



Taula Rodona

La formació extrahospitalària del MIR de pediatria.

Moderador: C.A. Wennberg

Participants: J. Bras, R.M. Masvidal, J. Pericas, D. Riera.

Introducció. Breu història del Grup de Treball d'Assistència Primària de la Societat Catalana de Pediatria

Carles A. Wennberg

Vocal de Pediatria Extrahospitalària de la Societat Catalana de Pediatria

Abans d'entrar en el tema propi de la Taula Rodona que em correspon de moderar, exposaré breument la història d'aquest grup de treball que, si bé és la primera ocasió que, com a tal, es presenta en públic, porta més de quinze anys intervenint en activitats científiques i col·laborant en diverses publicacions i documents.

Tot va començar el 1974, quan el bon amic i mestre de molts, Pere Calafell, ens va convocar, un grup de professionals preocupats per les Guarderies Infantils, tant en el seu aspecte sanitari-pediàtric com en el social i educatiu, per preparar la ponència que, amb el títol "Aspectes sanitaris i pediàtrics de les Guarderies Infantils", havia de presentar-se al II Simposi Espanyol de Pediatria Social, que es va celebrar a Valladolid pel setembre d'aquell any.

A partir d'aquell bescanvi de coneixements i experiències, es van succeir reunions més o menys periòdiques, primer de manera informal, com ja es venien fent des de feia molts anys a casa del Dr. Calafell, i després de manera més institucionalitzada, un vespre

cada mes als locals de la Societat Catalana de Pediatria.

Des de fa deu anys, aquestes reunions de treball s'han mantingut ininterrompidament. Quan un tema s'ha considerat, de moment, esgotat, se n'ha procurat iniciar un de nou, sempre amb la preocupació i el desig d'influir amb criteri professional en la qualitat i el millor rendiment de l'assistència primària pediàtrica. Això ha condicionat un grau considerable de variabilitat en els components del grup; mentre uns han mantingut el caliu per a la seva continuïtat, d'altres, considerant-se més experts en alguna matèria, han col·laborat solament el temps que ha ocupat el treball que els motivava. Això ha permès la renovació contínua del grup amb l'obertura, profitosa i imprescindible, a les noves generacions de pediatres.

El llarg període dedicat a les guarderies va iniciar la seva progressiva culminació pel desembre de 1982 amb la ponència "Una visió pediàtrica de les guarderies", desentrotllada a la I Reunió Luso-Hispana de Pediatria Social, celebrada a Lisboa, la qual serviria de base per a la redacció, el desembre de 1983, de les "Orientacions sanitàries per a les llars d'infants", que van ser publicades, per l'abril de 1985, per la Direcció General de Promoció de la Salut del Departament de

Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, i que encara avui suposen un document informatiu d'utilitat per al personal docent no sanitari i educadors en general.

En no existir res, o gairebé res, legislat sobre la Normativa de guarderies, el nostre treball va constituir una aportació important per a l'elaboració per part de l'Administració autonòmica de la "Normativa sobre Llars d'Infants", recollida en decrets, ordres i resolucions sobre l'actuació educativa, social i sanitària amb infants fins als sis anys, publicats al DOG des de l'abril del 82 fins al setembre del 84.

En el número monogràfic sobre Llars d'Infants del Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria, corresponent a juliol-agost de 1985, hi ha publicats íntegrament tots els treballs exposats. Amb això, i fins a noves aportacions útils, el tema de Guarderies va quedar conclòs.

Des de l'any 1984, i especialment durant els cursos 1985-86 i 1986-87, es va treballar en l'elaboració de la "Història Clínica Pediàtrica", necessària per a la seva homologació en l'Assistència Pública, i en la "Taula de Promoció de la Salut", que en venia a completar el seguiment. Simultàniament, la Societat Catalana de Pediatria publicava el "Manual", per a l'ús tant de la Història Clínica com de la Taula de Promoció de la Salut. L'ICS va aprovar, en el seu dia, la Història Clínica per incloure-la com a "Full Pediàtric" entre els documents homologats d'ús en els Centres d'Assistència

Primària.

Durant els cursos 1987-88 i 1988-89, el nostre grup ha estat treballant en els continguts de la Taula Rodona que avui ens ocupa. Amb la incorporació i la col·laboració de companys integrats en Centres d'Atenció Primària, ens va anar entrant la inquietud i la responsabilitat, que com a pediatres extrahospitalaris ens correspon, de la docència en l'especialitat de Pediatria. Així, doncs, ens hem reunit en aquesta Taula Rodona per exposar-hi el que en aquests darrers anys hem anat elaborant i redactant, com "Orientacions per a la docència extrahospitalària en els Centres d'Atenció Primària: Per a uns criteris d'acreditació docent".

Com indica el títol, no es tracta de presentar un model sinó simplement d'oferir unes orientacions, una pauta d'estudi, que, juntament amb experiències que s'hagin efectuat i amb el que avui aquí puguem proposar i discutir, permetin concretar unes conclusions per ser presentades al Comitè corresponent de la Junta de l'AEP i, d'aquesta, als alts estaments executius: Comissió Nacional d'Especialitats, Ministeri de Sanitat i Ministeri d'Educació.

Desitgem que l'esforç tenaç i profund del treball que a continuació exposaran els ponents sigui el començament d'una font inesgotable de diàleg, de projectes i de realitzacions en l'interessant i trascendental tema de la formació extrahospitalària del futur especialista en Pediatria.

Experiències en docència de pediatria extrahospitalària

J. Bras

CAP Municipal de Peracamps

Introducció

La immensa majoria d'actes pediàtrics es fan actualment fora dels recintes hospitalaris i la tendència a reduir hospitalitzacions continuarà previsiblement, tant per raons epidemiològiques com psíquiques i, evidentment, econòmiques.

Fa un any, tres metges dels Estats Units (Reuben, McCue i Gerbert)¹, referint-se globalment a la docència en assistència primària, escriuen amb accent polèmic que "davant el desfasament existent entre els Programes de Residència i la pràctica clínica real, haurem de decidir si aquests Programes es destinen a cobrir les necessitats dels residents o bé a cobrir les necessitats dels Hospitals docents i del seu professorat".

El Dr. J. Strain, de la Universitat de Rochester (Nova York), comenta² que a l'any 2000 sobraran als EEUU uns 70.000 metges, entre ells el 12% dels pediatres actuals, fonamentalment subespecialistes. I a més considera dubtós que els pediatres, afectuosament anomenats "baby doctors", estiguin preparats per treballar amb els adolescents o amb l'anomenada "nova morbiditat".

Fora dels hospitals, en l'ample món, la Pediatria encara se sent jove i sola i cerca una altra paraula que l'acompanyi i la delimiti. I sorgeixen diverses denominacions: Pediatria ambulatoria, primària, extrahospitalària, de base, Pediatria General, comunitària, social... Però potser hi cabria la possibilitat d'economitzar adjectius i de definir-la simplement com a Pediatria.

Les característiques principals que defineixen aquesta Pediatria, segons va pu-

blicar el 1978 l'Institute of Medicine, de Washington³, són:

1. Accessibilitat, tant geogràfica com temporal i econòmica, i acceptabilitat psíquica i social.

2. Integralitat, amb voluntat de percebre i d'acollir tots els problemes que presenten als usuaris, i capacitat per manejar-ne la major part.

3. Coordinació dels serveis, tant mèdics especialitzats com d'altres disciplines, que necessiti l'atenció sanitària.

4. Continuitat del servei al llarg del temps.

5. Responsabilitat, la qual cosa implica la revisió i l'avaluació periòdiques del procés i dels resultats dels serveis.

Els continguts predominants de l'actual pràctica pediàtrica ambulatoria, i que per això han de ser objectius importants de l'Ensenyament de la Pediatria, són els següents:

1. Des de l'embaràs fins a l'adolescència: consell, guia anticipatòria, valoració del desenvolupament, diagnòstic precoç i despatxatge, consulta per problemes aguts comuns.

2. En pacients crònics i disminuïts: seguiment, suport i consell familiar, consell genètic.

3. Problemàtica biosocial: escolar, esport i lleure, alcohol, tabac i drogues, sexualitat, adolescència, problemes de dinàmica familiar, separació i divorci, maltractaments, malaltia greu o mort d'algun familiar.

4. Problemàtica psíquica: depressió, fòbia escolar, conversió, desaprenentatges.

5. Problemes de nutrició i alimentació,

odontologia, ORL i llenguatge, ortopèdia, dermatologia i al·lèrgologia.

