

Residentes, rotación por Atención Primaria y reconocimiento de Centros de Salud como “Unidades Docentes Asociadas”

JM. García Puga

Pediatra, CS “Salvador Caballero”. Granada

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5: 369-374

En el número anterior de esta Revista¹ hemos podido conocer el texto aprobado por la Comisión Nacional de Pediatría (CNP) en junio de 2002 y por el Comité de Acreditación de la Comisión Nacional de Especialidades (CNE), recientemente, en este año 2003, y que ya había sido anticipado en las webs de la Asociación Española de Pediatría (AEP) (www.aeped.es) y de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) (www.aepap.org). Habíamos tenido conocimiento previo de este texto en el 52.º Congreso de la AEP celebrado en Madrid en pasado mes de junio, en el que el tema “Residentes, formación y rotación por Atención Primaria” fue tratado y debatido en una Mesa Redonda dedicada a la situación de la Formación MIR²⁻⁷ moderada por el Profesor M. Crespo Hernández, Presidente de la CNP.

La necesidad e importancia de la rotación de los Residentes de Pediatría (MIR-P) ha sido ampliamente debatida en este país en los últimos años, y para dimensionar ese período de tiempo es justo hacer un recordatorio a la editorial de Masvidal i Aliberch⁸ sobre una propuesta de la Sociedad Catalana de Pediatría a la CNP en 1991. A lo largo de numerosas intervenciones en congresos y jornadas, y publicaciones sobre el tema, se han realizado múltiples propuestas referentes a la inexcusable obligatoriedad de la rotación de los futuros pediatras por Atención Primaria (AP), generalmente más enfatizadas cuando vienen de pediatras de este nivel. Estas propuestas se intentan llevar a la práctica y así, entre otros, se encuentran organizados grupos de trabajo con Pediatras de Atención Primaria (PAP) en al-

gunas Áreas Sanitarias de Madrid, con convenios entre dichas Áreas y Unidades Docentes Hospitalarias para la rotación MIR-P⁵. Desde la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía⁹, federada en la AEPap, se elaboró un marco teórico para la rotación por AP¹⁰. En ambas Sociedades, en la actualidad, existen grupos organizados con el objetivo de desarrollar en la práctica estas propuestas.

Parece como si solo los PAP estuviéramos interesados en la formación de los futuros pediatras, y es que, quizás, seamos los que más valoremos la necesidad de llenar un déficit formativo que se manifiesta en la práctica y que todos los que hemos pasado por el hospital, lo vivimos, sin ningún tipo de duda, como un problema. Además, es posible objetivar la excelente disposición por parte de los PAP en la formación de Residentes, puesto de manifiesto en el escaso porcentaje de ellos que rechazaría tutelar MIR-P¹¹, lo cual es importante si tenemos en cuenta la sobrecarga y complejidad que genera la dedicación, nada trivial, que precisa un Residente. Todo lo relatado dota a esta labor de una elevada generosidad, pues nos es suficiente con el solo estímulo de su presencia y elección de nuestra consulta; pero precisamente por la falta de acreditación y otros tipos

de compensación, debería estar más valorada ya que la situación actual no puede ser asumida como indefinida si no está suficientemente cultivada la ilusión con la que se afronta.

Las razones esgrimidas a favor de este paso por AP son múltiples, y así se podrían enumerar: la dificultad del aprendizaje de lo que es un *niño normal* cuando se aborda el conocimiento del *niño* solo desde el medio hospitalario, el ser la principal salida laboral, la oportunidad que brinda para mejorar la relación entre niveles asistenciales, el aumento del prestigio de la Pediatría, la mayor motivación y satisfacción profesional y personal y, sobre todo, el ser una necesidad formativa objetiva.

La formación pediátrica en las últimas décadas, ha evolucionado mucho. La primera regulación legal de esta materia data de 1978¹², y en el año 1979 en el que la necesidad y la obligatoriedad de que el pediatra en período de formación "aprenda Pediatría comunitaria", quedó reflejada en el Manual de Docencia MIR, donde aparecía que "el 4.º año tendrá un período de 6 meses de formación extrahospitalaria durante los cuales el residente de pediatría rotará por los Centros de Atención Primaria (CAP) acreditados para la docencia en Pediatría o, en su defecto, en servicios o unidades de Pe-

diatría Social Hospitalarios", y posteriormente, en 1984, en el texto legal que reguló la formación médica especializada¹³, en el que se detallan los requisitos que deben reunir Centros y Unidades Docentes para acceder a la acreditación. La Guía de Formación de Médicos Especialistas de 1996¹⁴, sin embargo, "olvida" establecer la duración para "la rotación por AP o en su defecto en Servicios o Unidades de Pediatría Hospitalarias" y el año de residencia en que habría de rotar¹⁵.

