
El residente en Atención Primaria. Cómo planificar su rotación

J.E. Callejas Pozo^a, J.M. García Puga^b

^aPediatra, CS La Zubia. Granada.

^bPediatra, CS Salvador Caballero. Granada.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:719-33

José Emilio Callejas Pozo, jecpozo@telefonica.net

Resumen

En España la formación como médico interno y residente (MIR) para acceder a la especialidad, comenzó en 1978. Aunque en teoría, nuestra política de salud esta dirigida hacia el modelo de Atención Primaria (AP), la formación de los residentes de Pediatría ha estado pobremente orientada en esa dirección. Los MIR de Pediatría deberían de aprender en centros de salud, pero lo más frecuente es que esta formación no tenga lugar y cuando se hace lo es de una forma más o menos voluntaria, sin criterios unificados o no sujetos a alguna forma de control. La obligatoriedad de rotar por AP ha sido aprobada por la comisión nacional de la especialidad y publicada en octubre de 2006. En este artículo revisamos el actual programa de formación de Pediatría y sus Áreas Específicas, y basados en la reciente resolución exponemos los circuitos a seguir en la acreditación de centros de salud para formación en Pediatría por parte de los tutores pediatras. Exponemos un plan de cómo y cuándo ha de ser la rotación de los residentes por la consulta del centro de Atención Primaria, incluyendo una guía de tutorización para tutores pediatras y, finalmente, un apoyo y reconocimiento para su labor de enseñanza en su trabajo.

Palabras clave: Formación postgrado, Atención Primaria, Tutor, Pediatría.

Abstract

In Spain, the training as Medical Internal Resident (MIR) to access to medical specialization, began in 1978. Although in theory, our health policy is directed towards the model of Primary Health Care (PHC), the training of Pediatrics residents has been poorly oriented in that direction. The MIR Pediatrics should be training in healthcare centres, but more often than not, this training does not take place and when it does it is more or less voluntarily, without unified criteria or subjected to any form of control. The compulsory training in PHC has been approved by the National Commission on Specialization and published in October 2006. In this article we review the current pediatrics programme and its specific areas, and based on this recent resolution we explain the circuits to follow in the accreditation of health centres for pediatric teaching as well as for Pediatrics tutors. It outlines how to plan the resident's stay in Primary Health Care, inclu-

ding a tutorization guide for pediatrics' tutors and finally a note of support and acknowledgement for the training work.

Key words: Training, Primary Health Care, Tutor, Pediatrics.

Introducción

La formación a través del sistema MIR (médico interno y residente) en España, se remonta al año 1978, año en que se regula mediante el RD 2015/78¹. Desde entonces, la especialidad de Pediatría ha experimentado diversos cambios, motivados por las necesidades formativas en el transcurso del tiempo, las mejoras técnicas, avances científicos y docentes.

A pesar de que, en teoría, nuestra orientación sanitaria es hacia el modelo de Atención Primaria, la formación de los residentes de Pediatría (MIR-P) ha estado escasamente orientada en esta dirección. Más aún, aunque un elevado número de consultas se van a resolver en el nivel primario de salud y el desempeño mayoritario del trabajo del pediatra se va a llevar a cabo fuera del hospital, la formación, hasta ahora, se ha dirigido fundamentalmente en su desarrollo dentro del ámbito hospitalario.

En esta línea, la Unión de Especialistas de Medicina Europeos/Confederación de Especialistas Europeos en Pediatría (*Union of European Medical Specialists/Confederation of European Specialists in Paediatrics: UMSP/CESP*), que intenta que las

demandas de la especialidad de Pediatría sean uniformes y homologables en toda la Comunidad Europea, insiste en la formación de los pediatras en el ámbito social y en el pediatra de medicina ambulatoria, ramas hasta ahora muy descuidadas en la formación general del pediatra². Igualmente el Programa de Residencia de Pediatría en USA y Canadá, basado en un sistema troncal, contempla la formación del pediatra a nivel ambulatorio, insistiendo en que la educación pediátrica a cualquier nivel se basará en las necesidades de salud de los niños, en el contexto de su familia y de su comunidad³.

