

## Panel de expertos: Presente y futuro de la Pediatría

### Formación del especialista de Pediatría

M. CRESPO\*, D. CRESPO\*\*

\* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

\*\* Hospital General Universitario "Gregorio Marañón". Madrid.

#### I. INTRODUCCIÓN

El sistema MIR de especialización establece que la *formación teórica* se basará en el autoestudio tutorizado, mediante el cual se alcanzará el nivel de conocimientos necesario para la toma de decisiones. La metodología, que refleja acertadamente la pirámide de Miller, incluye el trabajo tutorizado y supervisado ("aprender a hacer, haciendo") con adquisición progresiva de responsabilidad, en el marco establecido en España por el Real Decreto 127/84, completado por la O.M. del Ministerio de la Presidencia de 22 de Junio de 1995. Una exposición más amplia fue presentada en otra publicación anterior<sup>(1-4)</sup>.

Las *actitudes* a conseguir –particularizando en el ámbito pediátrico– son: 1) *Como médico* ha de aprender a anteponer el bienestar físico, mental y social del niño a cualquier otra consideración, y ser sensible a los principios éticos y legales del ejercicio profesional. 2) *Como clínico* ha de saber cuidar la relación con el niño y su medio familiar, así como la asistencia integrada y completa del enfermo. 3) *Como técnico* ha de mantener una actitud crítica para valorar la eficacia y el coste de los procedimientos que utiliza, y demostrar su interés por el autoaprendizaje y por el perfeccionamiento profesional continuado. 4) *Como científico* aprenderá a tomar las decisiones sobre la base de criterios objetivos y de validez demostrada y, finalmente, 5) *como componente de un equipo asistencial* se ejercitará en mostrar

una actitud de colaboración con los demás profesionales de la salud.

#### II. OBJETIVOS DEL PROGRAMA FORMATIVO MIR-PEDIATRÍA

**¿Ser pediatra de atención primaria o ser subespecialista? El paso previo: pediatra general competente. ¿Todavía hay espacio formativo entre atención primaria y áreas de capacitación específica?**

Entre la Atención Primaria, tributaria de la prioridad para promocionar la salud y prevenir la enfermedad, y las exigencias de las Subespecialidades, para la incorporación de los avances científicos y tecnológicos y el liderazgo de la investigación, queda un amplio espacio formativo y profesional: el de aquel pediatra general competente que el niño y el adolescente sano y enfermo demandan (Tabla I)<sup>(5-8)</sup>.

El progresivo aumento de conocimientos, métodos y técnicas y la consiguiente fragmentación aboca al especialismo en Pediatría –fenómeno positivo para asegurar la adecuada calidad asistencial y la consolidación de la investigación en Pediatría– como un fenómeno universal (Fig. 1). Hecho que va acompañado de ciertos riesgos que ensombrecen el futuro de la Pediatría: la pérdida de la visión unitaria y global de la infancia y adolescencia y la desintegración del quehacer común asistencial (Tabla II).

© 2005 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.1/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

**TABLA I. PEDIATRA GENERAL COMPETENTE *VERSUS* PEDIATRA SUBESPECIALIZADO**

**Extremos de las actitudes profesionales:**

Buscar el órgano enfermo *vs* atender al niño que ha perdido su salud

*Pediatra general:*

Consideración prioritaria: ...**el niño enfermo.**

Predominio del complejo psicobiosocial.

*Subespecialista pediátrico:*

Atención preferente: ... **la enfermedad.**

Predominio de la técnica.

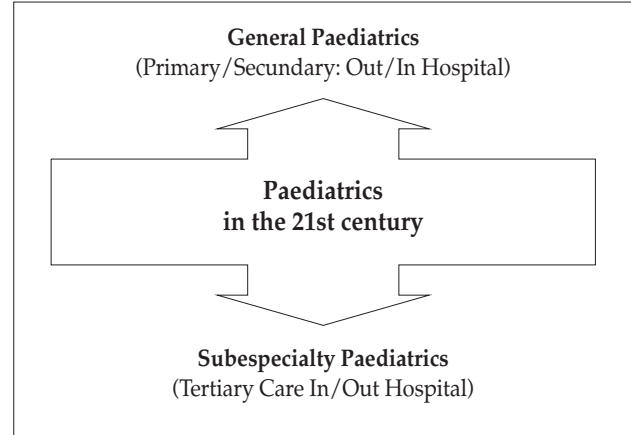
**Objetivos equilibrados:**

1. Mantener el concepto de "troncalidad o unidad".
2. Conocimientos y habilidades a tono con el estado de las ciencias médicas.
3. Equipamiento técnico y habilidades, actitudes y aptitudes según piden los derechos del niño y la propia sociedad.
4. Interés desde el niño no-nacido hasta el final de la adolescencia.

Sigue vigente la afirmación de Sánchez Villares<sup>(9,10)</sup> de que la primordial labor, por ahora, reside en intentar la adecuada integración en un cuerpo común de doctrina, con todas las posibilidades asistenciales que requiere la diversificación de las técnicas especializadas. Sin duda alguna, la base de una buena formación para ejercer la Pediatría requiere la fuerte consolidación del "pediatra general competente".

El sistema MIR en Pediatría y sus Áreas Específicas aspira a la formación de un *pediatra general competente* con el objetivo fundamental de ser capaz de resolver adecuadamente los contenidos propios de la ciencia pediátrica. Durante el periodo formativo se ha de conseguir la adquisición de una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para prestar con eficacia la asistencia a pacientes de su especialidad, tanto en el medio hospitalario como fuera de él, para realizar funciones de prevención y de educación sanitaria y para asumir su autoformación continuada.

*Pediatra general competente* es el médico que, en posesión del correspondiente título de especialista, se halla capacitado para emprender, realizar, interpretar, aplicar y explicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos inherentes al ejercicio profesional de la Pediatría preventiva, clínica y social, en instituciones públicas o privadas y de carácter hospitalario o de atención primaria.



**Figura 1.** Planteamiento general de la Pediatría en la Unión Europea (Ramet, 2004).

**TABLA II. PROBLEMÁTICA DEL ESPECIALISMO EN PEDIATRÍA: NECESIDAD Y RIESGOS. (SÁNCHEZ VILLARES)**

- Imposibilidad de abarcar el creciente cúmulo de conocimientos.
- Entrenamiento específico para la aplicación de métodos y técnicas.
- Obligada fragmentación de los saberes por el progreso científico.
- Persistencia de los condicionamientos intrínsecos de la medicina infantil.
- Grave error la pérdida de la visión unitaria y global del ser y existencia de los periodos de niñez y adolescencia.
- Dificultad para la coordinación e integración en un quehacer común.
- Carácter interdisciplinario de las ciencias.

La subespecialización pediátrica o la formación en áreas específicas de la Pediatría ha de llevarse a cabo durante *un tiempo adicional de formación, una vez concluido el periodo de la formación MIR - Pediatría.*

Puntos a destacar en el Sistema MIR español para Pediatría:

1. El sistema formativo basado en el estudio y la práctica tutelada con responsabilidad progresiva, es base de la mejor formación en Pediatría.
2. Tiende tanto a formar la "personalidad pediátrica" del médico postgraduado, como a sus conocimientos, habilidades y actitudes profesionales.
3. Requiere consenso generalizado para apoyar la troncalidad de la Pediatría destinada a la mejor formación del pediatra general competente.

4. La tendencia a la precoz "subespecialización" es negativa, al amputar la completa concepción del niño y sus modos de enfermar. La formación en áreas específicas ha de ser una adquisición de saberes posterior a la especialización en Pediatría.
5. Los contenidos del programa formativo español presentan una buena correlación con las tendencias educativas en los países desarrollados.
6. En general, como en la mayoría de los programas tradicionales, aparece una carga excesiva en la formación clínica hospitalaria, con notorio desequilibrio con las necesidades reales de la práctica clínica ulterior.
7. Ante las nuevas y progresivas tendencias de la política sanitaria, es recomendable una mayor dedicación a los aspectos preventivos y sociales de la Pediatría, a la denominada "nueva morbimortalidad", a la adolescencia y al conocimiento del niño sano y de sus necesidades.

