

IMPORTANCIA DE LA ROTACIÓN MIR/PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Begoña Domínguez Aurrecoechea

Pediatra del Centro de Salud de Otero- Asturias

Coordinadora del Grupo de Docencia de la AEPap

INTRODUCCIÓN

Dos son los retos más importantes de la pediatría en el siglo XXI. Uno de ellos en relación con los recursos (materiales y humanos), será preciso que sean los adecuados para proporcionar la atención integral al niño tanto hospitalaria como desde la atención primaria (a.p) lo que exigirá que las políticas sanitarias valoren en su justa medida el papel de la pediatría. Los pediatras y en representación de los mismos las sociedades profesionales tendremos que, erigiéndonos una vez más en defensores de los niños, hacer oír nuestra voz entre los políticos, las autoridades sanitarias y a la sociedad en general.

El otro gran reto también necesitado de inversiones adecuadas requiere una intervención comprometida de los pediatras y sociedades profesionales; está relacionado con la calidad e implica que los pediatras posean la formación necesaria no solo para satisfacer las demandas asistenciales de la población sino para también adelantándose al futuro sean capaces de llevar a cabo una promoción de la salud y prevención de la enfermedad que ayude a modificar la morbimortalidad tanto de la población infantil como del adulto incidiendo en los estilos de vida y hábitos saludables; garantizando que el quehacer esté precedido del saber.

En esta ponencia nos referiremos a la formación de la especialidad de pediatría y de forma más específica a la necesidad de la rotación de los residentes por atención primaria a.p. haremos un somero repaso a la historia de la especialidad, de la morbimortalidad y sistemas sanitarios. Nos referiremos a los cambios recientes que afectan a la salud y la enfermedad de la infancia; a la legislación respecto a la formación; a la situación actual de la rotación de residentes por a.p. con una somera referencia a otros países; nos referiremos a la participación de los pediatras de atención primaria (pap) y de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) en el proceso y finalmente plantaremos nuestras propuestas de mejora, las nuevas necesidades formativas en el actual modelo asistencial.

LA FORMACIÓN DE LOS ESPECIALISTAS DE PEDIATRÍA REFERENCIAS HISTÓRICAS:

La formación de especialistas en pediatría se ha visto sometida a importantes cambios en el último siglo desde la impartida en el escuela Nacional de Puericultura, la recibida acudiendo durante un tiempo no reglado como asistentes voluntarios a hospitales con atención pediátrica o las cátedras de pediatría o mediante la inscripción como especialista durante dos años en el Colegio Oficial de Médicos; hasta 1978 año en que se regularizó por primera vez el sistema de formación MIR¹. Se inicia así una nueva etapa caracterizada por la presencia de una

relación de carácter laboral y un programa de formación, con responsabilidad progresiva supervisada de actuaciones que adecuan y equiparan los niveles de formación.²

El primer programa aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría vio la luz en 1979³ y en el mismo ya se contempla la necesidad de que el pediatra se forme en pediatría comunitaria destinando el 50% del contenido del programa al logro de entrenamientos en pediatría extrahospitalaria; plantea también que “los centros con docencia acreditada deben estudiar la posibilidad de integrar en el grupo docente a médicos pediatras de la zona próxima urbana o rural que se constituyan en colaboradores de la enseñanza de pequeños grupos”.

En 1.984 se publicó el Real Decreto 127/84 que regula la formación médica especializada y la obtención del título. A instancias del Consejo Nacional, la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría publica en el mismo año un nuevo programa de formación en el que incluye la obligatoriedad de la rotación durante 6 meses, de residentes por los Centros de Salud acreditados para la docencia.

Por otro lado, El Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, de estructuras básicas de salud y la Ley General de Sanidad 14/1.986 de 25 de abril definieron y sentaron las bases de la actual red de atención primaria. Se estableció la delimitación territorial de las zonas de salud, el trabajo en equipo multidisciplinar, la integración de las actividades de curación con las de promoción y prevención el aumento del tiempo de atención y la integración de los pediatras en el seno de los equipos. La atención primaria de salud se fundamenta en el trabajo en equipo; los diferentes profesionales que lo integran proporcionan una visión multidisciplinar y biopsicosocial de la atención al ciudadano. Esta normativa regula el sistema de salud pública en España y establece el modelo sanitario en el que el pediatra es la puerta de entrada al sistema de salud de la población infantil hasta los 14 años y responsable de la atención integral al niño desde su nacimiento hasta la adolescencia.

En 1.996 la Guía de Formación de Médicos Especialistas de los Ministerios de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo, publica un nuevo programa para la formación de la especialidad en pediatría y sus áreas específicas⁴ en la que se incrementan los contenidos en relación con la a.p y se insiste de nuevo en la necesidad de rotación de los residentes por centros de salud acreditados.