Algo a destacar es la referencia a la rotación por centros de salud de los primeros MIR-P en 1984 en el País Vasco; posteriormente han ido sumándose otras, hasta un total de 14 comunidades^{4,5} en la actualidad. La mayoría de estas rotaciones se han y se están realizando de manera más o menos voluntaria, sin criterios unificados ni sometidos a ningún tipo de control.

Ha sido gracias al empeño de los pediatras que trabajan en Atención Primaria (Pap) y a la labor llevada a cabo por distintos grupos de trabajo^{4,6} que surgieron

con el objetivo de adecuar y fijar unos criterios claros a dicha rotación, el que esta reivindicación haya quedado plasmada, aprobada y publicada en BOE, n.º 246, 14 de octubre de 2006⁷ dentro del nuevo programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, de aplicación a todos los MIR-P que hayan iniciado la especialidad en el año 2007.

Programa actual de la especialidad de Pediatría

En el actual programa de la especialidad⁷ aparece la siguiente definición de pediatra: "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 de carácter hospitalario o extrahospitalario (Atención Primaria)" y en el que hace clara referencia a los dos ámbitos en donde se lleva a cabo la actividad del especialista de Pediatría y, por tanto, donde se debe llevar a cabo su formación⁸.

Por otro lado, dentro del plan de rotaciones que se plantea en el programa (punto 5), especifica la rotación obligatoria por Atención Primaria: "Los objetivos de dicha rotación se centran en ampliar

la formación del residente en: atención al niño sano, seguimiento del niño en su contexto familiar, habilidades en la entrevista clínica, historia clínica en Atención Primaria, desarrollo psicosocial del niño, otros problemas de la atención primaria pediátrica, participación en grupos de carácter multidisciplinar, prevención y supervisión de la salud bucodental y prevención de accidentes, según el plan formativo que se determine, en cada unidad docente".

Para determinar el plan formativo en una unidad docente concreta, la publicación en BOE acompaña un anexo ("Guía orientativa de conocimientos para la realización del plan formativo aplicable a las rotaciones de residentes de Pediatría y sus Áreas Específicas por centros de salud acreditados a tal fin") que sirve de ayuda para plantear el contenido docente necesario a llevar a cabo en la rotación del residente⁷.

Con el fin de facilitar la implantación de dicha orden en Andalucía, la Dirección de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud, publica una Instrucción 1/2007, de 5 de febrero⁹, en la cual vienen definidos:

- Requisitos y proceso de solicitud de acreditación de los centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la forma-

- ción de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas.
- Requisitos y proceso de autorización de los tutores de Pediatría de Atención Primaria responsables de la rotación obligatoria de los especialistas en formación de Pediatría y sus Áreas Específicas en Atención Primaria.
 - Contenidos de esta rotación a través de un plan específico de formación.

Acreditación de centros y tutores

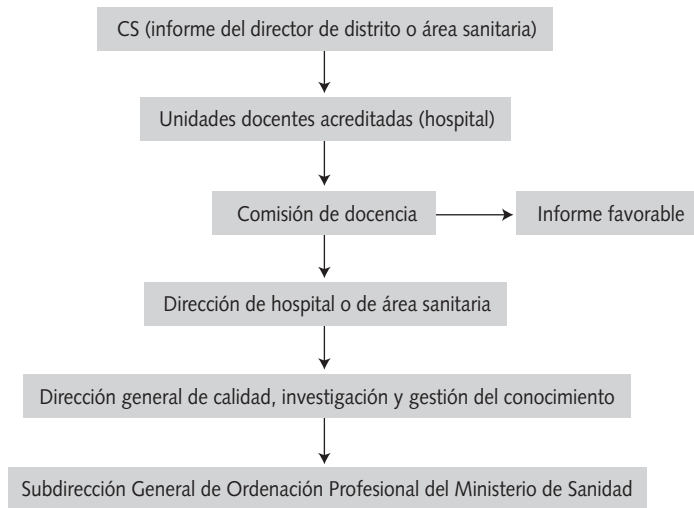
Para solicitar la acreditación en Andalucía, la citada Instrucción de la Dirección de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento⁹, plantea una serie de requisitos, tanto para la acreditación de centros de salud docente, como para la de tutor.