6. Tècniques d'entrevista i comunicació, el maneig telefònic, control de les sensacions pròpies en l'actuació mèdica.

7. El treball en equip i la coordinació amb altres serveis.

Experiències docents a Espanya

A Catalunya, la primera notícia de formació pediàtrica continuada, amb gran incidència en els aspectes no-hospitalaris, és la de Barcelona: des dels anys cinquanta es reuneixen periòdicament un grup de pediatres en el domicili del doctor Pere Calafell, estimat mestre i amic, per actualitzar-hi els seus coneixements i bescanviar les seves opinions, anàlisis i actituds. El grup va anar augmentant i els seus membres contenen que les sessions es van anar ampliant fins que es van haver de fer amb la porta del domicili oberta i amb uns quants pediatres asseguts a l'escala.

Posteriorment destaca la figura del Dr. Francesc Prandi, amb els seus vint anys de Cursos de Pediatria Extrahospitalària a l'Hospital de Sant Rafael.

El Prof. Josep Llorens, de Barcelona, des dels anys 70 ve concertant amb pediatres ambulatoris, públics i privats, la realització de períodes mensuals de pràctiques per als seus alumnes de Pediatria.

A Madrid, la Ciutat Sanitària "La Paz" compta amb la primera Unitat de Pediatria Social existent a Espanya, que dirigeix i impulsa el Dr. García Caballero.

A Pamplona, el Prof. Villa Elízaga dirigeix un Programa de Formació Continuada en Pediatria destinat a pediatres ambulatoris.

A Tenerife, el Prof. Trujillo-Armas va iniciar, a finals dels anys setanta, els Cursos de Pediatria Social, a l'Escola Departamental de Pediatria⁴.

(Per breuetat, ometem més exemples, que no per això revesteixen menys importància).

La Secció de Pediatria Extrahospitalària de l'AEP compta actualment amb més de 1.800 associats, entre els quals hi ha uns quants grups provincials actius de pediatres, i amb això els Cursos de Formació Continuada en Pediatria, a les diverses comunitats autònomes, es van enriquint en continguts d'Assistència Primària.

Experiències docents a Europa

La nostra informació quant als països de l'anomenat "Bloc de l'Est" és lamentablement precària.

A la Gran Bretanya recordem George Armstrong, Catedràtic de Pediatria de Londres, qui va iniciar el primer dispensari de Pediatria del món. També citarem les figures de H. Jolly⁵ i D. Morley, promotors de la formació en "Pediatria Total" o integral. Actualment sembla que va en augment la presència dels pediatres en el nivell primari d'assistència, perquè s'accepta la seva millor formació, amb millor actitud en la prevenció i el control del desenvolupament, i també en l'educació sanitària continuada de la família².

A França destaquem el protagonisme indiscutible del Centre Internacional de la Infància, dirigit pel Dr. Manciaux, i amb el record de la Dra. N. Masse.

Hi destaca també la figura del Prof. J. Sénecal, qui el 1983 assenyalava com a problemes de la Pediatria Extrahospitalària⁶ els següents:

1. Els estudiants no volen sortir dels hospitals.
2. Als professors no els interessa el que és extrahospitalari.
3. Els professionals dels Centres d'Atenció Primària no tendeixen a acollir bé ni els estudiants ni els seus tutors.

I suggeria:

1. Cal motivar els professors i els estudiants introduint des del començament estudis de salut pública, epidemiologia i medicina preventiva.
2. Que hi hagi professors al càrrec de

Centres d'Atenció Primària o de zones.

3. No és desitjable crear centres privilegiats (docents o universitaris), sinó que han d'usar-se els Centres reals del país.

4. El personal docent ha de participar i ha de dirigir l'ensenyament, cobrant suplements, i se li ha d'exigir formació permanent a la Facultat.

A Suïssa, a Lausana, el Prof. C. Godard, en col·laboració amb P. Girardet, inicien un programa de Cursos de Pediatria Ambulatoria, dirigit a estudiants pregraduats i residents.

A Itàlia l'Associazione Culturale Pediatri reuneix 200 pediatres extrahospitalaris de 13 grups per a la formació continuada i la investigació. Amb el Dr. G. Tamburlini, de Triestre, el seu principal promotor i dinamitzador, hi coincidim substancialment quan analitza les necessitats de formació del pediatre generalista⁷ i prioritza tres aspectes:

1. La tasca pediàtrica actual implica major assessorament psicològic i intervencions més complexes, amb capacitat de comunicació i interacció amb el sistema familiar.

2. La pedagogia és una ciència que s'ha d'aplicar, actualitzada, a la docència de la Pediatria: el simple trasllat de l'ensenyament a edificis o professionals extrahospitalaris no garanteix una qualitat d'aprenentatge de la Pediatria Extrahospitalària. El personal docent no s'improvisa: requereix una formació específica, un interès docent i una capacitat pedagògica. Urgeix la creació de tallers de formació de formadors. Possibles objectius educatius bàsics: Problemes comuns, problemàtica psíquica, medicina preventiva, i gestió, docència i investigació.

3. La pràctica de la pediatria extrahospitalària ha d'organitzar-se de manera que procuri la formació permanent mitjançant programes d'actualització i activitats de sensibilització (investigació, grups Balint). Cal que el treball quotidià sigui "refrescant", que exigeixi formació i l'estimuli. Per a això el treball en equip és un bon marc.

Experiències docents als Estats Units

L'experiència de la Pediatria Ambulatoria als Estats Units sorprèn pel volum i la qualitat dels seus treballs. Qualsevol europeu pot quedar astorat en comprovar la magnitud que hi aconsegueix el desenvolupament d'aquesta disciplina. Intentarem de fer un resum molt sumari:

El 1961, fa 28 anys, es va fundar l'Ambulatory Pediatric Association.

El 1967, el Prof. W. Nelson, de Pennsilvania, refereix⁸ l'augment percentual de l'assistència a crònics i disminuïts, la supervisió de processos lleus i la guia de les mares. Per això preconitza el treball en equip multidisciplinari.

El 1968, Haggerty, a Nova York, assenyalava els problemes en l'ensenyament de l'Atenció Comunitària Integral⁹.

També destaca: 1. La rigidesa de les institucions. 2. La falta d'educadors apropiats. 3. La falta de motivació per als sofriments no-orgànics. I 4. La falta de dades sobre els resultats de l'assistència.

Durant el curs 1970-71 ja es van desenvolupar als Estats Units 59 programes de formació (fellowships) en Pediatria Ambulatoria, en què van participar 104 metges. La seva durada era d'1 a 2 anys, i el finançament provenia del Govern Federal i dels diferents fons hospitalaris. Els directors docents provenien, en la seva major part, de centres hospitalaris universitaris, però ja n'hi va haver molts de procedents de Centres de Salut. Els cursos es feien en instal·lacions ambulatories.

Davant de la multiplicació espontània de cursos, el Comité de Fellowships de Pediatria Ambulatoria de l'Ambulatory Pediatric Association va aprovar, el maig de 1973, unes "Normes per a Models i Continguts en Cursos de Pediatria Ambulatoria", especificant-hi durada (mínima 1 any, recomanada 2 anys) i continguts assistencials, docents i

d'investigació¹⁰.

Des de 1971, a Montefiore (Nova York) s'està desenvolupant un Programa de Medicina Social¹¹ que consideren bàsic per a les tres especialitats que exerceixen l'atenció primària (Medicina Interna, Medicina Familiar i Pediatria). Inclouen quatre vessants d'estudi: 1. El sistema sanitari. 2. La comunitat i la seva organització. 3. Investigació i avaluació i 4. Educació i ensenyament.

El 1979, L. Greenberg a Washington i K. Reeb a Cleveland consoliden l'entrada de consultoris pediàtrics privats a la xarxa docent dels programes de formació^{12,13,14}. En períodes no inferiors al mes, els residents de segon i tercer any acudeixen cinc hores setmanals a un gabinet privat. Interessa al resident (ja que en la seva major part faran pediatria privada i així comencen a conèixer aquesta realitat) i interessa al pediatre en mantenir-se estimulat, connectat i participant en l'activitat hospitalària, i rebent així crèdits per a la seva recertificació. Els pediatres són seleccionats pel Programa de Residència i cobren per la seva activitat docent.

