

Foro Pediátrico

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura
Colegio Oficial de Médicos. Avda. Colón, 21. Badajoz
www.spapex.org

Vol. II - Junio 2005 - nº 2

Sumario

EDITORIAL

Sobre necesidades de pediatras. **PAG 1**

OPINIÓN

-Conclusiones sobre docencia MIR. **PAG 2**

CARTAS

-Carta a la Subdirectora de Atención primaria del SES y al Director General de Asistencia Sanitaria. **PAG 3**

-Carta remitida por D. Dámaso Villa Mínguez, Director General de Asistencia Sanitaria del S.E.S. **PAG 3**

NOTICIAS

-Asamblea de SPAPex 2.005 **PAG 4**

-Breves. **PAG 5**

ARTÍCULOS

-Pediatría Rural: "Pediatras itinerantes". **PAG 6**

-Acreditación de Unidad Docente Asociada y Tutor de Pediatría. **PAG 7**

-La obesidad infantil. Un reto para la salud pública y para los pediatras del siglo XXI
Ana Martínez Rubio. **PAG 13**



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE EXTREMADURA



Editor: Jaime J. Cuervo Valdés
Impresión: Imprenta Rayego. Badajoz

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE A TODOS SUS ASOCIADOS POR CORTESÍA DE Casen-Fleet



SOBRE NECESIDADES DE PEDIATRAS

La "ruralidad" es una apuesta de nuestra Administración regional, dificultada por la dispersión geográfica y una baja densidad de población.

Creemos que es un apuesta valiente y que está dando sus frutos en relación al crecimiento, viabilidad y prosperidad de nuestra Comunidad Autónoma; si bien esto conlleva asumir más dificultades en la organización de un Sistema Público como es el sistema sanitario, que persigue conjugar universalidad y accesibilidad en la atención con calidad e integridad de la misma, sin crear desigualdades.

Así, nuestra región se divide en 8 Áreas geográficas de Salud, cada una de ellas con sus Hospitales de referencia, muy por encima de las indicaciones dictadas por la Ley General de Sanidad en relación con el número de habitantes. Y con problemas para dotar de los recursos humanos necesarios a estos centros hospitalarios.

También se presentan dificultades en Atención primaria y el esfuerzo realizado también ha sido grande. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido, la Atención primaria en nuestro país no está plenamente implantada; los avances científicos y tecnológicos y los cambios sociales exigen redefinir algunas estrategias organizativas, tanto en Hospitales como en el ámbito comunitario o de primer nivel. Así, desde diversos sectores se pide un nuevo impulso para la Atención primaria; un impulso, claramente, hacia delante y que arrastra también a la pediatría de Atención primaria. Así como un nuevo modelo organizativo, más funcional y especializado, para los servicios hospitalarios.

Los pediatras en general, estamos preocupados por el deterioro que puede suponer para el actual modelo sanitario no realizar estimaciones precisas y correcciones en la política de recursos humanos, para mantener los niveles de prestaciones actuales y mejorar la calidad de los servicios. Recientemente, se ha presentado en Murcia la fase inicial de un ambicioso proyecto de la Asociación Española de Pediatría (en el que colaboran la Asociación Española de Pediatría de Atención primaria y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria) para valorar las necesidades de pediatras en nuestro país; con datos oficiales que tienen en cuenta, el ratio de pediatras por población infantil, el número de MIR de pediatría, los pediatras en edad de jubilación, etc... y que en un primer avance concluye que es necesario incrementar el número de pediatras en formación para cubrir estas necesidades a corto y medio plazo; en un número que podría ser asumible por el sistema actual.

En relación con la pediatría de Atención primaria en nuestra Comunidad, la escasez de pediatras y las características geográficas nos afectan claramente y

complican aún más la posibilidad de garantizar una atención pediátrica digna y de calidad para todos los niños de la región. Esto conlleva, por ejemplo, que sea impensable para nuestras autoridades sanitarias ampliar la edad pediátrica obligatoria hasta los 14 años de edad, como ya es asumido de forma general, incluso por gran parte de la población, y constatado en nuestras propias consultas de pediatría.

Por otro lado, la realidad social y la nueva pediatría emergente (enfermedades crónicas, discapacidad, salud mental, pediatría social,...) que conllevan nuevas necesidades en la atención de los problemas de la salud del niño y su familia, crean exigencias y retos que van a tener que ser asumidas desde Atención primaria y en el entorno comunitario. Por ello, no debe sorprender que ante estas demandas y obligaciones se reclamen, como lógicas y bien fundamentadas, algunas peticiones como la de redefinir los ratios óptimos en 1.000 niños por pediatra (como ya ha sido admitido, por cierto, por alguna Administración sanitaria como la de Cantabria).

Somos conscientes de las dificultades que todo esto conlleva para nuestra región; pero es importante mantener el enfoque de hacia donde debemos impulsar las estrategias y avanzar, aunque sea con miras a medio plazo, en el sentido de aspirar en nuestra Comunidad a una atención pediátrica de calidad similar a la del resto del país. Estamos seguros de poder aportar soluciones en este sentido si hay predisposición y flexibilidad para vencer algunas rigideces administrativas.

Según el estudio antes citado, en términos generales, Extremadura presenta una proporción de 1 pediatra en Atención primaria por cada 1.413 habitantes menores de 15 años, frente a la media de 1 pediatra por cada 1.134 niños en el resto del país, sólo por delante de las Comunidades de Castilla la Mancha, Canarias, Ceuta y Melilla. El número de pediatras de Atención primaria que faltarían en nuestra Comunidad, sin hacer otras consideraciones correctoras, es de 51 para poder alcanzar las ratios óptimas de 1 por cada 1.000 niños (ó 22 si hablásemos de cupos de 1.200 niños).

