de las familias en determinados problemas de salud banales pero repetitivos.

«La capacidad resolutoria, si el pediatra está bien formado, es buena, pero hay un problema y la gente necesita sacarse el problema de encima rápidamente y definitivamente. «Yo tengo este problema, mi problema es —para la madre, eh, o para el padre—mi problema es mi hijo, que tose y no puede dormir. Quiero que le quite la tos». Es así, y entonces uno le explica la primera consulta, la segunda le das algún tratamiento, la tercera ya lo deriva» (pediatra extranjero, menos de 10 años de ejercicio).

Todos los pediatras entrevistados mencionan algún caso complejo en el que el sistema no ha funcionado adecuadamente. Dicha complejidad se relaciona con el entorno social más que con la gravedad médica del caso. Su resolución se consigue casi siempre fuera de los circuitos habituales y suele requerir la implicación personal del pediatra.

«Ellos (los especialistas) tienen una visión muy sesgada... Ellos ven un momento del paciente; no saben todo el entorno que les rodea y es muy difícil proyectar. De repente, te envían a un niño con bronquiolitis para casa, pero claro, yo sé cuánto puede dar de sí esa familia para cuidar un niño de tres meses con una bronquiolitis» (pediatra extranjero, > 10 años de ejercicio).

No existe una buena comunicación entre la AP y la AE. La información llega casi exclusivamente por los padres de los pacientes y a menudo no es válida ni completa. El pediatra de AP suele asumir un papel de intérprete para los pacientes de lo que dice y hace el especialista, por lo que la falta de información se convierte en un problema importante en la relación entre el pediatra de AP y los pacientes.

«Facilidad de comunicación, informes para obtener información, informes de ida y de vuelta, la verdad es que la coordinación es bastante mala, prácticamente diría que inexistente, prácticamente son los mismos usuarios, los mismos padres los que dan información de retorno de la visita que han hecho» (pediatra MIR nacional, > 10 años de ejercicio).

Los pediatras de AP perciben que los especialistas en general no los valoran de forma adecuada, debido a cierta sensación de superioridad por su parte.

«Estoy convencida de que no lo valoran [al pediatra de AP], porque si no cuando les envías una nota y ellos no te contestan, o te contestan como te contestan... esta de qué va, es la sensación que tenemos» (pediatra MIR nacional, > 10 años de ejercicio).

Discusión

Los resultados muestran que los pediatras de AP en Cataluña creen que su función es ofrecer una atención integral y asumen los atributos esenciales de la AP (globalidad, longitudinalidad, coordinación). Los puntos débiles detectados se refieren a: desajuste entre la formación recibida y la necesaria para trabajar en AP; infravaloración de su función por el entorno, y dificultades en la transferencia de información y en la coordinación con la AE. Las acciones de mejora deberían ir encaminadas a adecuar la formación pediátrica

al trabajo en AP; modificar el entorno organizativo para facilitar el establecimiento de relaciones interpersonales entre pediatras y especialistas, y mejorar los sistemas de comunicación entre niveles asistenciales.

Aunque la formación hospitalaria es de buen nivel, adolece de déficits para la práctica clínica específica de AP: falta de formación en prevención y promoción de salud y en determinadas subespecialidades (ortopedia, dermatología...) o en habilidades para el abordaje de la relación con el paciente y su familia. En este sentido, la formación podría representar una barrera para que los pediatras asuman el modelo conceptual y teórico de la AP. En una encuesta realizada recientemente a pediatras de diversos ámbitos, un porcentaje elevado declaraba que el tiempo de rotación de los residentes de pediatría en AP continúa siendo insuficiente¹² para conseguir las habilidades necesarias en AP. La contradicción entre la formación hospitalaria de los pediatras y el trabajo posterior, mayoritariamente en AP, podría generar sensaciones de frustración, ocasionadas por la baja complejidad de los problemas de salud atendidos y por la pérdida de capacidades y habilidades adquiridas durante la formación. La actividad de pediatras con formación adquirida en países con sistemas sanitarios no orientados a la AP¹³ podría incrementar la dificultad para asumir la globalidad de la atención desde AP y, por tanto, incrementar el uso de la AE, aunque este aspecto debería comprobarse en futuros estudios específicos.

El vínculo que se establece entre el equipo pediatra-enfermera y las familias ha sido uno de los aspectos mejor valorados. La relación de confianza establecida favorece el asesoramiento a las familias y ayuda a calmar la ansiedad de los padres ante la patología de sus hijos, un elemento común a otros estudios realizados en AP¹⁴. La falta de formación específica en pediatría de la enfermera es una de las principales carencias del sistema. En este sentido, se lamenta que el futuro reconocimiento de la especialidad de enfermería pediátrica no solucione el problema, ya que su orientación es hospitalaria.