El 1983, W. Daeschner, de Galveston, assenyalava¹⁵: "Abans s'ensenyava Pediatria terciària als residents, i així els nous pediatres estaven poc qualificats en àrees d'atenció primària". Analitzant els seus currículums hi van desenvolupar la Pediatria Primària: com que l'American Board of Pediatrics posa l'èmfasi en "allò que ha de fer" un pediatre, més que no pas en "allò que ha de saber", els objectius docents no s'esgoten en els coneixements, sinó que es consideren també aprenentatges les habilitats, actituds i hàbits positius, i també la capacitat de judici clínic. Degut a això es va considerar oportú que els residents seguisin al llarg dels tres anys els seus "pacients privats", sempre sota la supervisió del pediatre docent. I per evitar la decantació excessiva vers la problemàtica hospitalària van dedicar sis mesos exclusivament a l'atenció primària, posant especial

èmfasi en l'educació sanitària, el desenvolupament infantil, la sanitat escolar, el treball comunitari, urgències i la supervisió de l'hospitalització dels seus "pacients privats". Aquesta "immersió de sis mesos en atenció primària" va revelar que augmentava la destresa davant dels problemes i l'habilitat a manejar els recursos socials, i també la motivació per a la pediatria primària.

L'avaluació dels residents pel que fa a hàbits, actituds, habilitats i tècniques és molt més complexa que l'avaluació de coneixements, i el mateix procés d'avaluació pot ser formatiu en indicar sobre la marxa les desviacions observades i aconsellant les correccions oportunes¹⁶.

Kairys i Newell, de New Hampshire, publiquen el 1985¹⁷ la marxa satisfactòria d'un Programa de Residència en Atenció Primària Pediàtrica en medi rural, al llarg de tres anys, per a quatre residents nous cada curs. El programa es distribueix en sis consultoris comunitaris, amb el seu corresponent pediatre docent.

Un altra experiència que considerem de gran interès la constitueix el Programa de Formació en Malalties Cròniques, desenvolupat a Michigan, sota la direcció de la Dra. B. Desguin¹⁸. Cita, com a principals objectius docents a transmetre:

1. L'impacte al llarg del temps de la malaltia en l'infant, la família, els professionals i l'entorn social.
2. El maneig en l'atenció primària dels pacients crònics.
3. Coordinació amb altres serveis personals i la família.
4. Actituds i valors relatius al suport de l'autonomia del pacient i la seva família.
5. Avaluació de l'efectivitat i els èxits terapèutics, basada en la millora o estabilització funcional.

En aquest programa es destina un bloc mensual en cada curs per als problemes crònics.

El 1978, el Grup de Treball (Task Force)

sobre Educació Pediàtrica dels Estats Units va publicar un document important: "El Futur de l'Educació Pediàtrica"¹⁹, del qual destaquem cinc punts:

1. Les recomanacions sobre la política nacional d'avaluació periòdica de l'estat de salut i de les necessitats dels infants i els adolescents. L'educació pediàtrica i la planificació dels recursos. La durada de la Residència en Pediatria, mínima de 36 mesos, amb capacitació en aspectes biomèdics i biosocials d'infants i adolescents.

Els Programes de Residents, que han de ser flexibles i atorgar progressius nivells de responsabilitat. L'educació ha de fer-se en el marc hospitalari, ambulatori i comunitari.

Ha d'insistir-se en el concepte de treball en equip de salut, en contacte amb infermeria i altre personal auxiliar.

Els pediatres han d'assumir la responsabilitat de desenvolupar un pla personal d'educació permanent i les institucions docents hauran de brindar oportunitats per a la formació continuada, incrementant l'accent dels aspectes de l'entorn biosocial en els programes.

Els pediatres haurien de col·laborar amb els Metges de Família i altres professionals sanitaris en la formació de personal en el Programa de Medicina Familiar, destinant un mínim de sis mesos a la formació pediàtrica, centrada en les necessitats d'atenció primària.

2. La definició de les principals necessitats de salut en les diferents edats pediàtriques, des de l'atenció prenatal fins a l'adolescència.

3. Exposar aspectes habitualment pitjor tractats en els programes de Residència, com són l'obtenció de la història clínica, la realització de l'exploració física, les habilitats de comunicació, les tècniques de consell i el coneixement de la promoció de la salut.

4. Emfasitza la necessitat d'investigació en l'atenció primària i això obliga a no sobrecarregar de treball assistencial els docents i els residents, perquè llavors es fa una

mala formació i una assistència incorrecta.

5. Afirmar la necessitat d'avaluar periòdicament la capacitat docent dels pediatres educadors. I reconeix que la docència constitueix el principal estímul per la formació continuada.

El 1984, a Pediatrics, Weinberger i Oski, de Nova York, afirmen que als cinc anys de la publicació d'aquest informe s'han observat certament pocs canvis quan a l'hospitalocentrisme dels programes de residència, per bé que han augmentat la seva dedicació a l'adolescència²⁰.

L'últim document d'importància de que tenim notícia el constitueixen les "Orientacions Docents per a la formació en Pediatria Ambulatoria", del Comitè Docent de l'Ambulatory Pediatric Association, editat el 1984²¹. Detalla tots els objectius docents específics i orienta per a cadascun d'ells els seus mètodes d'aprenentatge i avaluació. Considera que la pediatria inclou dues facetes d'igual interès: el coneixement del procés de creixement i desenvolupament, físic i psíquic, amb els seus rangs de normalitat i la seva patologia, i també el coneixement i les habilitats en el maneig del funcionament familiar i dels recursos socials per a l'ajuda de membres disminuïts o amb problemes.

Citarem, finalment, altres experiències d'educació mèdica en què s'inclou la pediatria.

Des de 1970 es realitzen programes combinats de Medicina Interna i Pediatria (es diferencien dels de Medicina Familiar en el fet que aquests darrers amplien més els apartats de cirurgia i tocoginecologia). Aquests combinats s'enfoquen vers l'atenció primària i duren quatre anys. El 1988 es feien 76 programes amb 232 places^{22,23,24}.

Els programes de Medicina Social de Montefiore (Nova York), que hem citat abans, actualment també s'imparteixen a Albert Einstein (Nova York), Harvard i Washington^{25,26}. Aquests programes de Medicina Social són compartits per les tres

disciplines bàsiques de l'atenció primària (Medicina Interna, Medicina Familiar i Pediatria) i afirmen que la convivència entre alumnes de diversa procedència i sensibilitat enriqueix el procés educatiu, tant en les presentacions de casos com en seminaris i grups de discussió, i creuen observar el sorgiment d'un nou model d'atenció primària, més complet.

A nivell organitzatiu, la realització de pràctiques en un ambulatori mixt afegeix economia de transports, de dotació docent, de mètodes de supervisió, afavoreix les reunions conjuntes i el contacte conjunt amb les famílies usuàries.

Des de 1985 se citen algunes experiències de Residència combinada en Pediatria, Psiquiatria i Psiquiatria Infantil.

Comentaris

Aquesta panoràmica ens suggereix les observacions següents:

1. La xarxa sanitària i els seus recursos docents han de respondre a les necessitats sanitàries reals de la població. Quan això no passi, s'hauran d'estudiar les discordances i les seves possibles causes i vies de solució.

2. Les relacions entre Universitat, Hospitals, Centres d'Assistència Primària, pediatres i altres recursos docents i socials han de ser més intenses i flexibles.

3. El personal docent, tant hospitalari com ambulatori, hauria de tenir garantida i exigida la seva pròpia formació continuada,

mèdica i pedagògica. Aquest pot ser un dels primers problemes en la posada en marxa de la formació extrahospitalària en Pediatria.

4. L'estructuració dels currículums de formació ambulatoria en Pediatria ha de garantir uns objectius docents mínims, però no ha de paralitzar-se la posada en marxa d'aquesta millora fins a aconseguir unes propostes teòriques òptimes.

5. L'eficàcia dels Programes Docents s'ha de valorar periòdicament, tant en la seva vessant sanitària com pedagògica.

6. La formació permanent i la investigació en Pediatria Primària són dues necessitats imperioses, tant per a la població com per als professionals, i així s'ha de transmetre als futurs residents.

7. El mètode d'avaluació condiciona gairebé tant el procés d'aprenentatge com el mateix disseny curricular o de continguts. No ha de continuar essent un simple apèndix burocràtic.

9. A la resta de països europeus encara persisteix el greu problema del dèficit de formació en Pediatria real, suplantada per la quasi exclusiva formació en Pediatria hospitalària. En això som europeus.

8. El diner no ho és tot, però ajuda. El personal ha de poder prestar una dedicació correcta a la seva funció docent o discent. Així es rendibilitzaran millor els recursos sanitaris disponibles al país.

10. Ens podem preguntar si el país es pot permetre el luxe de formar bé els seus pediatres. I també si es pot permetre el luxe de no fer-ho.