Acreditación de centros de salud para la docencia a residentes de Pediatría y sus Áreas Específicas en su rotación por Atención Primaria:

- Requisitos necesarios (definidos en el anexo I de dicha instrucción) relativos:
 - Al área física.
 - A los recursos humanos.
 - A los recursos materiales.
 - A la organización de la unidad asistencial.

- A la actividad asistencial, docente e investigadora.
 - A la conformidad de los distintos estamentos implicados en el expediente de acreditación.
 - A la solicitud para acreditar centros de salud vinculados a una unidad docente.
- Documento (aparece igualmente en la instrucción referida, en su anexo I).
 - Circuito a seguir. Para solicitar la acreditación de centro de salud docente, se utilizará el documento que aporta la instrucción, el cual se enviará a la unidad docente correspondiente, acompañada del informe del director/a del distrito de Atención Primaria o del área sanitaria, en su caso, al que pertenezca ese centro. La unidad docente pondrá dicho centro de salud a la comisión de docencia de la que dependa, y esta trasladará el informe favorable, cuando proceda, a la Dirección de gerencia del hospital, o de nuevo a la Dirección del área sanitaria, quien dará traslado si procede a la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería, que será la responsable de hacerla llegar a la Subdirección General de Orde-

Figura 1. Circuito a seguir en la solicitud de acreditación de centro docente.



CS: centro de salud.

nación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo (figura 1).

Acreditación de tutores. El tutor es el responsable fundamental para que se cumpla el programa docente de la especialidad en el trabajo diario.

– Requisitos necesarios:

- El centro debe estar acreditado previamente para la docencia postgrado en la especialidad.
- El solicitante debe estar en posesión del título de Especialista de Pediatría y sus Áreas Específicas, o en las situaciones especiales recogidas en la comisión nacional de la especialidad.

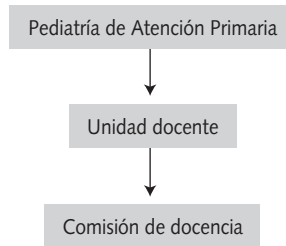
- Experiencia mínima de un año trabajando como pediatra en el centro de salud acreditado.

- Aportará documentos o certificaciones oportunas que justifiquen que reúne los requisitos necesarios.

- Documento. La instrucción no presenta un documento concreto para tal fin. El Grupo de Trabajo Docencia de la AEPap tiene elaborado uno que se puede encontrar en www.aepap.org/docencia/documentos.htm y en www.pediatrasandalucia.org

- Circuito a seguir (figura 2).

Figura 2. Circuito a seguir en la solicitud de acreditación como tutor.



Para llevar a cabo todo este proceso, sería conveniente la existencia de un pediatra coordinador de Atención Primaria^{6,10}, que forme parte de la unidad docente, dado que es este el interlocutor más idóneo en este ámbito de atención. Esta figura ya fue solicitada por la AEPap a la comisión nacional de la especialidad y no fue tenido en cuenta. La Dirección de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud no contempla expresamente la obligatoriedad de un pediatra coordinador dentro de la organización docente local, pero sí plantea la recomendación de la misma, dejándola a la elección de cada unidad docente.

Planificar la rotación del residente por Atención Primaria

Para que se pueda llevar a cabo la rotación de los residentes por Atención Primaria se necesita en primer lugar un pro-

grama que contemple la misma. Al contrario que en otros programas de especialidad, como es el de Medicina Familiar y Comunitaria, el nuestro se compone solo de un listado de temas, y que se encuentra en el anexo incluido en la publicación del BOE, que consta de 9 apartados (tabla I).

El Grupo de Trabajo Docencia MIR de la AEPap, en su "Nuevo Documento sobre docencia MIR" de agosto de 2006 ("Convenio de colaboración docente entre Atención Primaria y el Hospital General, para rotación de residentes de Pediatría. Solicitudes de acreditación de unidad docente asociada y tutor pediatra") accesible desde el enlace www.aepap.org/docencia/documentos.htm³, plantea un programa docente desglosado en una serie de apartados: objetivos, contenido, duración, recursos y organización.

