

La formación de Recursos Humanos en Pediatría

The formation of Human Resources in Pediatrics

Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez R.⁽¹⁾

La Sociedad Paraguaya de Pediatría (SPP) en sus 70 años, ha enfatizado su trabajo en la capacitación de los pediatras y ha mantenido una permanente preocupación por los diversos aspectos relacionados con la formación, certificación y recertificación de los mismos. Este ha sido el fundamento del control de calidad de la atención a la comunidad de parte de los médicos y las enfermeras de la especialidad. También, ha asumido la defensa de los mismos en situaciones que han puesto en discusión el valor de la asistencia pediátrica.

La pediatría en sí, no es solo una especialidad, es la medicina toda aplicada a una etapa de la vida signada por el crecimiento y desarrollo; tampoco es la medicina del adulto aplicada al niño. La atención del niño por parte de los pediatras constituye un importante logro alcanzado en el siglo XX y es una elección de las familias que reconocen en el pediatra al médico de cabecera del niño sano y enfermo. El Pediatra es un asesor de las familias en el cuidado de sus hijos⁽¹⁾.

Para cumplir este difícil cometido el pediatra debe pasar seis largos años de su vida en la Facultad de Medicina y posteriormente 4 a 6 años de post grado (incluyendo el internado), estudiando y practicando intensamente todo lo referente al manejo integral de niños sanos y enfermos para formarse en la especialidad y /o especialidad derivada de la Pediatría.

Cuando en algún momento se pretendió reemplazar a los pediatras en la atención de los niños, la SPP se ha manifestado expresando. *...“ la Comisión Directiva y el Consejo Asesor de Ex-Presidentes de la Sociedad Paraguaya de Pediatría han analizado con profunda preocupación la tendencia de algunos centros asistenciales de nuestra capital, que pretenden reemplazar al médico pediatra por médicos generalistas para atender niños en el primer nivel de atención, servicios de urgencias y guardias”*.

Por medio del comunicado expresaba que: *...”la Sociedad Paraguaya de Pediatría asume que sólo el pediatra posee la preparación óptima para adaptarse a*

los constantes cambios que se presentan en la infancia y la adolescencia y constituye por lo tanto el mejor recurso humano disponible para la atención del niño. Finalmente concluyó que “El Pediatra es el médico de cabecera del niño sano y enfermo con patología aguda y crónica desde el nacimiento hasta los 18 años”⁽¹⁾.

Sin embargo, analizando la disponibilidad de los recursos médicos en pediatría hemos encontrado que el total de certificaciones otorgadas por la Sociedad Paraguaya de Pediatría⁽²⁾ corresponden a 753 pediatras generales lo que para una población estimada en el 2006 de niños, adolescentes y jóvenes de hasta 19 años en 3.104.057⁽³⁾ representa un índice de 4122 pacientes por pediatra. Esta relación es aún mayor si se considera que los pediatras certificados en especialidades derivadas, probablemente no ejerzan en el primer nivel de atención. Esto pone en evidencia lo lejana que está aún la situación ideal que todo niño sea atendido por un pediatra.

Compartimos con González J.⁽⁴⁾ cuando señala que los recursos humanos constituyen uno de los factores decisivos para provocar cambios en los sistemas de salud acordes con las necesidades y demandas de la población, reconociendo sin embargo que ha sido un aspecto olvidado por las agendas políticas de la reforma del sector, que recién ahora empieza a ganar prioridad.

En la situación actual de nuestro país donde faltan médicos, con una relación por habitantes por debajo de varios países del continente (**Tabla 1**) y más aun conociendo la existencia de una muy mala distribución geográfica de los profesionales, nuestro planteamiento es que debe aumentarse el número de médicos en general y pediatras en particular pero asegurando la calidad en la formación de los mismos.

Existen 9.151 médicos inscriptos hasta el 19/09/08 en el Departamento de Control de Profesiones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con una tendencia de aumento de egresados tanto de Universidades paraguayas como del exterior con un promedio

1) Profesor adjunto Cátedra de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

Tabla 1: Profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes

| País | Médicos | Enfermeras | Odontólogos | Relación: Médicos por enfermera |
|------------|---------|------------|-------------|---------------------------------|
| Cuba | 58 | 17 | 9 | 3,3 |
| Uruguay | 37 | 7 | 13 | 5,3 |
| EEUU | 28 | 97 | 6 | 0,3 |
| Argentina | 27 | 5 | ... | 5,2 |
| Canadá | 23 | 90 | 6 | 0,3 |
| México | 16 | 11 | 1 | 1,4 |
| Costa Rica | 15 | 11 | 4 | 1,3 |
| Brasil | 14 | 5 | 9 | 3,2 |
| Chile | 13 | 10 | 4 | 1,3 |
| Colombia | 9 | 4 | 6 | 2,2 |
| Paraguay | 5 | 1 | 1 | 4,1 |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Programa especial de análisis de la salud. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores básicos. 2001, Washington DC, OPS; 2001

