



EDITORIAL

Formación del especialista de pediatría: viejos problemas, nuevos tiempos

Paediatric specialist training: new times, old problems

M. Crespo

Área de Pediatría, Facultad de Medicina, Oviedo, Asturias, España
Disponibile en Internet el 2 de mayo de 2009

El ámbito y las características de la labor asistencial pediátrica influyen, en ocasiones de forma perturbadora, en la formación idónea de los futuros especialistas. Unas veces es la sobrecarga asistencial, otras son la deficiente dotación de recursos o de consideración social, los vaivenes demográficos —crisis de natalidad, crecimiento de la inmigración—, la coexistencia de la pediatría general con las subespecialidades pediátricas, la especialización mal entendida o los horizontes profesionales para los nuevos pediatras y las continuas frustraciones con las que «generosamente» nos obsequia la Administración educativa y sanitaria. Demasiados árboles que impiden ver con optimismo el frondoso y dinámico bosque del actual sistema.

El amplio abanico que el currículo formativo incluye hace complejo su desarrollo por extenderse 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)¹, etapa formativa a la que se llega desde el desencuentro entre la formación pregraduada y la formación especializada.

Conseguir el pediatra general competente es el objetivo principal². Las necesidades formativas para pediatría de atención primaria y pediatría hospitalaria tienen de común este componente imprescindible en una pediatría moderna. Actualmente estamos, cuando menos, ante los siguientes grandes desafíos para conseguir su desarrollo armónico: tiempo suficiente, pediatra general competente, formación troncal, rotación por atención primaria, especialización en pediatría, introducción a la investigación e iniciación a la docencia en un marco de referencia en la formación y proyección profesional ilusionante.

Pediatra general competente

Es aquel capaz de resolver adecuadamente los contenidos propios de la ciencia pediátrica. Lamentablemente, aún no ha sido posible conseguir un periodo formativo más largo, el de 5 años, para equipararnos al de la mayoría de los países de la Unión Europea, aspiración irrenunciable por la amplitud de los conocimientos y habilidades de la moderna pediatría, por el incremento en los conocimientos científicos, los avances en el campo tecnológico y la formación polivalente precisa para trabajar con garantía tanto en hospitales de referencia como en hospitales medios y comarcales, en servicios de urgencias o en centros de salud. Todo ello para encuadrar adecuadamente nuestra pediatría en la Unión Europea del siglo XXI. A esta limitación de tiempo se debe la penuria en la duración asignada a varias de las rotaciones.

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 ese pediatra general competente que el niño y el adolescente sanos y enfermos demandan³.

Formación troncal

Es imprescindible la formación troncal del especialista para optar a la excelencia en pediatría clínica tanto en atención primaria como hospitalaria, frente a los riesgos de fragmentación, emergente y creciente, en demasiadas unidades

docentes acreditadas y a la tendencia a la precoz subespecialización. La formación troncal o núcleo curricular de la pediatría comprende los aspectos necesarios en la formación de todos los pediatras, cualquiera sea la actividad específica que vayan a desarrollar en un futuro, con lo que se garantizan el sentido, el significado y la individualidad de la propia especialidad pediátrica⁴.

Se presta poca atención 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 Villares⁵ 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 para los niños. Muy precisas las advertencias sobre 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.

La formación pediátrica debe pivotar sobre la adquisición de un conjunto de conocimientos, atributos y competencias fundamentales para todos los pediatras y útiles cualquiera que sea su orientación futura. En la formación del pediatra actual se deberá tener en cuenta⁶: proporcionar un núcleo curricular que constituya la base común que define el campo de la pediatría, que debe desarrollarse, revisarse y evaluarse periódicamente; orientar la formación sobre la atención a niños y adolescentes contextualizada en el ambiente familiar y social; tener en cuenta los cambios en los patrones de morbilidad que se van produciendo: enfermedades de larga evolución (asma, metabopatías, nefropatías, trastornos digestivos, etc.); trastornos crónicos del desarrollo y el comportamiento; avances biomédicos, especialmente en los campos de la biología molecular, la genética y la inmunología; avances tecnológicos en el diagnóstico, el tratamiento y la profilaxis, y las implicaciones éticas. Un buen pediatra, además de adquirir las competencias suficientes o los conocimientos teóricos, tiene que poseer también las aptitudes y las actitudes necesarias para el ejercicio de su trabajo; competencias que va a adquirir mucho mejor con una adecuada formación clínica. Para ser un buen pediatra, hay que tener buenos conocimientos de la pediatría (el qué), pero también hay que saber por qué, cómo y cuándo utilizarlos. El artículo de Carceller et al¹³ es una estimulante lectura para nuestros MIR vocacionales.