Además, define los contenidos específicos de dicho programa teniendo en

Tabla I. Guía orientativa de conocimientos para la realización del plan formativo aplicable a las rotaciones de residentes de Pediatría y sus Áreas Específicas por centros de salud acreditados a tal fin

Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el Programa Formativo de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. BOE, n.º 246, 14 octubre de 2006 (anexo).

1. Patología pediátrica prevalente en Atención Primaria: de neonato, lactante, niño y adolescente. Se incluyen las correspondientes a los 22 epígrafes del apartado «Área clínica. Objetivos docentes» del programa oficial desarrollables en el ámbito de Atención Primaria, considerando grupos de edad y patología por órganos, sistemas y aparatos. Manejo extrahospitalario del niño con enfermedades crónicas.
2. Crecimiento, maduración y desarrollo en las distintas etapas de la edad pediátrica, en estado de normalidad o en situación de enfermedad. Crecimiento y desarrollo somático del niño y del adolescente normal. Desarrollo motor. Desarrollo psicológico.
3. Características fisiológicas y patológicas de la alimentación y nutrición en las diferentes etapas de la edad pediátrica y valoración del estado de nutrición. Alimentación durante el primer año de vida, con especial énfasis en la lactancia materna. Nutrición del preescolar, escolar y adolescente. Patología de la nutrición: malnutrición y obesidad.
4. Psicología fundamental: desarrollo psicológico del lactante y del niño. Psicología del adolescente. Relaciones del pediatra con el niño, adolescente y padres. Problemas psicológicos más frecuentes del niño y adolescente: diagnóstico y tratamiento. Problemática psicológica del niño enfermo crónico y del niño minusválido, y de su familia.
5. Adolescencia: características biológicas, psicobiológicas y sociales del adolescente. Accidentes. Neoplasias. Problemas psicosociales: depresión, suicidio, consumo de sustancias tóxicas, anorexia nerviosa, bulimia y otros. Problemas del adolescente relacionados con la sexualidad: enfermedades de transmisión sexual, embarazo, anticoncepción. Patología dermatológica prevalente. Problemas ortopédicos. Promoción de la salud. El adolescente crónicamente enfermo.
6. Patología más representativa relacionada con la población inmigrante. Anemias hemolíticas; infecciones producidas por bacterias, protozoos (paludismo), helmintos, virus y artrópodos. Problemas relacionados con tuberculosis, hepatitis B e infección VIH. Patología nutricional. Problemas de adaptación psicosocial. Patología relacionada con otras culturas.
7. Pediatría preventiva. Alimentación y nutrición. Lactancia materna. Lactancia artificial. Lactancia complementaria. Nutrición del preescolar, escolar y adolescente. Prácticas nutricionales no convencionales. Exámenes de salud del recién nacido, lactante, escolar y adolescente normales. Exploración y control del niño y adolescente deportista. Higiene mental del niño y del adolescente. Identificación de los factores de riesgo, físicos, psíquicos y sociales.
8. Supervisión de la salud infanto-juvenil: Prevención de la enfermedad: Inmunizaciones; educación para la salud; detección precoz sistemática. Identificación de los retrasos de desarrollo. Detección (cribado) de enfermedades genéticas y metabólicas; cardiovascular (cardiología preventiva); de la anemia; del uso de drogas. Evaluación del lenguaje y habla. Cribado de audición, de visión. Cribado psicosocial. Prevención de la caries dental. Prevención de accidentes y traumatismos. Prevención de la violencia. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Ecopatología pediátrica (estilo de vida, hábitat, medio ambiente, medios de comunicación, ciberpatología).
9. Pediatría social: indicadores de salud. Pediatría del desarrollo. Programas de salud madre-hijo. Programas de salud para niños de cero a 6 años. Programas de salud para el niño escolar. Programas de salud para el adolescente. Cuidados y atenciones al niño y al adolescente enfermo, minusválido y portador de enfermedades crónicas. Maltrato. Violencia. Abandono. Adopción. Guardia y custodia. Problemas de los niños y adolescentes con marginación social. Programas de prevención de accidentes e intoxicaciones.

cuenta la posibilidad de un modelo de "rotación básica", con una duración de 3 meses, así como otro de "rotación avanzada", con 6 meses de duración, todo esto pensando que el residente que qui-

siera dedicar su futuro profesional a la Atención Primaria, pudiera prolongar su periodo formativo en dicho nivel. Es lo más estructurado que tenemos y podría ser una buena guía.