### III. FACTORES MODULADORES DE LA FORMACIÓN PEDIÁTRICA. REPERCUSIÓN DE LOS CAMBIOS EN LA SOCIEDAD, EN LA MEDICINA Y SISTEMA NACIONAL DE LA SALUD Y EN LA PEDIATRÍA

#### A) Diversos cambios en la Sociedad, Medicina y Sistema Nacional de la Salud<sup>(11-14)</sup>, condicionan ciertas "actitudes" de la medicina del siglo XXI, incluyendo las de Pediatría (Tabla III)

1. *El concepto de salud en la sociedad actual que aumenta la demanda cuanto más sana está la población. El concepto de "bienestar" de la OMS implica la integración de tres conceptos: salud, confort y felicidad, en el ámbito del denominado "Estado de Bienestar".*
2. *La socialización de la asistencia sanitaria. El gran fenómeno social de nuestro tiempo ha sido considerar la salud como un bien social. El art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 reconoce el derecho "a la protección de la salud y a los cuidados de la enfermedad".*
3. *La crisis del Estado del Bienestar y la escasez de recursos para la asistencia sanitaria.*
4. *Transformación de la estructura social y demográfica. Predominio de la estructura industrial o postindustrial de la sociedad, ampliación de las clases medias, mayor bienestar físico y material, aumento de renta per capita, acce-*

TABLA III. FACTORES QUE MODULAN LA FORMACIÓN PEDIÁTRICA

- 
- Actual concepto de salud.
  - Socialización de la asistencia sanitaria.
  - Crisis del estado de bienestar.
  - Escasez de recursos.
  - Transformación en la estructura social y demográfica.
  - Sistema nacional de la Salud en España.
  - De la Medicina curativa a la Medicina preventiva.
- 

so masivo de la mujer al trabajo remunerado y transformación de las relaciones jerárquicas en la familia, en la docencia y en la administración. Mortalidad y natalidad muy bajas, población en vías de envejecimiento y una inmigración originaria en países pobres.

5. *El Sistema Nacional de Salud en España. Rápida transformación en los últimos 50 años por el progreso científico y tecnológico de la Medicina, la colectivización de la asistencia sanitaria y los cambios sociológicos. Concepto de asistencia médica ampliado al de asistencia sanitaria (Medicina curativa, prevención de las enfermedades, educación sanitaria y promoción de la salud). Planificación y ordenación sanitaria transferidas a las Comunidades Autónomas. En la práctica de la Medicina, se ha pasado al "hospitalocentrismo" y el médico se ha alejado del modelo "generalista" para ser "especialista".*
6. *De la Medicina curativa a la Medicina Preventiva. El papel de la atención primaria.*

De manera más o menos directa, éstas y otras circunstancias, gravitando sobre la formación y el ejercicio de la Pediatría, son causa de que sus profesionales se vean afectados por los "grandes síndromes" del pediatra de nuestro tiempo: el síndrome del *pediatra fatigado*, el síndrome del *pediatra insatisfecho* (generalista vs subespecializado, por escasos recursos y peor prestigio social), el síndrome del *pediatra inquieto* por influencia de la crisis demográfica y el *síndrome de Ulises o el especialismo mal entendido*.

#### B) La formación de especialistas en el ámbito de la pediatría asistencial, hoy

El cómo, donde y en qué ámbito asistencial se forma el pediatra hoy, se ve influenciado por una serie de inquietudes y limitaciones entre las que sobresalen la coexistencia de la Pediatría general con las subespecialidades pediátricas, los horizontes profesionales para los nuevos pediatras

**TABLA IV. HORIZONTES PROFESIONALES PARA LOS NUEVOS PEDIATRAS Y PERFIL DEL PEDIATRA DE NUESTROS DÍAS (CRUZ)**

- Número creciente de los mismos.
- Buena preparación.
- Adaptación a la ampliación de la edad pediátrica.
- Progresiva especialización.
- Un reto común: trabajo multidisciplinario.
- Equilibrio entre “generalistas” y “especialistas”.
- Perspectivas:
- Mejores científicos y verdaderos expertos.
- Peor experiencia desde el contacto continuado con el niño sano y enfermo.

y el perfil del pediatra de nuestros días. Cruz<sup>(15)</sup> ha recogido con precisión los horizontes profesionales para los nuevos pediatras (Tabla IV).

En el *currículum* formativo contemplamos un amplio abanico de campos operacionales que hacen complejo el desarrollo del programa, puesto que se extiende desde la Pediatría de atención primaria o ambulatoria pasando por la Pediatría secundaria (actividad en hospital) hasta una más compleja y exigente Pediatría terciaria y la actividad en áreas específicas pediátricas (subespecialidades). Todo ello en el “lugar-marco” de la formación: el área pediátrica, como un todo continuo, siguiendo el esquema propuesto por Burgio<sup>(16)</sup>.

Señalemos, finalmente, que en el objetivo final (“el producto”, como diría un planificador) se acoge en la triple vertiente de pediatra como *promotor de salud y educador sanitario*; de *clínico*, en el sentido tradicional; y de *acreditado en un Área de Capacitación Específica*, el pediatra subespecializado (Tabla V). Similar, en cierto modo, a lo recogido en el proyecto de *board europeo* de Pediatría (RAMET): Pediatría ambulatoria; Pediatría secundaria (actividad en hospital); Pediatría terciaria y actividad pediátrica especializada.

### C) En el marco europeo se viven inquietudes similares

Entre las propuestas de comités de expertos en la Unión Europea, tienen la mejor valoración las que provienen del Grupo de Trabajo de Educación Pediátrica, contenidas en el documento denominado “bases para la discusión” del European Pediatric Board (1996). En los párrafos que siguen presentamos una breve síntesis del mismo<sup>(17)</sup>.

El *objetivo* a alcanzar es “la adquisición de conocimientos básicos y experiencia en la evaluación del desarrollo

**TABLA V. FORMACIÓN Y ACTIVIDAD PROFESIONAL: VERTIENTES FUNDAMENTALES**

- El pediatra como promotor de salud y educador sanitario.
- El pediatra como clínico, en sentido tradicional.
- El pediatra acreditado en un área de capacitación específica, pediatra especialista.

Orientaciones reconocidas para el *board europeo* de Pediatría (RAMET):

1. La formación en pediatría ambulatoria.
2. La formación en pediatría secundaria (actividad en hospital).
3. La formación en pediatría terciaria (actividad pediátrica especializada).

–somático, social, psicológico e intelectual– del niño y del adolescente hasta la conclusión del desarrollo somático y también de la etiología, patogénesis, fisiopatología, semiología, diagnóstico, diagnóstico diferencial, tratamiento, rehabilitación y prevención de las alteraciones y enfermedades tanto congénitas como adquiridas en la infancia y la adolescencia”. El programa a desarrollar en *cinco años* es el de formación de especialistas en Pediatría, con el concepto de *preparación troncal de la Pediatría*.

Se destaca aquello que bien pudiera ser la formación de la “personalidad del médico de niños”. Es decir, se pretende *enseñar a “ser médico de niños”*, entendiendo como tal el estilo saludable del médico de niños transmitido por el maestro, subrayando la necesidad de hacer sentir y vivir en “pediatra”. El estudio del Grupo de Trabajo de Educación Pediátrica destaca la necesidad del conocimiento del *niño sano*, crecimiento, desarrollo, maduración y variantes y posibles desviaciones (“Pediatría del desarrollo”); los *cuidados al niño sano y enfermo*: los somáticos a diferentes edades y los básicos requeridos por el niño que enferma, atenciones psicosociales, cuidados y alimentación a neonatos y prematuros e higiene sexual, entre otros. *El saber mucho de enfermedades hace un buen médico; el conocer al niño y su enfermedad hace buenos pediatras* (Cruz). En la formación y en la práctica pediátrica, todos los países adelantados se encuentran con similares necesidades y opciones profesionales.

### D) Puntos débiles del sistema MIR

Determinados aspectos en los programas MIR, tanto conceptuales como de desarrollo, son puntos débiles<sup>(8)</sup>. En nuestro criterio son aspectos negativos del sistema MIR y, por

TABLA VI. PUNTOS DÉBILES DEL SISTEMA MIR

- “Desencuentro” entre la formación pregraduada y la formación especializada.
- Comisiones de Docencia.
- Auditorias docentes.
- Sistemas de evaluación.
- Subespecialidades.
- Limitaciones del sistema de salud pública.
- La tendencia a evaluar el cumplimiento de los mínimos requeridos.
- Papel de los tutores.
- Infravaloración de la metodología de la investigación clínica.
- Las nuevas tendencias en los planes funcionales y de gestión hospitalaria.
- El Servicio como centro absoluto de la formación especializada.
- La asimetría en el reconocimiento entre docencia ( formación) y asistencia.

tanto, con influencia desfavorable para la formación del especialista en Pediatría y sus Áreas específicas, entre otros, los siguientes (Tabla VI).

