

¿Quo vadis Pediatría?: Problemas actuales; soluciones de futuro

J. Elías Pollina ⁽¹⁾, J.C. Bastarós García⁽²⁾, J.L. Olivares López⁽³⁾, A. Ferrández Longás⁽⁴⁾, M. Labay Matías⁽⁵⁾,
C. García Vera⁽⁶⁾, M. Ruiz Echarri⁽⁷⁾, R. Romero Gil⁽⁸⁾

⁽¹⁾Ex presidente de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria. ⁽²⁾Pediatra. Ex director del Servicio Aragonés de la Salud
⁽³⁾Catedrático de Pediatría de la Universidad de Zaragoza. Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa»
⁽⁴⁾Jefe del Servicio de Pediatría del H.I.U. «Miguel Servet» Zaragoza. ⁽⁵⁾Jefe del Servicio de Pediatría del H. «Obispo Polanco» Teruel
⁽⁶⁾Presidente de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Aragón. ⁽⁷⁾Pediatra privado. Hospital Quirón. Zaragoza
⁽⁸⁾M.I.R. de 4.º año de Pediatría

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2011; 41: 19-24]

El año 2010 se ha cumplido el 50 aniversario de la fundación de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria y con motivo de ello una de las actividades científicas fue la celebración en marzo de una mesa redonda con este título. El motivo de esta mesa de controversia es que creemos que estamos ante unos momentos de cambio, desde la enseñanza universitaria —el llamado Plan Bolonia— hasta la amenaza de la realización de la *residencia* mediante «troncalidades» aún poco claras, en las que la Pediatría podría diluirse. Si a todo ello añadimos las dificultades de la Asistencia Primaria, la marginación de la asistencia «privada», la pretendida extinción en breve de las mutualidades, la indefinición de las sub –o súper– especialidades y las crisis asistenciales de los hospitales, pensamos que ha llegado el momento de plantearnos entre todos el diagnóstico de estos problemas y sus posibles soluciones.

El hecho de que en la mesa redonda estuvieran representados el anterior gerente del Salud, la Universidad, los Hospitales grandes, los pequeños, la Atención Primaria, la pediatría «privada» y los residentes, y que el ámbito geográfico de nuestra Sociedad abarque zonas de ciudad, grandes áreas rurales con mucha dispersión de población, zonas de veraneo y de lugares de ocio importantes, creemos le da una visión que puede ser útil y extrapolable a otras Sociedades y al conjunto de la Pediatría.

Es obvio que en nuestro país disponemos de: a) Un buen sistema sanitario público, b) Buenas estructuras de Atención Primaria, c) Una buena red hospitalaria, d) Una cobertura pediátrica muy amplia, e) Muy buenos profesionales, f) Una Pediatría de muy alto nivel científico y g) Un buen sistema privado complementario. Todo ello lleva a que tengamos una mortalidad infantil comparable con la alemana o la suiza y mejor que la del Reino Unido o Italia. Pero ¿vamos a seguir así? ¿Nos lo podremos permitir en el futuro? El 22 de marzo de 2010 en el Congreso de los Estados Unidos se calculó que la reforma sanitaria de los Estados Unidos, que dará cobertura a 32 millones de personas, costará 940.000 millones de dólares en 10 años. Hay que tener en cuenta además que el «coste sanitario» aumenta con el IPC + un porcentaje (que algunos calculan alre-

dedor del 2%, por el incremento que representan las nuevas tecnologías y la innovaciones terapéuticas). De aquí que ya en octubre de 2008 Jon Snaedal, presidente de la Asociación Médica Mundial, declaró que «los médicos deben esperar cambios en su manera de trabajar, ya que la crisis financiera acelerará la tendencia a delegar funciones, como prescripción, diagnóstico e incluso tratamiento en otros profesionales». ¿Esta será una forma de paliar la falta de pediatras, tal como vemos que se quiere implantar en nuestro país?