La formación y educación del médico, un proceso en tres fases.

| | |
|--|--------------------------------|
| Formación de pregrado | Doctor en Medicina. |
| Formación de postgrado o especializada | Título de Médico Especialista. |
| Formación médica continuada | Toda la vida profesional |

de registros en los últimos 3 años de 300 a 400 médicos por año⁽⁵⁾.

La formación de pregrado contempla varios años de carrera con una alta carga horaria, convencionalmente de 6 a 7 años con Internado Rotatorio de pre o post grado.

Revisando una encuesta realizada a recién graduados de Buenos Aires⁽⁶⁾ con la pregunta: *¿piensa que está capacitado para atender a un paciente usted solo y sin posibilidad de consulta?, se encontró que el 19% contestó sí, 16% no lo sabe y 62% no se considera capacitado.*

“Vale decir que un importante número de personas autorizadas a ejercer la medicina no se considera capacitada para hacerlo, comenta el autor, y continúa afirmando...” quienes responden hacen gala de una gran honestidad y su insatisfacción es lo que impulsa a la gran mayoría a perfeccionarse, pero indudablemente ellos mismos se sienten poco y mal capacitados”.

Esta pregunta tiene su contraparte en otra que dice así: *“hoy, usted se haría atender por un médico de su promoción elegido al azar?”.* El resultado es casi idéntico: responde 20% afirmativamente y 77% negativamente. Es probable que nuestros egresados respondan de la

misma manera que los encuestados en este estudio.

Ante esta realidad, se han planteado opciones en el Taller de Certificación Pediátrica con el Dr. Raúl A. Valli, Presidente del Consejo de Evaluación Profesional de la Sociedad Argentina de Pediatría; una de ellas supone que el aprendizaje más trascendental para la vida profesional se obtiene en el post grado y por ende disminuir el periodo de años del pregrado en beneficio de un mayor tiempo de formación de post grado podría ser ventajoso. Existen modelos en EEUU y Canadá donde se fortalece la formación de post grado y la Escuela de Medicina en general tiene programas solo de 4 años de carrera.

Otra alternativa para mejorar la formación constituyen los exámenes únicos finales nacionales de la carrera de medicina como se realiza en Chile donde... *“surgió como una necesidad de tener una observación objetiva de los conocimientos teóricos de los egresados al momento de la titulación profesional”... Fue la respuesta frente a la aparición de variadas escuelas de medicina, con orientaciones diferentes en cuanto a sus énfasis y perfiles de egreso, de modo de propender a que los conocimientos más propios e irrenunciables de la carrera fuesen entregados uniformemente y mensu-*

rables en cada médico, y por otro se planteó como una medida tendiente a asegurar la calidad de la educación médica. También es un elemento que permite dar confianza ante la opinión pública, puesto que se transforma en la medida con la que los egresados de una escuela de medicina cumplen con los objetivos acordados al perfil”⁽⁷⁾.

FORMACIÓN DE POST GRADO

En el Paraguay la Residencia en Pediatría tiene una duración de 3 años posterior a un Internado de pre o post grado obligatorio. Existen algunas Residencias de especialidades derivadas como Neonatología, la más antigua y otras como Infectología Pediátrica, Cardiología Pediátrica y Terapia Intensiva Pediátrica.

Los horizontes profesionales esperados para los egresados de estos programas de formación pediátricas son:

- Número creciente de los mismos, lo que permitirá dar cobertura profesional a una población donde por lo menos la mitad es infantil o joven.
- Buena preparación, adquirido con programas de entrenamiento bien llevados por docentes de jerarquía en estructuras hospitalarias o comunitarias adecuadas.
- Adaptación a la amplitud de todas las edades pediátricas. Se ha visto en Europa la escasa adaptación de los pediatras a la atención de adolescentes⁽⁸⁾, esto podría ajustarse a nuestra realidad, considerando las bajas cargas horarias en el postgrado y Residencias asignadas al estudio y la atención de adolescentes.
- Progresiva especialización en áreas de la pediatría donde exista déficit de profesionales o en las nuevas disciplinas como genética, enfermedades metabólicas etc.
- Conservación del difícil, pero necesario equilibrio entre “pediatras generales” y “especialistas” con el reto común del trabajo multidisciplinario y en equipo.
- Perspectivas de ser mejores científicos y verdaderos expertos con experiencia por el contacto continuado con el niño sano y enfermo.