LA FORMACIÓN EN LA ACTUALIDAD: LEGISLACIÓN Y ÚLTIMO PROGRAMA

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias⁵ de 2003 llena un vacío legislativo importante y regula entre otras:

- La formación de especialistas especificando que “la formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial y tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad de forma simultáneas a la progresiva asunción por el interesado

de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma. Tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados.

- Los Programas de formación: Deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que ha de cumplir el aspirante al título a lo largo de cada uno de los cursos anuales. Serán elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad. Una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación Cultura y Deporte, serán aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo
- Establece los criterios de acreditación de centros y unidades docentes
- La composición de Las Comisiones Nacionales de las Especialidades y el consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

En el año 2002 la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas presenta una normativa de acreditación de centros de atención primaria al Consejo Nacional de Especialidades Médicas que la aprueba en el 2003

A partir del año 2006 probablemente estemos asistiendo a lo que parece ser un cambio cualitativo tras la “Resolución Conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por la que se establecen los requisitos generales para la acreditación de Centros de Salud vinculados a Unidades Docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas”⁶ en la que se regula el proceso de acreditación

La Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas ha sido renovada en el año 2006. En el mismo año se ha publicado el nuevo programa oficial de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas.⁷ Que plantea de nuevo la rotación obligatoria por atención primaria durante 3 meses “siendo aconsejable su distribución en dos períodos (en los dos primeros y en los dos últimos años de residencia)” y publica en documento Anexo la “Guía orientativa de conocimientos para la realización del plan formativo aplicable a las rotaciones de residentes de pediatría y sus áreas específicas por centros de salud acreditados a tal fin”

INFLUENCIA DE LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN Y EL CUIDADO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA:

La reforma sanitaria de los centros de Atención Primaria y la llegada a los mismos de un gran número de profesionales cualificados junto al desarrollo de programas de salud ha condicionado una atención a la infancia renovada, diferenciada de la anterior y de alta calidad permitiendo el manejo en el primer nivel de patologías anteriormente de ámbito hospitalario.⁸

La nueva red de equipos de AP es percibida en España como más dinámica, ha permitido una reducción en las prescripciones y las derivaciones y una mayor dedicación de tiempo al paciente, para asegurar con todo ello un aumento de la calidad del servicio.⁹

En la primera mitad del siglo XX, el pediatra dedicaba la mayor parte de su labor a la lucha contra las enfermedades infecciosas, origen de elevadas tasas de mortalidad. A partir de los años cincuenta con el desarrollo de vacunas y antibióticos, los problemas crónicos han pasado a ocupar la primera línea de actuación¹⁰.

Se ha configurado un nuevo perfil epidemiológico con un enfoque sistémico de la salud y del proceso de enfermedad concretado en la disminución o desaparición de las enfermedades prevenibles por las vacunaciones; la persistencia o reaparición de otras enfermedades infecciosas; la mayor importancia de las afecciones del período perinatal; las enfermedades crónicas y degenerativas y el incremento de las discapacidades de niños que sobreviven a enfermedades antes mortales¹¹. Las secuelas derivadas en muchos casos de esos trastornos, han fomentado además, la aparición de otras profesiones cuyo ámbito de actuación es la atención al niño.

En el momento actual, además de las variaciones epidemiológicas descritas, el pediatra y la sociedad en la que trabaja, asisten a una serie de cambios estructurales que será preciso tener en cuenta a la hora de planificar su formación: cambios demográficos, modificación de la familia tradicional, incremento de la inmigración, problemas en relación con la adolescencia, avances científicos y tecnológicos, necesidad del incremento de actividades preventivas y de promoción de la salud; la emergencia de problemas de salud mental y de las afecciones derivadas de la exposición a la contaminación ambiental y el aumento de los problemas psicosociales consecuencia de un medio social desfavorable que en muchos casos se traduce en accidentes, violencia, maltrato, suicidio, adicción a drogas alcohol tabaco.

La introducción de la informática en las consultas de ap nos permite obtener datos de morbilidad a partir de los registros de las consultas diarias¹². Estamos en condiciones de conocer datos epidemiológicos propios; podemos citar como ejemplo los publicados acerca de la morbilidad registrada en Asturias en el año 2003 que con un total de 91.414 episodios registrados, señalan que el mayor porcentaje de consultas atendidas (60%) corresponden a no más de 20 diagnósticos, pero es preciso recurrir a más de 500 códigos diferentes para diagnosticar el 100 % de la actividad, lo que indica el gran número de patologías diferentes conocidas y abordadas desde la pediatría de ap.

La prestación de servicios en la actualidad corresponde en su gran mayoría al sector público, el Sistema Nacional de Salud está descentralizado y cada comunidad autónoma tiene su propia organización y el gobierno central mantiene responsabilidad en ciertas áreas estratégicas como la planificación de recursos humanos, la formación del pregrado y postgrado y las políticas de recursos humanos del personal funcionario¹³

El número de pediatras de atención primaria respecto al de hospitales, se ha visto significativamente incrementado en los últimos años. En el año 2005¹⁴ estaban registrados 5360 pediatras de atención primaria y 3403 pediatras de hospital en el año 2001. El número de plazas MIR-P ha pasado de 276 en el 2001 a 315 en el año 2005 sin que se haya llegado a cubrir la capacidad docente.

