

Reflexiones sobre la docencia pregrado en pediatría de Atención Primaria

Juana María Ledesma Albarrán. Pediatra Atención Primaria CS Delicias de Málaga. Miembro del grupo de Docencia y del grupo de Investigación de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Profesora Asociada del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de Málaga.

Manuel Praena Crespo. Pediatra Atención Primaria CS La Candelaria de Sevilla. Miembro del grupo de Docencia y del grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Miembro de la Comisión Nacional de Especialidades y Profesor Asociado del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de Sevilla.

A comienzos del siglo xx las facultades de medicina se enfrentaban al reto sin precedentes de llegar a ser más científicas y efectivas en la formación de médicos, según quedó reflejado en el informe Flexner de 1910 (1). El 'informe Flexner' estableció hace 100 años que los saberes de la medicina se construían sobre las bases del conocimiento científico, lo que comportaba el desarrollo de una mente inquisitiva y una actitud mental similar a la del investigador. Estableció que estos saberes requerían además la experiencia clínica.

A lo largo de un siglo, muchos han sido los avances ocurridos en todas las esferas, y, entre ellas, algunas que atañen profundamente a la educación médica: los progresos científico-técnicos al servicio del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades conocidas o de las que se han ido identificando; en el campo de las ciencias cognitivas, avances que permiten entender mejor cómo se produce el aprendizaje y cómo se puede mejorar la eficacia de la enseñanza. El tremendo desarrollo de los sistemas asistenciales sanitarios, que han aumentado su complejidad y con ello la aparición de nuevas profesiones sanitarias y nuevos roles a desempeñar por los médicos; las nuevas expectativas de una sociedad más exigente e informada. Todos ellos son elementos que tienen un efecto enorme sobre cómo se debería educar a los médicos y qué clase de médicos se requieren hoy en día, y en el futuro, para atender las necesidades de la sociedad.

Las reflexiones que se hacen en el nuevo informe de la Fundación Carnegie (2) consideran que, a pesar de los múltiples avances llevados a cabo a lo largo del siglo pasado, el sistema educativo norteamericano presenta algunos puntos críticos: ser demasiado inflexible y de excesiva duración, no estar centrado en quien aprende, desconexión entre el aprendizaje del conocimiento formal y del experiencial clínico, algunas lagunas en sus contenidos (salud poblacional, sistemas de salud, roles no clínicos de los médicos, valores de la profesión), falta de longitudinalidad de las experiencias clínicas, fruto del contexto hospitalario en el que se producen etc., puntos críticos que no son nada ajenos a la formación de médicos en nuestro país.

Los autores del informe Carnegie (2) priorizan cuatro objetivos como urgencias educativas de futuro inmediato:

- La estandarización de los objetivos de aprendizaje (outcomes) junto a la individualización de los procesos educativos.
- La integración de la adquisición del conocimiento formal con la adquisición de la experiencia clínica.
- El desarrollo de los hábitos mentales inquisitivos y de la motivación innovadora.
- La formación de la identidad profesional.

En un intento de dar respuesta a todas las deficiencias, que a nivel mundial se han ido observando y analizando en la formación médica, surge el Consenso Global sobre la

Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina (GCSA)(3) emitido en octubre de 2010. En este consenso participaron más de 130 organizaciones y personas provenientes de todo el mundo con responsabilidades en la educación de los profesionales sanitarios, en su regulación o en las políticas de salud. Se establecieron 10 directrices estratégicas dirigidas a las facultades de medicina a fin de que llegaran a ser socialmente responsables, mediante las mejoras precisas, con objeto de

- Dar respuesta a las necesidades de salud actuales y futuras y a las demandas de la sociedad.
- Reorientar sus prioridades educativas, de investigación y de asistencia según dichas necesidades.
- Reforzar su gobierno así como su asociación con otros agentes sociales interesados (stakeholders).
- Utilizar la evaluación y la acreditación basada en su desempeño (performance) y en los resultados obtenidos (outcomes).