Observemos algunos datos, proporcionados por el anterior Gerente del Servicio Aragonés de Salud:

1. La tasa de pediatras por 100.000 niños menores de 14 años, según comunidades autónomas, va desde 36,01 hasta 159,61. Siendo la media de 101,13.
2. Somos probablemente el país con más pediatras por niño del mundo y con un 20% más que los países de la Unión Europea. Sin embargo, si atendemos al factor dispersión de la población, se observa que en algunas comunidades como la nuestra (Aragón) hay un auténtico déficit de pediatras en bastantes zonas.
3. Pero el 50% de los pediatras (del sistema Nacional de Salud) tienen más de 50 años.
4. Otro dato de interés es que la tasa de feminización actual es del 56%, y entre los MIR es del 80%.

Junto con estas aportaciones, también se podría destacar que, a pesar de tener tantos pediatras en muchas comunidades autónomas, algunas plazas se ven ocupadas por especialistas extranjeros, algunos de los cuales no tienen título de Pediatra convalidado en nuestro país. Además, por una serie de razones de difícil justificación, este año se presentaron al MIR un 50% de licenciados que procedían de otros países cuando, por otro lado, la nota para acceder a la carrera de Medicina en nuestro país se ha convertido en un verdadero obstáculo para muchas vocaciones.

Vamos a valorar, desde los distintos sectores de la Pediatría, algunos de los problemas ⁽¹⁾ y posibles soluciones que tiene nuestra especialidad en el momento actual.

ATENCIÓN PRIMARIA

En España en plazas públicas de Pediatría de Atención Primaria (AP) hay unos 5.360 pediatras (datos de 2006), que en su quehacer profesional se estima que resuelven más del 90% de los problemas sanitarios de los niños de nuestro país.

El modelo español no es un modelo universal; hay países de nuestro entorno donde los niños no son atendidos por pediatras, sino por médicos generalistas o de Familia (Dinamarca, Finlandia, Noruega, Islandia, Holanda, Reino Unido e Irlanda). En otro grupo de países la asistencia de los niños es llevada a cabo por ambos tipos de profesionales (pediatras o médicos de Familia) (Alemania, Bélgica, Francia, Portugal, Suecia y Suiza) y en un tercer caso los niños son atendidos fundamentalmente por pediatras (España, Grecia, Italia y República Checa). La importancia que puede tener esto, ya fue estudiada por Katz en 2002⁽²⁾, comprobando que independientemente del nivel de renta, cuando el sistema sanitario europeo incluye AP Pediátrica impartida por pediatras, la tasa de mortalidad infantil disminuye y parece que la tendencia continúa ya que con los últimos datos de la OCDE⁽³⁾, sobre cifras de mortalidad infantil, actualizadas a 2007, de los 13 países europeos con tasas mejores que la media de la OCDE, 10 ofrecen la AP impartida por pediatras; de forma exclusiva en 4 y de forma mixta en 6. Con cifras peores que la media de la OCDE se encuentran países tan desarrollados como Dinamarca, Holanda o Reino Unido, cuya asistencia pediátrica de primer nivel es impartida exclusivamente por médicos generalistas.

Este es el motivo de nuestra preocupación por una situación ya denunciada hace años, que es la falta de pediatras. Dentro de la AP, se viven situaciones como la de Andalucía, en la que al parecer el 28% de las plazas públicas de pediatras de AP no están cubiertas por especialistas en Pediatría. Evidentemente, la carencia de pediatras no ha de suponer la ruptura del modelo de AP pediátrica impartida por pediatras. Y más todavía cuando una reciente revisión sistemática realizada por el Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEPAP acaba de demostrar que, cuando la provisión de cuidados en salud en AP pediátrica es llevada a cabo por pediatras frente a otros profesionales médicos, el consumo de antibióticos es significativamente menor; las coberturas vacunales son significativamente mejores y se adecuan mejor a las recomendaciones de las guías de práctica clínica en temas tan importantes como la fiebre, la otitis o la psicopatología⁽⁴⁾.

