



Begoña Domínguez Aurrecoechea:  
[begoa.dominguez@gmail.com](mailto:begoa.dominguez@gmail.com)

## Mesa redonda

### Optimizar la rotación MIR de Pediatría en Atención Primaria (en el centro de salud)

B. Domínguez Aurrecoechea<sup>a</sup>, C. Villaizán Pérez<sup>b</sup>, M. Á. Fernández-Cuesta Valcarce<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. CS de Otero. Oviedo. España • <sup>b</sup>Pediatra. CS de Sonseca. Toledo. España • <sup>c</sup>Pediatra. Grupo de Docencia de la AEPAP. CS Juan de la Cierva. Getafe, Madrid. España.

#### INTRODUCCIÓN

El sistema de formación médica en España está basado en la figura del médico interno residente (MIR). Su objetivo es la formación de los especialistas, que adquirirán no solo los conocimientos y habilidades necesarios para la práctica pediátrica sino también la capacidad de pensar, tomar decisiones y buscar la información relevante, adaptándose a los nuevos conocimientos.

Los MIR-Pediatría deberán adquirir una formación necesaria no solo para satisfacer las demandas asistenciales de la población sino para también adelantándose al futuro, ser capaces de llevar a cabo una promoción de la salud y prevención de la enfermedad que ayude a modificar la morbimortalidad tanto de la población infantil como del adulto incidiendo en los estilos de vida y hábitos saludables; garantizando que el quehacer esté precedido del saber.

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias de 2003<sup>1</sup> regula la formación de especialistas en Ciencias de la Salud especificando que la formación tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados y su objetivo es dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inhe-

rente al ejercicio autónomo de la misma. Tendrá lugar por el sistema de residencia en centros acreditados.

#### ANTECEDENTES DE LA FORMACIÓN MIR-PEDIATRÍA; SU ROTACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA

El primer programa aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría en 1979 contemplaba la necesidad de que el pediatra se formase en Pediatría comunitaria destinando el 50% del contenido del programa al logro de entrenamientos en Pediatría extrahospitalaria; pero hasta el año 2006 no ha estado regulada en España la rotación de MIR-Pediatría por Atención Primaria (AP), lo que no ha sido obstáculo para que muchos pediatras en los últimos años, individualmente o de manera colectiva hayan participado activamente en el proceso de formación de MIR-Pediatría en AP.

El proceso de rotación se ha ido extendiendo en la práctica hasta configurar un panorama<sup>2</sup> en el que, a pesar de no existir acreditación oficial, en el año 2005 en 14 comunidades autónomas (CC. AA.) se llevaba a cabo rotación de MIR-Pediatría por AP Su comienzo fue en Euzkadi en 1984, posteriormente Aragón en 1989 y Andalucía en 1990, a partir de entonces, de manera paulatina se fueron suman-

do el resto de CC. AA. hasta que en el 82% del total de provincias del conjunto de España se formaban MIR-Pediatría y el 65% rotaban por AP. En el 45% de los hospitales, sus residentes pasaban por un centro de salud y 92 equipos de AP acogían MIR-Pediatría. El tiempo de rotación era de entre uno y seis meses y la rotación se realizaba entre R1y R4. La relación con el hospital de referencia en la mayoría de los casos era solo puntual y era testimonial el número de tutores que recibían acreditación.

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA FORMACIÓN MIR-PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La Orden SCO/3148/2006<sup>3</sup> de 20 de septiembre aprueba y publica el vigente programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas en el que se establece por primera vez la rotación obligatoria por AP durante tres meses. En el mismo año, se dicta la Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia de 10 de mayo de 2006<sup>4</sup>, que establece los requisitos generales para la acreditación de centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas y especifica que en el plazo de seis meses (a partir de mayo de 2006) las CC. AA. deberán remitir al Ministerio de Sanidad y Consumo los expedientes de acreditación.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas (CNE) comienza el proceso de acreditación en el año 2007 y aunque la ubicación de los centros en unidades previamente acreditadas para la docencia de medicina familiar y comunitaria, era condición necesaria, se han acreditado centros que no reúnen esta característica. Hasta el año 2010, a partir de los datos recogidos por el Grupo de Docencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), se habían acreditado 252 Centros de AP de 14 CC. AA. ([www.aepap.org/docencia/centros\\_acreditados.htm](http://www.aepap.org/docencia/centros_acreditados.htm)).

