

Mesa Redonda: Futuro de la Pediatría

Pediatría hospitalaria: ¿dónde estamos y hacia dónde caminamos?

M.M. RODRÍGUEZ VÁZQUEZ DEL REY

*Cardióloga Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
Vicepresidenta Atención Hospitalaria de la Asociación Española de Pediatría.*

En las últimas décadas la pediatría española, tanto en atención hospitalaria como en atención primaria, ha experimentado una profunda transformación debido a los cambios sociales, científicos, tecnológicos y profesionales que han ocurrido. De ser una disciplina centrada en el niño enfermo, originariamente en el ámbito hospitalario, ha pasado a convertirse en una medicina integral del desarrollo, que abarca además la prevención, la cronicidad y la salud mental infantil, gracias a su expansión a atención primaria. Hoy vuelve a afrontar el reto de adaptarse al nuevo contexto social, tecnológico y organizativo.

La pediatría hospitalaria y la pediatría primaria no son opuestas, sino distintas vertientes igualmente necesarias para conseguir el mejor cuidado de los niños y adolescentes. Ambas forman parte de un mismo sistema que necesita coordinarse mejor para realizar un trabajo en red más eficiente.

EL PASADO DE LA PEDIATRÍA HOSPITALARIA: DE LA BENEFICENCIA A LA CIENCIA

La pediatría en España surge a finales del siglo XIX en hospitales de beneficencia y centros religiosos como el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (1867) y el Hospital del Niño Jesús en Madrid (fundado en 1877) para el cuidado de los niños pobres afectados por infecciones, como acto de caridad. En 1904 se creó la primera cátedra universitaria de Pediatría y Puericultura, y en 1949 se fundó la Asociación Española de Pediatría (AEP), que sería el gran catalizador del progreso científico posterior. En 1978 se implanta el sistema

MIR en España, con la Pediatría como especialidad de formación principalmente hospitalaria, y en 1984 se convierte en la vía única y obligatoria de acceso a las especialidades médicas en España.

Desde entonces, la formación en Pediatría y sus áreas específicas ha consistido en una formación de cuatro años en centros con acreditación docente, siguiendo los distintos Programas Oficiales de la Especialidad que marcan los objetivos de la formación, realizados por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas. El actualmente vigente es el de 2006, que contempla la rotación por las diferentes áreas de la pediatría, incluyendo la atención primaria con un mínimo de tres meses por ella.

En los próximos años se renovará el Programa Oficial de la Especialidad (POE) de Pediatría aprobado en 2006, que se ha quedado corto ante la complejidad actual: cuatro años no bastan para formar un pediatra general competente y, además, experto en un área específica. También se revisarán los requisitos para la acreditación de centros docentes. En este nuevo POE se apostará por competencias transversales, confiando al futuro desarrollo de las ACEs el resto de objetivos según el área a desarrollar.

QUÉ HA OCURRIDO HASTA EL PRESENTE

Contexto profesional

En todo este tiempo se han ido desarrollando las diferentes áreas de la pediatría según las necesidades de la población de cada hospital. La AEP impulsó desde 1967 la

Correspondencia: vicepresidentespecialidades.aep@aeped.es

© 2025 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

creación de secciones de especialidades pediátricas, muchas de las cuales se convertirían después en sociedades científicas independientes: Neonatología, Endocrinología, Gastroenterología, Atención Primaria, Medicina de la Adolescencia, Errores Innatos del Metabolismo, Neuropediatría, Nefrología, Cardiología, Alergia e Inmunología, Neumología, Urgencias, Cuidados Intensivos, Reumatología, Infectología, Oncohematología o Cuidados Paliativos, Pediatría Social y Pediatría Interna Hospitalaria.

La existencia de estas asociaciones de profesionales demuestra la realidad clínica existente, *la subespecialización pediátrica*, que nace de la necesidad real de atender con competencia a un niño cada vez más complejo, similar a lo que ocurre en la medicina del adulto. Pero al no estar reglada ni reconocida esta formación, su desarrollo ha sido desigual. Esta depende del tamaño del hospital y de la iniciativa individual. Se ha preservado la polivalencia en detrimento de la especialización, por lo que no hemos alcanzado los mismos niveles que en la medicina del adulto, y en muchas ocasiones dependemos de ellos.

Ante la falta de un marco reglado, las sociedades científicas han asumido la tarea de definir currículos y estándares formativos. No tienen reconocimiento legal, pero ofrecen una guía sólida que orienta la formación y contribuye a mantener la calidad y coherencia del sistema.