Tabla II. Competencias del especialista en formación

Competencias	
Competencias generales	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita Discreción Actitud de aprendizaje y mejora continua Orientación al cliente (el ciudadano como centro) respecto a los derechos de los pacientes Trabajo en equipo Colaborador, cooperador Dialogante, negociador Generar valor añadido a su trabajo Capacidad de integración entre las áreas y líneas
Competencias transversales	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos Diseño de programas de intervención psicosocial Aspectos preventivos y de detección precoz Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía Planificación, programación actividad asistencial Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida Registro y cumplimentación de datos Entrevista clínica Medicina basada en la evidencia Visión continuada e integral de los procesos Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso" Aplicación de técnicas básicas de investigación Elaboración y/o colaboración de guías de práctica clínica y protocolos Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador Atención familiar, utilización de instrumentos y técnicas psicosociales Técnicas de exploración física específicas según proceso Capacidad de inspirar confianza y seguridad a los pacientes y familiares Técnicas específicas "según proceso" Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado
Competencias específicas	Comprensión y adaptación al entorno del niño y/o adolescente Problemática del niño Diagnóstico, tratamiento y pronósticos específicos Manejo del paciente pediátrico Soporte vital avanzado neonatal e infantil Facilitar la relación con la familia/padres y/o responsables)

Por otro lado en la Instrucción n.º1/2007 de la Consejería de Salud, se especifica en su anexo II el plan específico de formación: objetivos generales, competencias del especialista de Pediatría en formación (tabla II), objetivos específicos y actividades.

En segundo lugar serían necesarios centros de salud acreditados según la normativa anteriormente descrita.

En tercer lugar, harían falta tutores. Pero ¿cómo se forma a un tutor?, resulta que a nadie le han enseñado esa función^{12,13}. Se supone de forma errónea que cualquier médico, sea del ámbito de atención que sea, tiene la capacidad docente sin necesidad de haberla adquirido, de manera que la formación que se imparte a los MIR, en general, es autodidacta. El tiempo ha permitido que haya experiencias docentes a nivel tanto autonómico (APap Andalucía, AMPap, AAPap...)¹⁰ como a nivel estatal (AEPap)⁴. En abril de 2007, en Madrid y organizado por el Grupo Docencia AEPap, se celebró el 1.º Curso de Formación de Tutores de Pediatría de Atención Primaria, que confiamos sea el primero de los que están por venir; también se han organizado talleres en las diferentes jornadas AEPap y se tiene planeado incluirlos en otras actividades científicas (curso anual, jornada anual, etc.).

En último lugar, sería necesario un método docente. Los Pap nos encontramos en una "encrucijada" tutorizando a MIR de Familia (MIR-F), MIR-P y, en algunos casos, se añaden alumnos de medicina. Las peculiaridades formativas de los tres grupos son diferentes, con lo cual el método docente ha de serlo también. Eso nos complica más aún nuestra actividad.

La tutorización

Ya tenemos al MIR en nuestra consulta; ¿qué hacer con él?

Entre los requisitos necesarios para acceder a pediatra tutor, se encuentra la realización de una memoria de actividad del residente en la consulta de Atención Primaria. La propuesta que planteamos sería similar a la memoria de rotación o plan de rotación propuesto desde el Grupo Docencia AEPap¹⁴ con las matizaciones que cada uno, según su experiencia, conocimientos, habilidades y lugar de desempeño tuviera que hacer.