LA PEDIATRÍA DESDE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

La Pediatría está en un momento de cambio, que afecta tanto a la patología como a la terapéutica y a la organización. Respecto a la patología hay importantes variaciones en la morbilidad pediátrica, con aparición de «nuevas» enfermedades, relacionadas con los hábitos de vida, la problemática social, la presentación inhabitual de otras enfermedades (diabetes tipo II, obesidad mórbida, etc.), lo que exige una puesta al día constante y con frecuencia muy específica. Respecto al diagnóstico, la tecnología está en permanente desarrollo, lo que implica el aprendi-

zaje de nuevas técnicas, la valoración de su relación coste-beneficio, evitar el exceso de pruebas y valorar su seguridad para el paciente pediátrico.

La Pediatría del hospital de referencia está para atender problemas con grave repercusión sobre la salud del niño y/o problemas complejos. Para ello es necesario disponer de especialistas pediátricos que atiendan a la específica, diversa y peculiar patología pediátrica. Pretender saber de todo y estar permanentemente al día en cada una de las facetas de la Pediatría es una pretensión cuando menos equivocada, no aceptable hoy en día ni por los propios médicos ni mucho menos por la sociedad. Afortunadamente la realidad se ha impuesto y tanto las subespecialidades como los especialistas en áreas pediátricas son una espléndida realidad en nuestros hospitales.

Por ello el hospital de referencia debe contar necesariamente con todas o casi todas las especialidades pediátricas para dar una buena asistencia a los pacientes de su área de influencia. Ello implica la necesidad de unas plazas «tipificadas» o «perfiladas» para cada superespecialidad (intensivos neonatales, nefrología, neonatología, endocrinología, cardiología, etc.) así como un sistema de acreditación para estas superespecialidades y su reconocimiento a nivel administrativo⁽⁵⁾.

Otro problema que se presenta es el de la masificación y la facilidad de acceso a los hospitales vía unas urgencias que se han convertido en el «coladero» para entrar en el sistema, sin lista de espera y sin ningún filtro. Probablemente la solución no sea solo el plantearse el copago, como forma rápida de disminuir la presión asistencial (lo que tiene sus ventajas y sus inconvenientes y que hay que organizar de forma muy estudiada y razonada), sino que la verdadera solución es conseguir una buena educación sanitaria de la población.

Desde el punto de vista de la terapéutica, es verdad que disponemos de un enorme arsenal terapéutico, pero solo el 15% proviene de estudios pediátricos. Además los estudios de seguridad a medio y largo plazo son aún muy escasos. Hay una enorme cantidad de fármacos cuya administración por debajo de los 2, 6 o 12 años no está dentro de la *ficha técnica* del producto, con lo cual la actuación del pediatra que lo prescribe queda sin un suficiente respaldo legal.

Por otro lado hay que dejar claro que la Pediatría hospitalaria y la extrahospitalaria (o primaria) deben ser un verdadero *continuum* asistencial con una comunicación bidireccional y una permanente actualización.

LA PEDIATRÍA EN LOS HOSPITALES «MEDIOS»: EL EJEMPLO DE TERUEL

Antecedentes: La elevación del nivel asistencial en Atención Primaria trajo consigo una importante revolución en la cartera de Servicios de Pediatría de los Hospitales «medios». Hubo que adaptarse a los nuevos retos asistenciales: lo anterior ya no servía. La pediatría general y la puericultura practicada en las consultas del Hospital la desempeñaban brillantemente los compañeros de Atención Primaria y había que mejorar la calidad asistencial en los niños ingresados. En definitiva, ante los nuevos retos eran necesarias nuevas respuestas ya que la sociedad exigía mayor calidad y mejores prestaciones.