Atención primaria

En este ámbito el pediatra es, por excelencia, promotor de salud y educador sanitario, clínico, en el sentido tradicional, ofreciendo mejores cuidados para niños cada vez más sanos.

Su intervención es bastante compleja porque atiende a gran diversidad de problemas (clínicos, sociales, preventivos) con una capacidad diagnóstica y terapéutica individual. En este quehacer asistencial 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 utiliza como herramientas imprescindibles el conocimiento y el dominio de técnicas de entrevista clínica y habilidades de escucha y comunicación.

Los centros de salud de atención primaria, como unidades docentes asociadas, son una realidad. Es la adecuada respuesta a las necesidades de adquisición de técnicas y habilidades que los servicios hospitalarios no pueden proporcionar. En una reciente publicación⁷ se aporta interesante y útil documentación para el desarrollo de la docencia en centros de atención primaria.

Ahora es obligatoria la rotación por atención primaria, preferentemente por centros de salud acreditados para la docencia en pediatría⁸, con el objetivo de que los futuros pediatras de nuestro sistema sanitario adquieran los máximos niveles de competencia en el ámbito de la atención primaria de salud. Un fenómeno que todavía no está suficientemente valorado por su temporalidad, que, más que inadecuada, puede llegar a ser insuficiente para los ambiciosos objetivos que se persiguen. Más tiempo reclaman también Gamero et al⁹ para el actual sistema de rotación en áreas específicas. Pero el escenario actual es el que nos han impuesto. Para despejar este horizonte, es preciso llegar a 5 años formativos para distribuir suficiente y equilibradamente los periodos de rotación.

Especialización en pediatría

El pediatra acreditado en un Área de Capacitación Específica, el pediatra subespecializado, ha de ser un referente en la calidad asistencial de nuestra pediatría^{10,11}. Es imprescindible el impulso a las subespecialidades, aunque conlleva el riesgo de estimular el funcionamiento de unidades especializadas, más o menos autónomas, como reductos cerrados con cierta tendencia centrífuga y funcionamiento «en paralelo»⁵.

Desde 1973 en el ámbito doctrinal, desde 1979 en la Comisión Nacional y desde 1965 en el ámbito asistencial, asistimos a un proceso que parece no tener fin: el de la consecución del reconocimiento oficial de las subespecialidades pediátricas (traducción actual de las denominadas áreas de capacitación específica [ACE] en el argot oficial), en nuestros días pendiente del desarrollo y aplicación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Las áreas específicas o subespecialidades pediátricas, uno de los hechos que caracterizan la pediatría de la última mitad del siglo xx⁵ y los comienzos del XXI, reconocerían el derecho que tienen niño y adolescente a una asistencia sanitaria integral, adecuada y de tanta calidad como la que la medicina ofrece al adulto. Ahora, tanto la infancia como la adolescencia sufren una injusta discriminación.

Razones y motivaciones bien conocidas llevaron al inicio y la consolidación de hecho de las subespecialidades pediátricas en nuestro país: el quehacer asistencial de los modernos hospitales españoles, la realidad en la práctica médica y conciencia social, el impulso desde las agrupaciones científico-profesionales, las aportaciones de la ciencia médica y los reconocidos y no cumplidos derechos del niño.