1. *“Desencuentro” entre la formación pregraduada y la formación especializada.* Probablemente se atenuaría mediante: a) “adecuación” de la formación pregraduada con la doctrina de la Unión Europea acerca de los objetivos fundamentales de este periodo formativo; b) modificación del examen MIR que es, fundamentalmente, una prueba cognitiva.
2. *Las Comisiones de Docencia.* Les corresponde la organización y gestión de las actividades pertenecientes a la formación para Especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas que se lleven a cabo en el Centro y el control y cumplimiento de los objetivos que conforman el programa. También la supervisión de la aplicación práctica de la formación y de su integración con la actividad asistencial, ordinaria y de urgencias, del hospital.
3. *Las auditorías docentes* que, cuando prescinden de la audiencia a los responsables y ejecutores de la docencia y asistencia en el ámbito local, se corre el riesgo de valoraciones parciales y crean descontento y recelos.
4. *Sistemas de evaluación.*
5. *Las Subespecialidades con su, en ocasiones, tendencia centrífuga y encasillamiento en pequeños núcleos poco permeables* aparecen como fragmentadoras del ejercicio y de la formación impartida en macrohospitales; sin embargo, su

ausencia en hospitales pequeños limita de forma notable, la formación del futuro especialista. La tendencia a la subespecialización dentro de las especialidades reconocidas debe ser atemperada en el mejor interés de una visión integrada de la asistencia de los pacientes, mediante el mantenimiento y fortalecimiento de una fase de formación troncal que permita la aproximación, lo más completa posible, en primera instancia, a la patología del enfermo.

6. *Limitaciones del sistema de salud pública.* Hay dificultades vinculadas al propio Sistema de Salud para la formación de médicos con “ejercicio humanizado de su profesión”; a modo de ejemplo, considérense, entre otros, la repercusión de la medicina defensiva, la sobrecarga asistencial, el alto grado de exigencia del “usuario” y la inadecuada valoración del papel formativo al dar prioridad a objetivos predominantemente cuantitativos en la tarea asistencial.
7. *La tendencia a evaluar, preferentemente, el cumplimiento de los mínimos requeridos* en los criterios para la acreditación de las Unidades docentes sin optar a una exigencia de niveles de óptima calidad educativa.
8. *Papel de los tutores:* procedimientos de selección y formación docente, y reconocimiento curricular de su función<sup>(14)</sup>.
9. *Infravaloración de la metodología de la investigación clínica* con la necesidad de incorporar la exigencia de actividad investigadora contrastada en las unidades docentes que soliciten acreditación.
10. *Las nuevas tendencias en los planes funcionales y de gestión hospitalaria.*
11. *El Servicio como centro absoluto de la formación especializada.*
12. *La asimetría en el reconocimiento entre docencia (formación) y asistencia.*

#### IV. EL NUEVO PROGRAMA FORMATIVO. CONTENIDOS E INNOVACIONES CURRICULARES

Con la necesaria actualización de los programas editados en el año 1996 –en su tercera edición–, surgió la oportunidad de introducir algunos cambios en los contenidos formativos (Tabla VII). Comentaremos algunas de las innovaciones incorporadas (Tabla VIII) en el nuevo Programa aprobado recientemente en el Pleno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (julio, 2005)<sup>(18,19)</sup>.

**TABLA VII. PROGRAMA FORMATIVO MIR PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS 2005 (SÍNTESIS)**

**Objetivos generales:**

Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes para:

- Atención de problemas pediátricos ( nivel general y de áreas específicas)
- Promoción de la salud de la población de la niñez y de la adolescencia.
- Investigación clínica y básica.
- Integrar equipos de trabajo y coordinar los multidisciplinares, si fuera preciso.

**Contenidos específicos:**

- Área clínica:
  - . Objetivos asistenciales
  - . Objetivos docentes
- Área de Salud:
  - . Pediatría Preventiva
  - . Pediatría social
  - . Ciencias sociales
  - . Salud pública
  - . Bioestadística
  - . Epidemiología
  - . Legislación sanitaria
- Iniciación a la docencia e investigación.
- Fundamentos de gestión clínica.
- Principios de ética médica.
- Metodología de la evaluación.

*Área clínica: Objetivos asistenciales:* 1) Conocer el estado de normalidad del niño y adolescente en las diferentes etapas por los métodos valorativos específicos. 2) Identificar las desviaciones de la normalidad mediante la aplicación de métodos diagnósticos adecuados. 3) Valorar en su estado inicial y según la evolución el pronóstico de cada período clínico. 4) Dominar las terapéuticas que, según la enfermedad y condición del niño y del adolescente (edad, desarrollo, antecedentes), deban aplicarse. 5) Contribuir a la reinserción en la normalidad y, en su caso, planificar y efectuar una adecuada rehabilitación.

*Objetivos docentes:* 1) Estudio de la biología y patología prenatal. 2) Estudio de la biología y patología neonatal. 3) Estudio del crecimiento, maduración y desarrollo en las distintas etapas de la edad pediátrica, en estado de normalidad o en situación de enfermedad. 4) Características fisiológicas y patológicas de la alimentación, nutrición y del metabolismo. 5) Fisiología y patología del aparato digestivo y del abdomen. 6) Estudio de la patología respiratoria.

**TABLA VIII. INCORPORACIONES CURRICULARES**

• **Opciones curriculares destacables:**

Centros de Salud como Unidades Docentes Asociadas.

Esquema de rotaciones obligatorias y optativas con posibilidad de diseño curricular personalizado con:

- Rotaciones optativas ( dentro de su hospital o fuera de él).
- Rotación final " prolongada".

• **Nuevas incorporaciones curriculares:**

- Gestión clínica.
- Metodología de la investigación.
- Bioética.
- Patología psiquiátrica prevalente.
- Patología predominante en la población inmigrante.
- Afianzamiento de la adolescencia como campo propio de la Pediatría.
- Hacia un MIR-Investigación.
- Hospitales de países en vías de desarrollo.
- Abordaje al niño crónicamente enfermo, moribundo.

- **Opción a rotación por Unidades de Medicina Tropical** o en unas cuantas enfermedades, limitando su formación en el conocimiento "del niño y su enfermedad".

7) Alteraciones orgánicas y funcionales del sistema circulatorio. 8) Estudio de la patología hematológica y oncológica pediátrica. 9) Fisiología y patología del sistema endocrino. 10) Fisiopatología nefrourológica. 11) Patología del sistema nervioso. 12) Patología del sistema óseo y locomotor. 13) Fisiopatología de la inmunidad y alergia. 14) Patología infecciosa. 15) Otras afecciones prevalentes. 16) Patología clínica ambulatoria prevalente. 17) Psicología fundamental. 18) Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. 19) Estudio de la biología, psicología y patología del adolescente. 20) Patología más representativa de la relacionada con la población inmigrante. 21) Introducción a la patología fundamental oftalmológica, ORL, dermatológica y ginecológica en el niño y el adolescente. 22) Habilidades y actitudes en la asistencia al niño y al adolescente enfermo.

*Área de Salud: Objetivos:* Metodología para estudiar el grado de salud de los niños y los adolescentes y de la comunidad en la que viven. Investigación de los factores sociales y ecológicos que pueden incidir en el proceso salud-enfermedad. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sus diversos mecanismos. Aplicar las medidas individuales y colectivas de promoción, prevención y rehabilitación, incluyendo la educación para la salud. Conocer los

TABLA IX. INNOVACIONES CURRICULARES

- 
1. Nivel de responsabilidad.
  2. Metodología de la evaluación.
  3. Extensión de los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
  4. Habilidades.
  5. Jerarquización de las rotaciones.
  6. Guardias.
  7. Otras incorporaciones curriculares.
  8. Opción a participar en el diseño curricular propio.
- 

diversos sistemas nacionales e internacionales de atención en el niño, así como las organizaciones sanitarias. Conocer la situación pediátrico-sanitaria española y sus relaciones con el desarrollo socioeconómico y cultural. Capacitar al pediatra para realizar estas tareas y colaborar en la formación de otros profesionales sanitarios. Capacitar a los pediatras para trabajar en equipos multidisciplinarios de salud. *Comprende:* Pediatría preventiva; Pediatría social e introducción a las ciencias sociales, legislación y fundamentos de salud pública; Pediatría social; Ciencias Sociales; Salud pública; Bioestadística; Epidemiología; Legislación sanitaria.

Se incorporan: Iniciación a la docencia e investigación; Fundamentos de gestión clínica; Principios de ética médica.

Lamentablemente no ha sido posible un mayor tiempo de periodo formativo, el de cinco años, equiparable al de la mayoría de los países de la Unión Europea (Solamente tres países en la UE tienen menos de cinco años formativos). Aspiración a la que no podemos renunciar por la amplitud de los conocimientos y habilidades de la moderna Pediatría, al incremento en los conocimientos científicos y enormes avances en el campo tecnológico, y la formación "polivalente" precisa para trabajar con garantía tanto en hospitales de referencia, como en hospitales medios y comarcas, en Servicios de Urgencias o en Centros de Salud. Es, sin duda, una aspiración irrenunciable para nuestra Pediatría en el marco de la Unión Europea y el siglo XXI.