Las decisiones que se tomaron se citan a continuación. 1. Procurar contar con la tecnología adecuada. 2. Guardias de presencia física en el Hospital. 3. Iniciación y desarrollo de las super especialidades en Consultas Externas: Gastroenterología, Cardiología, Endocrinología, Respiratorio-Alergia, Nefrología, Neurología y, más tarde, Medicina de la Adolescencia, Infectología y Consulta Prenatal. 4. Reforzar los conocimientos básicos de nuestra especialidad en médicos y enfermería, a través de cursos propios y estancias en otros Hospitales. 5. Destinar a los compañeros del Servicio a especializarse en el manejo del recién nacido y del niño críticamente enfermos, a los lactantes, escolares y adolescentes. 6. Profundizar en los conocimientos de la lactancia materna, abogando por ella. 7. Crear una Unidad de Pruebas Funcionales en la planta, coordinada por la Supervisora de Enfermería del Servicio. 8. Aumentar los conocimientos pediátricos de los médicos generales y de familia del Sector, a través de cursos. 9. Establecer sólidos lazos con los compañeros de Atención Primaria a través de sesiones clínicas compartidas. 10. Conseguir hacernos muy presentes y accesibles en la sociedad turolense. Además el Servicio tuvo muy presente que el Hospital debe ser un motor docente para todos los pediatras del Sector y un centro de modesta investigación clínica. Las sesiones compartidas con todos pediatras del Sector resultaron decisivas para sentirnos cercanos.

El presente: Desde 2004 la situación ha cambiado. La normativa de exención de guardias a los médicos mayores de 55 años, sin soluciones previstas por la Administración Sanitaria, ha propiciado una catarata de problemas irresolubles en nuestros Servicios. La presión asistencial es tan alta para los médicos más jóvenes del Servicio, que todo se ha transformado en asistencia pura, dura y en precario. Los contratos para guardias aceptados por los médicos extranjeros, con el título de especialista pendiente de homologar, no son atractivos para nadie y pueden tener consecuencias de índole legal. Además estos médicos no suelen permanecer largo tiempo en sus plazas. Esto conlleva que en la actualidad, se tengan problemas para mantener abiertas determinadas Consultas Externas, se hayan suprimido las Sesiones Clínicas semanales para todos los pediatras del Sector y no se redacten publicaciones.

El futuro: Con las transferencias sanitarias se ha pasado de una «lejanía permeable» ante los problemas (INSALUD, o asistencia centralizada en Madrid) a una «cercanía impermeable» (Departamentos de Sanidad de las Comunidades Autónomas). Para revertir esta situación hacen falta ideas⁽⁶⁾. Es necesario crear un *Gabinete de Crisis*, presidido por los Gobiernos de España y del resto de las Autonomías que termine en un Pacto que resuelva los problemas actuales. Probablemente hay que copiar «el modelo finlandés», de tal forma que los MIR que acaban presten obligadamente un año de servicio en las zonas más necesitadas. Hay que premiar a los *valientes* que se atrevan a optar por ejercer en estas áreas más apartadas, con mayor puntuación por año de servicios. Es urgente crear una *Bolsa Única de Trabajo* para los jóvenes que terminan el MIR. Es fundamental que la *Oferta Pública de Empleo* sea muy frecuente, como mínimo anual. Hay que modificar el modelo actual de *Guardia en los Hospitales*, ya que muchos de los más veteranos soportarían voluntariamente 12 horas diurnas de trabajo continuado.

Los períodos nocturnos los asumirían los especialistas más jóvenes, sin merma económica y con su derecho a librar al día siguiente. Probablemente la creación de la *Unidad funcional de Pediatría del Sector Sanitario*, que supone que la Atención Primaria y la Especializada del sector se «fusionen», respetando las funciones asistenciales de cada profesional, permitiría que los pediatras de AP colaboraran en las guardias de los Hospitales y los pediatras de los Servicios hospitalarios les suplirían asistencialmente en los Centros de Salud, durante sus libranzas.

La presencia de los *médicos extranjeros, especialistas sin homologación* del título o médicos generales, es necesaria en la actualidad, pero esto no es más que un parche accidental en el momento actual, que no resuelve el problema de forma definitiva. Sin embargo, hay que actuar con sensatez. Llama la atención que en la actualidad existan 16.000 médicos foráneos ejerciendo en España y que las Universidades no caigan en la cuenta de que sus alumnos lo tendrán difícil para ejercer en nuestra patria. Muchos de los médicos extranjeros habrán legalizado, vía MIR, su situación. En la convocatoria de este año casi el 50% de los presentados provenían de otros países. Esta incongruencia hay que replanteársela y solucionarla de inmediato.