¿QUÉ OCURRE EN OTRAS LATITUDES CON LOS MISMOS PROBLEMAS AUNQUE DE DIFERENTES CAUSAS?

...Para hacer frente al déficit de profesionales en España, el pleno de la Comisión de Recursos Humanos ha decidido incentivar la oferta de plazas para el MIR a partir de 2008 en las especialidades deficitarias

y en aquellas que cada comunidad demande. Asimismo, acordaron “priorizar las unidades docentes en cinco especialidades”. En 2006 la oferta de plazas para médicos residentes aumentó un 9% y han puesto en marcha un “procedimiento excepcional” para tramitar con “mayor agilidad” la incorporación de profesionales extranjeros al Sistema Nacional de Salud realizando el examen de homologación de títulos “no sólo a través de una convocatoria anual, sino con dos o tres al año”⁽⁹⁾. Este informe demuestra que las autoridades sanitarias y universitarias españolas están tomando medidas para contrarrestar las perspectivas del déficit de médicos en España que puede llegar a los 25.000 en el 2016.

En el Japón, en respuesta a las críticas y preocupaciones, el gobierno ha puesto en marcha grandes cambios en el sistema de educación médica de postgrado. Una de ellas es la implementación de 2 años de internado de medicina general obligatoria antes de las residencias en especialidades⁽¹⁰⁾.

En los EEUU el número de residentes de primer año es de 22.000 cada año. Los extranjeros representan alrededor del 25 por ciento de los residentes durante este período y el número de egresados médicos por año es aproximadamente de 16.000. Un trabajo plantea que deberían crearse más plazas en el pre grado por cuanto que muchos buenos estudiantes norteamericanos son rechazados en las escuelas de medicina y los médicos extranjeros tienen dificultades culturales de adaptación en la atención a la población local⁽¹¹⁾.

RESIDENCIAS EN PEDIATRÍA

En Paraguay, las plazas para el año 2008 para Residencia de Pediatría han representado un total de 52 para el primer año, 15 en el Centro Materno Infantil dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM-UNA). Las restantes son plazas obtenidas a través de la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM) en los Hospitales del Instituto de Previsión Social (IPS), Nacional de Itauguá, Pediátrico Acosta Ñú, Barrio Obrero y Regional de Ciudad del Este (*Tabla 2*). En la *Tabla 3* se registra que las Residencias elegidas por los que obtuvieron mejores puntajes en los exámenes de la CONAREM en el año 2008 son las del IPS y del Hospital Pediátrico Acosta Ñú.

MÁS RESIDENCIAS O POST GRADOS EN PEDIATRÍA Y ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

Evidentemente es necesario un mayor número de plazas para formación de pediatras. Los Hospitales especializados y de alta complejidad del MSP, IPS y

Tabla 2: Residencias Pediátricas

| Hospital | Nº de Residentes | Programa |
|--|------------------|-----------|
| Centro Materno Infantil (Hospital de Clínicas) | 15 | FCM – UNA |
| Instituto de Previsión Social (IPS) | 15 | CONAREM |
| Hospital Nacional de Itauguá | 10 | CONAREM |
| Hospital Pediátrico Acosta Ñú | 6 | CONAREM |
| Hospital Barrio Obrero | 4 | CONAREM |
| Hospital Regional de Ciudad del Este | 2 | CONAREM |
| TOTAL | 52 | |

Fuente: Comisión Nacional de Residencias Médicas CONAREM disponible en <http://www.ins.gov.py/conarem>