No es nuestra intención reclamar de la Administración 50 pediatras, sabemos que es algo imposible y, probablemente irreal (estamos haciendo un estudio más detallado por Áreas de Salud en nuestra Comunidad); pero sí queremos reflejar la certeza de que nos faltan pediatras para asegurar la atención pediátrica en la región.

El número de residentes que se forman en los hospitales extremeños es de 6; todos sabemos que, aunque son pocos, bastantes de ellos regresan a sus provincias de origen, fuera de Extremadura; aunque no tengan aseguradas ofertas de trabajo.



Nos planteamos si es posible acreditar en nuestra Comunidad más plazas para formación de pediatras.

Lo que sí tenemos clara es la importancia de completar el período de formación del MIR de pediatría por Atención primaria; en este sentido, la Asociación Española de Pediatría ha dado ya pasos irrevocables y esperamos que nuestra Comunidad Autónoma se sume también a regularizar la rotación de los MIR de pediatría por Atención primaria y la acreditación de tutores de pediatría en los EAP.

Algo que nos preocupa y mucho en Extremadura es la pediatría rural.

El 12% de las plazas de pediatría en nuestra región son Pediatras de Área. Esta figura surge en 1.998 con la idea de acercar determinados servicios de la pediatría de Atención primaria a aquellas zonas rurales donde por situación geográfica y demográfica fuese imposible la creación de una plaza de pediatra de equipo, consiguiendo, al menos, una atención pediátrica básica.

Sin embargo, pensamos que el desarrollo posterior fue utilizado por el INSALUD para no crear nuevas plazas de pediatra de Equipo, creando con ello desigualdades entre la atención que reciben los niños en función de su lugar de residencia y desigualdad entre los profesionales.

De forma creciente, asistimos también a la imposición (que no nacimiento, ya que no está reglamentado) de la figura del pediatra "itinerante", desgraciadamente motivado mayoritariamente por la presión "política" de los ayuntamientos para reclamar, con desconocimiento de las consecuencias de su

demanda, una mayor proximidad (que no es igual que accesibilidad) de la pediatría a los niños de su localidad; y que conlleva un deterioro claro de la atención pediátrica y de la calidad de la atención que reciben, entonces, la población infantil de una Zona de Salud.

Una parte importante de esta situación de conflicto viene generada, sin duda, por el complemento económico derivado del número de tarjetas de cada médico.

Nosotros estamos seguros del papel que le corresponde al pediatra del EAP en una Zona de Salud y que hay soluciones posibles para prestar atención pediátrica óptima a todos los menores de 15 años en nuestra región.

Por ello, vamos a crear un grupo de trabajo en el seno de nuestra Sociedad para conocer mejor esta realidad y proponer líneas de actuación y posibles soluciones. Estamos seguros que podremos trabajar conjuntamente con la Administración regional en éste sentido.

Por último, y en la misma línea de proponer alternativas para aspirar a ir cubriendo las necesidades de pediatras en nuestra Comunidad, hemos abierto en nuestra página web, y ofertado este "escaparate" a la Administración sanitaria, una "Bolsa de trabajo"; con el propósito de que sea una herramienta útil para facilitar la búsqueda de sustituciones (casi imposibles en nuestro ámbito), cubrir plazas vacantes y motivar a los pediatras de otras Comunidades a que vengan a trabajar a Extremadura.

Juan J. Morell Bernabé
Presidente SPAPex

OPINIÓN

Durante la I Reunión Anual de AEPap celebrada en Murcia, el pasado viernes 3 de Junio de 2005 tuvo lugar, un Seminario-Foro de Discusión sobre "La Formación MIR de Pediatría también desde la Atención Primaria", del que se pudieron obtener las siguientes conclusiones:

- ‡ La rotación de Residentes de Pediatría por Atención primaria es imprescindible
- ‡ Es preciso regularla y homologarla para evitar la situación caótica actual
- ‡ Los asistentes estuvieron de acuerdo con los documentos presentados por el Grupo de Docencia de la AEPap, accesibles en www.aepap.org, referentes a la Constitución de Unidades Docentes Asociadas y acreditación de Pediatras como tutores de residentes de Pediatría; y apoyan la decisión tomada de comenzar, utilizando los modelos de dichos documentos, a realizar solicitudes de acreditaciones.
- ‡ Es necesario incrementar el número de residentes de pediatría; y su rotación por Atención primaria aumentaría la actual capacidad docente de los hospitales
- ‡ La conjunción de esfuerzos entre los pediatras de Hospitales y de Atención primaria aceleraría el proceso
- ‡ La función de tutor deberá estar compensada fundamentalmente en forma de reconocimiento curricular, tiempos y formación
- ‡ Se deberá regular y homologar también, la rotación por pediatría de Atención primaria de los residentes de medicina Familiar y Comunitaria

Begoña Domínguez Aurrecochea
Moderadora del Seminario



Carta remitida a la Subdirectora de Atención primaria del SES y al Director General de Asistencia Sanitaria el pasado 20 de abril de 2.005

Sra. Subdirectora de Atención Primaria:

El pasado sábado día 2 de abril celebramos en Badajoz la Asamblea General Ordinaria anual de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura -SPAPex-.