A tono con la doctrina establecida por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas para los programas de todas las especialidades se incorporan niveles de responsabilidad, metodología de la evaluación, jerarquización de las rotaciones, extensión de los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, habilidades y guardias a las que hay que añadir otras innovaciones curriculares (Tabla IX).

TABLA X. NIVELES DE RESPONSABILIDAD

---

**Nivel I:** Actividades realizadas directamente por el residente, sin necesidad de tutorización directa. El MIR ejecuta y posteriormente, informa.

**Nivel II:** Actividades realizadas directamente por el Residente bajo supervisión del tutor.

**Nivel III:** Actividades realizadas por el personal sanitario del Centro y observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente.

---

TABLA XI. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN.

---

**Evaluación de recursos:** Nivel de utilización de los recursos del Servicio acreditado.

**Evaluación del proceso docente:** Cumplimiento de las actividades del Programa formativo en cantidad y calidad. Informes de los responsables docentes o tutores del Servicio.

**Evaluación de los resultados:** Cumplimiento de los objetivos específico-operativos del Programa formativo ( conocimientos, habilidades prácticas y actitudes con los pacientes).

---

1. Cada actividad irá acompañada de *nivel de responsabilidad* que el residente debe asumir. Se establecen tres niveles (Tabla X).
2. También se incorpora una *metodología de la evaluación* que se basará en: evaluación de recursos, del proceso docente y de los resultados (Tabla XI).
3. *Extensión* de los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
4. Las *habilidades* se especifican en los tres niveles antes citados. En el texto del nuevo Programa se recogen las siguientes (entre paréntesis el nivel):
  - a) Valoración del niño y adolescente normal. Interpretación de la guía anticipada aplicable al niño y adolescente normal. Tablas y curvas de crecimiento y desarrollo (1).
  - b) Técnica de realización de la historia clínica con anamnesis, exploración clínica, planificación de exploraciones complementarias, planteamientos de los problemas, realización de la evolución clínica y epicrisis. Habilidades de información al niño y adolescente y a la familia (1).
  - c) Anamnesis y exploración del niño y del adolescente con patología (1).
  - d) Interpretación del diagnóstico mediante la imagen (radiografías simples, trán-

- sito gastrointestinal, urografías, cistografías, ecografías, tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética y similares (2). e) Interpretación básica de: electroencefalograma, electrocardiograma y ecocardiograma (1). f) Interpretación de técnicas diagnósticas, isotópicas y funcionales (2). g) Interpretación de análisis clínicos (1). h) Realización de técnicas comunes diagnósticas: punción lumbar, punción suprapúbica, sondaje uretral, paracentesis, toracocentesis, punción arterial y venosa, cateterización umbilical y venosa central, otoscopia y similares (1). i) Reanimación cardiopulmonar (1). j) Test psicométricos básicos (1). k) Técnica de oxigenoterapia. Realización de ventilación asistida. Realización de alimentación enteral y parenteral (2). l) Biopsias intestinales, renales y hepáticas (2, opcional 3). ll) Capacidad para elaborar programas de educación sanitaria del niño y del adolescente y el medio social (1). m) Poseer experiencia para elaborar y exponer trabajos científicos de la especialidad (2). n) Conseguir correctas actitudes en la relación con los niños y los adolescentes y sus familiares (1). o) Reconocer el necesario cumplimiento de los principios de la ética pediátrica en todas sus actuaciones (1).
5. La *jerarquización de las rotaciones* las divide en obligatorias (fundamentales o básicas) y optativas o complementarias. Parte esencial de la formación del Residente son las *rotaciones*, por ello la formación se programará con rotaciones por las unidades básicas de Neonatología, hospitalización de Lactantes, Preescolares, Escolares y Adolescentes, Urgencias, Cirugía Pediátrica, UCI Pediátrica y consultas externas. Habrá rotaciones obligatorias por áreas pediátricas con actividad en cardiología, gastroenterología, neuropediatría, endocrinología y crecimiento, y nefrología y optativas por otras, correspondientes a áreas específicas o preferentes de la Pediatría tales como: oncología, inmunología, neumología, genética y dismorfología, reumatología, infectología y psiquiatría infantil, entre otras. Será obligatoria la rotación por Atención Primaria, preferentemente por Centros de Salud acreditados para la docencia en Pediatría. Las rotaciones optativas no se autorizarán hasta haber completado las rotaciones básicas y obligatorias. En el cuarto año rotará por una o más especialidades pediátricas hospitalarias, si es posible de forma optativa. Para esta última opción es preciso que el residente haya completado, previamente, al menos tres rotaciones por áreas optativas.
  6. Las *guardias* se considerarán docentes y serán obligatorias, con un máximo de seis mensuales y un mínimo de cuatro.
  7. *Otras incorporaciones curriculares*: a) Formación en gestión clínica y bioética, adquisición de las bases de metodología en investigación y en el desarrollo de trabajos de investigación clínica y básica. b) Ampliación del campo de trabajo con hechos derivados de los cambios en la estructura familiar tradicional, del fracaso escolar y de la inadaptación social, al aumento de la patología relacionada con la población inmigrante, y la formación en patología de "baja prevalencia", huérfana de capacidad diagnóstica y terapéutica con harta frecuencia. c) Formación básica en patología psiquiátrica con creciente demanda, principalmente en el ámbito asistencial primario. d) Atención dentro y fuera del ámbito hospitalario, a niños y adolescentes tecnológicamente dependientes, trasplantados y sobrevivientes con enfermedades crónicas.
  8. Se recoge la opción a *participar en el diseño curricular*, según vocación y aptitudes. Y se abre la de adquirir una sólida preparación para una progresiva mejoría profesional a través de la formación continuada, capacitado para docencia de calidad e investigación de rigor. Sería interesante para la integración Universidad - Sanidad asistencial que el MIR quedara en condiciones de optar a algunas de las modalidades de profesorado previstas en la Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre, de Universidades.

## V. DESARROLLO DEL PROGRAMA FORMATIVO: CRÍTICAS Y RECOMENDACIONES

### *Críticas a los "programas tradicionales" en sus contenidos y, especialmente, en su desarrollo.*

En general, los llamados "programas tradicionales" de los países desarrollados presentan notorias lagunas en la formación básica pediátrica. Es llamativa "la disparidad entre el contenido educativo de la experiencia en pacientes internados durante la residencia y el contenido de la práctica clínica" y entre cómo practicamos la pediatría general y cómo formamos a los residentes (Charney, 1995) (Tabla XII).



**TABLA XII. RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN PEDIATRÍA.**

- 
- Sistema basado en estudio, práctica tutelada y responsabilidad progresiva.
  - Necesidad de doble compromiso:
    - Formación de la “personalidad pediátrica” del postgrado.
    - Adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes profesionales.
  - Troncalidad de la Pediatría: la mejor formación del pediatra.
    - Evitar la precoz “subespecialización”: Impide la completa concepción del niño y sus modos de enfermar.
    - La formación en “Áreas de Capacitación Específica” ha de ser posterior a la especialización.
    - En el programa educativo tradicional.
    - Predomina la formación clínica hospitalaria.
    - Existe desequilibrio con las necesidades reales de práctica clínica ulterior.
  - Mayor dedicación a:
    - Aspectos preventivos y sociales.
    - A la “nueva morbilidad mortalidad”.
    - A la adolescencia.
    - Al conocimiento del niño sano y de sus necesidades.
    - Aumentar la capacidad de comunicación con niños, adolescentes y padres.
    - Equilibrar la formación en “problemas comunes” y en “enfermedades huérfanas”.
    - Mejorar la atención a enfermos crónicos y tecnológicamente dependientes.
- 

Llama la atención el poco interés prestado a la adolescencia, a la formación en los cuidados a niños crónicamente disminuidos y a saber responder a problemas comunes del niño. Otro tanto cabe señalar en lo que Sánchez Villares<sup>(9,10)</sup> definía como “sentirse abogado del niño” y que Canosa ampliaba a la necesidad de motivar, informar e influir profesionalmente en políticos y administradores responsables de la salud para conseguir salud y bienestar a los niños.