Contexto demográfico y social

Es radicalmente distinto al de hace medio siglo. España tiene una de las tasas de fecundidad más bajas de Europa (1,2 hijos por mujer) y una población infantil que representa apenas el 13% del total. Hemos pasado de una gran población afectada fundamentalmente por patología infecciosa aguda a unos pacientes más complejos: sobreviven prematuros extremos, pacientes con cardiopatías congénitas graves, errores innatos del metabolismo, cánceres infantiles y enfermedades raras. El progreso médico ha convertido en crónicos a muchos niños que antes no llegaban a la adolescencia.

A ello se añaden los trastornos del neurodesarrollo, la obesidad, los problemas de salud mental, la dramática reducción de la actividad física y el impacto de las desigualdades sociales. La pobreza infantil afecta a casi un tercio de los menores, condicionando la nutrición, la adherencia terapéutica y el bienestar emocional. La diversidad cultural y los nuevos modelos familiares (monoparentales, reconstituidos, migrantes) hacen imprescindible una pediatría intercultural, sensible a los determinantes sociales y con un enfoque comunitario.

El descenso de la natalidad no se ha traducido en una reducción del trabajo asistencial. A la mayor frecuentación

derivada del contexto cultural, en el que la que la salud empieza a interpretarse como un producto de consumo –familias más demandantes, mayor sensibilidad ante la salud infantil y aumento de consultas por motivos leves– se suma una notable complejidad clínica. Los avances en supervivencia y tecnología han multiplicado los procedimientos, revisiones y cuidados por paciente. El resultado es una carga asistencial estable o incluso creciente, a pesar del menor número de nacimientos. Esto lo demuestra el aumento de procedimientos por paciente pediátrico atendido en el conjunto del sistema nacional de salud, que ha pasado de 0,31 procedimientos por paciente pediátrico en 2017 a 0,51 en 2023.

En el momento actual con la gran jubilación de pediatras y la medicina privada como un destino profesional para un número creciente de pediatras, existe escasez de profesionales, pero resulta muy difícil conocer con exactitud el déficit real de pediatras en España. Las fuentes oficiales que contabilizan los recursos humanos del sistema sanitario se basan en el número de plazas asignadas a la especialidad, pero no distinguen si dichas plazas están efectivamente ocupadas por un pediatra o por un médico de familia. Esta metodología sobreestima la dotación real y oculta la magnitud del problema, especialmente en atención primaria y hospitales comarcales.

Contexto científico

Se ha pasado de un profesional con dedicación eminentemente clínica a uno que además suma una labor docente e investigadora. Dirige equipos multidisciplinares, forma residentes, participa en proyectos de investigación y debe actualizarse constantemente. La actividad investigadora de los pediatras en España se ha multiplicado por cinco en los últimos 20 años, según datos de Scopus (2024).

La revolución biomédica ha transformado la práctica pediátrica hospitalaria. La genética, la biología molecular y las terapias biológicas o génicas han redefinido el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.

A todo ello se suma la digitalización: la historia clínica electrónica, la monitorización remota, la imagen médica digital y, más recientemente, la inteligencia artificial (IA), que se está incorporando rápidamente a nuestra actividad diaria.

La telemedicina se ha consolidado como herramienta de conexión entre niveles. La pandemia demostró que las teleconsultas, los programas de seguimiento remoto o la hospitalización domiciliar pediátrica son viables y útiles. El reto es integrarlas de forma estructurada y equitativa, sin perder el valor humano de la relación médico-paciente.

PROBLEMAS ACTUALES DE LA PEDIATRÍA HOSPITALARIA

Conciliación familiar y guardias médicas

El perfil del pediatra hospitalario también ha cambiado. La feminización supera el 70%, aportando una visión más empática y comunicativa, pero tensionando estructuras laborales diseñadas para otro modelo de dedicación. La coexistencia de las guardias médicas con la conciliación familiar está siendo difícil y aún no resuelta. Los avances en derechos laborales pierden sentido si se construyen a costa de sobrecargar a otros. Cada derecho que se reconoce debe venir acompañado de una planificación paralela de recursos humanos que lo sostenga.

Estamos en pleno proceso de reforma del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, vigente desde 2003, con noticias nada tranquilizadoras que están llevando a movilizaciones a la profesión médica.

Desigualdad geográfica

En España existe una gran desigualdad geográfica en el acceso a la asistencia especializada.