Bibliografia

1. Reuben DB, McCue JD, Gerbert B. The residency-practice training mismatch. A primary care education dilemma. Arch Intern Med 1988; 148: 914-9.
2. Hoekelman RA, Klein M, Strain JE. Who should provide primary health care to children: pediatricians or family medicine physicians? Pediatrics 1984; 74: 460-77.
3. Institute of Medicine: Report of a study: A Manpower Policy for Primary Health Care. Washington, DC, National Academy of Sciences, IOM Pub No 78-02, 1978 may.
4. Trujillo Armas R. Apuntes para una planificación de la Enseñanza de la Pediatria



- Social al postgraduado en España. Rev Sanid Hig Pública. 1979; 53: 91-109.
5. Jolly H. Pediatrics in Great Britain. An expository description and some personal views. Clin Pediatr (Phila) 1969; 8: 540-2.
6. Sénécal J. Collaboration des Facultés de Medecine et des services de santé pour l'enseignement de la Pédiatrie Preventive et Sociale. Br J Med Educ 1983; 7: 124.
7. Tamburlini G. Importància de l'ensenyament de la pediatria extrahospitalària en la formació de l'especialista en pediatria. But Soc Cat Pediatr, 1989; 49: 25-36.
8. Nelson W. On the changing patterns of pediatric practice. Acta Paediatr Scand 1967; P:Suppl 172: 170+.
9. Haggerty RJ. Problems of teaching comprehensive community care. Am J Dis Child 1968; 116: 509-16.
10. Heagarty MC, Fischbarg Z. Ambulatory pediatrics fellowship programs. Am J Dis Child 1975; 129: 29-31.
11. Boufford JL. Primary care residency training: the first five years. Ann Intern Med 1977; 87: 359-68.
12. Greenberg LW. Teaching primary care pediatrics to padiatric residents through an office rotation. J Med Educ 1979; 54: 340-342.
13. Greenberg LW. The role of the practicing pediatrician in resident education. Pediatrics 1980; 65: 1173-4.
14. Reeb KG. Education of residents in the pediatric office. Pediatr Clin North Am 1981; 28: 601-15.
15. Daeschner CW Jr. Education for primary care of children. A report to Abraham and Mary Jacobi. Am J Dis Child 1983; 137: 566-71.
16. Thal SE, Sheehan TJ. Evaluating a Residency program in primary care pediatrics J Med Educ 1986; 61: 766-8.
17. Kairys S, Newell P. A rural primary care pediatric residency program. J Med Educ 1985; 60: 786-92.
18. Desguin BW. Chronic illness in children. An educational program for a primary care pediatric residency. Am J Dis Child 1986; 140: 1246-9.
19. Task Force on Pediatric Education. The future of pediatric education. Evanston, AAP, 1978.
20. Weinberger HL, Oski FA. Examen de los programas de formación de residentes de Pediatría cinco años después del informe de la Task Force on Pediatric Education. Pediatrics (ed esp) 1984; 18: 279-83.
21. The education committee of the Ambulatory Pediatric Association. Educational Guidelines for training in general/ambulatory pediatrics 1984.
22. Peterson SE, Goldenberg K. Survey on combined residency programs in internal medicine and pediatrics on curricula. J Med Educ 1987; 62: 732-7.
23. Middelkamp JN. Programas combinados de formación en Medicina y Pediatría. Pediatrics (ed esp) 1989; 28: 21.
24. American Board of Internal Medicine y American Board of Pediatrics. Normas para los programas de formación en Residencias combinadas en Medicina Interna y Pediatría. Pediatrics (ed esp) 1989; 28: 75-78.
25. Colwill JM. Primary-care education in multiple specialties: dilemmas and oportunities N Engl J Med 1978; 299: 657-60.
26. Strelnick AH. Graduate primary care training: a collaborative alternative for family practice, internal medicine and pediatrics. Ann Intern Med 1988; 109: 324-34.



Aspectes del programa docent

R.M. Masvidal

CAP de Castelldefels del ICS.

El programa docent del Resident de Pediatria realitzat fora de l'hospital durant el període d'un any ha d'estar degudament integrat i coordinat en els quatre anys de formació de Pediatria, tenint cura dels seus continguts i especificant-los bé, amb la finalitat de no caure en repeticions innecessàries i fent més rendible i fructífer tant a nivell científic com humà tot el període de residència.

Els temes que, perquè són eminentment extrahospitalaris, creiem que han de formar part del programa docent teòric-pràctic són els següents:

Història clínica en assistència primària

Té certes característiques que la diferencien de la història clínica hospitalària, ja que s'ha de donar gran importància no solament a antecedents patològics sinó també a factors socio-culturals i psicològics i s'ha de seguir un registre particular on constin factors de risc, controls periòdics del nen sa, etc.

Patologia orgànica pediàtrica

Coneixement i estudi d'aquelles patologies que l'experiència indica que rarament són estudiades a l'hospital, ja sigui per la seva "banalitat", ja sigui perquè pràcticament mai no poden ser vistes en el medi hospitalari, o aquelles que per al seu diagnòstic i tractament necessiten les característiques pròpies de l'assistència primària:

-Patologia del noutat i del lactant petit: obstrucció nasal, onfalitis, granuloma umbilical, dermatitis de l'àrea del bolquer, crosta làctea...

-Patologia predominant del lactant grandet i del nen: rinitis, dolor faringi, otitis

serosa, impetigen, sarna, pediculosi, eritema solar, conjuntivitis, mussol, oxiuriasi, tractament dietètic de diarrees i estrenyiment, el nen que "no menja"...

-Patologia predominantment de l'adolescent: acné, dermatitis seborreica, del cuir cabellut, balanitis, vulvovaginitis, dismenorees...

-Maneig extrahospitalari del nen amb malalties cròniques i del nen amb deficiències físiques o mentals.

Pediatria preventiva

-Alimentació i nutrició.

Lactància materna: importància, instauració, problemes en el seu curs, contraindicacions.

Dietètica del preadolescent i de l'adolescent.

Pràctiques alimentàries no convencionals.

-Exploració i seguiment del creixement i desenvolupament i estat de salut del noutat, lactant, nen i adolescent normals.

-Exploració i control del nen i adolescent esportista.

-Higiene mental del nen i de l'adolescent: son, hàbitat, robes...

-Higiene mental: normes educatives bàsiques; actituds preventives enfront de l'encopresi, enuresi, gelosia; el joc i el lleure.

-Identificació dels factors de risc físics, psíquics i socials.

-Tècniques de *screening*: visual, auditiu, metabòlic, tumoral, ortopèdic, infeccions.

-Prevenió de les malalties més prevalents: infeccioses (amb una dedicació especial a les vacunacions); càries dental; obesitat; accidents; drogodependències; malalties cardíaco-vasculars...

Psicologia

Els coneixements psicològics són cada dia més importants en el nostre treball, les consultes pertanyents a aquest apartat augmenten cada dia, la societat en general i els pares en particular es preocupen cada cop més dels problemes psicològics dels seus fills, i a més s'ha de reconèixer la importància social i humana d'aquests temes. Així, el resident ha d'adquirir coneixements de:

- Desenvolupament psicològic normal del lactant i del nen.
- Psicologia de l'adolescent.
- Dinàmica de grups. Dinàmica familiar. Dinàmica escolar.
- Relació pediatre-nen, pediatre-adolescent, pediatre-pares.
- Problemes més freqüents del nen i de l'adolescent: diagnòstic i tractament.
- Malalties psicossomàtiques més habituals i el seu abordatge.
- Problemàtica psicològica del nen malalt crònic i del nen deficient, i de la seva família.

Mètodes i tècniques d'educació sanitària

L'educació sanitària ha de ser una de les funcions més importants del pediatre d'assistència primària.

Mètodes d'investigació en assistència primària

El Resident de Pediatria ha d'adquirir coneixements per poder realitzar investigació en assistència primària. Per això cal que adquireixi coneixements de:

- Estadística
- Epidemiologia
- Estudis de salut comunitària
- Disseny i valoració de programes preventius
- Informatització i sistemes de registre

Medicina comunitària

El pediatre en formació ha de saber que treballarà en una comunitat i que hi ha una interacció molt important entre comunitat i salut; per tant, li seran d'utilitat coneixements sociològics bàsics d'incidència en el tenir cura de la salut.

Economia de la salut

Dins de la societat actual, el metge ha de tenir coneixements que l'ajudin a ser un bon administrador dels recursos econòmics dedicats a la Sanitat. Certs conceptes com rendibilitat, eficàcia i eficiència no han de ser estranys al professional sanitari, i és responsabilitat del pediatre d'assistència primària la bona administració dels recursos que li corresponen en l'àmbit sanitari.