En febrero de 2008 se publica el RD 183/2008 por el que se determinan y clasifican las especiali-

dades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, se crea una nueva figura para la formación de especialidades multidisciplinares, la Unidad Docente Multiprofesional (UDM). La UDM permite a las especialidades que incidan en campos asistenciales afines formarse en la misma unidad docente, aunque se requiera para su acceso distinta titulación universitaria. En el caso de la especialidad de Pediatría, las UDM permiten la formación de médicos especialistas en Pediatría y sus áreas específicas y enfermeros especialistas en Enfermería Pediátrica (enfermero interno residente [EIR]).

Aunque algunas UDM se acreditaron en el 2009, de manera generalizada a partir del año 2012 la formación MIR-Pediatría se llevará a cabo en las UDM que deberán ser acreditadas y reacreditadas<sup>5</sup>. Desde la AEPap se hicieron propuestas de mejora al borrador, "Propuesta de los requisitos necesarios para la acreditación", algunas de las que fueron incorporadas en el documento definitivo "Las UDM deben contar necesariamente con dispositivos hospitalarios y de AP". Los centros de salud donde se lleve a cabo la rotación del MIR y EIR de Pediatría deben estar acreditados por la CNE para la formación en Pediatría. El MIR-Pediatría debe realizar una rotación obligatoria de tres meses en AP y en el caso de la enfermería pediátrica, su programa formativo establece una rotación de siete meses.

Varias comunidades autónomas ya han iniciado el proceso de reconversión de las unidades docentes en UDM, según sus recursos docentes y sus posibilidades formativas y organizativas. En febrero de 2012 a partir de nuestros datos son nueve las comunidades autónomas con UDM de Pediatría acreditadas, Andalucía, Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Madrid y Murcia, sumando entre todas, 29 UDM acreditadas.

El funcionamiento de las UDM implica el trabajo conjunto de cada una de sus partes con el objeto de planificar unos objetivos docentes uniformes, en algunos casos comunes, el seguimiento y la

evaluación necesarios para la formación de cada uno de los residentes que de ella van a depender. La formación así entendida, es enriquecedora y permitirá la participación activa de los pediatras de AP en el proceso; el desarrollo de una de las características que definen a la Pediatría de AP, la atención y cuidado de la población infantil compartida por el equipo de profesionales Pediatría/Enfermería y favorecerá también el seguimiento integral del niño con la necesaria coordinación hospital-AP<sup>6</sup>.

### OPINIONES DE LOS PEDIATRAS Y MIR-PEDIATRÍA ACERCA DE LA ROTACIÓN POR ATENCIÓN PRIMARIA

La opinión de los médicos durante su periodo de formación MIR puede considerarse parte en la mejora de la calidad de su propia formación.

La experiencia de cinco años de residencia obligatoria en el Área 11 de Madrid con el Hospital 12 de Octubre<sup>7</sup> siguiendo un "Plan de formación en AP para residentes de Pediatría" la rotación por Pediatría de AP fue la segunda mejor valorada en un estudio interno de la Unidad de Docencia Pediátrica del Hospital de referencia.

Con el objetivo de conocer la opinión de los pediatras tutores y residentes implicados en la rotación por AP el grupo de docencia de la AEPap elaboró una encuesta en el año 2008<sup>8</sup> que aporta los siguientes datos: el 96,3% de los encuestados creen necesaria la rotación, el 39,3% creen adecuado el periodo de tres meses de rotación; siendo la opinión mayoritaria partidaria de aumentar dicho periodo y no hay una definición clara acerca del periodo en el que rotar. El 64,3% considera adecuada la rotación de seis meses en el periodo de R4 si el ejercicio profesional de la Pediatría se va a realizar en AP.