Las facultades de medicina reconocen en este consenso, que un sistema de salud sólido debe estar basado en un enfoque firme de atención primaria de la salud, con una correcta integración entre el primer nivel de atención y el segundo y tercer niveles, y con un equilibrio adecuado de disciplinas profesionales para satisfacer las necesidades de la población. Este enfoque debería verse reflejado en las facultades de medicina, mediante programas de docencia, investigación y asistencia.

El GCSA reconoce que, independientemente de la especialidad que los futuros médicos elijan, éstos deben ser explícitamente activos en salud poblacional enlazada con la salud individual, en promoción de la salud y en prevención de riesgos y enfermedades, así como en la rehabilitación del paciente y de la comunidad en su totalidad. Los titulados son promotores activos de la salud y de las reformas del sistema de salud.

A los estudiantes se les debe ofrecer un contacto temprano y longitudinal con experiencias de aprendizaje en la comunidad, tanto en la teoría como en la práctica, para entender y actuar sobre los condicionantes de la salud y adquirir habilidades clínicas apropiadas. Este tipo de entrenamiento está integrado en todas las disciplinas con un compromiso global de los docentes y un uso coherente de los recursos en beneficio de la comunidad, existiendo varios ejemplos en las facultades españolas (4).

La titulación de Medicina en España (5), así como en todos los países de la UE, se basa en una directiva europea (2021 [1].12, 2004; 13781/2/04 REV 2, de 21 de Diciembre de 2004; que en su art. 24.3 detalla lo siguiente:

“La formación básica del médico garantizará que se han adquirido los siguientes conocimientos y competencias:

- Un conocimiento adecuado de las ciencias en las que se funda la medicina, así como una buena comprensión de los métodos científicos, incluidos los principios de medida de las funciones biológicas, de la evaluación de los hechos científicamente probados y del análisis de datos.

- Un conocimiento adecuado de la estructura, de las funciones y del comportamiento de los seres humanos, sanos y enfermos, así como de las relaciones entre el estado de salud del hombre y su entorno físico y social.

- Un conocimiento adecuado de las materias y de las prácticas clínicas que le proporcione una visión coherente de las enfermedades mentales y físicas, de la medicina en sus aspectos preventivo, diagnóstico y terapéutico, así como de la reproducción humana.

- Una experiencia clínica adecuada adquirida en centros sanitarios bajo la oportuna supervisión.

En este momento, la Universidad española está en tránsito desde su posición tradicional a incorporar las nuevas recomendaciones emanadas de la llamada “Declaración de Bolonia”, firmada en 1999. En ella se enmarca el llamado “Espacio Europeo de Educación Superior” (EEES) (6). Esta transformación ha debido culminar en el 2010.

Según el Plan Bolonia, la educación superior debería jugar un papel esencial en la promoción de la cohesión social, en la reducción de las desigualdades y en la elevación del nivel del conocimiento, destrezas y competencias en el seno de la sociedad. Las políticas de educación superior deberían enfocarse a maximizar el potencial de las personas en cuanto a su desarrollo personal y su contribución a una sociedad sostenible, democrática y basada en el conocimiento (6).

En este sentido, el “Libro Blanco de la Titulación en Medicina” (5), elaborado por representantes de 27 universidades españolas en la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, y apoyándose en diversas directrices europeas, define las competencias que deben aprenderse y dominarse al concluir la formación básica pregrado de todo médico.

Así, se definen unas Competencias Genéricas o transversales, tanto instrumentales (capacidades de análisis y síntesis, organización y planificación, etc.) como personales (capacidades de trabajo en equipo interdisciplinario, razonamiento crítico, compromiso ético, etc.) y sistemáticas (aprendizaje autónomo, liderazgo, creatividad, etc.).