LA ROTACIÓN DE RESIDENTES DE PEDIATRÍA (MIR-P) POR ATENCIÓN PRIMARIA:

Su necesidad. La Rotación de Residentes de Pediatría por Atención Primaria es imprescindible para la formación del especialista de pediatría cualquiera que sea su futuro lugar de trabajo y posterior dedicación; es prioritario que una buena parte de su formación se haga en este campo lo que posibilitará que el pediatra de atención primaria pueda cumplir con su tarea fundamental de atención longitudinal del niño en su desarrollo físico y psicológico en su contexto familiar y comunitario desde una visión integral de la salud y no parcial de la enfermedad. Existe unanimidad al respecto en todos los profesionales con participación activa en la formación de pediatras, tanto desde el ámbito hospitalario^{15, 16, 17} como desde la atención primaria.

La situación en otros países: En un estudio realizado sobre 34 países europeos¹⁸, identifican tres modelos de asistencia sanitaria infantil. En 6 países los niños son atendidos en atención primaria por los médicos de familia y la pediatría es un campo casi exclusivamente hospitalario; En 12 países la atención está a cargo de pediatras y otros 16 tienen un modelo mixto.

Los países que tienen una Atención Primaria efectiva normalmente controlan mejor sus costes de AP que aquellos en los que predomina la Atención Especializada. Parte importante de las actividades del pediatra de atención primaria consiste en “el manejo o gestión de la incertidumbre” de manera que en su práctica habitual resuelven un importante porcentaje de problemas sin realizar derivaciones a otros especialistas y sin necesidad de estudios complementarios lo que es también en la práctica es un control de “acceso y utilización del sistema sanitario”¹⁹

Los programas de formación de Estados Unidos ponen énfasis en las prácticas llevadas a cabo en la comunidad o en atención primaria como forma de adaptación a los cambios que se han producido en la atención pediátrica²⁰ justificando su inclusión como parte importante de la formación en la especialidad de pediatría.

En Europa la formación de especialistas en pediatría es absolutamente heterogénea ya que los diferentes centros pediátricos imparten la formación según sus propios criterios siendo muy variable de unas naciones a otras²¹. De entre los países en que la atención primaria corresponde a los pediatras, solo en un 60% reciben formación específica²². La Confederación Europea de Especialistas en Pediatría (CESP) rama pediátrica de la Unión Europea de Médicos

Especialistas (UEMS). Creó a finales de los 90 una sección destinada a analizar las características de la formación pediátrica en la Unión Europea a fin de posibilitar estándares formativos de alta calidad. De este modo nació el Board Europeo de Pediatría (EBP) que plantea que la formación de especialistas de pediatría ²³ debe estar integrada por un tronco formativo común de 3 años y cuatro posibles alternativas posteriores; primaria, secundaria, terciaria y pediatría social y comunitaria

El papel de los pediatras de atención primaria (pap) y de la Asociación Española de Pediatría de atención Primaria (AEPap) en el proceso: A pesar de que la tendencia universal es de aumentar la formación en Atención Primaria, la realidad es que hasta el día de hoy no existen Centros de Salud acreditados para la docencia de MIR-P aunque si lo están para la docencia de MIR de familia. Pero han sido muchos los pediatras que en los últimos años, individualmente o de manera colectiva han participado activamente en el proceso de formación de MIR-P en AP^{24, 25, 26, 27, 28, 29} y en especial el compañero José Manuel García Puga ^{30, 31, 32, 33} autentico pionero que con su tenacidad y perseverancia primero en Andalucía³⁴ y después en AEPap y su grupo de docencia ha dinamizado esta faceta de la pediatra del primer nivel.

Todos ellos han ido mejorando en la práctica la realidad hasta configurar un panorama³⁵ en el que, a pesar de no existir acreditación oficial, en 14 CCAA se lleva a cabo rotación de MIR-P por ap. Su comienzo fue en Euzkadí en 1.984, posteriormente Aragón en 1989 y Andalucía en 1.990, a partir de entonces, de manera paulatina se fueron sumando el resto de CCAA hasta el momento actual en que en el 82% del total de provincias del conjunto de España se forman MIR-P y el 65% rotan por ap. En el 45% de los hospitales, sus residentes pasan por un centro de salud y 92 equipos de ap acogen MIR-P El tiempo de rotación es de entre 1 y 6 meses y la rotación se realiza entre R1y R4 la relación con el hospital de referencia en la mayoría de los casos es solo puntual y es testimonial el número de tutores que reciben acreditación

Cabe destacar la más reciente publicación³⁶ que aporta una experiencia de 5 años de residencia obligatoria en el Área 11 de Madrid con el Hospital 12 de Octubre siguiendo un “Plan de formación en AP para residentes de Pediatría” con la participación de 12 pediatras tutores; rotación de 1 mes y medio durante el primer año de residencia, la rotación resultó ser la segunda mejor valorada comparada con el resto en un estudio interno de la Unidad de Docencia Pediátrica del Hospital de referencia.