En atención pediátrica hospitalaria, cada año más de 30.000 procedimientos pediátricos se realizan lejos del lugar de residencia, hecho especialmente grave en nuestra población pediátrica, por todo lo que este traslado comporta a toda la familia. Se observa claramente la relación decreciente entre número de pediatras hospitalarios y movilidad de los pacientes pediátricos, de forma que, a menor número de pediatras hospitalarios, mayor es la tasa de movilidad de los pacientes. Comunidades como Castilla-La Mancha o La Rioja derivan hasta un tercio de sus pacientes fuera de su territorio. Esta desigualdad geográfica es una amenaza directa a la equidad del Sistema Nacional de Salud.

Así mismo, el hecho de que el 75% de todos los CSUR pediátricos de España se concentren en Madrid y Cataluña es indicativo de esta desigualdad existente.

Coordinación Atención Hospitalaria-Atención Primaria

La coordinación efectiva entre los distintos niveles asistenciales es necesaria. El hospital y la atención primaria siguen funcionando con frecuencia como compartimentos estancos, conectados más por la buena voluntad de los profesionales que por estructuras formales de trabajo en red. Esto provoca derivaciones innecesarias, que sobrecargan los circuitos y generan demoras en la atención. Se han hecho grandes avances en el registro de la información con historias clínicas digitalizadas interoperables que evitan la fragmentación de la información y la duplicidad de pruebas diagnósticas, aunque su funcionamiento no es igual en todos los territorios.

Las urgencias hospitalarias se convierten a menudo en la vía de entrada de problemas que podrían resolverse en otro nivel, y los pediatras de primaria se ven sobrecargados con seguimientos que requieren coordinación con especialistas, pero sin canales ágiles para hacerlo.

Las causas son multifactoriales. Influyen la falta de tiempo y de recursos en ambos niveles, la escasez de estructuras mixtas o compartidas, la ausencia de protocolos unificados y la desigual implantación de herramientas digitales interoperables entre servicios de salud autonómicos. Pero la continuidad de cuidados, la comunicación bidireccional y la coordinación entre profesionales no son un lujo organizativo, sino una obligación ética y sanitaria.

Falta de reconocimiento formal y formación reglada en las ACEs

Europa adoptó ya el modelo 3+2 (tres años troncales y dos de especialización), y países de nuestro entorno reconocen hasta 38 subespecialidades pediátricas. España acaba de reconocer la Psiquiatría Infantil como especialidad y está pendiente regular otras ACEs de manera oficial.

El modelo establecido actualmente en España es 4 años de formación pediátrica general, y después se podrá acceder a las Áreas de Capacitación Específica (ACEs) que se crearán según el RD 589/2022 o Diplomas de Capacitación y Capacitación Avanzada, regulados por el RD 639/2015. Ninguno de ellos se ha desarrollado desde su aprobación. Actualmente Neonatología ha sido aceptada como la primera ACE a desarrollar y se está trabajando en ello. A pesar de que el Ministerio de Sanidad parece tener claro llevarlo adelante, existen dificultades en la coordinación con las diferentes comunidades autónomas.

Pérdida de atractivo de la Pediatría como especialidad

Aunque la Pediatría y sus áreas específicas continúa siendo una de las especialidades con mayor número de plazas MIR –508 en la convocatoria de 2024, solo por detrás de Medicina Familiar y Comunitaria–, diversos indicadores apuntan a una pérdida progresiva de atractivo entre los nuevos graduados en medicina. Este fenómeno no obedece a una falta de vocación pediátrica, sino a una combinación de factores estructurales y laborales que afectan a la percepción de la especialidad.

En los últimos años, la nota mediana del examen MIR de quienes eligen Pediatría ha mostrado un descenso sostenido, reflejando una menor demanda relativa respecto a otras especialidades. Solo el 13% de los mil primeros aspirantes la eligen, frente al 60% hace dos décadas. Paralelamente, ha disminuido el número de aspirantes que sitúan la Pediatría entre sus primeras opciones, lo que contrasta con la elevada

responsabilidad asistencial y la complejidad creciente del trabajo pediátrico, tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria.

Esta pérdida de atractivo se asocia, entre otros motivos, a la sobrecarga asistencial, la escasa flexibilidad de los horarios, la dificultad para la conciliación, y la falta de itinerarios profesionales definidos tras la residencia, con vistas al reconocimiento de las subespecialidades pediátricas.