Tabla 3: Ubicación por la Evaluación del CONAREM y Hospital elegido

| Nº | Ubicación | Hospital | Nº | Ubicación | Hospital |
|----|-----------|----------|----|-----------|----------|
| 1 | 3 | IPS | 19 | 99 | IPS |
| 2 | 5 | HAÑ | 20 | 100 | IPS |
| 3 | 7 | IPS | 21 | 111 | IPS |
| 4 | 9 | IPS | 22 | 115 | HN |
| 5 | 28 | IPS | 23 | 118 | HAÑ |
| 6 | 44 | HAÑ | 24 | 124 | IPS |
| 7 | 46 | IPS | 25 | 132 | HBO |
| 8 | 49 | IPS | 26 | 138 | HBO |
| 9 | 54 | IPS | 27 | 150 | HN |
| 10 | 60 | HAÑ | 28 | 152 | HN |
| 11 | 63 | IPS | 29 | 153 | HN |
| 12 | 69 | HN | 30 | 154 | HBO |
| 13 | 71 | HAÑ | 31 | 156 | HN |
| 14 | 74 | IPS | 32 | 158 | HN |
| 15 | 75 | HAÑ | 33 | 165 | HN |
| 16 | 82 | IPS | 34 | 169 | HN |
| 17 | 84 | IPS | 35 | 173 | HN |
| 18 | 95 | HBO | 36 | 177 | HCE |
| | | | 37 | 200 | HCE |

IPS: Instituto de Previsión Social, HAÑ: Hospital Acosta Ñú, HN: Hospital Nacional, HBO: Hospital Barrio Obrero, HCE: Hospital Ciudad del Este. **Fuente: Comisión Nacional de Residencias Médicas CONAREM disponible en <http://www.ins.gov.py/conarem>**

el de Clínicas deberían absorber un mayor número de residentes, pero es necesario tener en cuenta que en estos Centros al igual que en Chile⁽¹²⁾ el mayor énfasis está puesto en las competencias de medicina clínica intrahospitalaria de alta complejidad, en disociación con el campo laboral, relacionado con pediatría ambulatoria con enfoque integral o pediatría del desarrollo, clínicas de continuidad y urgencias pediátricas. Coin-

cidimos con dichos autores en que parece fundamental readecuar la formación pediátrica a la realidad epidemiológica de hoy y a las oportunidades laborales de los pediatras en formación.

Proponemos otros modelos de Residencia con orientación ambulatoria que bien podría realizarse fuera de estos hospitales, en centros de baja complejidad con supervisión y rotaciones hospitalarias.

FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA. TODA LA VIDA PROFESIONAL

Esta dada por Congresos, Jornadas, Talleres, Simposios, Cursos a distancia (Correo - Internet) etc. Existe una necesidad de buscar estrategias más novedosas de enseñanza que puedan llegar a un mayor número de médicos y que tengan real valor para la práctica diaria. La Sociedad Paraguaya de Pediatría tiene implementado actualmente cursos modulares presenciales y alzadas a la web con evaluación, como nueva modalidad a la que tienen acceso los colegas.

Es imperiosa también la búsqueda de Estrategias educacionales que contribuyan a disminuir la mortalidad en la infancia. En este sentido, la SPP realiza Cursos de Reanimación Avanzada en Pediatría. Pediatric Advanced Life Support Course (PALS), que prioriza el Reconocimiento temprano del shock e insuficiencia respiratoria, las habilidades para Reanimación, masaje cardiaco y vías aéreas así como habilidades en la obtención de acceso vascular como la vía intraósea. Entre los años 2001 y 2008 cerca de 500 médicos y enfermeras fueron entrenados en este curso.

El programa de Reanimación Neonatal ha tenido un fuerte impacto en los últimos años brindando entrenamiento a 545 médicos y enfermeras⁽¹³⁾.

Otro curso importante es el de Atención Inicial al Trauma Pediátrico (AITP). La SPP ha estimulado a sus miembros que se desempeñan en el área de Emergencias a realizarlo. Además de las habilidades y destrezas adquiridas en dicho programa, se orienta con énfasis en capacitación para implementar Programas de prevención. Hasta hoy, 34 pediatras paraguayos han realizado este entrenamiento en la Ciudad de Corrientes, Argentina.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) tiene en cuenta la variedad de factores de riesgo graves que afectan a los niños. Garantiza el tratamiento combinado de las principales enfermedades infantiles y hace hincapié en la prevención mediante la inmunización y la mejora de la nutrición. Creemos que constituye una excelente herramienta de formación continuada para médicos y enfermeras que atienden niños y debe proseguir con su enseñanza y aplicabilidad en los diversos centros de formación y en instituciones de atención de niños.

TALLER DE POLÍTICAS PÚBLICAS

En el taller de políticas públicas organizado por la SPP ante las nuevas autoridades del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, se sugirieron los siguientes planteos en relación a los Recursos Humanos en pediatría.

- En comunidades donde existen pediatras,

ellos deben asumir la atención de salud de los niños

- Reforzar el entrenamiento en Pediatría comunitaria de los médicos comunitarios o generalistas.
- El pediatra podría supervisar 2 a 3 equipos de Atención Primaria de Salud.
- La Atención Hospitalaria del niño debe ser de exclusiva responsabilidad del pediatra.