La AEPap por su parte, se ha dotado de diferentes formas de participación en la transmisión de conocimientos y habilidades para llenar las lagunas existentes fruto de la formación pediátrica eminentemente hospitalaria: Utilizando las posibilidades de las nuevas tecnologías: lista pediap; página web www.aepap.org o las más tradicionales: publicación oficial revista Pediatría Atención Primaria; Reuniones anuales y Cursos de Actualización con

formato en el que los seminarios y talleres (fundamentalmente prácticos y con número de asistentes limitados) ocupan el mayor porcentaje del horario total.

- **Constitución de grupos de trabajo** creados a partir de las necesidades de la pediatría del primer nivel asistencial.

Grupo PREVINFAD/ PAPPS: elabora las recomendaciones de salud en función de la magnitud del problema, la efectividad potencial y la eficacia de la recomendación de los exámenes periódicos de salud.³⁷ Sus recomendaciones y actualizaciones están accesibles en la web www.aepap.org

Grupo de Vías Respiratorias: con actividades de formación presencial y on line en asma; una de las patologías crónicas de mayor prevalencia en la población infantil, los cursos presenciales “Curso Asma en el niño y adolescente”³⁸ se han dotado de una metodología específica con sesiones plenarias y talleres y se han impartido a la largo de toda la geografía española participando en ellos más 2.000 pediatras de ap; elaboración de protocolos de patología de vías respiratorias; accesibles en www.aepap.org y participación activa en todos los Programas y Guías de las diferentes CCAA así como en el Grupo de trabajo para el Consenso sobre Tratamiento del Asma Infantil.

Grupo de Pediatría basada en la evidencia cuyo objetivo general es la difusión de la Medicina Basada en la Evidencia como metodología de trabajo para conseguir y mantener en el tiempo una adecuada actualización de conocimientos. Realiza actividades de formación en talleres y seminarios y tareas de elaboración y actualización periódica de Temas y artículos valorados críticamente. Ha creado la “Revista Evidencias en Pediatría. Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas” que es la primera publicación secundaria en español cuyos contenidos han sido elaborados íntegramente por profesionales de nuestro país. Su objetivo es ofrecer al pediatra información válida y relevante que pueda aplicar en su actividad profesional diaria

Grupo TDAH: información accesible en www.aepap.org realizada una publicación con enfoque integral y abordaje específico desde la atención primaria de dicha patología³⁹

Grupo de docencia cuyos objetivos son promover y desarrollar la docencia de pediatría en el entorno de la AP. Facilitar la rotación tutelada de los médicos MIR-P por AP y reconocer a todos los efectos la actividad de los pediatras responsables de la formación MIR. la documentación creada⁴⁰ está accesible en la misma página web. Ha participado en todas las reuniones y cursos de actualización ofreciendo talleres y seminarios de formación de tutores a los pediatras de ap; se ha dirigido a las autoridades sanitarias centrales y autonómicas, a la CNE para impulsar la rotación MIR-P por ap de manera reglada homologada y homogénea con el fin de mejorar la formación de los futuros pediatras. Ha presentado el primer Seminario-Foro de discusión en la 1ª Reunión Anual^{41,42}

ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE MEJORA:

Pasados prácticamente 30 años desde el primer programa de formación nada se ha cumplido respecto a los conocimientos y habilidades en relación con la pediatría de ap ni se han acreditado centros de salud ni tutores pediatras de ap salvo algunas excepciones ya referidas, pero la realidad es que prácticamente en la totalidad de CCAA existe alguna forma de rotación de residentes de pediatría por ap. a pesar de que los pediatras que están asumiendo estas funciones en su práctica totalidad no reciben ningún tipo de reconocimiento de incentivos ni compensación al respecto sino que incluso en muchos casos han sido importantes las trabas, dificultades y barreras que han debido salvar para conseguirlo. **¿Cabe esperar mejor disponibilidad y generosidad por parte de este colectivo?** Han demostrado con creces el interés en su participación en el proceso de manera rigurosa aportando no solo su esfuerzo personal diario sino también haciendo propuestas de programas de formación para residentes y tutores así como propuestas de legislación, organizativas y de evaluación que aporten una garantía de calidad al proceso.

PROPUESTAS DE MEJORA:

1. **Definición del perfil del pediatra de ap y de sus áreas competenciales:** El pediatra es el médico que, con un enfoque integral, presta atención al período evolutivo de la existencia humana desde la concepción hasta el fin de la edad pediátrica época cuya singularidad reside en el fenómeno del crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social que, en cada momento, se liga a la interdependencia entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en el que el niño se desenvuelve.