En el punto primero del informe del presidente se informó a todos los socios presentes en ella acerca de la entrevista que habíamos mantenido días antes con usted y el Director General de Asistencia Sanitaria, y de la intención del Servicio Extremeño de Salud (SES) de incrementar en un 1% más, del presupuesto individual de farmacia, la cantidad a percibir por los pediatras de Atención primaria en concepto de "Compromiso de adhesión al cumplimiento individual de la mejora de la calidad de la prestación farmacéutica"; y como corrección que intentaría paliar la desigualdad creada por este incentivo en relación al resto de facultativos de los Equipos de Atención primaria.

Ya conoce nuestra posición con respecto a como se entiende "la mejora de la calidad de la prestación farmacéutica" a la que se refiere este concepto. Pero además, estamos decepcionados después de que hace un año se nos reconociera la situación discriminatoria en la que quedábamos los pediatras con respecto a nuestros compañeros de los Equipos de Atención primaria y la promesa de considerar esta situación en éste año.

La propuesta ofrecida nos mantiene en una situación de agravio, máxime cuando se reconoce públicamente que los pediatras de Atención primaria han hecho, históricamente, un buen uso del gasto farmacéutico.

Por todo ello, y tras un debate en el que se pusieron de manifiesto diferentes posturas, tanto en lo referente al incentivo en sí mismo y, sobre todo (por ser el problema concreto al que nos enfrentamos en éste año), a la cantidad que se nos asigna, queremos informarle que la Asamblea decidió por mayoría del 75'6% de los asistentes y ningún voto en contra, proponer a nuestros compañeros: no aceptar la oferta y manifestar nuestra mas enérgica discrepancia.

En este sentido confiamos que, mayoritariamente, los pediatras de Atención primaria manifiesten su sentir con el siguiente texto:

"Los pediatras de Atención primaria siempre hemos estado adheridos a este compromiso sin necesidad de firmas, ni percepción económica. Consideramos que se minusvalora nuestro esfuerzo histórico por gestionar correctamente el gasto farmacéutico y hacer una prescripción de calidad,

por lo que nos sentimos profundamente dolidos con el trato de desigualdad que el Sistema Extremeño de Salud nos demuestra una vez más; y extremadamente irritados por el agravio que supone hacia nosotros ese incremento de un 1% mas para el año actual.

Al igual que a lo servicios hospitalarios que no tienen demoras (listas de espera) se les permite pactar otros objetivos para preservar la equidad con el resto de sus compañeros, los Pediatras de Atención Primaria, que en un elevado porcentaje no superamos el presupuesto asignado en farmacia, reclamamos negociar otros objetivos."

A pesar de todo, seguimos esperanzados en que nuestras justas peticiones serán en algún momento atendidas y mantenemos nuestra predisposición y nuestro convencimiento de que es posible no sólo contener el gasto farmacéutico (con actuaciones a diferentes niveles, como nos consta se han puesto en marcha) sino además mejorar la calidad de la prestación farmacéutica.

Carta remitida por D. Dámaso Villa Mínguez, Director General de Asistencia Sanitaria del S.E.S. el pasado 17 de mayo de 2.005, en contestación a la carta anterior

Querido Juan José:

A pesar de que ya hemos hablado largo y tendido de la productividad variable de farmacia, deseo responder a tu amable escrito.

Ya sabes que discrepo de la mayoría de las cuestiones que expresas. No obstante, deseo plantearte tres puntualizaciones:

- a) Los servicios hospitalarios no perciben la misma cantidad en productividad variable, ni siquiera todos los miembros de un mismo servicio. Con arreglo a los contratos de gestión que suscriben, unos pueden percibir hasta el doble o el triple que otros.
- b) Me enorgullece ser directivo de una entidad que permite a sus trabajadores de más alto nivel criticar, discutir y hasta rechazar un incentivo. En la inmensa mayoría de las empresas no se aceptaría este grado tan alto de libertad.
- c) Vamos a formar un grupo de trabajo que estudie la productividad variable en Atención Primaria. Tendremos en cuenta vuestras sugerencias.
- d) La consideración que nos merece la Pediatría en Atención Primaria se demuestra en el número de plazas de Pediatría en Atención primaria (109) en relación a los pediatras de Atención Especializada (71) de que disponemos en nuestra Comunidad Autónoma.



NOTICIAS DE LA ASAMBLEA DE SPAPEX / 2.005

Sobre gasto farmacéutico y productividad variable

Durante la Asamblea General Ordinaria de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura -SPAPex-, celebrada en Badajoz el pasado sábado día 2 de abril, se informó a todos los socios presentes en ella acerca de la entrevista mantenida con el Director General de Asistencia Sanitaria y la Subdirectora de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud (SES), y sobre la decisión de incrementar a un 2% del presupuesto individual de farmacia, la cantidad a percibir por los pediatras de Atención primaria en concepto de "Compromiso de adhesión al cumplimiento individual de la mejora de la calidad de la prestación farmacéutica".

Este asunto fue ampliamente debatido por la asamblea, haciéndose hincapié, independientemente de que se esté de acuerdo o no con este tipo de incentivo, en la persistencia del agravio comparativo con el colectivo de medicina de familia y en la posible ilegalidad de esta forma de retribución según lo establecido en reglamento sobre retribuciones del personal estatutario, publicado en el BOE (diciembre de 2003). Siendo necesario tomar una decisión como asamblea y tras varias propuestas se aprueba la siguiente: **No firmar la adhesión al compromiso de cumplimiento del gasto farmacéutico y añadir el siguiente texto para manifestar nuestra opinión.**

“Los pediatras de Atención primaria siempre hemos estado adheridos a este compromiso sin necesidad de firmas, ni percepción económica. Consideramos que se minusvalora nuestro esfuerzo histórico por gestionar correctamente el gasto farmacéutico y hacer una prescripción de calidad, por lo que nos sentimos profundamente dolidos con el trato de desigualdad que el Sistema Extremeño de Salud nos demuestra una vez más; y extremadamente irritados por el agravio que supone hacia nosotros ese incremento de un 1% mas para el año actual.