No menos importantes han sido las llamadas de atención de Ballabriga<sup>(20)</sup> advirtiendo de la pérdida de la visión unitaria de la Pediatría, la aparición del “síndrome del superespecialista”, el deterioro en la comunicación entre los diferentes miembros del staff por falta de coordinación y en la capacidad para la comunicación con la familia del niño enfermo. Otro tanto cabe decir de la necesidad de mayor dedicación a los cuidados de atención primaria y de urgencias, en la promoción de la salud, en enfatizar los aspectos de la

pediatría preventiva y social y en mejorar la capacidad de comunicación con niños, padres y otros profesionales.

En el desarrollo del programa formativo y en el estado actual de la sanidad pública, los responsables han de tener en cuenta las *perspectivas para la actividad profesional del pediatra*: 1) *El pediatra como promotor de salud y educador sanitario (“mejores cuidados para niños cada vez más sanos”) con énfasis en la Atención Primaria*; 2) *El pediatra clínico o generalista, tanto en Atención Primaria como en la Hospitalaria*; y 3) *El pediatra “acreditado” en un área específica (Subespecialista) representativo de la Pediatría terciaria*.

Una síntesis de los cambios necesarios y recomendaciones para los programas formativos –contenidos y desarrollo– extraídos de la bibliografía se recogen en la Tabla X.

#### VI. TRES GRANDES DESAFÍOS: TRONCALIDAD, FUNDAMENTOS DEL PEDIATRA GENERAL COMPETENTE; ROTACIÓN POR LOS CENTROS DE SALUD COMO UNIDADES DOCENTES ASOCIADAS E INICIACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

Son aspectos “minusvalorados” en el momento actual que requieren especial atención por parte de los responsables de la formación de nuestros Residentes: *formación troncal, potenciación en la formación en atención primaria e iniciación a la investigación*.

Algunos más se incorporarán con el desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003, “diseñando” el horizonte y la realidad de las subespecialidades pediátricas. Esperemos que, en un futuro no lejano, habrá de perfilarse cuanto se refiere al acceso de las anunciadas, y nunca llegadas, Áreas de Capacitación Específica de la Pediatría<sup>(21)</sup>.

##### a) Troncalidad o formación troncal en la formación del Especialista de Pediatría

La formación troncal o núcleo curricular de una profesión de la Pediatría comprende aquellos aspectos que son necesarios en la formación de todos los pediatras, cualquiera que sea la actividad específica que vayan a desarrollar en un futuro, a la vez que garantizan el sentido, el significado y la individualidad de la propia especialidad pediátrica. Las materias nucleares del *currículum* deben sufrir las adaptaciones que sean necesarias, pero sin perder de vista que tie-

nen que garantizar la formación en los aspectos básicos, esenciales, y que justifican la propia existencia de la Pediatría. Estos conceptos, defendidos por Nogales<sup>(22,23)</sup>, los compartimos en su totalidad. Una síntesis de la participación del citado autor en el Congreso Nacional de la Asociación Española de Pediatría (Madrid, 2003) la exponemos a continuación.

La Formación Pediátrica debe pivotar sobre la adquisición de un conjunto de conocimientos, atributos y competencias fundamentales para todos los pediatras en formación y útiles cualquiera sea su orientación futura<sup>(24)</sup>, insistiendo en que en la formación del pediatra actual deberán tenerse en cuenta los siguientes hechos: 1) Proporcionar un núcleo curricular, que constituya la base común que define el campo de la Pediatría, y que debe desarrollarse, revisarse y evaluarse periódicamente. 2) Orientar la formación sobre la atención de niños y adolescentes contextualizada en el ambiente familiar y social. 3) Tener en cuenta los cambios en los patrones de morbilidad que se van produciendo. 4) Enfermedades de larga evolución (asma, metabolopatías, nefropatías, trastornos digestivos, etc.). 5) Patología crónica del desarrollo y del comportamiento. 6) Avances biomédicos, especialmente en los campos de biología molecular, genética e inmunología. 7) Avances tecnológicos en el diagnóstico, tratamiento y profilaxis. 8) Implicaciones éticas.

El objetivo de la formación del MIR en Pediatría en nuestro país es el de adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan ser un pediatra general competente capaz de trabajar en medio hospitalario y extrahospitalario, a la vez que adquirir las competencias necesarias para, a partir de las mismas, completar su formación en alguna de las áreas pediátricas específicas, cuando sea el caso (Tabla XIII).

El núcleo curricular de la especialidad de Pediatría ha de tener en cuenta las necesidades de la sociedad, las nuevas situaciones y problemas que se van presentando en la práctica profesional, así como los nuevos medios diagnósticos, terapéuticos y de información<sup>(25)</sup>. Con importancia progresivamente creciente hemos de situar: 1) La prevención de enfermedades tanto físicas como psíquicas en un período de la vida especialmente sensible. 2) El tratamiento de enfermedades con la capacidad de manejo del arsenal tecnológico diagnóstico y terapéutico, que conlleva aparejado el aprendizaje del uso responsable de los medios, tanto por sus efectos secundarios, como por la necesidad de contención del gasto. 3) La consideración del niño como persona en cual-

TABLA XIII. TRONCALIDAD Y FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA. OBJETIVOS GENERALES DE LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA. COMISIÓN NACIONAL DE PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS

Adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para:

1. Atender los problemas clínico-pediátricos a nivel general y de sus áreas específicas.
2. Promocionar la salud de la población infantil y adolescente.
3. Realizar labores de investigación clínica y básica.
4. Trabajar como integrantes o coordinadores de grupos multidisciplinarios de salud.

quier circunstancia y el amplio conocimiento del mundo de los adolescentes, plantean problemas éticos en el ejercicio de la profesión pediátrica. 4) La práctica de la Medicina, en general, y de la Pediatría, en particular, supone una constante relación interpersonal con pacientes, familias, médicos y otros profesionales. De ahí que el pediatra deba adquirir, como una parte nuclear de su formación, experiencia y técnica para establecer adecuadas relaciones con los pacientes y sus familias, con los integrantes de los equipos de trabajos sanitario y otros profesionales no sanitarios, cada vez más involucrados en los problemas de salud. 5) La investigación en Medicina, actividad de obligado desarrollo en los países occidentales, impone la necesaria iniciación a la misma en la formación MIR. 6) El adiestramiento preciso para el manejo de la técnica de la información y la adquisición de la capacidad crítica para seleccionar de la información disponible, aquella que posee verdadero interés. 7) Necesidad de adquirir la capacidad de afrontar adecuadamente el heterogéneo campo de la problemática de la responsabilidad profesional, los errores médicos, el desgaste profesional etc.

Basado en estas consideraciones, Nogales<sup>(23)</sup> propone que los contenidos del núcleo curricular de la formación del MIR en Pediatría abarcarque los aspectos recogidos en la Tabla XIV. La adquisición de conocimientos y habilidades en la troncalidad pediátrica conlleva la de actitudes. Los conocimientos y capacidades vienen proporcionados por la experiencia clínica y el estudio. Su elaboración es fundamentalmente intelectual. Las actitudes se van adquiriendo a través de experiencias personales y del ejemplo y enseñanza directa de los docentes. Poseen un fuerte componente afectivo, que no puede ser olvidado ni desdeñado.

TABLA XIV. NÚCLEO CURRICULAR DE LA FORMACIÓN MIR EN PEDIATRÍA (NOGALES)

- 
- Conocimientos amplios sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades frecuentes de la infancia y adolescencia.
  - Conocimientos suficientes y genéricos para sospechar la existencia de enfermedades inhabituales, especialmente en fase precoz de las potencialmente graves.
  - Prevención de enfermedades físicas y psicológicas.
  - Control del crecimiento y desarrollo psico-físico.
  - Alimentación y dietética.
  - Aspectos éticos de la Pediatría.
  - Relaciones interpersonales.
  - Aspectos específicos de la práctica profesional pediátrica.
  - Iniciación a la investigación pediátrica.
  - Gestión de recursos en la atención pediátrica.
  - Manejo de la tecnología de la información.
  - Lectura crítica de las publicaciones médicas.
- 

Por ello, la formación pediátrica troncal deberá realizarse en un medio: 1) con suficiente representación de los problemas clínicos y las necesidades sanitarias de la sociedad a la que el pediatra deba servir; 2) que permita el ejercicio de la práctica profesional adquiriendo responsabilidades progresivamente crecientes; 3) en el que todos los profesionales responsables de los pacientes se sientan comprometidos con la enseñanza y sean capaces de transmitir el verdadero sentido de la Medicina; y 4) en el que exista una adecuada tutorización ejercida por profesionales vocacionalmente dispuestos y especialmente preparados para ello.