El pediatra de atención primaria coordinará además, el manejo de situaciones que requieran la participación de diferentes servicios y su objetivo fundamental es elevar la salud del niño y su entorno. Comparte con el pediatra hospitalario la población atendida y con el médico de familia la característica de ser la puerta de entrada al sistema sanitario y su abordaje específico de la salud en el que adquiere especial relevancia la promoción y la prevención. Por su posición de primer nivel en el sistema asistencial y su accesibilidad, el especialista en pediatría es la vía natural de entrada en el Sistema Nacional de Salud de los principales problemas sanitarios de la infancia. Será por tanto, responsable de proporcionar a la población una atención integral y continuada desde el momento del nacimiento hasta el fin de la adolescencia.

El pediatra del Centro de Salud es por su formación, por su posición respecto del niño, el adolescente y su familia y por la indudable proyección social de su trabajo el elemento clave y de mayor responsabilidad dentro del sistema de atención a la infancia.

En el seno del Equipo de AP e implicado en el trabajo conjunto, la pediatría de AP presenta peculiaridades generadas por las características específicas de la población atendida de

manera que tendrá como una de sus principales funciones la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad; deberá atender también de manera predominante, la patología aguda, que precisa exploración exhaustiva aún en situaciones aparentemente banales y en la que la anamnesis es recogida a segundas personas y que, presenta además, una importante estacionalidad con claro predominio de los episodios atendidos en los meses de otoño e invierno

- **Las actividades del pediatra de ap se desarrollan en 5 áreas competenciales:** Competencias esenciales; La atención al niño; a la familia; a la comunidad y en relación con la docencia y la investigación.

1. Área de competencias básicas o esenciales: comprende los conocimientos y habilidades en relación con

- **La Comunicación:** necesaria para la relación con las personas que diariamente atiende incluida la comunicación no verbal con lactantes y preescolares; con los miembros del equipo y otros profesionales. A lo largo de la vida profesional, el pediatra de ap puede establecer comunicación con los niños y sus familias en más de 150.000 ocasiones, parece lógico pensar que una práctica tan importante debería recibir una formación adecuada.

- **La gestión y utilización de recursos:** Se poseerán conocimientos y habilidades en relación con la legislación sanitaria general y específica del entorno; los recursos en relación con la atención al niño y en la gestión de los mismos; para la gestión de las agendas de trabajo, de los sistemas de registro; el uso racional de pruebas diagnósticas y recursos terapéuticos así como para la coordinación con otros niveles de atención pediátrica

- **La bioética:** anteponiendo siempre el bienestar físico mental y social de niño a cualquier otra consideración, siendo defensores del niño, dirigiéndose a las autoridades sanitarias para motivar- informar e influir sobre los políticos y administradores en su beneficio.

- **La calidad asistencial y sistemas de evaluación**

2. Área de Competencias en relación con la atención al niño/a: a la patología aguda, en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ; atención a niños con factores de riesgo y patología crónica

- **Atención a la Patología aguda:** Es la parcela de la Pediatría que trata de recuperar la salud perdida. Requiere la realización de la historia clínica, la anamnesis para la obtención de información relevante y la exploración clínica para identificar y valorar signos y síntomas según el proceso , lo que llevará a través del razonamiento clínico a establecer un diagnóstico diferencial; en ocasiones será precisa la realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias la interpretación de todo lo reseñado, permitirá diseñar un plan terapéutico y de seguimiento teniendo en

cuenta la necesidad de acordar con los pacientes y sus familias itinerarios terapéuticos y facilitar la educación del paciente en el manejo de su enfermedad y la promoción del autocuidado.

- **Actividades en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad:** Para la correcta realización de esta actividad se requiere de la colaboración y trabajo en equipo con el profesional de enfermería y, en algunos casos, con otros profesionales como trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos entre otros.

- **El Programa de salud infantil:** Se trata de un amplio conjunto de actividades desarrolladas a lo largo de la edad pediátrica y destinadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en todas sus vertientes. Son componentes esenciales de este programa, la educación para la salud, la monitorización del crecimiento y del desarrollo físico y psicomotor, el diagnóstico precoz de enfermedades prevalentes y la aplicación de vacunas según el calendario vacunal vigente

- **Atención a niños con factores de riesgo y patología crónica:** Se entiende por enfermedad crónica al problema de salud que: Interfiere en las actividades cotidianas, se mantiene por un período superior a 6 meses y requiere recursos especiales para su atención. La complejidad de las patologías crónicas en este grupo de edad hace que muchas de ellas necesiten disponer de un programa o guía específica. Que en forma de guías, protocolos o procesos asistenciales, están siendo elaboradas por los pediatras de ap en colaboración con los servicios de salud de las diferentes CCAA.