Al igual que a lo servicios hospitalarios que no tienen demoras (listas de espera) se les permite pactar otros objetivos para preservar la equidad con el resto de sus compañeros, los Pediatras de Atención Primaria, que en un elevado porcentaje no superamos el presupuesto asignado en farmacia, reclamamos negociar otros objetivos.”

Por este motivo se envió a todos los socios información de la decisión adoptada, y también a los responsables del Servicio Extremeño de Salud y al Consejero de Sanidad y Consumo.

Bolsa de trabajo

Hemos abierto una nueva sección en nuestra página web www.spapex.org destinada a facilitar información sobre la disponibilidad de plazas de pediatría en Atención primaria en nuestra Comunidad Autónoma.

Por éste motivo, remitimos la siguiente carta a la Dirección General de Recursos Humanos del S.E.S. y a los Directores médicos de Atención primaria y Directores de Gestión de Recursos Humanos de las 8 Áreas de Salud.

Estimado Sr.:

Ante los problemas existentes en nuestra Comunidad Autónoma por la falta de especialistas en Pediatría y las dificultades, que a veces se dan, para garantizar una atención pediátrica a la población infantil, la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura -SPAPex- ha estimado conveniente poder colaborar en la resolución de estos problemas, ofreciendo la posibilidad de difundir la información necesaria cuando existan plazas vacantes de pediatría de atención primaria y, también, a nivel hospitalario o guardias

Por ello, en estos días hemos abierto una sección en nuestra página web (www.spapex.org), que nos consta es visitada por un buen número de compañeros de toda España, denominada “Bolsa de Trabajo”, que queremos poner a su disposición si lo cree de utilidad para dar a conocer sus ofertas de empleo en éste sentido.

Este recurso, que ya ha empezado a ser utilizado desde alguna Gerencia de Área, está también a disposición de todos nosotros, pretende facilitar la labor de búsqueda de posibles candidatos para sustituciones, hacer visibles las necesidades de pediatras en nuestra región y, también, llamar la atención de compañeros pediatras de otras Comunidades sobre las posibilidades de trabajo en Extremadura.

Pero, para que sea de utilidad, necesitamos que hagáis uso de ella.

Necesidades de pediatras

En nuestra Comunidad Autónoma el número total de plazas de pediatría en Atención primaria es de 124 (110 pediatras de Equipo y 14 pediatras de área); y la población pediátrica estimada, según el último censo, es de 175.250 niños menores de 15 años.



Os informamos que hemos colaborado a nivel nacional con un estudio auspiciado por la AEP, y en el que han participado la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria, sobre las necesidades de pediatras en nuestro país a corto y medio plazo y de aumentar el número de pediatras en formación; trabajo que ha sido presentado durante la *Reunión anual de AEPap* celebrada en Murcia del 2 al 4 de junio pasado, en el seno del 54º Congreso de la AEP.

El texto completo de la ponencia puedes encontrarlo en la siguiente página de la web de AEPap <http://www.aepap.org/congresos/indice.htm>

A nivel regional, estamos realizando un análisis detallado en nuestra Comunidad Autónoma, del que os daremos cuenta en breve; así como a nuestras Autoridades sanitarias. La coordinación de este trabajo la lleva nuestra compañera Esther García Soria esterle@terra.es, a la que puedes dirigir tus sugerencias y tu colaboración.

Premio a la Iniciativa en Pediatría de Atención Primaria

Para el próximo año vamos a crear un premio que reconozca los trabajos o actividades realizadas en la mejora de la atención pediátrica desde nuestro ámbito de trabajo. Las bases os las daremos a conocer en el próximo número de nuestro Boletín.

El fallo del premio tendrá lugar en nuestra próxima reunión anual, que se corresponde con la IV edición de la Jornada de Actualización, que va a celebrarse en Plasencia el próximo mes de Marzo de 2.006.

BREVES

- † Terminada la recogida de datos de la *Encuesta de situación de la pediatría de Atención primaria en Extremadura*, estamos pendientes de la evaluación de sus resultados, que publicaremos y os daremos a conocer.
- † Participamos en dos Grupos de trabajo, uno sobre "Evaluación y actualización del Programa del niño sano", auspiciado desde el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil; y otro sobre Cartera de Servicios del SES, participando en dos grupos: "Niño sano" y "Diabetes".
- † Seguimos estando presentes en el Consejo Asesor de Inmunizaciones y el Consejo Asesor Científico de Extremadura.
- † Creados nuevos Grupos de trabajo en la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, abiertos a vuestra participación: *Cooperación internacional, Atención al niño con TDAH*. Para cualquier información adicional, podéis dirigirlos a nuestro Vocal en la Junta directiva de AEPap, Domingo Barroso Espadero.pediatría@eresmas.net.
- † El III Curso de actualización de la AEPap tendrá lugar los días 13-15 de Octubre de 2005 en Madrid. Información e inscripción en www.aepap.org
- † En Marzo de 2006 tendrá lugar la IV Jornada de actualización de la SPAPEX que, en esta ocasión se celebrará en Plasencia. En breve os informaremos de programa y fechas definitivas
- † En la primavera de 2006 tendrá lugar, en Mérida, la I Reunión de Atención Primaria de Extremadura donde participarán la SPAPEX, la Sociedad de Medicina de Familia y la Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Cartas

Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias:

Sociedad de Pediatría
de Atención Primaria de Extremadura

FORO Pediátrico

Colegio Oficial de Médicos
Avda. Colón, 21. BADAJOZ

Por e-mail: jjcuervov@spapex.org





Pediatría Rural: “Pediatras itinerantes”

Nuestra Comunidad Autónoma se caracteriza por la “ruralidad” y la dispersión geográfica, lo que complica sobremanera la posibilidad de garantizar una atención pediátrica de calidad a todos los niños de la región.

La escasez de pediatras redonda, aún más, en éste problema.

Sin embargo, el motivo de nuestra reflexión viene dado porque pensamos que tampoco se tiene en cuenta, según estos criterios, la organización de la asistencia pediátrica en los EAP en nuestra Comunidad.

Ello lleva, por ejemplo, a que sea impensable para nuestras autoridades sanitarias ampliar la edad pediátrica obligatoria hasta los 14 años de edad, como es ya asumido de forma general, incluso por la población y constatado en nuestras propias consultas de pediatría.

Algunas “soluciones” se han planteado para “acercar” al pediatra a toda la población pediátrica, como la creación del pediatra de Área; pero a nuestro modo de ver esto perjudica seriamente la calidad de la atención pediátrica que se puede ofrecer y desestructura e incide sobre la organización y funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria.

Más allá de esto, y desde el desconocimiento de lo que se demanda, las “presiones” de grupos políticos locales están “consiguiendo” de la Administración que, cada vez más, los pediatras se desplacen de unos pueblos a otros, en la misma jornada laboral o a días alternos o en determinados días de la semana, provocando discontinuidad en la atención, repercutiendo claramente en nuestra labor profesional y afectando a nuestra situación laboral.

Y todo ello, sin hacer consideraciones ni concesiones relativas a esta situación, en cuanto a: cupos pediátricos, cartera de servicios, necesidades formativas sobre atención pediátrica en estas zonas de salud rurales o sobre cuestiones laborales.

Y lo que es más relevante para nosotros, parece más fácil “ceder” a esta presión “popular” y no explorar otras posibles soluciones (que, probablemente sólo conllevan dificultades de tipo administrativo y organizativo) que podrían garantizar el acceso de todos los niños y adolescentes de nuestra Comunidad Autónoma a una atención pediátrica digna y eficaz (para nosotros, de calidad).

La reclamación de suprimir la figura del pediatra de Área empieza a ser ya una “antigua” reivindicación de todas las Asociaciones pediátricas de Atención primaria, incluida la SPAPex. En nuestra Comunidad Autónoma tenemos registrados 15 Pediatras de Área (12 de ellos

en la provincia de Cáceres); pero son cada vez más los pediatras que tienen que desplazarse también a varios municipios, aunque sea dentro de una única Zona de Salud.

Por ello, nos gustaría desarrollar en el seno de nuestra Sociedad un Grupo de trabajo, en el ámbito profesional, con el objetivo de analizar los pros y los contras generados por esta nueva situación de “Pediatria itinerante”, tanto desde el punto de vista laboral como de las repercusiones en la actividad profesional que desarrollamos y el resultado de la atención pediátrica que proporcionamos.

Se trataría de hacer un registro de pediatras que se desplazan para desarrollar su trabajo, conocer mejor su problemática y ofrecer a la Administración datos reales de la atención pediátrica que se está ofreciendo a la población infantil y adolescentes de las zonas rurales, así como posibles soluciones.

Si te encuentras en esta situación o deseas expresar tu opinión al respecto, debes ponerte en contacto con cualquiera de estos dos compañeros:

Prado Leo Canzobre pradoleo@terra.es

Centro de Salud de Oliva de la Frontera. Badajoz

Maged H. Abdulrazzak amcapal@hotmail.com

Centro de Salud de Villanueva de la Vera. Cáceres

Grupo de trabajo sobre “Pediatria itinerante”

Nombre y Apellidos:

Datos de contacto:

Pediatra de Área

Pediatra itinerante (misma Zona de Salud)

Municipios que atiendes:



ACREDITACIÓN DE UNIDAD DOCENTE ASOCIADA Y TUTOR DE PEDIATRÍA

Con el objetivo general de crear el marco de colaboración docente, necesario para la formación en Atención Primaria de los médicos especialistas en formación de la especialidad de Pediatría, el Grupo de Docencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria ha elaborado una propuesta de **Convenio de Colaboración Docente entre Atención primaria y el Hospital de referencia**.

En este convenio, que aquí te presentamos en su parte teórica, se incluye toda la documentación necesaria para solicitar la acreditación de la Unidad Docente Asociada a la formación de MIR-Pediatría, la acreditación como Tutor docente de Pediatría, el programa formativo del especialista en formación y los documentos de evaluación.

Este documento ha sido avalado por la Asociación Española de Pediatría, y el de reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como "Unidades Docentes Asociadas" para la formación MIR-P ha sido aprobado por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas y por el Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas en el año 2003; y actualmente en trámite final de aprobación por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

Esta documentación va a ser enviada a todos los órganos de la Administración sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma y a los Jefes de Servicio de los tres hospitales de nuestra región que tienen residentes de Pediatría en formación (Badajoz, Cáceres y Mérida).