Autoauditories

El pediatre d'assistència primària hauria de saber portar un control de qualitat assistencial, encara que només fos a nivell bàsic.

Actituds, valors i normes

De la mateixa importància que aquest programa teòric-pràctic és l'ensenyament d'actituds, valors i normes, imprescindibles per a una bona pràctica extrahospitalària:

-Recalcar la importància de la pediatria preventiva, amb la total assumpció del principi: "Val més prevenir que no pas guarir".

-Ensenyar a treballar en equip, no solament amb els companys del mateix centre de treball, sinó també amb els pediatres hospitalaris, altres especialistes mèdics, assistents socials, mestres... per aconseguir la meta d'una major salut, tant física com psíquica, per a la infància.

-Ensenyar que la investigació és també pròpia de l'assistència primària; potser de resultats menys espectaculars, però no per això menys útils.



-Ensenyar a acceptar les limitacions que imposa la pràctica extrahospitalària de la pediatria, en la qual moltes vegades s'ha d'actuar d'entrada pel diagnòstic més probable, i no pel diagnòstic segur, que donaria complicats i cars mètodes de diagnòstic.

-Educar en una actitud de servei vers el nen, qui no serà vist com "una patologia", sinó com un ésser humà en el qual influeixen factors personals, familiars i socials, i del qual el pediatre ha de ser sempre defensor.

-Educar en el respecte als qui tenen cura del nen, als quals també estan destinats els nostres serveis i que són les nostres fonts d'informació, plasmadors dels nostres consells i, moltes vegades, éssers humans aclaparats per la seva responsabilitat.

-Educar en una actitud ètica i humanística que, per bé que necessària en tota pràctica de la medicina, és potser en la pràctica extrahospitalària on més s'ha de reflectir.

Masvidal RM. Aspectes del programa docent. But Soc Cat Pediatr 1991; 51: 21-23

Aspectes d'organització. El resident de pediatria i el centre docent

J. Pericas

CAP La Mina del ICS

El marc ideal per a la formació extrahospitalària del resident de pediatria és el Centre de Salut o Centre d'Assistència Primària (CAP).

Creiem que la durada de la rotació del resident pel Centre Docent hauria de ser d'un any, o d'un curs lectiu com a mínim, amb dedicació plena al centre i participació en totes les seves activitats. El resident hauria d'adquirir progressivament, integrant-se en l'Equip d'Atenció Primària i així en el CAP, responsabilitats i autonomia creixents, coneixements i habilitats tècniques.

Proposem que sigui el segon o tercer any de residència el destinat al CAP, ja que el primer serveix de contacte amb l'hospital i la pediatria en general i per adquirir els coneixements i habilitats bàsics, mentre que el quart generalment el dedicarà a tasques hospitalàries de major sofisticació i responsabilitat, iniciarà la seva especialització, si s'escau, i podrà no interrompre el seu contacte amb l'hospital si té la intenció i

les possibilitats de continuar vinculat d'alguna manera al centre hospitalari o a un dels seus serveis o consultes d'especialitat.

Al respecte, no exclouem tampoc que si el resident trïa l'opció professional de l'assistència primària o especialitat eminentment extrahospitalària, com poden ser la pediatria social, la medicina escolar i tantes d'altres, dediqui també part del quart o el cinquè any de residència (anys d'especialització) a l'àmbit extrahospitalari, ja sigui en el CAP o en altres centres, institucions o col·lectius, si així cal o és preferible per a la seva formació.

No s'exclou tampoc que part de la seva rotació pel CAP, temporalment o a temps parcial, tingui lloc en un altre àmbit, sense perdre la seva dependència del CAP, funcional i administrativa, ni la coherència del seu programa de formació.

Un tema que caldrà discutir, i en què es pot arribar a diverses solucions en diferents casos, és el de les guàrdies, que en els

residents tenen una doble implicació. Per una part, són importants per a la seva docència, intra i extrahospitalària. Per una altra, la dotació econòmica de les guardies constitueix una part important dels ingressos dels residents. A més, independentment que hi estiguem o no d'acord, som conscients que molts hospitals necessiten dels residents, ara per ara, per poder cobrir les necessitats assistencials dels seus serveis d'urgències. Si en el CAP existeixen torns de guàrdia o assistència continuada, cal definir, potser localment, com hi participarà el resident. Aquesta seria potser una via d'evitar la lesió del legítims interès econòmic dels residents i d'arrodonar el seu programa docent. En centres en què no existeixin torns de guàrdia o d'assistència continuada, generalment centres urbans o grans nuclis de població, en els quals també es troben els hospitals que tenen assignats els residents, creiem que podrien continuar fent les seves guardies de l'hospital d'origen, cosa que potser seria convenient per a les dues parts.

La pràctica de la pediatria en un CAP docent ha d'englobar cinc àmbits d'activitat que s'organitzaran aplicant localment els següents criteris generals, amb les modificacions que calgui fer en funció de les característiques específiques del CAP, les seves possibilitats, dotació de personal i equipament. Considerem, però, que les condicions mínimes acceptables per a una docència seriosa no haurien d'allunyar-se gaire "a la baixa" d'aquesta proposta.

Activitat assistencial

Repartida entre visites en consulta (espontània i programada), a domicili i urgències, ocuparà un 60% del temps de dedicació al CAP, per part de tot el personal, inclòs el resident, amb les excepcions que puguin considerar-se.

L'equip d'Atenció Primària (EAP)

Format pel pediatre i la infermera pediàtrica, l'activitat dels quals caldrà anar concretant, des d'uns mínims establerts per a cada un, segons la dinàmica de cada CAP, constitueix l'equip assistencial bàsic, al qual s'incorporarà el resident de pediatria, ja que considerem que és en aquest marc on millor podrà aprofitar la seva rotació pel Centre de Salut. Compartir les seves tasques assistencials, docents i de recerca, complementat això amb les activitats de tipus teòric i pràctic que es programaran a nivell de centre, constitueix l'eix del seu programa.

La funció del pediatre inclou la direcció diagnòstica i terapèutica, i també el disseny i la realització de programes assistencials, l'assistència íntegra en cas de malaltia, i la promoció de la salut, des del període prenatal fins a la joventut.

Entenem que cal que comparteixin i es distribueixin entre els diferents membres de l'EAP, inclosos ací, si s'escau, el resident de pediatria i, eventualment, l'estudiant de medicina o d'infermeria:

- La realització i el manteniment de la història clínica, les mesures i tècniques diagnòstiques i terapèutiques, i les diferents modalitats de l'assistència, incloses les visites a demanda, espontànies, programades, urgents, domiciliàries i l'atenció telefònica.

- L'avaluació del nen des dels punts de vista orgànic, funcional, psicosocial, familiar i en relació amb el seu entorn.

- Elecció i especificació didàctica de la terapèutica.

- Promoció de la salut i mesures preventives tant a nivell individual com col·lectiu.

- Rehabilitació i reinserció social en allò que pertorqui a l'atenció primària.

- L'educació sanitària del nen sa i els seus familiars o responsables, del pacient crònic i de la comunitat.

Activitats i responsabilitats docents i de recerca.



Altre personal del CAP

L'existència de la unitat docent implica una ampliació i modificació del tipus i característiques de feina que pot recaure en el personal no sanitari, com és el personal administratiu. Creiem que és important que se'ls reconegui aquesta realitat, com creiem que és important comptar amb un nombre, qualificació i motivació suficients d'aquest personal.

Horaris de treball

En principi, l'horari laboral del resident serà el de l'equip en què està integrat.

Es reservarà un 25-30% del temps assistencial a les visites espontànies, i un 70-75% a les programades (amb una dedicació de 15 a 30 minuts de pediatre i/o d'infermera). Es destinarà una estona cada dia per rebre consultes telefòniques.

Els domicilis espontànies, a demanda familiar, es consideren excepcionals, però es faran visites programades a domicili sempre que l'EAP ho consideri oportú. Cal que el resident participi en aquest tipus d'activitat.

L'organització i els criteris terapèutics en l'atenció als infants en cas d'urgència es decidiran a cada CAP.

La distribució diària i setmanal de la jornada laboral dels components de l'EAP amb responsabilitats docents i, per tant, també la del personal en formació, s'establirà en funció de les característiques de l'ABS i la seva població, i de les seves tasques docents i assistencials.

Els horaris d'atenció al centre s'establiran per part de l'EAP corresponent, així com el d'assistència domiciliària. Els usuaris seran degudament informats d'aquests horaris i de la manera d'accedir als diferents serveis que el centre els ofereix.