#### **b) Rotación por Centros de Salud o la potenciación de la formación en atención primaria**

La Pediatría tiene una doble vía de desarrollo: por un lado, la Pediatría hospitalaria, con una subespecialización clínica, que siempre ha gozado de prestigio social y profesional, y la Pediatría comunitaria o de Atención Primaria, que se centra en el estudio y la atención del niño con su contexto familiar y social, y que tradicionalmente se ha considerado la "hermana pobre" de la Pediatría (Orejón y Boscá)<sup>(26)</sup>.

La formación hospitalaria es absolutamente necesaria. Todo lo referente a la patología más grave y a las técnicas diagnósticas y terapéuticas más sofisticadas sólo se puede aprender en este ámbito de trabajo. Pero también se deben adquirir técnicas y habilidades que sólo se pueden enseñar en los Centros de Atención Primaria.

La intervención en Atención Primaria es bastante compleja, ya que atiende gran diversidad de problemas (clínicos, sociales, preventivos) e implica una capacidad diagnóstica y terapéutica individual. En este tipo de quehacer asistencial el pediatra no cuenta con la variedad y la inmediatez de la mayoría de las pruebas complementarias de que se dispone en el ámbito hospitalario. La eficacia de su trabajo conlleva como herramientas imprescindibles del conocimiento y dominio de técnicas de entrevista clínica y habilidades de escucha y comunicación.

En este ámbito asistencial, junto a la posibilidad de tratamiento precoz, se ofrece la de prevención y educación sanitaria de los padres. Es una atención continuada frente a la asistencia puntual que se da en el hospital, con seguimiento longitudinal (contactos cortos y frecuentes) frente a la transversal (contactos limitados y puntuales) del medio hospitalario.

Tiene la responsabilidad de jugar un papel activo como defensor del niño, en muchas cuestiones solicitadas por los propios adolescentes, a través de encuestas y también los organismos sanitarios nacionales e internacionales. Sirva el ejemplo de la prevención del SIDA en adolescentes, a quienes la OMS considera "grupo diana en cuanto al riesgo del VIH" y "población prioritaria en las intervenciones preventivas" con urgente y necesaria intervención para modificar su conducta sexual.

También son o han sido niños todos los que acaban engrosando las cifras de accidentados (por nombrar la mayor causa de muerte de los niños desde los 4 años, de adolescentes y de jóvenes hasta los 24 años), de violadores (que empiezan antes de los 16 años y piden una intervención preventiva antes de dicha edad), de delincuentes, de alcohólicos, de drogadictos (el mercado transnacional de las drogas, según el informe mundial de Naciones Unidas de 1997, genera un flujo de capitales estimado en el 8% del mercado internacional global, capaz de comprar muchas voluntades), jóvenes que abortan o padres adolescentes, suicidas, psicópatas, insomnes, obesos, hiperactivos, anoréxicas, etc.

Hay que estimular el deporte, tengamos en cuenta que para muchos niños el único médico deportivo es su pediatra de AP, por lo que es interesante conocer la prevención de accidentes deportivos, el síndrome del segundo impacto, la prevención del traumatismo dental en deportes de contacto, etc.

Está en trámite –ya un largo trámite, en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de la Salud– el

reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como "unidades docentes asociadas" para la formación MIR-Pediatría. La propuesta elaborada por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas (5 de julio de 2002)<sup>(27)</sup> y aprobada por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas contiene, como hechos reseñables para esta ocasión, objetivos fundamentales y actividades asistenciales y de investigación y docencia.

#### *Objetivos fundamentales:*

1) Cooperar con la Unidad Docente Acreditada hospitalaria en la formación de un pediatra general competente, de forma especial en los ámbitos propios de la Atención Primaria y, en todo caso, bajo la supervisión docente de la Unidad Docente Hospitalaria acreditada.

2) Dar respuesta a las necesidades de formación de los especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas en la adquisición de técnicas y habilidades que los servicios hospitalarios no pueden proporcionar, tales como: A) Atención al niño sano en su desarrollo físico y psicológico. B) Seguimiento del niño en su contexto familiar, facilitando a los padres la adquisición de técnicas de educación para la salud, capacidad para manejar y resolver conflictos, y desarrollo de habilidades de escucha y comunicación. C) Alcanzar las necesarias habilidades en la entrevista clínica. D) Manejo de la historia clínica propia de Atención Primaria Pediátrica. E) Desarrollo psicosocial normal del niño, atendiendo a la detección precoz de déficit sensoriales, factores de riesgo y prevención del maltrato infantil. F) Conocimiento de los problemas éticos que se plantean en Atención Primaria Pediátrica. G) Prevención y supervisión de la salud bucodental y prevención de accidentes.

En general, adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes que permitan atender correctamente como médico, como técnico y como científico los problemas propios de la atención primaria pediátrica, promocionar la salud de la población infantil y trabajar como integrantes y, en su caso como coordinadores, de equipos multidisciplinarios de salud.

3) Actividades asistenciales requeridas: Mínimo de consultas/día: 20. Óptimo: en torno a 30/día. Mínimo tiempo para segundas consultas: 10 minutos. Historia clínica individualizada y archivada. Programas de salud: Promoción de lactancia materna. Inmunizaciones activas. Exámenes periódicos de salud, en los que participará activamente el Residente. Otras actividades: Educación sanitaria; valoración

de crecimiento, maduración y desarrollo; posibilidad de colaboración con Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil; Consultas programadas para revisiones de enfermedades crónicas (una o varias de las siguientes: asma, enuresis, obesidad, hipocrecimiento, epilepsia, diabetes, fallo de medro, etc.) preferentemente en interconexión con el hospital de referencia.

#### *Actividades de investigación y docencia establecidas y desarrolladas*

Tras el paso por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, fue elaborado un proyecto de "Orden Conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueban 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"<sup>(28)</sup>, del que extractamos algunos aspectos significativos, llamando la atención el alto grado de aceptación de la propuesta que partió de la Comisión Nacional.

"La actividad profesional de los especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas en Atención Primaria de Salud ha sido, desde siempre, uno de los ámbitos de actuación clásicos de estos especialistas que está adquiriendo una creciente importancia por ser en dicho ámbito donde tienen verdadero protagonismo las medidas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que demandan los sistemas sanitarios más evolucionados. Los Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación, Cultura y Deporte concedores de esta realidad, deben adoptar medidas para conseguir los niveles más adecuados de calidad en la formación de médicos residentes en esta parcela de la especialidad en la que, además de atender las patologías prevalentes en el medio extrahospitalario, se adquirirán conocimientos, técnicas y habilidades relativas, fundamentalmente, al niño sano, a los programas preventivos que se llevan a cabo en este nivel asistencial y a otros aspectos de la pediatría social de indudable importancia para la correcta atención del niño en el sistema sanitario".

"Para ello, es necesario que se vinculen a las unidades docentes acreditadas para la formación de estos especialistas, Centros de Salud que reúnan las condiciones que la administración sanitaria y educativa, asesoradas por los órganos expertos en la materia, consideran precisas para garantizar la adecuada formación de los residentes durante las rotaciones por dichos centros, posibilitando así que los futuros pediatras de nuestro sistema sanitario adquiera-

ran los máximos niveles de competencia en el ámbito de la Atención Primaria de Salud”.

“A tal fin, los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte, previos informes de la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas y del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, han resuelto aprobar los Requisitos Generales de Acreditación que deben reunir todos los Centros de Salud que se vinculen a las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas en los siguientes términos:

1. - Objetivos: Regular los requisitos mínimos para acreditar Centros de Salud vinculados a unidades docentes hospitalarias acreditadas para la formación en la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, a fin de establecer, bajo la supervisión de dichas unidades docentes, vínculos de cooperación entre ambos niveles asistenciales que garanticen la adecuada formación de éstos especialistas en la faceta pediátrica de la Atención Primaria de Salud.

A estos efectos todas las unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas, contarán obligatoriamente con los Centros de Salud vinculados que sean necesarios, según la capacidad docente de la Unidad y teniendo en cuenta que en dichos Centros de Salud ha de guardarse la relación de un especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas, por cada residente en rotación”.

Los Centros de Salud acreditados deberán ser capaces de formar a los residentes que roten por los mismos, en los aspectos que fueron presentados desde el Consejo Nacional (véase más arriba), concluyendo en los siguientes términos: “Y en general, en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan atender correctamente como médico, como técnico y como científico los problemas propios de la atención primaria pediátrica, en sus aspectos de asistencia, promoción y prevención de la salud de la población infantil, participando, en su caso, en grupos de trabajo de carácter multidisciplinar”.

En el proyecto se recoge que la formación se llevará a cabo, preferiblemente en los dos últimos años de residencia, mediante la realización de rotaciones de entre uno y tres meses de duración, en los términos que determine la Comisión de Docencia del Hospital previa coordinación con los

profesionales del correspondiente Centro de Salud acreditado. De cara a las unidades docentes de nueva creación se establece la necesidad de contar con Centros de Salud vinculados en los términos previstos en esta Orden.