En mayo de 2008, se ha publicado un trabajo<sup>9</sup> que recoge los resultados de la encuesta realizada a los residentes de cuarto año de la especialidad de Pediatría: Uno de cada seis encuestados no aprueba su formación práctica en Pediatría durante el pre-

grado; el material docente utilizado fueron apuntes en el 92% de los casos y el 64% opina que el programa curricular de medicina debe cambiar. El 93% aprobó el examen MIR en primera convocatoria. Uno de cada tres residentes encuestados suspen- de a sus tutores. Todos consideran positiva la rotación por AP a pesar de que al finalizar el MIR el 80% tenía confirmado un puesto de trabajo en hospitales.

### LA ESTRUCTURA DOCENTE Y EL MODELO FORMATIVO

La estructura docente constituye el armazón en el que se apoya el proceso de formación de residentes de cualquier especialidad dentro del sistema MIR<sup>10</sup>.

Son elementos de la estructura docente: la legislación específica; la CNE de la especialidad correspondiente; el programa docente de la especialidad; las unidades docentes y las comisiones de docencia; los hospitales y centros de salud; los tutores acreditados; los instrumentos y herramientas docentes; el sistema de evaluación de la docencia y los residentes.

El programa docente es el guión y el mapa por donde deben transitar el tutor y el residente para llevar a cabo este proceso de enseñanza-aprendizaje. Es un documento oficial, con fuerza legal, de uso obligatorio tanto para los tutores como para los residentes. El primer programa de la especialidad de Pediatría data del año 1979. Tras varias modificaciones, en la Orden SCO/3148/200613 de 20 de septiembre se aprueba y publica el vigente programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, donde se establece por primera vez la rotación obligatoria por AP durante tres meses.

El modelo formativo: la formación de residentes de Pediatría en AP hasta hace unos años, ha estado caracterizada por su improvisación; el autodidac- tismo y el voluntarismo; soportada en la buena voluntad individual de los tutores (sin serlo oficial- mente) y el interés particular de algunos residen-

tes. Los pediatras de AP no habían recibido en su mayoría ningún tipo de formación específica para la docencia, siendo la práctica habitual el “Mira lo que hago y si algo no entiendes me lo preguntas”. La observación y asistencia al paciente han sido normalmente las únicas metodologías docentes.

La enseñanza en un contexto práctico exige que se introduzca al alumno en las actuaciones propias de su actividad profesional, que haga posible que este adquiera y ponga en práctica las diferentes habilidades, técnicas y recursos que dicha actividad reclama; que se le faciliten las herramientas y estrategias necesarias para que aprenda a observar y a reflexionar sobre el modo de afrontar las situaciones y resolverlas, y a desarrollar una conducta profesional acorde con unas normas éticas.

Los residentes son adultos y el modelo de enseñanza será por tanto el específico de este colectivo. El aprendizaje no será una mera transmisión pasiva de conocimientos de un adulto experimentado a un joven inexperto, sino que será un proceso de asimilación activo, participativo y constructivo en el que el aprendiz es el principal conductor de su propio aprendizaje. El profesor será más bien un facilitador.

El tutor será quien diseñe, coordine, supervise, oriente y evalúe ese proceso formativo. No solo se constituye en un referente clave a la hora de aportar experiencia profesional (habilidades, actitudes y conocimientos) al residente, sino que, además, se erige en modelo a imitar, promueve la clarificación de valores y proporciona soporte emocional durante el proceso de aprendizaje.

El tutor ha de ser el mismo para todo el periodo de residencia. La normativa de las UDM permite al pediatra de AP ser acreditado tutor para todo el periodo de formación del residente, no obstante, la mayoría de pediatras de AP serán acreditados como tutores de la rotación específica por AP.