3. Área de competencias en relación con la atención a la familia:

- Construcción e interpretación de genogramas; Capacidad para obtener información de la estructura, composición y dinámica de la familia y su entorno, así como las etapas del ciclo vital. Conocer la forma en que las relaciones interpersonales en la familia pueden causar problemas de salud o alterar su presentación, curso o manejo y cómo la enfermedad puede influir en las relaciones familiares
- Reconocer a la familia como recurso de salud: La familia y el niño, especialmente el adolescente, son el principal agente en la prevención dirigida a prácticas de salud personal. Es conocido que a medida que aumentan las habilidades y conductas saludables en la familia, se da un efecto acumulativo, generándose nuevas conductas que mejoran la salud del grupo y aumenta su suficiencia para analizar el entorno y los estilos de vida que realiza, aportando ella misma las modificaciones pertinentes en la conducta familiar y alcanzando la información sanitaria por sus propios medios.
- Adiestrar y apoyar a la familia en su rol de cuidador respetando la autonomía del niño y su familia procurando que aprendan a autocuidarse siendo uno de los objetivos de la pediatría

de atención primaria que el niño y su familia sean tan autónomos respecto a su salud que dejen de necesitarnos.

- Habilidades para el asesoramiento, intervención y mediación familiar

4. Área de competencias en relación con la atención a la comunidad

- **Identificar las necesidades de la población** priorizando los problemas de salud interpretando datos epidemiológicos, demográficos y sociológicos. El conocimiento del estado de su salud resulta imprescindible para la mejora de la calidad de la atención.
- **Participación en los sistemas de vigilancia epidemiológica y protección de salud:** Control y seguimiento de las enfermedades de declaración obligatoria; Redes de médicos centinela; Sistema de fármaco vigilancia mediante la comunicación de efectos adversos y alertas en Salud Pública.
- **La Educación para la salud en el ámbito escolar** La evidencia que ofrecen numerosos estudios realizados en las dos últimas décadas sugiere que las intervenciones de promoción de la salud basadas en los centros de enseñanza pueden ser eficaces porque transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan la adopción de elecciones que se traducen en una conducta positiva orientada a la salud. Las intervenciones son más eficaces si los programas son de amplio alcance y holísticos relacionando al centro de enseñanza con los organismos y sectores encargados de la salud.
- Metodología y técnicas de trabajo de grupos

5. Actividades en relación con la formación, docencia e investigación

- **Formación y capacitación:** Consideramos la formación continuada una prioridad para lograr la capacitación que nuestro ejercicio profesional requiere, tanto en la actualización de temas científicos, como en la adquisición de nuevos conocimientos que nos permitan afrontar los cambios que la **tendencia demográfica** (adolescencia, inmigración), **sociocultural** (educación para la salud, intervención comunitaria, técnicas de comunicación) y **tecnológica** (informatización de las consultas, búsqueda de bibliografía y foros científicos a través de Internet, etc.) impone. Será además según prevén los artículos 37 de la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias y el artículo 40 de la ley 55/2003 por la que se aprueba el Estatuto Marco de Personal Estatutario de los Servicios de Salud, una herramienta fundamental para la adquisición de los grados en los que se articulará la carrera profesional
- **Actividad docente:** de pregrado y postgrado: residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y residentes de Pediatría
- **Investigación clínica:** La investigación clínica debe considerarse como una actividad profesional fundamental para el pediatra, imprescindible para abordar de forma racional y más eficaz los problemas de salud propios de la infancia. debería ser exigida, promocionada

y facilitada desde todas las instancias de la Administración Sanitaria, garantizando la disposición de los recursos necesarios. Es preciso modificar la situación actual en la que la pediatría de ap tiene un alto nivel asistencial y escasa presencia en la investigación teniendo en cuenta las características específicas de la ap que la sitúan en una posición privilegiada para investigar no solo en la enfermedad sino también en salud; no solo de forma puntual sino en la observación de los niños a lo largo de períodos ininterrumpidos y en su entorno familiar. En ap con frecuencia se aplican resultados de investigaciones realizadas en otros ámbitos en los que se atienden pacientes “ideales” que no responden a la población real; no resulta tampoco infrecuente la aplicación “mimética” de resultados de investigación en población adulta.

En el primer trabajo publicado⁴³ que aporta información sobre la presencia de los pap españoles en las revistas biomédicas, expone que durante el período 1999-2005 se hallaron 565 trabajos publicados por pap firmados por 286 autores. De los que un total de 24 (4,2%) habían sido publicados en revistas de lengua inglesa. Estos datos reflejan una situación poco alentadora, que será preciso mejorar con formación en Metodología de la investigación, en Medicina basada en la evidencia; Comunicación científica oral y escrita

2. Elaboración de un programa de formación con niveles de responsabilidad y sistema de evaluación.

El médico en formación adoptará una actitud de empatía con los niños y sus padres se adiestrará en el diálogo médico profesional con ellos en circunstancias comunes y especiales (como en condiciones de malformaciones e incapacidades)¹⁰. El saber mucho de enfermedades hace un buen médico, el conocer al niño y a su enfermedad hace buenos pediatras⁴⁴

Objetivos generales del programa serán coincidentes con los de la especialidad⁷:

Adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes precisas para

- Atender los problemas clínico-pediátricos a nivel general y de sus áreas específicas
- Promocionar la salud de la población infantil y adolescente
- Realizar labores de investigación clínica y básica
- Trabajar como integrantes y si es preciso como coordinadores de equipos multidisciplinares de salud

El programa definitivo abarcará los conocimientos habilidades y actitudes necesarias para el abordaje de las áreas competenciales de la pediatría ya descritas y las específicas de la atención primaria por lo que tendrá opciones curriculares comunes también con el programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria; sin olvidar la capacitación para la autoformación posterior.