Las ACE de pediatría, llevándose a cabo durante un tiempo adicional de formación, una vez concluido el periodo MIR-Pediatría, garantizarían a la sociedad la adecuada preparación de sus profesionales, velarían para que se cumpla el derecho que tiene el niño a recibir los cuidados prodigados por un personal cualificado, sentarían las bases para una racional ordenación de la pediatría a nivel terciario

y conllevaría mejor nivel clínico, investigador y docente de las unidades asistenciales.

Recién creada la Comisión Nacional de Pediatría y sus Especialidades, presentó en marzo de 1979 el primer programa formativo de la especialidad proponiendo el reconocimiento de las especialidades aceptadas en ese momento por la Asociación Española de Pediatría. A las reiteradas propuestas y demandas, las administraciones sanitarias y educativas no dieron respuesta oficial hasta la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias¹², en la que se recoge que «el Gobierno, de acuerdo con el procedimiento señalado en el artículo 16.1, podrá establecer Áreas de Capacitación dentro de una o varias Especialidades en Ciencias de la Salud. El Diploma de Área de Capacitación Específica tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado».

Entre las funciones asignadas a las Comisiones Nacionales de Especialidad aparece la propuesta de creación de áreas de capacitación específica. Queremos creer que, tras abordar la troncalidad de las especialidades de Ciencias de Salud, el Consejo Nacional incluirá en su agenda de trabajo el tema de las Áreas de Capacitación Específica respetando los acuerdos que, en diferentes plenos, ha aprobado desde 1997. Por coherencia y por propia estima, ya que no por eficacia ante la administración.

Cuando exista un Área de Capacitación Específica, la Comisión o Comisiones Nacionales de la especialidad o especialidades en cuyo seno el área se constituya, designarán un comité de área compuesto por seis especialistas que habrá de proponer los contenidos del programa de formación y las de evaluación de los especialistas que aspiren a obtener el Diploma de Área de Capacitación Específica.

El fenómeno de la subespecialización en pediatría constituye un desafío en la medicina de los países desarrollados y marca nuevas fronteras formativas y asistenciales. El modelo canadiense que comentan Carceller et al¹³ es tan interesante como atractivo. Es oportuno traer aquí que todo parece reflejar que sufrimos una imposición de la organización médico-sanitaria, que parece empeñada en restar protagonismo a una de las ciencias médicas más brillantes del siglo xx: la pediatría. Junto al recuerdo de sus obligaciones y responsabilidades, el pediatra debe tener el reconocimiento de sus derechos. Tal vez sea momento para que las sociedades científicas lideren un nuevo impulso que llegue a la opinión pública, los medios políticos sanitarios y el resto de las especialidades médicas.

En tanto llega el ansiado e imprescindible reconocimiento, hemos de estimular y facilitar la formación en las subespecialidades —ya reales en la práctica diaria— a través de nuestras unidades docentes bien desarrolladas, acreditando con rigor a través de las sociedades de especialidades pediátricas. La inquietud de nuestros docentes y clínicos es innegable y buena muestra es el contenido del trabajo tan interesante como el presentado por Gomero et al⁹, con brillantes propuestas para la organización de las rotaciones.

Actividad investigadora

La formación obtenida por el programa de formación-MIR tiene gran calidad y ha mejorado el nivel asistencial. Resulta

paradójico que, mientras tanto, la actividad investigadora haya estado en segundo plano. De forma unánime se reconoce que durante este periodo formativo se ha de adquirir conocimientos, habilidades y hábitos, en todas sus vertientes (clínica, docente, investigadora y ética) que marcan la actividad profesional. En el programa publicado en 2006, se incorpora la adquisición de las bases de metodología en investigación y el desarrollo de trabajos de investigación clínica y básica.

Para Jiménez et al¹⁴, la investigación clínica se hará fomentando las publicaciones que han de servir en un futuro para su carrera profesional. Son útiles los trabajos epidemiológicos, en los que la utilización de la estadística es importante y se aprende también a resumir las historias y seleccionar bien los datos más interesantes de cada caso. Sería conveniente fomentar en las unidades acreditadas que cada MIR, al menos, haga una publicación por año de docencia. Para la investigación básica el residente deberá estar incluido en una de las líneas de trabajo desarrolladas en el servicio. Con doble utilidad: por un lado, el conocimiento de la investigación como puerta a la carrera investigadora; por otro, para la preparación del trabajo necesario, actualmente, para la obtención del DEA.