La CNE fue renovada en 2006; está constituida por nueve vocales que se distribuyen en: vocales en representación del Ministerio de Educación; vocales propuestos por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud; en representación

de la Organización Médica Colegial; en representación de los especialistas en formación y dos vocales en representación de las Sociedades Científicas esta última representación se ejerce a través de dos vocales de la Asociación Española de Pediatría. La especialidad de Pediatría se considera Hospitalaria a pesar de que más del 60% de los pediatras ejercen en AP. En la actual CNE no está representada la Pediatría de AP. Debería modificarse esta situación y plantear la obligatoriedad de que al menos un vocal lo sea en representación de la AP.

## HERRAMIENTAS QUE DESDE LA AEPap SE OFRECEN PARA LA DOCENCIA-FORMACIÓN MIR-PEDIATRÍA

### El Programa de Formación Área de Capacitación Específica en Pediatría de AP<sup>11</sup>.

Un programa de formación no debería ser el resultado de una acumulación no selectiva de los conocimientos acumulados en el transcurso de los siglos sino deberá ser modelado en función del fin pedagógico a alcanzar. Es de una importancia crucial la definición de las tareas profesionales del personal de salud que hay que formar, las cuales, son la base misma de los objetivos educativos.

El Grupo de Docencia de la AEPap ha elaborado El Programa de Formación ([www.aepap.org/sites/default/files/programa\\_formacion\\_aepap\\_0.pdf](http://www.aepap.org/sites/default/files/programa_formacion_aepap_0.pdf)) que desarrolla, amplía y adapta el programa de formación de la especialidad al perfil del pediatra de AP. diferenciando dos tipos de rotación: la básica obligatoria para todo pediatra y la avanzada, destinada a los pediatras que vayan a desarrollar su trabajo en AP. Dicho programa desarrolla los contenidos formativos para los diferentes conocimientos, habilidades y actitudes que son necesarios adquirir para cada área competencial del pediatra de AP e incluye un capítulo de evaluación:

- Área de competencias esenciales:
  - Comunicación asistencial y razonamiento clínico: la entrevista clínica, la relación médico-paciente, la toma de decisiones, la prescripción eficaz, el uso racional de los medicamen-

tos y el uso juicioso de los recursos diagnósticos.

- Gestión de la atención: estructura y organización de la AP, legislación, trabajo en equipo, gestión de la actividad, sistemas de información, calidad y bioética.
- Competencias en relación con la atención a la población infantil:
  - Promoción y prevención; patología aguda; patología crónica; atención a niños con factores de riesgo social, cultural y en relación con minusvalías.
- Competencias en relación con la familia, el colegio y la comunidad.
- Competencias en relación con la formación y la investigación.

La AEPap, se ha dotado de diferentes formas de participación en la transmisión de conocimientos y habilidades que forman parte del *currículum* del pediatra de AP Utilizando las posibilidades de las nuevas tecnologías (<http://www.aepap.org/>) o las más tradicionales: la *Revista Pediatría Atención Primaria* ([www.pap.es/](http://www.pap.es/)), la *Guía ABE. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico* y la *Guía rápida de dosificación Práctica en Pediatría*. Reuniones anuales y Cursos de Actualización con formato en el que los seminarios y talleres (fundamentalmente prácticos y con número de asistentes limitados) ocupan el mayor porcentaje del horario total.

### Los grupos de trabajo

En la AEPap se han constituido diferentes grupos de trabajo creados a partir de las necesidades de la Pediatría del primer nivel asistencial, todos ellos con objetivos de formación, puesta al día e investigación:

**Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia:** elabora recomendaciones sobre actividades preventivas en función de la magnitud del problema, la efectividad potencial y la eficacia de la recomendación de los exámenes periódicos de salud. Sus recomendaciones y actualizaciones están accesibles

en la web [www.aepap.org](http://www.aepap.org). En el año 2011 ha publicado la segunda edición del *Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia*<sup>12</sup>, que recoge una propuesta única y cohesionada de las mejores recomendaciones en promoción y prevención de la salud buscando la mejor evidencia científica disponible y teniendo en cuenta la organización asistencial del Sistema de Salud en España. El manual engloba las actividades de: educación para la salud: consejos de promoción y prevención, actividades de cribado y detección precoz de patologías, supervisión del crecimiento y desarrollo físico y del desarrollo psicomotor, actividades en poblaciones de riesgo. Ofrece también una guía de actividades preventivas por grupos de edad y las recomendaciones para los distintos controles de salud.