También es posible que haya que recuperar la figura del *pediatra consultor* en el medio rural. En la actualidad no hay pediatras disponibles para todos los niños españoles. Habría que suprimir otro decreto del Boletín Oficial de Aragón en el que se permite que estas plazas sean desempeñadas por médicos no especialistas. Esto supone un menoscabo a nuestra especialidad y un engaño a la población.

Dentro de un contexto más amplio, todos los políticos españoles tienen que realizar un esfuerzo para alcanzar un *Pacto sobre la Sanidad en España*, que contemple instaurar alguna forma de copago, reinventar los ambulatorios de especialidades, fundar hospitales para la pequeña cirugía (unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria), recortar plantillas de profesionales en el medio rural, combatir el despilfarro de recursos y acabar con el todo gratis... Lanzo la idea de que el actual modelo sanitario público español está agotado y necesita una renovación a fondo para que lo hereden, mejorado, futuras generaciones.

LA PEDIATRÍA «PRIVADA»

Lo que hemos dado en llamar Pediatría privada puede distinguirse en dos grupos, lo que sería la privada *pura*, y la mediada por compañías aseguradoras. Existen más de 20 compañías de seguro libre, con precios por persona asegurada (según edad, cobertura y otros baremos) que oscilan entre 30 y 70 euros/persona/mes. Algunas solo aceptan pólizas individuales mientras que otras aceptan empresas, y colectivos como MUFACE (funcionarios), ISFAS (fuerzas armadas) y MUGEJU (Mutualidad judicial). En Zaragoza, tienen este tipo de cobertura aproximadamente entre el 23 y 25% de los pacientes menores de 14 años. Estos pacientes tienen sus propios «circuitos» de asistencia, acudiendo a los servicios de urgencias de las clínicas privadas, haciéndose las pruebas complementarias también en centros privados y por lo tanto descargando de forma importante la asistencia pública (se calcula por ejemplo que este sistema recibe unas 25.000 urgencias/año, tan solo en nuestra ciudad, es

decir, un 26% de las Urgencias pediátricas de la ciudad, lo que se corresponde con el porcentaje de los asociados a este sistema de cobertura).

Muchas familias optan por el doble aseguramiento, el público, más una póliza privada que les garantice una asistencia más rápida y personalizada. Cabe destacar aquí que casi el 90% de los funcionarios, que tienen posibilidad de elegir entre un sistema u otro, optan por el sistema de las compañías aseguradoras. Aunque en el momento actual parece que este sistema de seguro *privado* para los funcionarios esté seriamente amenazado por razones no médicas sino de otra índole.

En la actualidad pensamos que la asistencia pediátrica pública y la privada deben coexistir y complementarse de algún modo. Si el sistema público dispone de más medios técnicos (excepto en algunas exploraciones complementarias) y más superespecialidades (al menos en nuestro ambiente), el sistema «privado» tiene una mucha menor lista de espera y una mayor accesibilidad para el paciente.

LA VISIÓN DEL RESIDENTE (EL VERDADERO FUTURO)

En el momento actual al MIR de Pediatría se le presentan varios problemas⁽⁷⁾:

1. Sobrecarga asistencial y necesidad imperiosa de compaginarla con la formación.
2. Coexistencia Pediatría General con las Superespecialidades pediátricas necesarias e imprescindibles, con el riesgo de perder la visión unitaria de la Pediatría y acabar en el «Síndrome del superespecialista».
3. Objetivos de la formación
 - Pediatra general competente.
 - Troncal primaria y especializada.
 - Introducción a la investigación e iniciación a la docencia.
 - Formación y proyección profesional ilusionante.
4. La Pediatría ha de ser la Medicina del niño y del adolescente en su totalidad, no solo de sus aparatos y sistemas.
5. El objetivo final, desde un punto de vista laboral, es encontrar un empleo estable al finalizar la especialización.