### c) Iniciación a la investigación

La formación obtenida por el programa de formación médica especializada mediante el sistema de residencia (sistema MIR), tiene una gran cualificación y ha mejorado la calidad asistencial de los hospitales. La actividad investigadora ha estado siempre en segundo plano en la formación de los residentes, valorando ésta –casi exclusivamente– según la competencia asistencial alcanzada. Sin embargo, durante este periodo formativo se van a adquirir los conocimientos, habilidades y hábitos, en todas sus vertientes (clínica, docente, investigadora y ética) que van a marcar su actividad profesional en el futuro.

Nos parece interesante la publicación de Ríos Zambudio et al<sup>(29)</sup>, una de las escasas aportaciones sobre este particular. El estudio fue llevado a cabo en un hospital de tercer nivel acreditado para la docencia pre y postgraduada destinado a constatar la satisfacción de los MIR respecto a su formación científica e investigadora durante el transcurso de su residencia. Se basó en una encuesta anónima. La muestra estuvo constituida por 227 residentes, contestando 178 (78%) con 175 encuestas válidas (77%).

De la formación asistencial sólo el 15% están *insatisfechos o muy insatisfechos*, mientras que en la docente el índice aumenta al 36%, y en la investigadora hasta el 68%. Llama la atención que, en cuanto a trabajos científicos, el 49% de los residentes no han escrito ninguno; el 22% refiere no tener nada de la tesis doctoral, el 50% refiere haber realizado los cursos de doctorado, el 24% tiene tema de tesis, y sólo el 4% la ha escrito.

Sin pretender extrapolar estos resultados a los residentes de Pediatría de todos los hospitales españoles, no deja de ser un buen motivo de reflexión para los responsables de la formación de nuestros MIR. Como afirman los autores de la investigación, la formación investigadora y científica es fundamental en un buen médico, pues le va a permitir ser crítico con la información que recibe y realizar sus propios avances en la medicina. Hay que recordar que el propósito fundamental de la investigación en medicina clínica es generar conocimientos que permitan contribuir a la mejor comprensión y uti-

**TABLA XV. MODALIDADES DE ACCESO AL DIPLOMA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA. LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS, 2003**

**Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias**

El acceso al diploma podrá producirse mediante:

- Una formación programada.
- A través del ejercicio profesional específicamente orientado al área correspondiente, acompañado de actividades docentes o discentes de formación continuada en dicha área, y, en todo caso, tras la evaluación de la competencia profesional del interesado de acuerdo con los requerimientos previstos en el artículo 29.

lización de los recursos propios de la disciplina, su perfil asistencial, así como influir en el entorno biológico, psicológico y social en relación el fenómeno salud-enfermedad. No podemos permitir que los profesionales sanitarios que formamos sean sólo unos buenos técnicos receptores de lo que otros profesionales investigan. La mentalidad crítica e investigadora es un aspecto fundamental en la mejora de la asistencia clínica diaria, pues permite al médico investigar los problemas que encuentra en la cabecera del enfermo para dar soluciones y no tener que esperar de forma pasiva a que le llegue la solución.

**VII . QUO VADIS, PEDIATRÍA? FORMACIÓN Y PERSPECTIVAS DEL PEDIATRA GENERAL COMPETENTE VERSUS PEDIATRA SUBESPECIALIZADO: UNA VISIÓN INTEGRADORA**

El proceso de formación del especialista en Pediatría se desarrolla entre dos polos: atención primaria y subespecialidades, con un amplio terreno compartido e imprescindible: el pediatra internista o general. Es un difícil pero necesario equilibrio formativo y asistencial que debe atender las enseñanzas derivadas del fenómeno de la especialización en la medicina del adulto. En este equilibrio formativo y asistencial, será un acto de inteligencia compartida el aprovechamiento de la especialización sin caer en el analfabetismo especializado.

La formación del especialista de Pediatría se ha de desarrollar teniendo con el objetivo de conseguir un “pediatra general competente” de alta calidad. No obstante, en un futuro que esperamos esté próximo, el desarrollo de las Áreas de Capacitación Específica<sup>(30)</sup> marcará nuevas metas

**TABLA XVI. FORMACIÓN Y PERSPECTIVAS DEL PEDIATRA GENERAL COMPETENTE VERSUS PEDIATRA SUBESPECIALIZADO. UNA VISIÓN INTEGRADORA**

**I. Formación de especialista en Pediatría versus Pediatra especializado**

- Un difícil pero necesario equilibrio formativo y asistencial.
- Enseñanzas del fenómeno de la especialización en la medicina del adulto.
- Formación de la “personalidad pediátrica” y visión global del niño.

**II. Pediatría general y Pediatría con subespecialidades**

- Las subespecialidades aseguran el porvenir científico de la pediatría. La fortaleza de la pediatría general garantiza el futuro de las subespecialidades.
- La inteligencia compartida: aprovechamiento de la especialización sin caer en el analfabetismo especializado.
- Un difícil pero necesario equilibrio formativo y asistencial.

**III. Formación de Pediatra general competente versus Pediatra subespecializado**

- I. Atendiendo a los condicionamientos intrínsecos de la Pediatría y de la Niñez y Adolescencia.
  - Fundamentos conceptuales modernos de la Pediatría.
  - Asentamiento de la verdadera personalidad de la Pediatría.
  - Visión unitaria y global del ser y existencia del periodo de niñez y adolescencia.
  - Integración en un único cuerpo doctrinal de todas las posibilidades asistenciales requeridas por la diversificación de las técnicas especializadas.
- II. La Pediatría ha de ser la “medicina del niño y del adolescente”, no de sus “aparatos” y “sistemas”.
- III. La subespecialización ha de plantearse como complementariedad.

y abrirá nuevos horizontes. La opción de acceso a través del ejercicio profesional orientado al área correspondiente, requerirá de un minucioso análisis, ya que será una de las posibilidades no desdeñable. Los límites de su aplicación, vendrán establecidos por el desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias<sup>(21)</sup> y el “complicado entramado de intereses” en el debate del Consejo Nacional y el, aún no previsible, eco que halle en el Consejo Interterritorial de Sanidad (Tabla XV).

Es imprescindible el impulso a las subespecialidades, aunque evidentemente presente el riesgo de estimular el funcionamiento de las Unidades “especializadas”, más o menos autónomas, como reductos cerrados con cierta tendencia centrífuga y funcionamiento “en paralelo”, aspectos

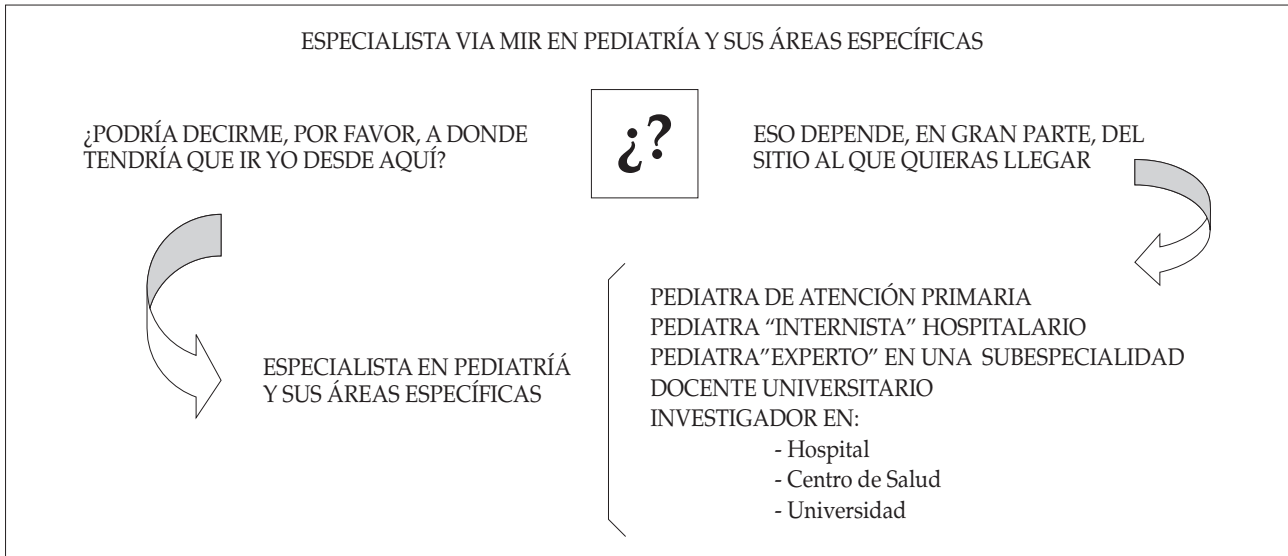


Figura 2. Opciones profesionales del especialista de Pediatría.

ya considerados por Sánchez Villares<sup>(10,31)</sup>. El núcleo del proceso formativo ha de estar integrado por: A) Atender los condicionamientos intrínsecos de la Pediatría, de la niñez y de la adolescencia. B) Considerar que la Pediatría ha de ser la "medicina del niño y del adolescente", no de sus "aparatos y sistemas". Y C) La subespecialización ha de plantearse como complementariedad (Tabla XVI).