Entre las competencias en Pediatría que un médico debe poseer cuando finaliza su carrera, tal y como Valls i Soler (7), expuso en la III Reunión de la Asociación de pediatría de atención primaria celebrada en Vitoria, y recogidas en el “Libro Blanco de la Titulación en Medicina”, (5) están las siguientes:

- Debe saber, reconocer, diagnosticar y orientar el manejo de los procesos infecciosos febriles más frecuentes, los exantemas comunes infantiles, las medidas médico-preventivas familiares y del entorno en neonatos y lactantes, la Integración socio-familiar del niño, el maltrato y sus indicadores de sospecha entre otras 22 competencias más.
- Tener conocimientos sobre el Recién Nacido y el pretérmino., nociones de Atención Integral, la intolerancia al gluten, el niño hipotónico...y otras 15 competencias más.
- Saber A), Realizar sin supervisión, rutinariamente y con suficiencia: la historia clínica del niño, los primeros cuidados al neonato tras el parto, dosificar los principales fármacos pediátricos y 7 competencias más. B) Practicar bajo supervisión del tutor: la valoración de la edad ósea, la exploración del canal inguinal y 4 competencias más. C) Haber visto practicar por un experto, la obtención y extracción de muestras biológicas, .el sondaje nasogástrico y 9 procedimientos más.

Tras el análisis de estas numerosas competencias, observamos que todas podrían adquirirse en el ámbito de los Centros de Salud (CS), con médicos especialistas en pediatría que actúen de tutores. De hecho, en el mencionado informe de los Decanos, menciona los CS entre los ámbitos en los que se pueden aprender estas competencias.

En la actualidad la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) (8) en su Art. 6, 2a) dice Médicos: Corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a

la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

La LOPS establece en su Art. 11. 1. que toda la estructura asistencial del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales. El artículo 11.2 también especifica que las administraciones sanitarias, en coordinación con las administraciones educativas, promoverán la investigación y la docencia en todos los centros sanitarios. El artículo 11.3, insiste en que los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios y las universidades podrán formalizar los conciertos previstos en la LOU para asegurar la docencia práctica de las enseñanzas que así lo requieran, de acuerdo con las bases generales que establezca el gobierno.

Para que todo lo anterior sea realizable es necesario redefinir el concepto de hospital/centro de salud universitario, de tal forma que permita no sólo la integración del alumnado en los equipos asistenciales, sino que facilite la labor del profesorado con actividad asistencial, la actividad investigadora, y evite los permanentes conflictos entre la Universidad y la Institución Sanitaria. La carrera profesional del médico debe contemplar, entre las materias de evaluación, la enseñanza en el período de formación básica.

La Atención Primaria es un entorno docente idóneo, ya que en la comunidad el alumnado está en una posición privilegiada para aprender las actividades preventivas clínicas, comprender el abordaje de las patologías más prevalentes, y realizar actividades de detección precoz. Los centros de salud disponen de una estructura docente, ya existente, que permite el desarrollo de actividades de pregrado por contar con profesorado y tutores clínicos competentes para realizar una docencia con cualidades de excelencia (9). El equipo de Atención Primaria es idóneo para comprender el trabajo en equipo, su interacción en el mismo le permitirá considerar aspectos éticos en sus actos clínicos:

- Aporta metodologías docentes, por sus propias características favorece los manejos de la información, el aprendizaje activo, el autoaprendizaje, el razonamiento clínico en entornos de incertidumbre, reales y simulados. Fomenta la utilización óptima de los recursos disponibles. Desarrolla competencias para el acceso a la información y sus nuevas tecnologías. Facilita el aprender a comunicarse con el paciente en entornos reales y cotidianos para el paciente y sus familias. Inicia a los alumnos en el ejercicio del pensamiento crítico, el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones, conocimiento global del enfermo, en su proyección integral y en las vertientes personal, familiar y comunitaria. Su visión transversal del historial de salud del paciente potencia el flujo horizontal entre disciplinas y, por su carácter interdisciplinario y multidisciplinario, estimula al estudiante en la colaboración con otras disciplinas y especialidades.