El objetivo de la rotación es capacitar al médico especialista en formación para la atención a los problemas clínicos prevalentes en la infancia, en relación a su diagnóstico y tratamiento, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud en la infancia y adolescencia, la rehabilitación y la reinserción social. Todo ello dotándolo de los conocimientos suficien-

tes sobre la estructura, organización y herramientas específicas de la Atención Primaria, sin menoscabo de la visión global de la Pediatría que en todo momento debe prevalecer.

Para ello, debemos utilizar diversas estrategias educativas^{12,13,15,16}:

- Enseñanza basada en el residente y en sus necesidades formativas.
- Enseñanza basada en resolver problemas con los que se enfrenta el residente, frente a la basada solo en transmitir información.
- Enseñanza basada en el paciente y su enfoque comunitario frente al estudio de la enfermedad. La Pediatría de Atención Primaria presenta al residente una realidad diferente, ayudando a considerar las necesidades de salud de la comunidad.
- Enseñanza multiprofesional, teniendo en cuenta el trabajo en equipo, característica de la Atención Primaria, equipo constituido por diferentes profesionales que se asocian para resolver problemas de salud de índole biopsicosocial (médicos, enfermeras, trabajador social, salud mental y servicios sociales de las administraciones públicas).

En cuanto a la metodología de la que disponemos para el desarrollo de dichas

estrategias, contamos con diversas posibilidades:

- Identificación de las necesidades de formación.
- Autoaprendizaje.
- Aprendizaje de campo en la consulta:
 - Observación directa (el residente ve lo que hace el tutor).
 - Intervenciones tutorizadas (el residente analiza sus actividades ante la presencia del tutor).
- Intervención directa, no supervisada directamente por el tutor en la consulta (se obtiene información de las actividades del residente a través de otras vías como la auditoría de las historias clínicas).
- Trabajo grupal.
- Talleres.

En cualquier caso, el periodo formativo por Atención Primaria, al igual que el resto de rotaciones que el residente haga durante su residencia, han de estar lo más minuciosamente programadas con el objeto que tanto para el MIR como para el tutor por cuya consulta rota sea lo más provechoso posible, tanto en el aspecto científico-formativo como en el personal.

Debemos realizar un trazado teórico con el fin de estructurar cómo se va a llevar a cabo la rotación del residente por

nuestra consulta. Este podría ser como el que se expone a continuación¹⁴:

1. Plan de acogida (la recepción del MIR). Este puede incluir: presentación a la Dirección del centro, de Enfermería y al personal del equipo básico. Situación de las diferentes dependencias del centro de trabajo y listado de interfonos, teléfonos y direcciones de interés.

2. Consulta de Pediatría. Mostrar la situación del área de atención al niño, consulta, urgencias... Organización de la consulta con su distribución (demanda, programada, controles periódicos de salud, no demorables/urgencias). La agenda, horario diario, la gestión y organización de la misma.

3. Trabajo en consulta. Hacer especial hincapié en aquellos aspectos que por su peculiaridad no puedan ser ofrecidos por los servicios hospitalarios:

- La atención longitudinal al niño en su desarrollo físico y psicológico.
- El seguimiento del niño en su contexto familiar y comunitario, 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, tanto a nivel interpersonal con el paciente, como con los miembros del equipo y otros profesionales.

- La adquisición de habilidades en la entrevista clínica.
- El manejo de la historia clínica pediátrica propia de la Atención Primaria.
- El desarrollo psicosocial normal del niño, atendiendo a la detección precoz de déficits sensoriales, factores de riesgo y prevención del maltrato infantil.
- Conocer los problemas éticos que se plantean en Atención Primaria.
- Prevenir accidentes y supervisar la salud bucodental.

Para la formación del trabajo en consulta se ofrecerá un aprendizaje que incluya unos contenidos generales y otros específicos:

- Contenidos generales:
 - Conocimiento del medio.
 - Historia clínica.
 - Anamnesis, exploración, planteamiento diagnóstico y tratamiento. Exámenes complementarios, derivación/interconsultas.
 - Actividades preventivas y sociales.
 - Epidemiología de las enfermedades en Atención Primaria.
 - Terapéutica. Manejo y dosificación de fármacos.
 - Manejo de instrumentos (espirómetro, optotipo, esfingomanómetro, tallímetro, peso).
 - Internet.