Recomanem flexibilitat en l'horari del personal implicat en tasques de docència i recerca, sempre que no suposi un perjudici

per a l'assistència a l'usuari del centre ni comporti un repartiment injust de la feina.

Programes i grups terapèutics

A part de les activitats de promoció de la salut, immunitzacions, educació sanitària, detecció de problemes de salut, alteracions del desenvolupament i creixement del nen i factors de risc, i el seguiment i control dels pacients inclosos en aquests grups de risc elevat, inherents a les funcions del CAP, es crearan programes per a les patologies predominants o que poden ser objecte d'interès preferent per treballs de recerca o en el marc de les activitats docents.

L'avaluació i monitorització de l'estat de salut de la comunitat constitueix un altre àmbit on es poden dur a terme nombroses iniciatives en forma de programes.

Salut comunitària

Les activitats dintre d'aquest àmbit inclouen l'estudi i el control evolutiu de les característiques demogràfiques i socio-sanitàries de la població assignada al CAP, la identificació i el seguiment dels problemes, grups de risc i necessitats més prevalents i urgents d'aquesta població; el disseny, avaluació i realització de programes generals i específics en les àrees assistencials i preventiva; la participació en programes encomanats per altres nivells institucionals, assistencials o docents, o en programes multicèntrics d'altre origen; i promoure la participació de la comunitat i altres institucions o col·lectius (Escoles, Ajuntaments, etc.).

Registres

-Registre de Personal: Dades personals, titulació, currículum i experiència docent i professional del Coordinador de la Unitat Docent i personal acreditat per a la docència

que hi participa; dedicació del personal a la unitat, jornada laboral i la part d'aquesta jornada de què es disposa per a activitats docents i de recerca en circumstàncies normals de funcionament del CAP, és a dir, fora de temps de vacances, etc. Relació del personal en formació, amb dades d'inici i finalització de la seva estada al CAP, activitats en què ha participat, publicacions i treballs.

-Recursos: Recomanem la pràctica d'un inventari de recursos materials de què es disposa a la unitat (aules o sales de reunions, utilitatge, instrumentació, sistemes de documentació, ordinador, mitjans audiovisuals, fotocopiadora, biblioteca, etc.) i si són d'utilització exclusiva o compartida amb altres grups. En aquest darrer cas cal fer constar les possibilitats i normes d'accés a aquests recursos per part del personal docent i en formació.

-Arxius: Històries clíniques, registres seqüencials (edat i sexe, alfabètic, numèric...), declaració de les malalties de declaració obligatòria, registre d'activitats, arxiu docent, d'imatges, de casos, de grups de risc, de vacunes, protocols, WONCA, etc.

-Registre d'activitats: Activitat assistencial (volum de la consulta espontània, programada, domiciliària i urgent). Activitats docents (temes teòrics, sessions clíniques, de pautes o protocols, bibliogràfiques, seminaris) i la seva programació. Activitats de recerca (treballs, publicacions...). Activitats en relació a la comunitat, escoles, institucions, etc. Programes generals o específics del centre o aliens, resultats i avaluació, participació del personal en formació i grau de responsabilitat.

Recomanem l'homologació dels sistemes de registre d'ús habitual per part de la Comissió Assesora per tal d'homogenitzar en el possible aquest tipus de documentació, de manera que sigui fàcilment compatible amb altres unitats docents.

Un darrer suggeriment en relació a la

documentació escrita i a la Comissió Assesora seria la implantació d'un sistema d'avaluació recíproca entre el centre i personal docent (tutors) i el personal en formació, al final de la seva rotació per la Unitat Docent, que, sempre tenint cura de no ferir la dignitat ni la sensibilitat de ningú, serviria de control intern de qualitat per a una i altra part.

Connexions

Dintre del CAP n'hi haurà cinc de preferents:

-Metges d'adults: Per a adolescents, traspàs de la història a l'edat corresponent, situacions familiars i socials peculiars o problemàtiques, sessions clíniques comunes i reunions de coordinació general del centre.

-Odontòleg/s.

-Tècnic/s de salut pública: Assessorament en bioestadística, disseny de programes i recerca, reciclatge i docència en temes de salut pública, etc.

-Equip de salut mental: Col·laboració i assessorament assistencial i docent.

-Assistent social: Derivació i assessorament en casos concrets i/o puntuals i quant a col·lectius de risc o de problemàtica especial; enllaç amb altres grups, col·lectius o institucions relacionades amb la infància; intervenció a nivell de situacions o problemàtica familiar i social, etc.

Externes al CAP:

-Serveis de suport diagnòstic (anàlisi, radiologia, etc.)

-Especialistes i hospital de zona o de referència: Suport assistencial i col·laboració docent regular, reciclatge del personal del CAP en temes, tècniques i altres àmbits que, per no ser exclusius de l'assistència extrahospitalària o per altres raons, es consideri preferible que siguin abordats en o des de l'hospital o un servei especialitzat. Assistència a sessions clíniques de l'hospital. Seguiment evolutiu i participació en la



diagnosi i la terapèutica del malalt que el centre ha derivat a l'hospital o que l'hospital dóna d'alta amb control ambulatori, hospitalització a domicili, etc.

- Serveis de psiquiatria, psicologia infantil, centres de rehabilitació: suport assistencial i col.laboració docent.

- Altres CAP propers i altres professionals implicats en l'assistència al nen i la seva família.

- Grups de treball als quals pertanyi personal del CAP o que treballin en temes i programes d'interès comú.

- Escoles, entitats culturals, esportives, de lleure.

- Institucions i serveis sanitaris i socials implicats en l'àmbit del CAP o la seva població assignada amb independència de la seva titularitat o dependència institucional.

- Comissió Assessora d'Àrea i Nacional.

Pensem que és important que el resident participi de manera activa en aquests contactes, ja que difícilment podrà accedir a aquest tipus d'experiència des de l'hospital.

Activitat docent

Es recomana que cada CAP elabori un petit "llibre d'acollida" per als MIR, on constin dades bàsiques del CAP (mecànica operativa, models de treball, horaris, distribució horària i setmanal de les activitats assistencials, sessions clíniques, bibliogràfiques, radiològiques...), protocols bàsics del centre, programa de formació teòrica MIR, programes de recerca en marxa, normes d'utilització de la biblioteca, l'ordinador, fotocopiadora, etc.

Las activitats docents inclouen, en tots els CAPs i no només en els específicament acreditats per a la docència, el reciclatge i la formació continuada de tot el personal del centre.

En els CAPs acreditats a l'efecte, la docència de pre i postgrau dels professionals que tinguin l'atenció primària com a àmbit d'actuació.

A part del programa mínim de sessions del centre i temes teòrics (temes fixos per a cada cicle anual de rotació MIR segons programa de formació a l'efecte) s'introduiran temes nous d'interès docent o assistencial, o que sorgeixin del problemes de salut concrets que es detectin per part dels diferents EAPs o a suggeriment d'altres professionals del centre, com poden ser el metge d'adults, odontòleg, tècnic de Salut Pública, personal d'Urgències, assistent social, o infermeria, que poden adornar-se de mancances concretes en la seva formació o en la dels seus companys, a partir de casos o circumstàncies concretes o com a part de l'elaboració i posada en pràctica de pautes i protocols d'assistència.

Assistència, organització i col.laboració en cursos de reciclatge i de formació continuada, reunions, jornades o congressos, sessions clíniques o teòriques a l'Hospital o altres centres, amb alliberament de la seva jornada laboral i assignació dels recursos necessaris, si cal. amb prèvia justificació de la pertinença d'aquesta activitat de formació continuada.

Participació en l'activitat assistencial dels diferents components de l'EAP i de la resta del CAP. Aquesta té interès òbviament i prioritàriament docent per al metge en formació, i la seva col.laboració assistencial és un objectiu secundari, amb supervisió i responsabilitat compartida per l'EAP.

La Comissió Assessora Territorial dels CAP docents coordinarà un cicle permanent de sessions obertes. El programa de sessions internes del CAP pot variar, però suggerim una sessió o reunió diària, obligatòria, amb continguts diversos:

- Sessió clínica (casos pràctics).

- Sessió teòrica (temari segons programa de formació).

- Sessió radiològica o altres mètodes de diagnòstic (discussió de les seves indicacions, justificació i aportació en l'àmbit de l'Assistència Primària).

-Reunió amb altres professionals del CAP o altres col·lectius (claustrat de professors, personal de llar d'infants, redactors d'alguna publicació local, etc.). Per exemple, una setmana amb l'assistent social, una amb infermeria, una altra amb el tècnic de salut pública.