Tal vez la solución esté en hacer depender el éxito de los subespecialistas de la íntima colaboración con la Pediatría general. En esta línea la actitud y apoyo de la Asociación Española de Pediatría y de las Sociedades Científicas de las Subespecialidades, defendiendo e impulsando la acreditación rigurosa frente a la de complacencia, y la integración frente a la dispersión son, no sólo necesarias, sino imprescindibles, requiriendo un carácter notorio, público y continuo.

La concepción moderna de la formación de postgrado debe configurarse como un camino, mediante el cual se consigue un aprendizaje de los profesionales en varios aspectos fundamentales, como la adquisición de conocimientos básicos, entrenamientos, habilidades y formación de actitudes para ejercer la profesión. La idea de recuperar y potenciar el humanismo en el pediatra encuentra, en la silla de don Gregorio Marañón, el símbolo de la necesidad de escuchar al enfermo. El Centro de Salud es el lugar por excelencia para desarrollar directrices de promoción de salud.

Iniciación a la docencia, otro desafío para la Pediatría

científica. Gran parte de la formación de postgrado se realiza al margen de las Facultades que tienen competencia sobre Ciencias de la Salud con marcada desvinculación universitaria y, sin embargo, una parte significativa de los actuales MIR atenderá en el futuro la Docencia Universitaria. El desarrollo del programa formativo ha de ser "flexible/adaptable a los cambios en la morbilidad/mortalidad, a la política sanitaria y a los requerimientos sociales", que contemple "frente al MIR como meta, el MIR como etapa", que lo deje "capacitado para su progresiva mejora profesional", al haberle dotado del "equipamiento intelectual que permita su formación continuada y actualización/reevaluación de sus conocimientos, habilidades y actitudes" y en condiciones de completar su formación en las subespecialidades como Áreas de Capacitación Específica.

La formación del pediatra debe tener el doble horizonte de la sociedad y del Sistema de Salud, desarrollándose un proceso formativo continuado que comience en el pregrado siga en el postgrado y sea vocacionalmente permanente en toda la vida profesional a través de la formación continuada<sup>(32)</sup>. Tomando la idea de este mismo autor al citar a Lewis Carroll, el proceso formativo habría de ser capaz de responder al interrogante (Fig. 2) de muchos de nuestros residentes: "¿Querría decirme, por favor, a dónde tendría que ir yo desde aquí? Eso depende, en gran parte, del sitio al que quieras llegar".

## BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo Hernández M. *Pediatría 1997, en la frontera de dos siglos. Cambios necesarios en el quehacer y el enseñar*. Edit. Real Academia de Medicina de los Distritos Universitarios de Asturias y León. Oviedo, 1997.
2. Crespo Hernández M. La formación de especialistas en Pediatría. Reflexiones en torno al sistema español. *An Esp Pediatr* 1997; 597: 13-17.
3. Crespo M. Formación especializada en pediatría general. *An Esp Pediatr* 2000; 52 (S5): 479-488.
4. Crespo Hernández M. Situación de la formación MIR. Bases fundamentales del programa MIR. *An Esp Pediatr* 2003; 58(Supl 4): 385-394.
5. Crespo M. Áreas Específicas de la Pediatría: necesidad de su reconocimiento (¿Solución o problema?). *An Esp Pediatr* 1998; 48: 116-121.
6. Crespo M. Una nueva Pediatría. *Pediatr Integral* 1998; 3(2): 193-207.
7. Crespo M. Formación de especialistas en Pediatría y en las subespecialidades pediátricas. *Rev Pediatr Atenc Prim* 1999; 1(2): 37-52.
8. Crespo Hernández M, Crespo Marcos D. El sistema tutorial y rotatorio en la formación de postgrado. Estado actual y perspectivas. *An Esp Pediatr* 2004; 60(Supl 41): 395-402.
9. Sánchez Villares E. Reflexiones en torno a medio siglo de Pediatría. Secretariado de Publicaciones. Universidad de Valladolid; 1985.
10. Sánchez Villares E. Importancia de las especialidades pediátricas en la evolución de la pediatría española de los últimos 50 años. *Acta Pediat Esp* 1992; 50: 724-732.
11. Segovia de Arana JM, Pera Blanco-Morales C, Goiriena de Gandarias JJ, Cabaes Hita JM. La formación de los profesionales de la salud. Bilbao: Fundación BBV; 1999.
12. Munuera L. La crisis del Estado de bienestar y la evolución de los sistemas sanitarios. La formación de los Profesionales de la Salud. Madrid: Fundación BBVA; 1996.
13. Pardo FJ. El Médico. En: *La Formación de los Profesionales de la Salud*. Madrid: Fundación Banco de Bilbao Vizcaya; 1999. p. 95-110.
14. Parrilla P. La importancia de las tutorías en el sistema MIR. En: *La Formación de los Profesionales de la Salud*. Madrid: Fundación Banco de Bilbao Vizcaya; 1999. p. 321-330.
15. Cruz M. Horizontes pediátricos ante el nuevo milenio. *Cong Esp Extraord Pediatría*. Málaga, 1998. Libro de Actas. 2: 651-659.
16. Burgio GR. Adaptation of Pediatric Education to Specific Needs of Industrialized Countries. En: Canosa CA, Vaughan III VC, Lue HC, eds. *Changing Needs in Pediatric Education*. Nestlé Nutrition Workshop Series, vol. 20, Nestlé Ltd. New York: Vevey/Raven Press; 1990. p. 253-264.
17. Brines J. Desafíos educativos de la Pediatría en el próximo milenio: Una visión general. XXVII Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Oviedo. 1997. Libro de Actas. 4-7.
18. Guía de Formación de Especialidades. Pediatría y sus Áreas Específicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura; 1996.
19. Guía de Formación de Especialidades. Pediatría y sus Áreas Específicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura. Acta del Pleno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Madrid, 18 de julio, 2005.
20. Ballabriga A. Pediatric Education for Specialists: critical Analysis of the Present Health Teaching System. En: Canosa CA, Vaughan III VC, Lue HC, eds. *Changing Needs in Pediatric Education*. Nestlé Nutrition. New York: Raven Press; 1990. p. 81-95.
21. Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.
22. Nogales A. Perspectivas en la enseñanza y el ejercicio profesional de la Pediatría. Libro de Actas 51 Congreso Nacional AEP, Bilbao, 2002.
23. Nogales Espert A. La formación troncal. *An Esp Pediatr* 2003; 58 (Supl 4): 395-397.
24. FOPE II. The Future of Pediatric Education II: Organizing Pediatric Education to Meet the Needs of Infants, Children, Adolescents and Young Adults in the 21<sup>st</sup> Century. *Pediatrics* 2000; 105:163-212.
25. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. El Futuro de la Salud Infantil y de la Pediatría en España. Análisis Prospectivo Delphi. Barcelona, 2002.
26. Orejón de Luna G, Boscá Berna J. La formación MIR en atención primaria. *An Esp Pediatr* 2003; 58 (Supl 4): 401-408.
27. Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas. Reconocimiento de centros de salud de atención primaria como "unidades docentes asociadas" para la formación MIR-Pediatría. Acta de la sesión del 5 de julio de 2002. Madrid.
28. Proyecto de Orden conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte, por la que se aprueban 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. Madrid, 2004.
29. Ríos Zambudio A, Sánchez Gascón F, González Moro L, Guerrero Fernández M. Formación investigadora durante la residencia MIR. Encuesta de satisfacción. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96(10): 695-704.
30. Moreno González A. Especialistas y Áreas de Capacitación Específica en el sistema español dentro del contexto europeo. II Encuentro. La Formación de los Profesionales de la Salud. Madrid: Fundación BBVA; 1998.
31. Sánchez Villares E. Introducción a la problemática del especialismo en Pediatría. Formación del postgrado en España. X Reunión Anual de la AEP. Libro de Actas. Granada, 1973. p. 7-16.
32. Bando Casado HC. La promoción integral de la Salud. Un reto de futuro. 2ª edic. Madrid; 2002.