El poco reconocimiento institucional percibido por el pediatra de AP debiera preocupar a los gestores, ya que favorece el deterioro de la calidad asistencial actual y el desgaste profesional¹⁵. Entre las razones se aducen: el escaso número de pediatras en los equipos de AP; la nula coordinación entre pediatras de diferentes áreas básicas; el escaso impacto de la morbilidad atendida y de la prescripción farmacéutica en el conjunto del sistema, y la dificultad para acceder a los puestos de decisión de la AP. En este sentido, la propuesta de equipos de coordinación territoriales hecha en Cataluña¹⁶ es vista por algunos de los pediatras como beneficiosa.

Los pediatras entrevistados no están satisfechos con varios aspectos de la coordinación entre AP y AE. El establecimiento de relaciones personales es un factor facilitador muy potente. Los motivos para derivar fueron parecidos a los encontrados en otros estudios cualitativos⁵, incluida la presión de las familias para ser derivados, debido a la creencia de que cualquier problema de salud será mejor atendido por un especialista. El uso de la AE, aunque depende de la organización de los servicios sanitarios (disponibilidad de especialista, listas de espera), también podría ser un indicador de la capacidad resolutoria de los profesionales si se ajusta por la complejidad de la morbilidad atendida. En los

EE. UU., 1 de cada 5 niños visitados en un año es derivado a un especialista, mientras que en el Reino Unido lo es 1 de cada 12¹⁷. En ambos países, las tasas de derivación se incrementan en los niños de mayor edad; sin embargo, en el Reino Unido los niños más pequeños se derivan más de lo esperado, quizás por la poca familiaridad de los médicos de familia con los problemas específicos de las edades tempranas. También se ha observado que una gran parte de las visitas realizadas a especialistas en EE. UU. podría tratarse en el ámbito de la AP¹⁸. Los estudios, no actualizados, llevados a cabo en España muestran que 1 de cada 25 niños se derivan⁴.

Aunque se han presentado las opiniones y las percepciones sobre las que se ha alcanzado la saturación, los análisis llevados a cabo hasta el momento indican que en algunos aspectos (calidad asistencial, investigación, accesibilidad) no se han recogido todos los posibles matices del discurso. Dada la riqueza de la información obtenida, se plantea la posibilidad de analizar la opinión del resto de los actores (enfermería, gestores, especialistas y pacientes)¹⁹ en futuros estudios y contrastarlos con los resultados obtenidos.

En conclusión, a pesar de su formación hospitalaria, los pediatras asumen los atributos de globalidad, continuidad y longitudinalidad propios de la AP. Existen dificultades para el desempeño de su función entre las que destacan la inadecuación de la formación, la falta de formación específica de las enfermeras y el escaso reconocimiento institucional. La coordinación con la AE no es satisfactoria y puede mejorar si se favorecen los contactos entre pediatras de AP y especialistas, y si mejoran los sistemas de información. El reconocimiento de estas áreas de mejora puede ayudar a los decisores del sistema a instaurar las medidas necesarias para mantener un nivel de calidad elevado en la atención a la población infantil.

Financiación

Este proyecto ha sido financiado por el CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP, proyecto N.º AE08.005).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los pediatras participantes y a los técnicos de salud, que facilitaron el contacto con ellos, su participación.

Bibliografía

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health system and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38:831-65.
3. Van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ.* 2004;13:629-47.

4. Stafield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford University Press; 1998.
5. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12:1-295. [consultado 1/2011]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf.
6. Pujol Ribera E, Gené Badia J, Sans Corrales M, Sampietro-Colom L, Pasarin Rúa MI, Iglesias Pérez B, et al. El producto de la atención primaria definida por profesionales y usuarios. *Gac Sanit*. 2006;20:209-19.
7. Vallés MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis; 2007.
8. Ibáñez J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI; 2003.
9. Krueger RA. *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide; 1991.
10. Gutiérrez J. Dinámica del grupo de discusión. Cuadernos metodológicos del Centro de Investigaciones Científicas n.º 41; 2008.
11. Prieto Rodríguez MA, March Cerdà JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*. 2006;29:366-73.
12. Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus áreas específicas. BOE N.º 246, 14 de octubre de 2006. p. 35657-61.
13. González López-Valcárcel B, Barber-Pérez P. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. *Gac Sanit*. 2006;20 Suppl 1:103-9.
14. Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Family Practice*. 2006;7:11.
15. Kushnir T, Cohen AH. Positive and negative work characteristics associated with burnout among primary care pediatricians. *Pediatr Int*. 2008;50:546-51.
16. Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció de Pediatría a l'Atenció Primària. Direcció General de Planificació i Avaluació. Barcelona, junio de 2007. [consultado 8/2/2010]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/pediatría2007.pdf>.
17. Forrest CB, Azeem Majed MD, Weiner JP, Carroll K, Bindman AB. Referral of children to specialists in the United States and the United Kingdom. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:279-85.
18. Valderas JM, Starfield B, Forrest CB, Rajmil L, Roland M, Sibbald B. Routine care provided by specialists to children and adolescents in the United States (2002-2006). *BMC Health Serv Res*. 2009;9:221.
19. Berendsen AJ, Benneker W, Schuling J, Rijkers-Koorn N, Slaets JPJ, Meyboom-de Jong B. Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists - a qualitative study *BMC Health Serv Res*. 2006;6:155.