- En el campo de la investigación, genera cuerpo de conocimiento por su capacidad de dar respuesta a preguntas que sólo se pueden responder cuando el proceso investigador se realiza en Atención Primaria o es imprescindible su colaboración. Desarrolla y gestiona el conocimiento por su potencial de trasladar a los pacientes y a la comunidad los resultados de la investigación

Según el proyecto de investigación sobre la Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas (9), la Formación de Medicina de Familia en España se

imparte en 26 de las 27 facultades de medicina, pero en sólo 3 facultades se imparte como asignatura obligatoria y en 11 como asignatura optativa. En 179 centros de salud se realiza formación de pregrado con 149 profesores asociados, 4 profesores titulares y 3 directores de cátedra. En cuanto a la docencia pregrado en Pediatría de Atención Primaria no existen datos publicados y en el citado estudio no se han analizado los centros de salud donde se realiza docencia pregrado en pediatría de atención primaria. Sabemos que de forma aislada pediatras de atención primaria forman parte de los Departamentos de Pediatría de nuestras facultades, pero desconocemos qué número de Facultades de Medicina, en sus Departamentos de Pediatría, cuentan con profesores, cuya actividad fundamental sea la asistencia en atención primaria de salud. Es un proyecto del grupo de Docencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, profundizar en este tema, y en un período breve de tiempo, conocer cuál es la realidad en nuestras distintas facultades y comunidades.

En E.E.U.U. la pediatría está incrementando el uso de experiencias basadas en el ámbito de la atención primaria (10), como parte integral de la formación tanto de los residentes como de los estudiantes de Medicina. Se cree que éste método favorece que un mayor número de médicos elijan la dedicación a la medicina de atención primaria, tanto a la pediatría como a la medicina de familia. Dado el escaso número de profesionales que eligen la atención primaria para el desempeño de su especialidad, estaríamos otorgando un valor aún mayor a la rotación por pediatría de atención primaria.

Añadimos las reflexiones de dos alumnos de sexto de la Facultad de Medicina de Málaga, que durante el curso pasado en la asignatura de Pediatría Clínica, eligieron llevar a cabo sus prácticas en el centro de salud Delicias, adscrito al Departamento de Pediatría:

A.A.F. “En cuanto a mi rotación, yo estuve encantada de la vida con vosotros y con la especialidad. En los 6 años de carrera es la única vez que he hecho prácticas en un centro de salud y me aportó muchísimo la verdad. Yo tenía claro que quería hacer prácticas en el centro de salud porque pensaba que era lo que más útil me iba a resultar en un futuro si me dedicaba a otra cosa (ya sabes que quiero hacer cirugía, y el número que he sacado me lo va a permitir). A mí no me iba a servir de mucho haber rotado en cardiología o nefrología pediátrica por ejemplo si luego dentro de unos años alguno de los niños que opere, mis posibles pacientes, mis futuros hijos, los de mis amigas o los de mis vecinas iban a tener bronquiolitis, gastroenteritis, varicela, faringitis u otitis o algún problema con la alimentación. Lo que más me gustó, tal vez, es que me pareció preciosa la relación que había con las familias, porque todos sabemos que para unos padres lo más importante son sus hijos pero en la consulta me di cuenta más todavía, cuando veía a familias con dificultades económicas bastante importantes y que daba un poco igual si les faltaba dinero para otra cosa pero las vacunas de, neumococo, varicela, etc. no le podían faltar a su hijo y luego encima vosotros, los pediatras, cómo conocíais a los niños desde pequeños, los habíais visto crecer, sabéis cómo son, os anticipáis a sus problemas, encima conocéis a los hermanos, a los primos, a los amiguitos del colegio. Me encantaron las charlas de alimentación que dimos en el colegio. Me sorprendió el gran número de problemas que se resuelven sin apenas medios. En fin, para mí fue una muy bonita experiencia y muy útil para un futuro, de las mejores de la carrera”.