-Sessió bibliogràfica

-Sessió de discussió de Protocols o treballs en curs.

-Reunió de coordinació de la unitat docent i/o del CAP.

La preparació i participació activa en les sessions serà obligada tant per al personal docent com per als residents.

Activitat recerca

L'EAP establirà els seus projectes i línies de recerca en funció del seu interès intrínsec, els problemes de salut més prevalents en la seva àrea i les disponibilitats de recursos humans, materials i tècnics, sense que s'abandonin les necessitats bàsiques d'assistència de la població assignada ni es comprometi la seva organització eficient.

El resident participarà en l'elaboració, preparació, presentació i avaluació, segons el cas, de comunicacions i discussions orals i escrites de casos clínics, publicacions, treballs de recerca i programes d'atenció i educació sanitària del nen i del seu entorn.

Utilització del mètode científic, conceptes i tècniques en bioestadística. Recollida, procés i interpretació de dades. Mètodes sanitaris, demogràfics, epidemiològics, etc.

Els protocols dels treballs de recerca seran informats a la Comissió Assessoradora.

La producció científica, basada en les dades del CAP o bé en estudis multicèntrics, serà assessorada i potenciada per les Institucions Científiques i Universitàries adients.

La disponibilitat dels recursos tècnics, bibliogràfics, informàtics, etc., serà adaptada a les necessitats sanitàries i docents dels CAP.

Activitat comunitària

És el aspecte de més novetat dels CAPs, i probablement aquell en què la docència del resident de pediatria és més imprescindible que inclogui un període extrahospitalari. Suggerim l'experimentació de connexions assistencials i institucionals amb els següents àmbits, amb els quals el pediatre ha d'adquirir experiència:

-centres d'ensenyament: Col·laboració en casos de patologia crònica o social, assessorament i educació sanitària en general o en casos i problemes concrets. Suport tècnic en programes d'educació per a la Salut a l'Escola.

Revisions escolars, mentre es mantingui el criteri que aquestes revisions són d'utilitat, ja que, teòricament almenys, al cap de cert temps de funcionament del CAP els nens de les escoles i els seus problemes de salut són ja coneguts pel seu pediatre i es troben inclosos en un programa de seguiment.

Suggerim un contacte estret amb els centres escolars i particularment amb les llars d'infants, perquè és en aquests ambients on es poden detectar sovint problemes que d'altra manera moltes vegades no són coneguts pel pediatre (accidents, maltractaments, fracàs escolar, mals hàbits o grans mancances alimentàries o higièniques, situacions familiars conflictives, trastorns de conducta, dèficits específics, com poden ser visuals o auditius, existència d'epidèmies, etc.).

-Associacions: cívica, social, esportiva, de lleure.

-Administració local i els seus recursos relacionats de manera més o menys directa amb la població assignada.

-Consell de Salut de l'àrea o els seus equivalents.

Coordinació d'activitats

Els quatre àmbits d'activitats abans esmentades obliguen que un membre de l'EAP alliberi part del seu temps assistencial



(considerem que un 50% és raonable) per dedicar-lo a tasques de coordinació de la Unitat Pediàtrica del CAP docent, especialment en les seves vessants de docència i recerca. El coordinador mèdic del centre continuarà en les seves tasques en relació, fonamentalment, amb l'assistència. Si no són la mateixa persona estaran en contacte

coordinador docent. Els coordinadors de centre constituïrien la Comissió d'Àrea, amb criteris territorials a concretar de la manera que siguin el més operatives possibles.

La Comissió Assessora Territorial reunirà tots els coordinadors pediàtrics per realitzar el seguiment, l'avaluació docent i l'organització territorial.

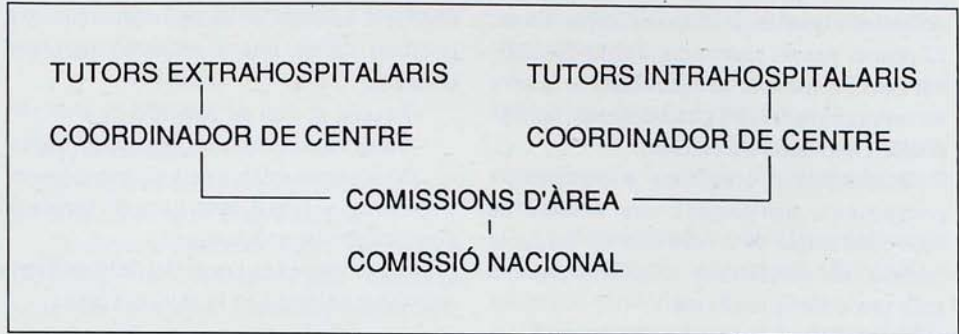


Fig.: 1 Coordinació d'activitats

per tal de fer compatibles l'assistència correcta de la població amb les altres activitats de la Unitat Docent i aprofitar de manera racional els recursos humans i materials del centre.

Proposem la coordinació del programa docent de l'especialitat de Pediatria en general amb la següent estructura (Fig. 1).

Distribució dels residents en tutories. Existència de tutors intrahospitalaris i extra-hospitalaris, amb acreditació personal per a la docència, coordinats en cada centre per un

Les Comissions d'Àrea designarien els seus representants a la Comissió Nacional. Podria ser d'utilitat que a les Comissions Territorials i nacional s'integressin, com a col·laboradors, persones que per la seva vinculació a la docència i la seva experiència estiguessin en disposició d'aportar un assessorament a aquests grups, almenys en el període de rotatge.

Acreditació docent dels centres de pediatria extrahospitalària

D. Riera

CAP Municipal de Gràcia.

Si volem aconseguir uns pediatres formats adequadament hem d'avaluar i controlar la qualitat de la docència que rebran. El primer pas en aquest control és determinar l'adequació dels serveis, abans de la seva incorporació a les activitats docents: això és el que s'anomena acreditació.

L'acreditació consisteix a comparar i comprovar, mitjançant una anàlisi de l'estructura, que el centre que ho sol·licita reuneix les condicions exigibles, d'acord amb uns criteris prefixats.

Així doncs, l'acreditació comporta un control de la qualitat estructural potencial, que és diferent de la idònia, i no determina necessitats, ni nivell assistencial, ni valora la rendibilitat econòmica.

L'acreditació té unes característiques globals que es poden enumerar com segueix:

- Sol ser voluntària, sol·licitada pels professionals del centre que es demana acreditar.

- Solen fer-la professionals externs al centre.

- Els criteris es refereixen a mínims; si els estàndards són molt alts es converteixen en impracticables.

- En general s'utilitzen criteris del tot o res, que permeten pautes clares de valoració.

- Sol ser temporal: 1-3-5 anys.

- Indirectament mesura la qualitat de l'assistència, ja que l'anàlisi de l'estructura és una part de control de qualitat. Les altres dues són l'anàlisi del procés i la dels resultats.

Criteris d'Acreditació

Existència de tutors docents qualificats i d'un representant del centre quant a

docència.

Els professionals responsables de la docència haurien de complir uns requisits, podríem dir-ne una acreditació personal, com ara:

- Posseir el títol de pediatre.

- Tenir experiència en atenció primària.

- Vinculació estable amb el centre docent.

- Portar a terme activitats de formació continuada sistemàticament.

- Tenir interès en l'exercici de la pediatria extrahospitalària i en la seva docència.

Delimitació de la població assistida.

Hi ha d'haver un nombre adequat de pacients per equip, al voltant de 1.000 infants de 0 a 15 anys. Un altre criteri podria ser el del nombre de mitjana de visites diàries per professional.

Existència d'un programa docent detallat.

Ha d'estar coordinat amb l'hospital perquè siguin complementaris, i ha d'abordar tant els aspectes assistencials guaridors com els de promoció i prevenció, rehabilitació, coneixement del nen i els seu entorn i educació sanitària, bo i mantenint una estreta relació entre teoria i pràctica.

Organització i gestió interna.

Els aspectes a tenir en compte són molts. Se'n poden sintetitzar uns quants, com segueix:

- Distribució de l'horari de treball.

- Activitat assistencial:

- Nombre de visites espontànies, concertades, domiciliàries i urgències per professional i dia.

- Nombre d'històries clíniques obertes.



- Funcionament i tipus de sistemes de registre clínic utilitzats.

- Activitat docent:

- Nombre i distribució de sessions científiques que es realitzen.

- Protocols i programes en funcionament.

- Pràctica d'algun tipus de control de la qualitat del procés assistencial: auditories internes sobre complimentació d'històries, sobre protocols...

- Utilització d'arxius i diferents sistemes de registre.

Recursos humans.