**Grupo de Vías Respiratorias:** lleva a cabo actividades de formación presencial y *on line* en asma, una de las patologías crónicas de mayor prevalencia en la población infantil. Los cursos presenciales “Curso Asma en el niño y adolescente” se han dotado de una metodología específica con sesiones plenas y talleres y se han impartido a lo largo de toda la geografía española participando en ellos más 3000 pediatras de AP. Se ha editado el libro: *Asma en el niño y adolescente*<sup>13</sup> y participan activamente en todos los Programas y Guías de asma de las diferentes CC. AA. así como en el Grupo de trabajo para el Consenso sobre Tratamiento del Asma Infantil. Elaboran y actualizan protocolos de patología de vías respiratorias En la actualidad tiene cinco líneas de investigación una de ellas en red internacional.

**Grupo de Pediatría basada en la Evidencia:** su objetivo general es la difusión de la medicina basada en la evidencia como metodología de trabajo para conseguir y mantener en el tiempo una adecuada actualización de conocimientos. Realiza actividades de formación en talleres y seminarios y tareas de elaboración y actualización periódica de temas y artículos valorados críticamente. Ha creado la revista *Evidencias en Pediatría. Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas*, que es la primera publicación secundaria en español cuyos contenidos han sido elaborados íntegra-

mente por profesionales de nuestro país. Su objetivo es ofrecer al pediatra información válida y relevante que pueda aplicar en su actividad profesional diaria.

**Grupo de Docencia MIR:** integrado por pediatras que trabajan en el primer nivel de atención, interesados en la docencia de la Pediatría en el ámbito en donde trabajan. Entre los objetivos del grupo están: promover la acreditación de centros de salud docentes y de tutores de AP, a fin de favorecer la rotación de los MIR-Pediatría por los centros acreditados. Realizar actividades de formación continuada para los tutores de Pediatría. Ofrecer acceso a herramientas, documentos y cursos de interés docente, tanto para tutores como para residentes. Facilitar a través del entorno web, la adquisición de conocimientos y el intercambio de experiencias docentes entre todos los profesionales interesados en el aprendizaje y la docencia de la Pediatría.

**Grupo TDAH:** sus objetivos son difundir el conocimiento del trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad en la AP (pediatras, médicos de familia y Enfermería) y en el ámbito de los profesionales de la educación.

**Grupo del sueño:** ofrece diversos recursos, cuestionarios y documentos relacionados con los trastornos del sueño en los niños.

**Grupo cooperación, inmigración y adopción:** los objetivos del grupo son optimizar los conocimientos y habilidades de los pediatras y enfermeras para mejorar la atención sanitaria al niño inmigrante y en adopción.

**Grupo de educación para la salud:** cuyos objetivos son: proporcionar recursos escritos y en Internet para profesionales sanitarios que faciliten la educación para la salud en la consulta diaria. Formación de profesionales en elaboración y realización de programas de salud escolares para educación en salud. Formación en metodología para realizar una escuela de padres.

**Grupo de investigación:** cuyos objetivos son: promoción de la investigación en Pediatría de AP, priorizando estudios multicéntricos de calidad. Formación en metodología de investigación.

### FAPap: el plan de formación continuada de la AEPap

Tiene como objetivo fundamental proporcionar a los pediatras, a los residentes de Pediatría y a los médicos implicados en la atención a la población infantil, una herramienta de formación basada en el programa de Pediatría de AP. El plan formativo **FAPap** pretende cubrir las necesidades formativas existentes, fruto del desarrollo peculiar de la especialidad, de manera que sean los propios pediatras de AP (mejores conocedores de sus necesidades) los que participen activamente en su propia formación continuada y en la de los nuevos pediatras y otros médicos con responsabilidades en la asistencia a la población infantil en AP.