- Contenidos específicos:
 - Área clínica: patología prevalente en Atención Primaria.
 - Área de salud infantil: promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Área de gestión, epidemiología y salud pública.
- 4. Apoyo teórico. Proporcionar unos textos de lectura básica en Pediatría de Atención Primaria, guías de práctica clínica, protocolos/procesos, compendio de referencias y bibliografía básica y recursos en Internet fundamentales para el manejo diario.
- 5. Sesiones clínicas y bibliográficas. En las que el residente ha de participar tanto en las generales, dentro del programa del centro de salud, como las específicas de la consulta de Pediatría: discusión de casos, valoración anamnéstica y exploratoria, manejo y valoración del niño según edades, manejo y valoración de exámenes complementarios, manejo terapéutico, derivaciones e interconsultas y valoración de informes.
- 6. Práctica clínica.
 - Manejo práctico de la consulta de forma tutelada. El residente pasará la consulta al menos un 10% del total del tiempo de la rotación.
 - Posibilidad de rotaciones puntuales por alguno de los espacios de atención del centro (cuarto de curas, urgencias, enfermería, espirometrías, trabajo social, admisión...).
 - Presentar como mínimo una sesión clínica general, dentro del programa del centro.
 - Sesión sobre videograbación en consulta, según capacidad del centro.
 - Trabajo de campo durante su rotación sobre una tarea pactada con el tutor y posible publicación o comunicación.
- 7. Evaluación. Parte con la que finalizará la rotación, que según la Orden del Ministerio de Presidencia de 22 de Junio de 1995¹⁷ regula las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y farmacéuticos especialistas. Esta orden marca las disposiciones legales que regulan el proceso de evaluación continuada (octava disposición):
 - Punto 2. "La evaluación continuada se efectuará por los tutores y por los jefes de las unidades por las que el especialista en formación haya rotado. La evaluación se reflejará en una ficha que, una vez cumplimentada, será remitida a la Secretaría de la comisión de docencia o

de la comisión asesora, para su custodia en el expediente docente del interesado”.

- Punto 3. “La participación de cada especialista en formación en actividades asistenciales, docentes y de investigación, así como cualesquiera otros datos de interés curricular, deberán quedar reflejada en el denominado Libro del Especialista en Formación”.
- Punto 4. “Las anotaciones del citado libro serán visadas, al menos mensualmente, por los responsables directos de la dirección de la actividad reseñada, que deberán incorporar al mismo las observaciones que, en relación a las aptitudes y conducta profesional del especialista en formación, resulten procedentes”.

Para dicha tarea también por parte del Grupo Docencia MIR de la AEPap, presenta un “Documento tipo” accesible en www.aepap.org/docencia/documentos.htm

El residente así como el tutor deben contar con un directorio de interés, con un cronocalendario de la rotación, donde se especifiquen las fechas de guardias, cursos, congresos, vacaciones, días libres, etc. de manera que en cualquier momento exista un registro de actividades.

Apoyo y reconocimiento a la labor del tutor

Se han elaborado, en distintos momentos, encuestas para conocer la situación de la formación MIR por AP^{6,10,18}. En ellas se pone de manifiesto la excelente disposición por parte de los pediatras en dicha tarea, con el solo estímulo de la presencia del residente en consulta, ya que habitualmente no se acompaña de acreditación ni otra compensación.

A pesar de lo gratificante que pueda resultar esta labor, no debemos dejar de solicitar compensaciones por docencia, plasmada en certificaciones oficiales, reclamación ya planteada en otras ocasiones^{4,9,20}, como estímulo a la función de tutoría, la cual debe estar sujeta, además, a reacreditaciones periódicas. Dichas compensaciones serían:

- Disminución de la actividad asistencial que permita dedicación.
- Compensación económica en forma de retribución variable por la consecución de objetivos o integrada en el acuerdo de gestión clínica.
- Proporcionar cambios en el diseño curricular del pediatra tutor.
- Reconocimiento para promoción laboral, oposiciones, carrera profesional, etc.