González de Dios et al¹⁵ presentan en este número de ANALES DE PEDIATRÍA resultados muy alentadores basados en una encuesta entre residentes de cuarto año. Tal vez sería demasiado optimista la generalización a todo el colectivo MIR de pediatría, pero es un dato estimulante frente a otras aportaciones un tanto pesimistas.

En Quebec, durante la residencia de pediatría, es preciso realizar al menos un trabajo de investigación con un mentor, que se presenta en un congreso nacional o internacional, para terminar en su publicación. Los residentes tienen una gran implicación clínica con mucha responsabilidad en el funcionamiento del hospital, además de una implicación académica importante. Así se recoge en la interesante publicación de Carceller et al¹³.

Iniciación a la docencia

Otro desafío para la pediatría científica. Gran parte de la formación de posgrado se realiza al margen de las facultades de Medicina. Las unidades asistenciales acreditadas para la formación MIR con competencias en ciencias de la salud, en gran mayoría, tienen marcada la desvinculación universitaria. Otro tanto cabe decir de los planes de estudios universitarios y los contenidos y el desarrollo de la formación especializada de posgrado. Sin embargo, de entre los actuales MIR surgirán quienes atenderán en el futuro la docencia universitaria. Sentimos gran preocupación por el porvenir de los docentes universitarios. He ahí, pues, la iniciación a la docencia, como otro desafío para la pediatría científica.

La docencia que imparte el residente se considera de gran utilidad no sólo por el aprendizaje de comunicar, sino por el necesario ejercicio de estudio y preparación de la presentación. Esto se debe hacer en doble forma: a) procurando que efectúen comunicaciones a las diferentes reuniones pediátricas, y b) con presentación de pacientes en las sesiones informativas y posteriormente en las sesiones clínicas del servicio. Cuando el residente efectúa su rotación

en un hospital universitario y, por lo tanto, con enseñanza de pregrado, deberá participar en las prácticas de sala. Es útil asignarles un alumno que pase visita con ellos y después en la reunión con el *staff* responsable estar presentes con objeto de supervisar este tipo de participación¹⁴.

Marco de referencia en la formación y proyección profesional ilusionante

La pediatría ha de ser la medicina del niño y del adolescente, no sólo de sus aparatos y sistemas. La subespecialización es una necesaria e imprescindible complementariedad. La concepción moderna de la formación de posgrado debe configurarse como un camino mediante el cual los profesionales consiguen la inmersión en varios aspectos fundamentales, como adquisición de conocimientos básicos, entrenamientos, habilidades y formación de actitudes para ejercer la profesión. Muy acertada la opinión de Carceller et al¹³ al defender que para llegar a ser un buen pediatra es necesario un equilibrio entre la formación teórica y la clínica.

La formación ofrecida y deseada ha de conseguir un pediatra de nuestro tiempo que sea competente, humano, conocedor, abierto a la ciencia, profesional y líder, es decir, un médico que sepa trabajar en equipo multidisciplinario, con formación troncal completa, integral, con conocimientos y competencia clínica, y con aptitudes y actitudes particulares, recuperando un humanismo a veces perdido, que le permitirán tratar al mejor paciente del mundo: el niño.