A través de sus diferentes secciones (Principales motivos de consulta, Situaciones clínicas, Puesta al día en..., Del síntoma al diagnóstico diferencial, Pequeñeces y rarezas, Más allá de la clínica, Apuntes de gestión, Uso racional de las pruebas diagnósticas, Mejorando las habilidades en..., ¿Qué hay de nuevo en Pediatría de AP?, Promoción y prevención, Pediatras tutores de AP, Entre nosotros y El rincón del residente) aporta los conocimientos, habilidades y destrezas precisas para completar la formación en el Área de Capacitación Específica Pediatría de AP. Ofrece también presentaciones en PowerPoint® y casos clínicos interactivos.

### Curso práctico destinado a residentes

Con carácter anual se celebra un curso práctico complementario en la formación del residente de Pediatría en su rotación por AP. Los objetivos son conocer por parte del residente los aspectos asistenciales propios del ámbito de la Pediatría de AP, conocer la morbilidad propia de la AP, valorar de forma eminentemente práctica su contenido y su importancia en la atención del niño y adolescente, plantear las diferencias y coincidencias entre la Pediatría de AP y la atención hospitalaria, afianzar la necesidad de la continuidad asistencial entre ambos niveles y conocer las herramientas formativas específicas de la AP.

Es un curso presencial eminentemente práctico con un total de 12 horas lectivas. Se incluye forma-

ción sobre actividades preventivas, detección de factores de riesgo y patología prevalente en la consulta de AP, así como adquisición de habilidades que puedan ser útiles en la atención del niño y adolescente. Se complementa el curso con una plataforma *on-line* que funciona como un aula virtual donde los participantes del curso tienen acceso al contenido del programa, así como a una serie de actividades entre las que se incluyen, casos clínicos y foros (20 horas de estudio *on-line*). Se realiza a través de la plataforma un “pretest” y un “posttest”, al inicio y al finalizar el curso con el propósito de que el alumno pueda objetivar los conocimientos y las habilidades adquiridas.

### La Guía abreviada para la rotación del residente de Pediatría por AP<sup>14</sup>

Es una herramienta del grupo de docencia MIR de la AEPap destinada a la ayuda en la planificación de la rotación del MIR-Pediatría por AP. Accesible *on-line*. En papel se presenta con un formato de bolsillo de fácil manejo en la consulta diaria.

De manera muy sencilla y didáctica enumera los conocimientos habilidades y destrezas del programa de formación y facilita la autoevaluación del residente al inicio de la rotación, lo que ofrece al tutor una ayuda en la programación docente adaptada a sus necesidades específicas y facilita el control de la evolución de la misma. Permite además una autovaloración final por parte del residente, que podrá conocer los conocimientos habilidades y destrezas adquiridas en el periodo de rotación.

## LA ROTACIÓN MIR-PEDIATRÍA EN LOS CENTROS DE SALUD

La rotación de residentes de Pediatría por AP es imprescindible para la formación del especialista de Pediatría cualquiera que sea su futuro lugar de trabajo y posterior dedicación; es prioritario que una buena parte de su formación se haga en este campo, lo que posibilitará, que el pediatra de AP pueda cumplir con su tarea fundamental, de atención longitudinal del niño en su desarrollo físico y psico-

lógico en su contexto familiar y comunitario desde una visión integral de la salud y no parcial de la enfermedad.

La enseñanza será de carácter multiprofesional, característica de la AP, donde diferentes profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesionales de la salud mental y servicios sociales de las administraciones públicas) se asocian para resolver problemas de salud de índole biopsicosocial.

### Objetivo general de la rotación

Promover la autorreflexión del pediatra del AP en ejercicio sobre las competencias que ha de brindar a su población y preparar al médico residente de Pediatría para el ejercicio profesional de su especialidad.