Con el documento que en este momento comentamos¹, al que por supuesto hay que dar por bienvenido, parece que al fin lograríamos tener en nuestras manos una herramienta que anteriormente no existía y que podría permitir la puesta en práctica de una rotación ya largamente reivindicada, pero su atenta lectura podría volver a plantear el interrogante de si realmente existe interés en que los MIR-P roten por Atención Primaria, lo que nos llevaría a recordar de nuevo a Charney¹⁶ en el sentido del doble lenguaje, "...lo que digo, lo que hago...".

Así, en primer lugar, ha pasado un año para que el Comité de Acreditación de la CNE apruebe un documento que se podría denominar "de mínimos". No están planteados unos plazos para po-

nerlo en funcionamiento y hubiera sido más ágil complementar el desarrollo de los puntos contenidos con anexos, para que su aplicación fuera lo más inmediata posible. ¿Hemos de pensar que los circuitos de acreditación estarán marcados por los previos hospitalarios? ¿hemos de suponer que el modelo de acreditación de tutores de AP y su baremación será el mismo que para los tutores hospitalarios? porque, que conozcamos, no existe ningún tipo de baremación; ¿qué y cómo se va a valorar el *curriculum*?

En segundo lugar, los pediatras, una vez terminada su formación hospitalaria, en un 80% van a desarrollar su quehacer profesional en AP (4 de cada 5 pediatras), con lo cual es obvio deducir que constituyen un colectivo de peso suficiente como para que puedan quedar al margen de esta aplicación. La AEPap no surgió sin razones, algunos motivos han sido lo poco representados que nos sentíamos los PAP y la escasa atención prestada a temas de nuestro máximo interés: no se nos debiera seguir excluyendo en un tema que al menos para nosotros, es de gran importancia y que así lo llevamos reivindicando desde hace tiempo. El Hospital, su Unidad Docente (UD), sigue siendo el único supervisor docente, lo cual solo tiene "una pequeña pega": se-

guimos sin gozar de una representación que pensamos que por lógica, es razonable. No ocurre así con la Medicina de Familia (MF), que tiene en la figura del Coordinador de la Unidad Docente su valedor en la Comisión de Docencia, enlace que también hemos reclamado y reclamamos, y que debiera estar ocupado por un pediatra de Atención Primaria de entre los tutores; por tanto sería precisa una Unidad Docente de Pediatría de AP, o bien incluir a un Coordinador pediatra en una Unidad que fuera de Atención Primaria y no solo de MF. Sea o no esto viable en el momento actual, funcionalmente habría que instituir a ese Coordinador pediátrico de AP con el fin de que pudiera existir una mediación efectiva entre los pediatras tutores de AP, la Unidad Docente de Pediatría Hospitalaria y la Unidad Docente de MF. No parece lógico que los PAP seamos meros receptores de lo que las UUDD, tanto de MF como Hospitalaria, programen. El Coordinador pediátrico debería formar parte integral de la Comisión de Docencia. El contacto permanente y continuado es esencial, es vital con quienes trabajamos en AP, de lo contrario se seguirá incomprendiendo nuestra labor y van a seguir planteándose incluso problemas semánticos, como denominar consultas externas polivalentes a los Centros de Aten-

ción Primaria. Ese contacto posibilitará que pueda llevarse a cabo una correcta gestión con planificación, supervisión y evaluación de la rotación de los Residentes en su período formativo.

En tercer lugar, no se fija un tiempo de rotación específico. Es verdad que quedó claro en la Mesa del 52º Congreso de la AEP, que será obligatoria la rotación y que el tiempo mínimo será igual al de las otras rotaciones obligatorias, pero habría sido mejor establecer de forma clara el período de rotación, al igual que el año de Residencia durante el que se efectuará la misma y que debiera ser en el 3º o 4.º año, con posibilidad opcional de ampliar voluntariamente ese tiempo mínimo.