El Grupo de Docencia de la AEPap presentó una primera guía y tras recibir las aportaciones de los pap tiene el compromiso de presentar el nuevo programa en la próxima reunión anual

3. Propuestas organizativas:

Para una adecuada coordinación y regulación del proceso, proponemos

- **La Constitución de las comisiones de docencia de pediatría de ap en relación con la comisión de docencia del hospital de referencia** (de la que formarían parte con un vocal) **y las de docencia de medicina familiar y comunitaria**
 - **Pediatras Tutores de ap:** Serán precisas acreditaciones no sólo de Centros de Salud sino también de pediatras con definición de sus funciones, provisión de la formación precisa; criterios de evaluación y reconocimiento curricular de su función..
 - **Comisión Nacional de la Especialidad:** Es preciso reconsiderar su composición planteando su transformación en especialidad mixta: hospital-ap de la que debería formar parte como vocal un representante de la AEPap
 - **Rotación básica obligatoria de 3 meses;** proponemos además una rotación opcional de 6 meses durante el último año de residencia.
4. **Modificación de la especialidad:** siguiendo el modelo cada vez más aceptado internacionalmente, constaría de una etapa troncal de 3 años. La Pediatría de AP se constituiría en una subespecialidad que exigiría una rotación de 1 o 2 años (según se estipule en el programa general de la especialidad) con nuevas opciones curriculares esenciales: Epidemiología y Salud Pública; Técnicas de trabajo de grupo y comunicación; Gestión; Educación para la salud individual y colectiva incluida en el ámbito escolar; Bioética y Metodología de la Investigación; Evaluación y gestión de la calidad. Otras rotaciones por especialidades afines: Ppsiquiatría- Salud mental infantil; Dermatología; ORL; Oftalmología, Traumatología, ortopedia y rehabilitación; Formación en adolescencia y patología predominante y seguimiento de población inmigrante.

Todos los niños tienen derecho a ser atendidos por los profesionales mejor preparados para ello. Los pediatras tenemos la obligación de serlo.

¹ RD 2015/78 de 15 de Julio por el que se regulan las especialidades médicas, los requisitos para obtener el título de médico especialista y por el que se crea la Comisión Nacional de Especialidades.

² García Puga JM, Resultados de una encuesta a pediatras de Centros de Salud que ejercen como tutores de Médicos Residentes Rev Pediatr Aten Primaria 2001; 10: 191-201

³ Historia de los programas de formación en Pediatría y sus áreas específicas. Serie monográfica de especialidades médicas Madrid 1.990

⁴ Equipo Editorial Formación de especialistas en pediatría: el programa MIR. Rev Pediatr Aten Primaria 1999;1:17-21

⁵ Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias BOE num 280:41442-41458

⁶ Resolución Conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por la que se establecen los requisitos generales para la acreditación de Centros de Salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas [Fecha de acceso 2007 set 23] Disponible en www.aepap.org/pdf/docs/docencia

⁷ Orden SCO/3148/2006 de 20 de setiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas BOE num. 246:35657-35661

⁸ Ruiz-Canela J, Martín P, Futuro de la Pediatría de Atención Primaria desde la perspectiva de un pediatra de hoy. Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6:187-197

⁹ Junta directiva de la AEPap El modelo de atención al niño Editorial Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7: 549-556