Nuestro propósito es facilitar a todo pediatra de Atención primaria que quiera ser acreditado como Tutor docente de Pediatría toda la documentación que precisa y darle las instrucciones necesarias para llevarlo a cabo.

En principio, todo pediatra de Atención primaria puede solicitar su acreditación. Si bien, parece lógico que lo tengan más fácil aquellos que trabajan en Áreas de Salud en cuyo hospital de referencia haya residentes de Pediatría en formación.

No es imprescindible para solicitar la acreditación trabajar en un Centro de Salud acreditado para la Docencia para Medicina de Familia, ya que se trata de Unidades Docentes Asociadas (al Hospital de referencia); si bien se precisan unas condiciones básicas y el compromiso del Coordinador del Centro de Salud.

Hemos de tener en cuenta que esto es sólo un primer paso y que, por tanto, nada tiene que ver por ahora

con la docencia que se presta a los residentes de medicina de familia e, incluso a la formación pregrado. Pero en ello se está trabajando, aspirando en un futuro próximo a que existan Unidades Docentes de Pediatría de Atención Primaria similares a las de Medicina Familiar.

Es de bien nacidos ser agradecidos; por ello nuestro reconocimiento y gratitud a los compañeros que han realizado un gran esfuerzo y un magnífico trabajo.

Toda la documentación necesaria puedes encontrarla en la página web de AEPap:

http://www.aepap.org/pdf/docencia_mir.pdf

Para cualquier información adicional puedes dirigirte en nuestra Sociedad –SPAPex- a Juan J. Morell Bernabé jjmorell@teleline.es. Te agradeceríamos que si solicitas la acreditación como Tutor nos lo comuniques para llevar un registro de tutores y hacer un seguimiento de la implantación de esta propuesta. Gracias.

CONVENIO DE COLABORACIÓN DOCENTE ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y EL HOSPITAL GENERAL, PARA ROTACION DE RESIDENTES DE PEDIATRÍA. SOLICITUDES DE ACREDITACIÓN DE UNIDAD DOCENTE ASOCIADA Y TUTOR PEDIATRA

Autores:

Grupo de Trabajo Docencia MIR de la AEPap

Bras i Marquillas, Josep. Centro de Salud "Poble Nou", Barcelona. Blanco González, Javier E. Centro de Salud "Reyes Magos", Alcalá de Henares (Madrid). Domínguez Aurrecoechea, Begoña. Centro de Salud "Otero", Oviedo. Fernández-Cuesta Valcarce, Miguel Ángel. Centro de Salud "Juan de la Cierva", Getafe (Madrid). García Puga, José Manuel. Centro de Salud "Salvador Caballero", Granada. Gutiérrez Sigler, M^a Dolores. UDMFyC EVES*, Valencia. Martín Muñoz, Pedro. Consultorio "Palmete", Sevilla. de la Serna Higuera, Pedro. Centro de Salud "San Andrés de Rabanedo", León. Ugarte Libano, Ramón. Centro de Salud "Aranbizkarra", Vitoria-Gasteiz.

* Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

La pediatría precisa formación para adquirir conocimientos y habilidades en su desempeño. El sistema de formación de Médicos Internos y



Residentes (MIR) ha cubierto con creces esa exigencia desde la década de los 70. Desde este tiempo una plétora de profesionales excelentemente formados han ido ocupando, puestos de trabajo en Atención Primaria (AP), adaptándose al progresivo cambio que ha sufrido nuestra sociedad y el Sistema Sanitario, este hecho sin embargo ha puesto al descubierto el gran déficit formativo precisamente en el área donde mayoritariamente desempeñan su función.

Se ha abogado por modificar la formación clásica eminentemente hospitalaria por una formación que contemplara la Atención Primaria, pero no solo parecía que no eran atendidas dichas peticiones, sino al contrario se podía entender una regresión en el currículo formativo del pediatra, si bien es cierto que parece existir un punto de inflexión en el año 2002 en que la Comisión Nacional de la Especialidad normaliza expresamente la rotación por Atención Primaria proponiendo unas bases curriculares para los Pediatras de AP Tutores de los MIR-Pediatría (MIR-P) y la creación de Unidades Docentes Asociadas.

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), siempre ha recogido el sentir de los Pediatras de Atención Primaria (Pap) sobre la necesidad de llevar a cabo de una vez por todas la rotación MIR-P por AP y ha expresado reiteradamente la disposición de sus miembros a asumir la responsabilidad en dicha formación.

Dentro de la dinámica de la AEPap el grupo de trabajo docencia MIR con el fin de abordar este tema ha completado con este documento una primera entrega realizada en septiembre de 2004 con el objetivo de instrumentar esa rotación y facilitar a los Pap interesados en solicitar ser tutores MIR-P en su rotación por la consulta del Centro de Salud.

INTRODUCCIÓN

Los Centros de Salud son establecimientos sanitarios de carácter público, cuya actividad asistencial es la específica que constituye la oferta de servicios de Atención Primaria, estando dotados de personal cualificado y de los medios apropiados para colaborar en la formación de Residentes en la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas.

La orden de 22 de junio de 1995, especifica en su disposición adicional sexta, que “en las especialidades médicas cuyo programa de formación incluya períodos o actividades a desarrollar en centros o establecimientos sanitarios y asistenciales de carácter no hospitalario, las unidades docentes, estarán constituidas tanto por el hospital acreditado como por los demás centros y establecimientos extrahospitalarios”.