PROPUESTAS

- Disminución de los años de carrera en el grado en beneficio a un mayor tiempo de formación de post grado.
- Creación de un post grado obligatorio de por lo menos 2 años en las especialidades troncales o Medicina Familiar.
- Aumentar el número de plazas para Residencias de Pediatría.
- Creación de Residencias en Pediatría con orientación ambulatoria y medicina preventiva.
- Incorporar nuevos Hospitales al Programa de formación de Residentes, especialmente aquellos de baja complejidad donde pudiera darse con naturalidad la orientación a la medicina ambulatoria y preventiva.
- Formación rápida de Instructores para Residencias en nuevos Hospitales llevando al tutor de post grado “del amateurismo al profesionalismo”⁽¹⁴⁾.
- Potenciar los conocimientos sobre Pediatría Ambulatoria de los Médicos Comunitarios o de Familia.
- Fomentar la formación en especialidades pediátricas en el país de acuerdo a las necesidades generales y de cada región.
- Instaurar un Programa de capacitación permanente de pediatras y médicos que atienden niños.
- Fortalecer los concursos para ingresos de médicos en el sector público y privado.
- Incorporar programas que han demostrado ser útiles en disminuir mortalidad en la infancia en el sector estatal (Reanimación Neonatal, PALS, Curso de Reanimación Básica (BLS), AITP, AIEPI).

SUGERENCIAS PARA PLANIFICACIÓN DE SALUD

- Ajustar el número de egresados de las facultades de medicina para responder a la demanda de nuevos médicos de la población.

- Distribución racional en las distintas áreas geográficas del país de acuerdo con los requerimientos de cada región.
- Contar con un número de residencias compatibles con el número de egresados.
- Contar con la seguridad de la certificación profesional y la acreditación de los servicios.
- Prever presupuestos suficientes como para mantener el funcionamiento correcto de los hospitales y asegurar una retribución honorable a sus profesionales.
- Con esto habremos conseguido que la medicina del mañana se desenvuelva en el marco más estricto de la equidad, ofreciendo a la población la seguridad de la calidad de su asistencia.

REFERENCIAS

1. Sociedad Paraguaya de Pediatría. La Sociedad Paraguaya de Pediatría preocupada por la atención del niño/a y adolescente. *Pediatr* (Asunción). 2002;29(1):9.
2. Sociedad Paraguaya de Pediatría. [Base de Datos en Internet]. Listado general de certificados en pediatría. [Citado 10 Oct 2008]. Disponible en: http://www.spp.org.py/med_cert.php
3. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. Asunción: DGEEC; 2004.
4. González J. Recursos y Tecnología para la Salud. En: Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington. OPS; 2002.p. 373-42.
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Control de Profesiones. Informe verbal. [19 Set 2008].
6. Lazarov L, Lorente J, Turnes A. Número de médicos en Uruguay: elementos para un análisis. [Citado 10 Dic 2002]. Disponible en: www.smu.org.uy/gremiales/documentos/estadistica/numeromedicos.doc
7. Espinoza R. Examen Médico Nacional y Médica en Chile. *Rev Chil Pediatr*. 2008;79(1):9-12.
8. Crespo M. Formación especializada en pediatría general. [Citado 4 Dic 2008]. Disponible en: http://www.comtf.es/pediatría/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/M_Crespo.htm
9. Sanidad admite un déficit de médicos en España que puede llegar a los 25.000 en el 2016. *El periódico.com*. 7 Mar 2007; Secc. Sociedad: Disponible en: <http://www.elperiodico.com/default.asp?idpublicacion=PK=46&idioma=CAS&idnoticia=PK=386086&idseccion=PK=1021>
10. Teo A. The current state of medical education in Japan: a system under reform. *Med Educ*. 2007;41(3):302-308.
11. Mullan F. The case for more U.S. medical students. *N Engl J Med*. 2000;343(3):213-17.
12. Schonhaut L, Millán T, Hanne C. Formación de especialistas en pediatría y su adecuación a la realidad epidemiológica y laboral. *Rev Chil Pediatr*. 2007;78(6):599-606.
13. Mir Villamayor R. Impacto del programa de Reanimación Neonatal en los últimos años en el Paraguay. *Pediatr* (Asunción). 2006;33(1):42-47.
14. Zurro A M. Acreditación y reconocimiento de los tutores: incentivación de la acción tutorial. *Educ Méd*. 2003;6(3):19-23.