Las posibles soluciones pasan por^(7,8):

- a) La ampliación del período formativo a 5 años, equiparándolo a otros modelos formativos europeos.
- b) Desarrollo de los centros de salud como unidades docentes.
- c) Impulsar el despegue investigador y profesional.
- d) Frenar la progresiva *funcionarización* de los residentes, sin renunciar a adecuadas condiciones laborales y económicas en el marco de las exigencias de su formación.
- e) 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.

Sin olvidar que el objetivo principal de la formación es conseguir un pediatra general competente.

ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN EL POSGRADO: FORMACIÓN DEL MIR EN PEDIATRÍA

Las sociedades científicas, en nuestro ámbito la Asociación Española de Pediatría (AEP), lleva años mostrando su preocupación por la falta o inadecuada distribución de profesionales de la pediatría, lo que da lugar a situaciones de déficit efectivo que ponen en riesgo la calidad de la atención al niño en España. Tenemos delante de nosotros dos problemas de gran calado: 1) formación universitaria de médicos y 2) formación y necesidades de especialistas en pediatría⁽⁹⁾.

Conseguir un pediatra general competente es el objetivo principal. Las necesidades formativas para pediatría de atención primaria y pediatría hospitalaria tienen de común este componente imprescindible en una pediatría moderna. Actualmente estamos ante los siguientes grandes desafíos para conseguir su desarrollo armónico: 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^(7,9,10).

El objetivo del sistema MIR en Pediatría y sus Áreas Específicas es la formación de un pediatra general competente, para lo que ha de perseguir alcanzar las siguientes metas: humano en el acto clínico, fundamento de la buena práctica clínica; buen conocedor del niño y del adolescente, de sus modos de enfermar y de vivir su patología; abierto a los avances científicos; recuperando su tradicional humanismo (frente al «ruido» de la tecnología, el contacto afectivo con el niño); capacitado profesionalmente para el ejercicio hospitalario y en atención primaria; líder adecuado para los equipos asistenciales multidisciplinares. En la aparente confrontación de formación de pediatra general competente versus pediatra subespecializado han de quedar claros que para aquel se exigen como objetivos: 1. Mantener el concepto de «troncalidad» o unidad. 2. Conocimientos y habilidades a tono con el estado de las ciencias médicas. 3. Equipamiento técnico y habilidades, aptitudes y actitudes según piden los derechos del niño y la propia sociedad. 4. Interés desde el niño no-nacido hasta el final de la adolescencia.

La formación de pediatras competentes arranca de su preparación de Pregrado, dejándolo en disposición de formación continuada y, en su caso, de subespecialidades o Áreas de Capacitación Específica. La metodología se basa en el auto estudio, en el trabajo autorizado y supervisado («aprender a hacer; haciendo») con adquisición progresiva de responsabilidad, en el marco establecido en España que respeta las condiciones recomendadas para la formación de especialistas en la Unión Europea.

En el currículum formativo del pediatra contemplamos un amplio abanico de campos operacionales que hacen complejo el desarrollo del programa, puesto que se extiende desde la Pediatría de atención primaria o ambulatoria pasando por la Pediatría secundaria (actividad en hospital) hasta una más compleja y exigente Pediatría terciaria y la actividad en áreas específicas pediátricas (subespecialidades). Todo ello en el «lugar-marco» de la formación: el área pediátrica, un todo continuo siguiendo el esquema propuesto por Burgio⁽¹²⁾. El cómo, dónde y en qué ámbito asistencial se forma el pediatra hoy, se ve

influenciado por una serie de inquietudes y limitaciones entre las que sobresalen la coexistencia de la Pediatría general con las subespecialidades pediátricas, los horizontes profesionales para los nuevos pediatras y el perfil del pediatra de nuestros días.

Cruz⁽¹³⁾ ha recogido con precisión los horizontes profesionales para los nuevos pediatras: número creciente de los mismos, buena preparación, adaptación a la ampliación de la edad pediátrica, progresiva especialización, un reto común: trabajo multidisciplinario, conservación del difícil, pero necesario, equilibrio entre «generalistas» y «especialistas», perspectivas: mejores científicos y verdaderos expertos y peor experiencia desde el contacto continuado con el niño sano y enfermo.