El documento de reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como “Unidades Docentes Asociadas” para la formación MIR-P, aprobado por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas en su sesión del día 5 de julio de 2002 y por el Comité de Acreditación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas en el año 2003 y actualmente en trámite final de aprobación por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, detalla los objetivos fundamentales y los requisitos para el reconocimiento y acreditación de las “Unidades Docentes Asociadas” para la formación MIR-P.

OBJETIVOS

- 1.- Crear el marco de colaboración docente necesario para la constitución de las “Unidades Docentes Asociadas” para la formación MIR-P.
- 2.- Dar respuesta a las necesidades de formación de los especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas en la adquisición de técnicas y habilidades que los servicios hospitalarios no pueden proporcionar, según se especifica en el documento ya referido aprobado por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas.
- 3.- Dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma; según se especifica en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) Ley 44/2003.

CRITERIOS DE COLABORACIÓN

- 1.- El ámbito de este convenio será el correspondiente a los Centros de Atención Primaria del Área / Distrito* Sanitario y al Hospital General.
- 2.- La organización, supervisión, desarrollo y evaluación de la formación de los MIR-P y sus Áreas Específicas se ajustará a lo previsto en la Orden de 22 de junio de 1995.
- 3.- Se constituirá la Comisión Asesora y se nombrará un Coordinador de la misma ateniéndose a las directrices generales para los convenios de Unidad Docente Asociada intra / extrahospitalaria expuestos en la disposición adicional sexta de la Orden de 22 de junio de 1995 que regula las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y farmacéuticos especialistas:



a.- La Comisión Asesora asumirá, respecto a los períodos extrahospitalarios de formación, las funciones que en dicha orden se asignan a las Comisiones de Docencia para la formación hospitalaria.

Los titulares de los órganos directivos del Área de Atención Especializada o Atención Primaria, determinarán la composición concreta de la Comisión Asesora en función de las Unidades Docentes Asociadas y del número de especialistas en formación.

En todo caso se incorporarán a la Comisión Asesora representantes de los Tutores Hospitalarios y de Atención Primaria y de los especialistas en formación.

b.- El Coordinador de la Comisión Asesora será nombrado por el titular del órgano directivo del Área a propuesta del Director Médico y oída la Comisión Asesora. El Coordinador presidirá la Comisión Asesora y desempeñará en el ámbito de la formación extrahospitalaria, las funciones que se asignan al Jefe de Estudios respecto a la formación hospitalaria y formará parte como vocal de la Comisión de Docencia del hospital u hospitales con los que se relacionen en términos docentes los Centros asistenciales de dicha área sanitaria.

4.- Los requisitos de las Unidades Docentes Asociadas se ajustarán a lo aprobado por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas.

5. - La solicitud de reconocimiento como Tutor y Unidad Docente Asociada partirá del pediatra interesado mediante formulario que acredite los requisitos recogidos en el Documento de Reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como Unidades Docentes Asociadas para la formación especializada en Pediatría. Será baremada por la Comisión Asesora para la formación especializada en Pediatría, según unos criterios preestablecidos. La solicitud de acreditación, según modelo que se adjunta, se formulará por el Órgano Directivo que en cada Consejería de Sanidad / Salud de las distintas Comunidades Autónomas tenga las competencias en materia de formación sanitaria especializada y se dirigirán a la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Consumo. El nombramiento de los Tutores que correspondan para el seguimiento de los períodos formativos a los que se refiere este convenio se realizará por el titular del órgano directivo de Atención Primaria.

6.- El contenido de la rotación del MIR-P se centrará en lo definido en el Área de Salud Infantil del Programa de Formación de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, con especial referencia a los aspectos de prevención, promoción de la salud y atención a la patología prevalente. Se adquirirán los conocimientos, habilidades y actitudes que permitan atender correctamente como médico, como técnico y como científico, los problemas propios de la Atención Primaria Pediátrica y el trabajar como integrantes y, en su caso, como coordinadores de equipos multidisciplinares de salud.

PROGRAMA FORMATIVO

Como señala el programa de la Especialidad de Pediatría y sus áreas específicas, "la complejidad pediátrica actual, a determinados niveles, obliga a pediatras específicamente acreditados a actuaciones especializadas formativo-asistenciales a determinadas edades o el empleo de procedimientos asistenciales específicos, y en el campo de la Pediatría comunitaria y social".

OBJETIVOS

Capacitar al Médico Residente de Pediatría en la atención a los problemas clínicos prevalentes, prevención de la enfermedad, promoción de la salud de la población infanto-juvenil y obtención de los conocimientos suficientes sobre la estructura, organización y herramientas específicas de la Atención Primaria para instruirles en el trabajo como miembros y, si es preciso como coordinadores, de equipos multidisciplinares de salud.

El objetivo final será aportar la visión comunitaria que facilite, como expone la Guía Formativa de la especialidad, la preparación del médico para una buena atención pediátrica, caracterizada por ser:

- 1.- Total en los objetivos, en el contenido, en las actividades y en la población atendida (desde la concepción hasta el final del período de crecimiento y desarrollo).
- 2.- Precoz y continua en el tiempo (vida del individuo) y en el proceso salud-enfermedad.
3. - Integral, en la que se incluyan todos los apartados del ciclo integral de la salud (promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, docencia e investigación), los cuales se desarrollarán en los diversos niveles, incluido el hospitalario.