EL FUTURO DE LA PEDIATRÍA HOSPITALARIA

El hospital pediátrico del futuro no será tanto un lugar como un *sistema interconectado*. Debe funcionar como un nodo de conocimiento y coordinación, con flujos bidireccionales con la Atención Primaria y otros hospitales. La hospitalización domiciliaria, las teleconsultas y los programas de transición a la vida adulta serán parte de su rutina. La meta es que el niño reciba la atención adecuada en el nivel más próximo posible, con respaldo experto cuando lo necesite.

La IA liberará tiempo clínico al automatizar tareas repetitivas, generar resúmenes o alertar de riesgos. Permite analizar grandes volúmenes de datos clínicos, detectar patrones invisibles al ojo humano y ofrecer apoyo a la decisión médica. Ya ayuda a detectar precozmente trastornos del desarrollo, ajustar terapias o calcular riesgos de obesidad y diabetes. Combinada con la telemedicina, permitirá monitorizar a distancia a niños con enfermedades crónicas, optimizar visitas presenciales y anticipar complicaciones.

Sin embargo, la incorporación de la IA plantea importantes desafíos éticos y profesionales. El primero es la protección de los datos de menores, que exige garantizar confidencialidad, trazabilidad y cumplimiento estricto de la normativa europea. El segundo es la transparencia de los algoritmos, para que las decisiones sigan siendo comprensibles y la responsabilidad médica no se diluya en una “caja negra”. A ello se suma el riesgo de sesgos algorítmicos, cuando los sistemas se entrenan con datos que no reflejan la diversidad infantil, y la posible dependencia tecnológica, si se acepta sin espíritu crítico lo que la máquina sugiere. La tecnología debe servir al juicio clínico, no reemplazarlo.

La IA abre una oportunidad extraordinaria para avanzar hacia una pediatría más precisa, preventiva y personalizada, siempre que se acompañe de una ética sólida, una regulación clara y una formación continua. Los hospitales y las sociedades científicas deben liderar este proceso, validando herramientas y guiando el debate ético. El reto es combinar humanidad y tecnología con inteligencia, para potenciar nuestra capacidad diagnóstica y liberar tiempo para lo esencial: la relación humana con el niño y su familia.

El desarrollo de las ACEs pediátricas es una oportunidad para modernizar la formación y reducir desigualdades. Estas áreas (neonatología, intensivos, cardiología, oncología, paliativos, etc.) no fragmentan la especialidad: la ordenan. Permiten definir itinerarios formativos homogéneos, acreditar competencias, planificar recursos por comunidad y evitar que los niños sean atendidos por servicios de adultos.

La red hospitalaria debe concentrar la alta complejidad y descentralizar lo frecuente. Los hospitales de referencia deben actuar como centros de apoyo y coordinación, no como destino inevitable. La integración real con Atención Primaria, enfermería pediátrica y salud mental infantil permitirá construir un modelo verdaderamente multidisciplinar.

Es necesario revisar el sistema de guardias, garantizar descansos y promover programas de bienestar emocional, que serán inversiones, no gastos.

CONCLUSIÓN

La especialidad ha demostrado su capacidad para adaptarse a los cambios sociales y científicos, pero ahora necesita un salto organizativo y cultural. La digitalización, la inteligencia artificial y las ACEs son solo instrumentos; el verdadero cambio será la cooperación efectiva entre niveles y profesiones. Formar a los futuros pediatras con visión integral, espíritu crítico y vocación investigadora será la mejor garantía para el futuro de la Pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arriola-Pereda G, Labarta-Aizpún JI, Sánchez MJ, Rodríguez-Vázquez del Rey MM, Ruiz del Prado MY. Situación actual de la formación sanitaria especializada en Pediatría y sus áreas específicas: retos y necesidades. *An Pediatr (Barc)*. 2023; 99(4): 252-6.
2. AEP. Libro Blanco de las ACEs Pediátricas. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2022.
3. Sandulli F. La necesidad de las áreas de Capacitación Pediátricas. Informe AEP-VINCES 2025.
4. Galdo B, Pazos C, Pardo J, Solar A, Llamas D, Fernández-Blanco E, Pazos A. Inteligencia artificial en pediatría: actualidad y retos. *An Pediatr (Barc)*. 2024; 100(3): 195-201.
5. Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan las áreas de capacitación específica en Ciencias de la Salud. BOE nº173, 21 julio 2022.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. 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 nº246, 14 octubre 2006.