Objetivos específicos:

- Conocer el funcionamiento y estructura del Equipo de AP.
- Adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes específicos para el ejercicio de la Pediatría de AP:
  - Patologías y aspectos de las mismas que por su peculiaridad no pueden ser ofrecidos por los servicios hospitalarios.
  - Actividades programadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
  - Programas de seguimiento de patologías específicas.
  - Peculiaridades de la toma de decisiones en AP: gran accesibilidad, enfermedad indiferenciada en las primeras etapas, incertidumbre diagnóstica y longitudinalidad en la atención.
- Participar en actividades de formación e investigación.
- Manejar herramientas de mejora de calidad.

Objetivos complementarios:

- Mejorar la relación entre Pediatría de AP y hospitalaria.
- Favorecer el trabajo en equipo, reconociendo la función del pediatra como coordinador de equipos multidisciplinares de salud.

## La acogida e integración del residente en el centro de salud

El tutor de Pediatría de AP, lejos de ser docente a tiempo completo, desempeña un trabajo fundamentalmente clínico.

Los primeros días de la rotación pueden ser críticos a la hora de facilitar la adaptación del residente al centro de salud, a la consulta y al tutor, por lo que es muy útil disponer de una sistemática que ayude a conocer al residente y dar a conocer el entorno en que se desarrolla el trabajo del pediatra de AP.

Es importante desarrollar una estrategia de aproximación durante los primeros días que sea progresiva y centrada en el residente. Orientar al residente sobre el conocimiento del centro de salud (presentación a los profesionales, lugar de trabajo, claves informáticas, oportunidades de aprendizaje que ofrece el centro, etc.) y el conocimiento de la comunidad/la población atendida.

Hay que conocer al residente, en qué año de residencia está, cómo encaja la rotación en sus planes profesionales, qué rotaciones ha realizado, con qué experiencia cuenta, qué habilidades domina y en qué áreas se siente menos formado. El reto de ejercer la tutorización consiste en integrar la docencia y la asistencia, consiguiendo una sinergia que estimule al tutor y mantenga la carga de trabajo en límites manejables<sup>15</sup>.

Existen cinco elementos clave para integrar al residente en la consulta: situar y orientar al residente en la consulta; animar a los pacientes a que acepten la docencia y a los residentes; adaptar la agenda a los condicionantes docentes; mantener el funcionamiento de la consulta, con medidas que eviten el retraso; encontrar tiempo para dedicar a la docencia.

Conocer las expectativas del residente: hay que aclarar con qué expectativas llega a la rotación, qué espera aprender con nosotros. Es importante que tutor y residente hablen del tema, el tutor tiene el compromiso de guiar el proceso de aprendizaje clínico del residente y que este complete su rotación.

El aprendizaje de los especialistas sanitarios se produce fundamentalmente mediante la práctica

supervisada, junto a un tutor “experto” con asunción progresiva de responsabilidades. El residente va adquiriendo destrezas mediante su trabajo, con una autonomía creciente junto a un tutor que, entre otras cosas, deberá promocionar una búsqueda activa de información de calidad y pertinente para la toma de decisiones clínicas con disminución de la incertidumbre. La función del tutor es sobre todo facilitar la adquisición de conocimientos, más que proveerlos directamente. Hay que reconocer la capacidad de autoaprendizaje del residente y darle una formación específica para detectar sus necesidades, planificar su aprendizaje y disponer de los recursos adecuados.

## Evaluación

La evaluación es un elemento integrante y fundamental en el proceso formativo. Mediante la evaluación se trata de conocer los resultados reales del aprendizaje con dos objetivos fundamentales: por un lado detectar déficits formativos para introducir medidas de mejora, y por otro garantizar la posesión de los conocimientos y habilidades necesarios para ejercer correctamente la práctica profesional.