La formación del especialista en pediatría y sus áreas específicas necesita un marco de referencia en su formación y una proyección profesional ilusionante. Por ello, es coherente mantener y potenciar como objetivos fundamentales de la pediatría española, en sus facetas formativas y asistenciales:

- La ampliación del periodo formativo a 5 años, superando la estrechez de tiempos formativos.
- El desarrollo eficiente y riguroso de los centros de salud como unidades docentes asociadas.
- Mantener la pediatría como especialidad troncal venciendo la amenaza de perderla ante confusos vaivenes en el desarrollo de la LOPS.
- Impulsar el despliegue investigador y profesional con la aprobación oficial de las Áreas de Capacitación Específica en el campo pediátrico, en las mismas forma y medida que se requieren para el individuo adulto. En todo momento y circunstancia, niños y adolescentes tienen el mismo derecho a una asistencia de calidad, con aplicación de los avances que la ciencia y la tecnología puedan ir ofreciendo. En este ámbito, la infancia y la adolescencia sufren una penosa y humillante discriminación por parte de los responsables de las administraciones sanitarias y educativas.
- Frenar la progresiva funcionarización de los residentes, sin renunciar a adecuadas condiciones laborales y económicas en el marco de las exigencias de su formación.

- Defender que la asistencia a niños y adolescentes sea confiada exclusivamente a profesionales con el título de Especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas frenando impropias intromisiones o demagógicas concesiones. La formación no debe hacerse divorciada de la complejidad profesional. De ahí la necesidad de un auténtico liderazgo en estas nuevas generaciones de pediatras españoles alejado de inquietudes mediáticas y de ambiciones censurables.

De cara al futuro, todos los pediatras hemos de compartir el mensaje que, en torno a nuestra profesión, nos dejan Carceller et al: «La pediatría, esa especialidad fascinante y fuente inestimable de satisfacción».

Bibliografía

1. Crespo Hernández M. Bases fundamentales del programa MIR. *An Pediatr.* 2003;58:385-94.
2. Crespo Hernández M, Crespo Marcos D. El sistema tutorial y rotatorio en la formación de posgrado. Estado actual y perspectivas. *An Pediatr.* 2004;60(Supl 41):395-402.
3. Crespo M, Crespo D. Formación del especialista de pediatría. *Bol Pediatr.* 2005;45:242-57.
4. Crespo M, Crespo D. Las subespecialidades pediátricas (áreas de capacitación específica) en España. Pasado, presente y perspectivas. *An Pediatr.* 2005;62:140-53.
5. Sánchez Villares E. Importancia de las especialidades pediátricas en la evolución de la pediatría española en los últimos 50 años. *Acta Pediatr Esp.* 1992;50:724-32.
6. Nogales Espert A. La formación troncal. *An Pediatr.* 2003; 58(Supl 4):395-7.
7. Martínez Suárez V (coordinador). Manual para tutores de MIR en Pediatría de Atención Primaria. Barcelona: SEPEAP, 2008.
8. Serrat J. Organización de las rotaciones en atención primaria: acreditación de centros. Programas. Tutores. AEP 2008. 57 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.congresoaepe.org/2008/agenda/>.
9. Antón Gómero M, Ibarra de la Rosa I. Organización de las rotaciones del residente de pediatría por las áreas específicas. *An Pediatr.* 2009;70. doi:10.1016/j.anpedi.2009.01.004.
10. Crespo M, Crespo D. La pediatría y sus subespecialidades. *Pediatr. 2006;26:185-95.*
11. Crespo M, Crespo D. MIR: presente y futuro. AEP 2008. 57 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.congresoaepe.org/2008/agenda/>.
12. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE. núm. 280, 22 de noviembre de 2003.
13. Carceller A, Blanchard AC, Barolet J, Alloul S, Moussa A, Sarquella-Brugada G. Cómo llegar a ser un buen pediatra: un equilibrio entre la formación teórica y la clínica. *An Pediatr.* 2009;70. doi:10.1016/j.anpedi.2009.02.003.
14. Jiménez R, Iriondo M. Integración del MIR en la asistencia, docencia e investigación. AEP 2008. 57 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.congresoaepe.org/2008/agenda/>.
15. González de Dios J, Polanco Allue I, Díaz Vázquez CA. De las Facultades de Medicina a la Residencia de Pediatría, pasando por el examen MIR: ¿algo debe cambiar? Resultados de una encuesta en residentes de Pediatría de cuarto año. *An Pediatr.* 2009;70. doi:10.1016/j.anpedi.2009.02.009.