-
- ¹⁰ Leslie L, Rappo P, Abelson H et al. Final report of the FOPE II Pediatric Generalists of the Future Workgroup. *Pediatrics* 2000; 106(5):1199-1223
- ¹¹ Soriano J Progreso y debilidades de la Pediatría preventiva en Atención Primaria. Editorial. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004;6:537-542
- ¹² Domínguez B, Martín D, García R. Morbilidad en Pediatría de Atención Primaria en Asturias. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8:21-37
- ¹³ Rico A, Sabes R, Sistemas Sanitarios en transición 2001; Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios 2001
- ¹⁴ Ruiz-Canela J, Malmierca F, Necesidades de Pediatras de Atención Primaria *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005; 7 Supl 1:145-155
- ¹⁵ Sanchez Villares E, Importancia de las especialidades pediátricas en la evolución de la pediatría española en los últimos 50 años. *Acta Pediatr Esp*. 1992;50:724-732
- ¹⁶ Crespo M, Formación de especialistas en pediatría y en las subespecialidades pediátricas. *Rev Pediatr Aten Primaria* 1999; Vol. 1:37-52
- ¹⁷ Crespo M. Bases fundamentales del programa MIR *An Pediatr* 2003; 58 (Supl 4): 385-394
- ¹⁸ Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Enrich J. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics*.2002;109:788-796
- ¹⁹ D.Hall Pediatría y Atención Primaria: una visión desde el Reino Unido. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7:659-693
- ²⁰ FOPE II *Pediatrics* 2000; 105(Supl) 163-212
- ²¹ Ramet J, Towards an European Model of Paediatric care and education. *Child Care and Paediatric Education in Europe Valencia 1.999; Abstract Book Congress APEE September 9-11*
- ²² Katz M. Pediatría comunitaria (de primer nivel y ambulatoria) en Europa: realidades y reflexiones. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6: 291-294
- ²³ Brines J, Perspectivas de la formación MIR en la Unión Europea. *An Pediatr* 2003; 58[Supl 4]: 409-416
- ²⁴ Bonet de Luna C. Mesa Redonda: problemática profesional en Atención Primaria. *Ámbito docente*. *An Esp Ped* 2003; 58 Supl 4:5-8
- ²⁵ Orejón de Luna G, Boscá J, La formación MIR en Atención Primaria. *An Esp Ped* 2003; 58 Supl 4: 401-8
- ²⁶ Bonet de Luna C. La docencia en pediatría en tiempos de incertidumbre. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002; 4:140-5
- ²⁷ Colomer J, Rotación MIR en Atención Primaria *An Pediatr*. 2004; 60 Supl 4:406-10
- ²⁸ Orejón de Luna G. Formación MIR en Atención Primaria. Situación en la Comunidad de Madrid *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 Supl 1:101-7
- ²⁹ Boscá Berga y cols y grupo de docencia de la AVALPap. ¿Se debe formar el residente de pediatría en Atención Primaria? ¿Por qué? Encuesta a pediatras y residentes de Valencia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006; 8: 223-33
- ³⁰ García Puga JM. Formación MIR-Pediatría ¿rotación obligatoria por atención primaria? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2001; 3:17-29
- ³¹ García Puga JM, Peñalver I, Sanchez J, Bras J, Jordano L, Rotación de residentes por Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002; 4:13-28
- ³² García Puga JM. Residentes, rotación por atención primaria y reconocimiento de Centros de Salud como "Unidades Docentes Asociadas". *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003; 5: 7-12
- ³³ Sanchez Ruiz-Cabello J, García Puga JM Manual de Pediatría en Atención Primaria para residentes 4ª ed. Ampliada y revisada. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria Ediciones Adhara Granada 2006
- ³⁴ Martín P. Formación MIR en Atención Primaria. Experiencias en Andalucía *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005; 7 Supl 1: 109-117
- ³⁵ García Puga JM y Grupo Docencia MIR de la AEPap *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005; 7 Supl 1: 119-127
- ³⁶ García Rebollar C, Padilla EL, de la Fuente MA, Vázquez S, Iñigo G, Residentes de Pediatría en Atención Primaria: 5 años de rotación obligatoria en el Área 11 de Madrid *An Pediatr* 2007;67:145-152
- ³⁷ Grupo de trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la AEPap Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia En. Grupo previnfad (Eds) Madrid Ediciones Exlibris;2004
- ³⁸ Cano A, Días C, Montón JL y Grupo de vías respiratorias de la AEPap. (Eds) Asma en el niño y adolescente Madrid Edita Ergón 2004
- ³⁹ Pérez M y Grupo TDAH de la AEPap El trastorno por déficit de atención con /sin hiperactividad *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8 Supl 4

⁴⁰ Convenio de colaboración docente entre Atención Primaria y el Hospital General para rotación de residentes de Pediatría. Solicitudes de acreditación de Unidades docentes asociadas y tutor de pediatría. Grupo de docencia AEPap [Fecha de consulta 2007 set 23] disponible en <http://www.aepap.org/docencia/docencia2006.pdf>

⁴¹ Domínguez B. y Grupo de docencia de la AEPap. La formación MIR de Pediatría también desde la Atención Primaria. El momento actual y propuestas imprescindibles para su mejora. Introducción Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1: 507-99

⁴² Blanco JE, Bras J, Domínguez B, Fernández-Cuesta MA, García JM, Gutierrez MD, Martín P, de la Serna P, Ugarte R, Propuesta del grupo de docencia de la AEPap Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7 Supl 1: S129-134

⁴³ Díaz Vázquez C y col. Publicaciones de los pediatras de Atención Primaria españoles en revistas científicas. 1999-2005. Rev Pediatr Aten Primaria 2006;8: 235-250

⁴⁴ Cruz M, Bases de la enseñanza de la Pediatría. An Esp Pediatr 1997; S97:1-3