Sería importante que este nuevo documento no quedara solo en una mera declaración de intenciones y que ahí terminara su función. El documento parece querer fijar unas bases y, suponemos, habrá de ser desarrollado y ampliado. Desde los PAP se podría destacar un sentir general de predisposición para la colaboración, pues así lo hemos demandado y por supuesto, desde los grupos docentes de las Sociedades pediátricas de AP anteriormente mencionados, estamos comenzando a trabajar en una línea de convergencia de lo que en parte habíamos iniciado con lo que ahora se ofrece, en acre-

ditación de Unidades Docentes Asociadas, acreditación de tutores, desarrollo del marco teórico-práctico, coordinación e intermediación con UDD, supervisión, etc., pero hemos de tener el nivel de interlocución que solicitamos.

No deben olvidarse las compensaciones por docencia que también se han reclamado en otras ocasiones y que no deben caer en el olvido (al igual que en el colectivo de MF), como son: propiciar cambios en el diseño curricular del Pediatra Tutor y que se recojan para las futuras promociones laborales o de otro tipo a las que pueda acceder (oposiciones, carrera profesional, etc.); *formación a cambio de formación* (tiempo y medios para asistir a congresos, cursos,

reciclajes hospitalarios, intercambios, etc.) y formación específica como tutor. Todo esto para estímulo de la función de tutoría, que además debe estar sujeta a reacreditaciones periódicas, también programadas.

Para finalizar, tras estas consideraciones, y aunque en honor a la verdad de un tiempo a esta parte los MIR-P van cada vez acercándose más a los Centros de Salud, continuamos abiertos a seguir recibiendo, animando a que lo sigan haciendo. De igual modo, alentamos a que sus tutores hospitalarios propicien esa rotación y a la CNP y a todos los que tengan competencias en el desarrollo de los cambios necesarios, a contar con nuestra colaboración.

Bibliografía

1. 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. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003; 5 (18): 201-204. Disponible en URL <http://www.aepap.org/rpap/pap.htm>
2. Crespo Hernández M. Bases fundamentales del Programa MIR. *An Pediatr* 2003; 58 (supl 4): 385-394.
3. Nogales Espert A. La formación troncal. *An Pediatr* 2003; 58 (supl 4): 395-398.
4. Moya Benavent M. El papel de las subespecialidades. *An Pediatr* 2003; 58 (supl 4): 399-400.

5. Orejón de Luna G, Boscá Berna J. La formación MIR en Atención Primaria. *An Pediatr* 2003; 58 (supl 4): 401-408.

6. Brines Solanes J. Perspectivas de la formación MIR en la Unión Europea. *An Pediatr* 2003; 58 (supl 4): 409-416.

7. Bonet de Luna C. Ámbito docente en: Problemática Profesional en Atención Primaria. *An Pediatr* 2003; 58 (Supl 4): 5-8.

8. Masvidal i Aliberch RM. Formación posgraduada en Pediatría en Atención Primaria de Salud. *Aten Primaria* 1991; 8 (2): 79-80.

9. Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (APAP Andalucía). URL disponible en <http://www.pediatrasandalucia.org/>

10. García Puga JM y cols. Rotación de residentes por Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2002;4 (15): 381-396.

11. García Puga JM. Resultados de una encuesta a pediatras de Atención Primaria de Andalucía que ejercen como Tutores de Médicos Residentes. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2001; 3 (10): 191-201.

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

13. RD 127/84 de 11 de enero, en el BOE de 31 de enero de 1984, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.

14. Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas, Consejo Nacional de Especialidades, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Guía de formación de médicos especialistas. Madrid, 3.^a ed, 1996.

15. García Puga JM. Mesa Consenso: Formación MIR-Pediatría: ¿Rotación Obligatoria por Atención Primaria? Ponencia. XV Reunión Conjunta de las Sociedades de Pediatría de Andalucía Oriental, Occidental y Extremadura, Granada 23-25 de noviembre de 2000. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2001; 3 (9): 17-29.

16. Charney E. The education of pediatricians for primary care: the score after two score years. *Pediatrics* 1995; 95: 270-272.