Per impartir docència, un centre d'atenció primària ha de tenir com a mínim:

- Dos equips d'atenció primària pediàtrica formats per un pediatre i una infermera pediàtrica cadascun, a dedicació completa.

- Un tècnic de salut pública amb dedicació mínima de 4 hores setmanals.

- Dos metges residents de pediatria en formació.

Recursos materials

Per poder portar a bon terme una docència amb les característiques de què estem parlant, es necessita una infraestructura física adequada, tant en l'aspecte arquitectònic com d'utilatge.

1.- Espai físic:

- De pediatria:

- Una consulta per a cada professional, ja sigui metge o infermera, en habitacions independents i contigües, d'un mínim de 8 m² cadascuna.

- Sala de cures annexa.

- Sala de reunions pròpia.

- General:

- Espais suficients de recepció i sala d'espera, adequats per a nens.

- Arxiu i biblioteca.

- Sala de reunions general.

- Infraestructura constructiva adequada, amb absència de barreres arquitectòniques, especial seguretat contra accidents, climatització, aigua calenta sanitària.

2.- Sistemes de comunicació telefònica en cada consulta, amb línia exterior.

3.- Utilatge i instrumental clínic:

- Equipament clínic bàsic amb fonendoscopi, bàscules, tallímetres, esfin-gomanòmetre de mercuri, podoscopi, otoscopi, oftalmoscopi i optotipus per agudesa visual, amb el format o complements necessaris per a ús infantil.

- Materials per a avaluació psicomo-triu i sensorial.

- Medicació i utilatge adequat per a urgències i atencions bàsiques.

- Vacunes i PPD en el centre, conservats en frigorífic d'ús exclusivament sanitari.

4.- Mètodes àudio-visuals i complements per a formació continuada, docència i educació sanitària.

Pissarra, retroprojector de transparències, projector de diapositives, vídeo, màquina fotogràfica, fotocopiadora.

5.- Accessibilitat a ordinador.

La majoria dels recursos materials enumerats són els recomanables per a qualsevol centre d'atenció primària de salut, tant si es dedica a la docència com si no s'hi dedica.

Finançament

Previsió d'un pressupost suficient per subvenir la dedicació docent del personal i la previsió i el manteniment dels recursos materials exigibles per a la docència.

Renovació de l'acreditació

L'acreditació se sol concedir per un temps limitat, segons el criteri que decideixi la Comissió de Docència. Fins i tot pot ser condicional a la resolució d'algun aspecte de l'acreditació que no es complia.

Cal tenir en compte que no solament s'ha de renovar l'acreditació del centre, sinó també la del seu personal docent.

Es podria fixar, com a màxim i en els cas que no es compleixin tots els requisits, un període de 5 anys.

Final

Tot el que hem apuntat fins aquí es refereix fonamentalment a la docència, però també seria important plantejar-se l'acreditació de tots els centres d'assistència primària

per al seu funcionament com a tals, no només aquells que sol·licitin impartir docència, com un primer pas del control de qualitat de l'assistència sanitària a la població.

Bibliografia

- Vuori HV. "El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología". Barcelona Ed. Masson. 1988.
- C. Martín. Mètodes d'anàlisi de l'estructura. Acreditació. Enquestes d'acreditació dels CAPs. Curs de control de qualitat de l'Àrea de Gestió de Barcelona. ICS 1989.
- Document base del protocol d'auditories docents per Servei. Especialitat de Medicina Familiar i Comunitària. Madrid. Ministeri de Sanitat i Consum, 1989.
- Document de criteris mínims d'acreditació, recordant i ampliant els continguts en l'ordre ministerial de 19 de desembre de 1983, per la qual es regula el desenvolupament de la formació d'atenció primària, de l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària. Ministeri de Sanitat i Consum. Ministeri d'Educació i Ciència. Document del Consell Nacional d'Especialitats Mèdiques. Madrid, 1984.
- Informe per al Comitè d'Acreditació de Centres d'Atenció Primària. Qüestionari de l'especialitat de Medicina Familiar i Comunitària.
- Criteris per a l'avaluació d'un Programa de Residència de Medicina Familiar. Junta Directiva del Projecte Programa d'Assistència a les Residències de Medicina Familiar. EEUU.
- "Guía de programación y diseño de Centros de Salud". Col·lecció Atenció Primària de Salut. Madrid. Ministeri de Sanitat i Consum, 1984.
- Estructura i objectius. Activitats. Programa docent. Unitat Docent de Medicina Familiar i Comunitària de Barcelona 1987.
- "Guía de formación de Médicos Especialistas". Madrid. Ministeri de Sanitat i Consum 1986.
- "Manual de Acreditación de Centros y Unidades para la Docencia Médica postgraduada". Madrid. Ministeri de Sanitat i Consum.
- Programa d'Equipaments per a Centres d'Atenció Primària (PECAP). Generalitat de Catalunya. Barcelona. Institut Català de la Salut 1988.



Conclusions

El Comitè de Docència de la Secció de Pediatria Extrahospitalària de l'Associació Espanyola de Pediatria, reunit a Barcelona el dia 4 de novembre de 1989, va pendre els acords següents:

1r) Sol·licitar a la Comissió Nacional de Pediatria que, en la distribució del temps dels quatre anys de formació dels MIR de Pediatria, s'adjudiqui un mínim d'un any a la formació en Pediatria Extrahospitalària en un Centre de Salut o d'Atenció Primària.

2n) Proporcionar l'acreditació docent als Centres de Salut o d'Atenció Primària que la sol·licitin i que compleixin la normativa vigent. Un cop obtinguda l'acreditació docent, el Centre passarà a formar part d'una unitat docent i haurà d'obtenir l'autorització específica per desenvolupar el programa de docència en Pediatria Extrahospitalària dels MIR de Pediatria. El Comitè recomana que aquests centres, a més de complir les normes de programació, disseny i organització dels Centres de Salut del Ministeri de Sanitat i Consum, posseeixin les dotacions necessàries de material i de personal per a l'adequat compliment de la docència en Pediatria Extrahospitalària.

3r) Es procedirà també a l'acreditació docent del personal del Centre ja acreditat per a la docència dels MIR en Pediatria Extrahospitalària. El personal, que sol·licitarà voluntàriament l'esmentada acreditació docent, haurà de posseir el títol de pediatre, tenir experiència en atenció primària, tenir vinculació estable amb el Centre docent, portar a terme la seva pròpia formació continuada en determinades condicions i tenir interès en l'exercici de la Pediatria Extrahospitalària i de la seva docència.

4t) L'Administració proveirà els pressupostos necessaris per a la dotació de material i per als complements retributius de docència del personal docent del Centre.

5è) El programa de docència de Pediatria Extrahospitalària per als MIR de Pediatria

en els Centres de Salut o Centres d'Atenció Primària estarà coordinat amb la docència impartida en els diferents Serveis Hospitalaris i d'Especialitats Pediàtriques de la mateixa unitat docent. La temàtica específica de la docència en Pediatria Extrahospitalària es referirà fonamentalment als aspectes següents: la història clínica en assistència primària, la patologia orgànica pediàtrica que es planteja en la pediatria general en l'àmbit extrahospitalari, la pediatria preventiva, la psicologia i psicopediatria del nen i de l'adolescent, els mètodes i les tècniques de l'educació sanitària del pacient pediàtric i del seu entorn, la metodologia de la investigació en assistència primària, la medicina comunitària, l'economia de la salut, les autoauditories, i la formació en actituds, valors i normes ètiques i humanístiques per a la pràctica pediàtrica general extrahospitalària.

6è) El Comitè recomana que aquesta planificació es porti a terme aprofitant al màxim tots els recursos de les diferents Comunitats autònomes, que establiran la seva pròpia planificació per al compliment de la formació extrahospitalària dels MIR de Pediatria.

7è) El Comitè recomana aprofitar els recursos d'aquest programa de docència en Pediatria Extrahospitalària per a la docència dels estudiants de medicina durant el seu període de formació en Pediatria, en connexió amb els respectius Departaments Universitaris de Pediatria i depenent de les unitats docents corresponents.

El Comitè de Docència de la Secció de Pediatria Extrahospitalària de l'Associació Espanyola de Pediatria presenta aquestes conclusions a la Junta Directiva de l'Associació Espanyola de Pediatria perquè aquesta les trameti a la Comissió Nacional de Pediatria, i ratifica el seu estricte esperit de servei als organismes educatius i sanitaris de nivell estatal i autonòmic que procedeixin a la planificació d'aquest projecte de docència dels MIR en Pediatria Extrahospitalària.