B.R.E. “La verdad es que me gustaron mucho las prácticas de pediatría, y además como no me esperaba que fueran así en el centro de salud, pues fue mayor sorpresa. Me gustó todo, el programa de salud infantil, la relación que se establece con los niños y sus familias desde que nacen, la atención al paciente crónico, el número tan

importante de asmáticos que controláis, y cuando uno lo estudia en la carrera, solo piensas que es una enfermedad más, las revisiones de los gorditos, de los hiperactivos, ... y además luego me tocaron las prácticas de clínica médica con una doctora de atención primaria en el centro de salud de ciudad jardín, y me han gustado también mucho, tanto que de mis primeras opciones son pediatría (sobre todo) y medicina de familia.

Pero también es verdad es que en el centro de salud el trato con el enfermo es distinto que en el hospital y también depende mucho del médico tutor que tengas asignado en las prácticas; no sé si es porque los médicos que están en el hospital tienen demasiados alumnos asignados y de cursos distintos o están más quemados, pero las ganas que tiene el profesor de enseñar y el trato con el alumno hacen mucho”.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Oriol Bosch A. De Flexner a Bolonia. EDUC MED 2010 (consultado 24/03/2011); 13 (4): 193-195. Disponible en: http://www.educacionmedica.net/pdf/revista/1304/1304_0193_0195.pdf
- 2) Irby DM, Cooke M, O'Brien B. Calls for Reform of Medical Education by The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010. *AcadMed*. 85(2):220-227, 2010. Disponible en: <http://ncnmlg.mlanet.org/itmtg2011/speakers.html>.
- 3) Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. *Educ Med* 2011(consultado 23-03-2011); 14 (1): 7-14. Disponible en: http://www.educmed.net/pdf/revista/1401/1401_0007_0014.pdf y <http://healthsocialaccountability.org/>
- 4) J.E. Baños, M. Sentí, R. Miralles. Contacto precoz con la realidad asistencial: una experiencia piloto en medicina. *www.educmed.net Educ Med* 2011; 14 (1): 39-47
- 5) Libro blanco titulación en Medicina. Diseño de planes de estudio y títulos de grado.2005 (consultado 24/03/2011). Disponible en: <http://www.um.es/medicina/lic-medicina/libro-blanco.pdf> y http://www.aneca.es/var/media/150312/libroblanco_medicina_def.pdf
- 6) Espacio Europeo de Educación Superior. (Consultado 24/3/2011). Disponible en: <http://www.eees.es/es/eees>.
- 7) Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (sede Web). III Reunión anual. Vitoria: Cuervo Valdés J; 17-19 de Mayo 2007 (consultado 24/3/2011). Valls i Soler A. Foro profesional. Rotación Pregrado por Pediatría de Atención Primaria. ¿Es necesaria y posible la formación pediátrica extra-hospitalaria en el pregrado? Disponible en: http://www.aepap.org/congresos/III_Reunion_anual_rotacion_pregrado.html
- 8) Ley de Ordenación de las Profesion Sanitarias (LOPS). Ley 44/2003, 21 de noviembre. B.O.E. nº 280, (22-11-2003)./41. Consultado en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
- 9) Navarro V, Martín-Zurro A. (Coordinadores). Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Trabajo realizado por el Equipo de investigación sobre la Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas, del Programa de políticas públicas y sociales de la Universidad Pompeu Fabra. 1ª Edición. Barcelona: semfyc ediciones; 2009 (consultado 24/03/2011). Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_49401_FICHERO_NOTICIA_31035.pdf
- 10) Shipley LJ, Stelzner SM, Alter Zenni E, Hargunani D, O'Keefe J, Miller C, Alverson B, Swigonski N. Teaching Community Pediatric to Pediatric Residents: Strategic Approaches and Successful Models for Education in Community

Health and Child Advocacy. Pediatrics 2005; 115; 1150-1157. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15821300>