El marco formativo se amplía con el paso de la Pediatría asistencial a la Pediatría científica vivido en el último tercio del siglo pasado, la actual fase en el devenir de las etapas fundamentales de la Pediatría cual es la de consolidación —de hecho— de las subespecialidades, en el momento en el que se reflejan con mayor nitidez «los síndromes del pediatra de hoy»: fatigado, insatisfecho, inquieto y con síndrome de Ulises⁽¹⁴⁾ y el gran salto del último tercio del siglo XX al comienzo del siglo XXI, caminando hacia la Pediatría como la medicina utópica del hombre, idealizando sus nobles aspiraciones de conseguir a través del niño, un adulto sano físicamente, equilibrado mentalmente y bien integrado en su medio familiar, laboral y social.

La formación troncal o núcleo curricular de una profesión, en nuestro caso la especialidad de Pediatría, comprende aquellos aspectos que son necesarios en la formación de todos los pediatras, cualquiera que sea la actividad específica que vayan a desarrollar en un futuro, a la vez que garantizan el sentido, el significado y la individualidad de la propia especialidad pediátrica. Las materias nucleares del currículum deben sufrir las adaptaciones que sean necesarias, pero sin perder de vista que tienen que garantizar la formación en los aspectos básicos, esenciales, y que justifican la propia existencia de la Pediatría⁽¹⁵⁾.

CRÍTICAS A LOS PROGRAMAS TRADICIONALES

En general, los llamados «programas tradicionales» de los países desarrollados presentan notorias lagunas en la formación básica pediátrica. Téngase en cuenta que, como afirma Charney, «el objetivo de la formación del residente de Pediatría está claramente identificado como la preparación para ser pediatra general competente», destacando su llamada de atención sobre «la disparidad entre el contenido educativo de la experiencia en pacientes internados durante la residencia y el contenido de la práctica clínica» y cómo practicamos la pediatría general y cómo formamos a los residentes.

Destaca el poco interés prestado a la adolescencia, o a la formación en los cuidados a prestar a niños crónicamente disminuidos y a responder a los problemas comunes del niño. Otro tanto cabe señalar en lo que Sánchez Villares⁽¹⁶⁾ definía como «sentirse abogado del niño».

No menos importantes han sido las llamadas de atención de Ballabriga⁽¹⁷⁾ advirtiendo de la pérdida de la visión unitaria de la Pediatría, la aparición del «síndrome del superespecialista», el deterioro en la comunicación entre los diferentes miembros del

staff por falta de coordinación y en la capacidad para la comunicación con la familia del niño enfermo. El mismo autor reclama mayor dedicación a los cuidados de atención primaria y de urgencias, en la promoción de la salud, en enfatizar más los aspectos de la Pediatría preventiva y social y en mejorar la capacidad de comunicación con niños, padres y otros profesionales.

INICIACIÓN A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Gran parte de la formación de Posgrado se realiza al margen de las Facultades que tienen competencia sobre Ciencias de la Salud que da lugar a la desvinculación universitaria y, sin embargo, una parte significativa de los actuales MIR atenderá en el futuro la Docencia Universitaria. Como señala Crespo⁽⁷⁾, 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.

Otro punto importante en su formación es la iniciación a la investigación. Para Jiménez y cols.⁽¹⁸⁾, se hará fomentando las publicaciones que han de servir en un futuro para su carrera profesional. Sería conveniente integrarlos en los diversos grupos de investigación.

Por último, señalar que la aventura del conocimiento es la tarea vital de la formación de posgrado y en concreto de la formación continuada. La formación del pediatra debe tener el doble horizonte, de la sociedad y del Sistema de Salud, desarrollándose un proceso formativo continuado que comience en el pregrado, siga en el posgrado MIR, y sea vocacionalmente permanente en toda la vida profesional.

Es posible que este editorial suscite algún tipo de controversia o discusión; se trata exactamente de esto. Para empezar quizá habría que considerar estos apartados, que son un mini resumen de lo tratado en él.