Según el Real Decreto 183/2008, el seguimiento de la adquisición de competencias durante el periodo formativo se llevará a cabo mediante tres tipos de evaluación: formativa, anual y final.

Actualmente, la evaluación de la rotación del residente se realiza en una ficha oficial que recoge el nivel de adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes generales.

Idealmente el proceso evaluativo debería medir experiencias de aprendizaje que incluyan todos los componentes (conocimientos, habilidades y actitudes), algunos modelos existentes Examen Clínico Objetivo y Estructurado están encaminados en esa dirección: Es una forma indirecta de evaluar las competencias clínicas mediante su demostración; para ello, se han utilizado pacientes simulados, videograbaciones, maniqués, etc. Son experiencias que exigen un importante coste de recursos humanos, materiales y de tiempo por lo que hasta el momento no han podido generalizarse.



También las UDM y los centros acreditados deberán someterse a medidas de control de calidad y evaluación contando con la participación de los residentes que evaluarán de manera anónima su funcionamiento.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE n.º 280:41442-41458.
2. García Puga JM y Grupo Docencia MIR de la AEPap. Formación MIR en Atención Primaria: síntesis de la situación en España. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005; 7 Supl 1:119-27.
3. Orden SCO/3148/2006 de 20 de setiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. BOE n.º 246:35657-35661.
4. 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;5:201-4.
5. Resolución conjunta de los ministerios de Educación y de Sanidad y Política Social e Igualdad, por la que se establecen los requisitos de acreditación de unidades docentes multiprofesionales geriatría y unidades multiprofesionales de Pediatría [en línea]. Disponible en [www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Requisitos\\_UDM\\_Pediatría.pdf](http://www.mspsi.gob.es/profesionales/formacion/docs/Requisitos_UDM_Pediatría.pdf)
6. Villaizán Pérez C. Unidades Docentes Multiprofesionales, una nueva figura en la formación del residente de Pediatría. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2012;5(1):1-3.
7. García-Rebollar C, Padilla ML, de la Fuente MA, Vázquez S, Iñigo G. Residentes de Pediatría en Atención Primaria: cinco años de rotación obligatoria en el Área 11 de Madrid *An Pediatr (Barc)*. 2007;67:145-52.
8. García Puga JM, Villaizán C, Domínguez B, Ugarte R y Grupo de docencia de la AEPap. Que opinan pediatras y residentes de Pediatría de la rotación por Atención Primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70(5):460-6.

## ABREVIATURAS

**AEPap:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria • **AP:** Atención Primaria • **CC. AA.:** comunidades autónomas • **CNE:** Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas • **EIR:** enfermero interno residente • **MIR:** médico interno residente • **UDM:** Unidad Docente Multiprofesional.

9. González de Dios J, Polanco Allue I, Díaz Vázquez C. De las facultades de Medicina a la residencia de Pediatría, pasando por el examen de médico interno residente; ¿algo debe cambiar? Resultados de una encuesta en residentes de Pediatría de cuarto año. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:5.
10. Domínguez Aurrecoechea B, García Rebollar C, Villai-zán Pérez C. ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2010*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p. 309-22.
11. Domínguez Aurrecoechea B, Fernández-Cuesta Valcarce MA, García Puga JM, García Rebollar C, Gutiérrez Sigler MD, Hijano Bandera F y cols Programa de Formación Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria. Madrid: AEPap; 2010.
12. Grupo de trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la AEPap Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia, 2.ª ed. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011.
13. Cano A, Díaz C, Montón JL y Grupo de vías respiratorias de la AEPap (eds.) *Asma en el niño y adolescente*. Madrid: Ergón; 2004.
14. Guía abreviada para la rotación del residente de Pediatría por atención primaria. AEPap [en línea]. Disponible en [www.aepap.org/docencia/cuadriptico\\_MIR.pdf](http://www.aepap.org/docencia/cuadriptico_MIR.pdf)
15. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Gutiérrez Sigler MD, Lafuente Mesanza P. ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes, 2.ª ed. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2011*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 341-52.