- Formación: tiempo y medios para asistir a congresos, cursos, reciclajes, intercambios, etc.
- Formación específica como tutor.

Finalmente es de reconocer que gracias a nuestras reivindicaciones, alguno de los puntos anteriormente mencionados tienen reflejo real en los últimos

acontecimientos en los que se ha participado: acreditación de competencias profesionales, bolsa de empleo temporal y oferta pública de empleo. De cualquier manera habrá que seguir trabajando en la misma línea para conseguir el resto de reivindicaciones señaladas.

Bibliografía

1. Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE núm. 206, 29 de agosto de 1978. p. 20172-4.

2. Arrabal MC, Arizcun J. Formación pediátrica en Europa [consultado el 16/6/2007]. Disponible en <http://paidos.rediris.es/genysi/formacion/postgrado/respedus.htm>

3. Arrabal MC, Arizcun J. Programa de residencia de pediatría en USA y Canadá [consultado el 16/6/2007]. Disponible en <http://paidos.rediris.es/genysi/formacion/postgrado/respedus.htm>

4. García Puga JM. formación MIR en Atención Primaria: síntesis de la situación en España. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1: S119-27.

5. García Puga JM. Formación MIR-Pediatría: ¿rotación obligatoria por Atención Primaria? Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;3:17-29.

6. García Puga JM. Residentes, rotación por Atención Primaria y reconocimiento de centros de salud como "Unidades Docentes Asociadas". Rev Pediatr Aten Primaria. 2003;5:369-74.

7. Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas

as Específicas. BOE núm. 246, 14 de octubre de 2006. p. 35657-61.

8. García Puga JM. Rotación de residentes por Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2002;4:381-96.

9. Instrucción número 1/2007, de 5 de febrero, de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento para la implantación de las rotaciones en Atención Primaria establecidas en el programa de Pediatría y sus Áreas Específicas publicado en el BOE número 246 con fecha 14 de octubre de 2006 [consultado el 16/6/2008]. Disponible en www.pediatrasandalucia.org/Docs/InstruccionPediatríaEscaner.pdf

10. García-Rebollar C. Residentes de Pediatría en Atención Primaria: 5 años de rotación obligatoria en el Área 11 de Madrid. An Pediatr (Barc). 2007;67:145-52.

11. Convenio de colaboración docente entre Atención Primaria y el Hospital General, para rotación de residentes de Pediatría. Solicitudes de acreditación de unidad docente asociada y tutor pediatra [consultado el 16/6/2008]. Disponible en www.aepap.org/docencia/documentos.htm

12. Saura J, Saturno PJ, Romero E. Propuesta de un mapa de métodos y técnicas docentes para ayudar a los tutores a "viajar por el programa docente". Aten Primaria. 2007;39:497-505.

13. Saura J. Cómo puede convertirse un tutor en un docente efectivo. *Aten Primaria*. 2007;39:151-5.
14. Memoria plan de rotación de Especialistas en Formación (MIR) de Pediatría por Atención Primaria [consultado 16/6/2008]. Disponible en www.aepap.org/docencia/memoria_plan_rotacion.dot
15. Ruiz R, Loayssa JR. El portafolio de ética en la formación del médico de familia: argumentación teórica y ejemplificación práctica. *Aten Primaria*. 2007;39:491-4.
16. Gutiérrez MD. Aprendiendo a ser tutor de residentes de Pediatría en Atención Primaria [consultado 16/6/2008]. Disponible en www.aepap.org/docencia/aprendiendo_%20tutor.pdf
17. Orden de 22 de de junio de 1995 por la que se regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas. BOE núm. 155 de 30 de junio de 1995. p. 19793-9.
18. García Puga JM. Resultados de una encuesta a pediatras de centros de salud que ejercen como tutores de médicos residentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2001;3:191-201.
19. Márquez JA. Expectativas de los tutores. *El Médico*; 21/septiembre/2007. p. 10-3.
20. Crespo M, Crespo D. El sistema tutorial rotatorio en la formación de postgrado. Estado actual y perspectivas de futuro. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60 Supl 4:S395-402.