1. Los niños están mejor atendidos por pediatras que por Médicos de Familia, además su terapéutica es mucho más ajustada a sus necesidades, las medidas preventivas son mejores y el gasto inferior.
2. Debemos replantearnos seriamente el sistema de Urgencias, su distribución, su forma de acceso y la educación sanitaria de la población.
3. En los hospitales de referencia las plazas de superespecialidades pediátricas deben estar perfiladas de forma adecuada.
4. Hay que mejorar la coordinación Asistencia Primaria-Hospital.
5. El período de formación del residente debe ampliarse a 5 años.
6. Creación de Unidades Funcionales de Pediatría en los sectores sanitarios, sobre todo en los que existen hospitales medianos y pequeños.
7. Creación de la figura del pediatra consultor en el medio rural.
8. El sistema público y el privado son complementarios y deben colaborar entre sí. Ninguno de los dos podría absorber adecuadamente por sí solo la asistencia de toda la población.

9. El objetivo fundamental del sistema MIR en Pediatría y sus Áreas Específicas es la formación de un pediatra general competente.
10. Una parte significativa de los actuales MIR atenderá en el futuro la docencia e investigación universitaria. Sería conveniente integrarlos en la actividad docente y en los diversos grupos de investigación.
11. Es necesario el funcionamiento eficaz del Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad.
12. Necesidad imperiosa de un Pacto por la Sanidad en España para remodelar y mejorar el sistema sanitario, impidiendo su desmoronamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Hernández M. En defensa de la Pediatría. *An Pediatr* 2010; 72: 163-164.
2. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics* 2002; 109: 788-796.
3. http://www.ocdelibrary.org/content/book/health_glance-2009-en
4. Buñuel Álvarez JC, García Vera C, Aizpurua Galdeano P, et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados de salud a niños en atención primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2010; 12 (supl 18).
5. Martín Mateos MA. Acreditación europea de las especialidades pediátricas. *An Pediatr* 2010; 72: 1-3.
6. Labay Matías M. Pediatría, ciudadanos y políticos. *An Pediatr* 2010; 73: 67-69.
7. Crespo M. Bases fundamentales del programa MIR. *An Pediatr* 2003;58: 385-394.
8. Carceller A, Blanchard AC, Barolet J, Alloul S, Moussay A, Sarquella-Brugada G. Cómo llegar a ser un buen pediatra: un equilibrio entre la formación teórica y la formación clínica. *An Pediatr* 2009; 70: 477-487.
9. Ardura J, Silva JC, Aragón MP. La enseñanza de la pediatría en la licenciatura de Medicina. *Bol Pediatr* 2007; 47: 262-268.
10. Crespo M, Crespo D. Formación del especialista de pediatría. *Bol Pediatr* 2005; 45: 242-257.
11. Crespo M. Formación del especialista de pediatría: viejos problemas, nuevos tiempos. *An Pediatr* 2009; 70(5): 409-412.
12. Burgio GR. Adaptation of Pediatric Education to Specific Needs of Industrialized Countries. En: Canosa CA, Vaughan III VC, Lue H-C, eds. *Changing Needs in Pediatric Education*. Nestlé Nutrition Workshop Series, vol. 20, Nestlé Ltd., Vevey/Raven Press, Ltd., New York, 1990, 253-264.
13. Cruz M. Horizontes pediátricos ante el nuevo milenio. Congreso Español Extraordinario de Pediatría. Málaga 1998. Libro de Actas. 2: 651-659.
14. Bueno M. Transformaciones de la Pediatría en los últimos 25 años. Real Academia de Medicina de Zaragoza, 1990.
15. Nogales A. La formación troncal. *An Pediatr* 2003; 58 (Supl 4): 395-397.
16. Sánchez Villares E. Importancia de las especialidades pediátricas en la evolución de la pediatría española de los últimos 50 años. *Acta Pediat Esp*, 1992; 50: 724-732.
17. Ballabriga A. Estilo de vida, medio ambiente y enfermedades en la infancia. *An Esp Pediatr*, 1990; 33 (s42): 1-19.
18. 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.congreso-aep.org/2008/agenda>