4. -Integrada en un modelo organizado y jerarquizado pero coherente con las demás circunstancias socioeconómicas vigentes en el país.
5. -Individualizada y personalizada en igualdad y en libertad.

Se hará especial hincapié en aquellos aspectos que por su peculiaridad no puedan ser ofrecidos por los servicios hospitalarios, como son:

- La atención longitudinal al niño en su desarrollo físico y psicológico.

- El seguimiento del niño en su contexto familiar y comunitario, facilitando a los padres la adquisición de técnicas de educación para la salud, capacidad para manejar y resolver conflictos y desarrollo de habilidades de escucha y comunicación.

- La adquisición de habilidades en la entrevista clínica.
- El manejo de la Historia Clínica Pediátrica propia de la Atención Primaria.
- El desarrollo psicosocial normal del niño, atendiendo a la detección precoz de déficits sensoriales, factores de riesgo y prevención del maltrato infantil.
- El conocimiento de los problemas éticos que se plantean en Atención Primaria.
- Los aspectos de gestión clínica, epidemiología y salud pública en Atención Primaria.

DESARROLLO DEL PROGRAMA DOCENTE Y CONTENIDOS ESPECÍFICOS

Serán los determinados por el Programa de Formación de la Especialidad y harán especial hincapié en los contenidos específicos de la Atención Primaria, según el modelo de rotación elegido, serán básico o avanzado, que queda aquí resumido:

- 1.-Vigilancia Epidemiológica y Protección de la Salud.
- 2.- Área de Prevención de Enfermedades Transmisibles.
- 3.-Área de Prevención y Promoción de la Salud.
 - Guía anticipatoria de las características llamativas de las distintas edades del niño.

4.-Área de Seguimiento o Revisiones Periódicas del Niño y Adolescente.

5.-Área de Atención a la Patología Prevalente en Atención Primaria:

- a.- Recién Nacido.
- b.- Lactante.
- c.- Niños y Adolescentes.

6.-Área de Atención al entorno Familiar y Social.

7.-Área De Gestión, Epidemiología y Salud Pública.

8.-Técnicas Diagnósticas En Atención Primaria.

9.-Procedimientos.

ACTIVIDADES

La formación del Médico Residente se fundamenta en la práctica supervisada, con asunción progresiva y tutelada de responsabilidades clínicas.

El Residente de Pediatría habrá adquirido en su formación, conocimientos sobre múltiples enfermedades, así como los procedimientos de anamnesis, exploración, utilización de pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento. Su Tutor en Atención Primaria le ayudará a desarrollar su sentido de realismo clínico, basado en los recursos del paciente, el sistema sanitario y la comunidad.

Estos objetivos se conseguirán a través de la participación en las siguientes actividades:

- 1.- Consultas a demanda.
- 2.- Consultas programadas para exámenes de salud.
- 3.- Consultas concertadas para patologías crónicas.
- 4.- Sesiones docentes del Equipo de Atención Primaria.
- 5.- Sesiones docentes con los pediatras del área.
- 6.- Revisiones bibliográficas sistemáticas y orientadas.
- 7.- Actividades docentes según el programa formativo.
- 8.- Presentación y discusión de casos clínicos.



- 9.- Desarrollo y elaboración de documentos de educación sanitaria y promoción de la salud.
- 10.- Actividades de investigación.

DURACIÓN Y PERÍODOS DE ROTACIÓN

La rotación de los MIR de Pediatría por los Centros de Atención Primaria se incorporaría a la oferta general de rotaciones de estos especialistas.

Posibles modelos de rotación:

1. Modelo básico: Con una duración de 3 meses, que permitiría conocer los procesos propios de Atención Primaria e identificar por parte del futuro especialista las peculiaridades del perfil profesional de los Pediatras que desarrollan su trabajo en Atención Primaria.

Momento adecuado para la realización de esta rotación, último período de R-2 o al inicio de R-3.

2. Modelo avanzado: Aquellos que opten por su «especialización» en Atención Primaria, rotarán durante R-4 durante al menos 6 meses.
3. En todo caso el modelo de rotación elegido será reevaluado anualmente para adaptarlo a las necesidades formativas y asistenciales.

RECURSOS

Los requeridos como requisitos mínimos para la acreditación docente del Centro de Salud en el documento aprobado por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas.

- Área física:

- 1.- Consultas polivalentes de Pediatría.
- 2.- Opcionalmente área de urgencias.

La estructura física debe garantizar el ambiente adecuado que responda a las peculiaridades de la edad pediátrica facilitando las relaciones con los niños, con los padres y con los profesionales pediátricos.

- Recursos humanos:

- 1.-Un especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas por cada MIR en rotación.

- 2.-ATS / DUE, personal auxiliar y personal administrativo necesarios para desempeñar las funciones propias de la unidad asistencial.

- Recursos Materiales:

- 1.- Equipamiento adecuado para el desarrollo de la asistencia especializada pediátrica. De forma orientadora: camilla de exploración, pesabebés y tallímetro para niños y adolescentes, otoscopio, oftalmoscopio, plomada, orquidómetro, podoscopio, optotipos pediátricos, esfigmomanómetro, negatoscopio, medidores de flujo espiratorio máximo, fonendoscopio.
- 2.- Sistema de archivo de Historias Clínicas, preferentemente informatizado.
- 3.- Sistema de registro de vacunaciones.
- 4.- Sistema de registro de problemas crónicos.
- 5.- Medios docentes: La unidad dispondrá de medios propios o compartidos como Sala de Reuniones y medios audiovisuales para la docencia.
- 6.- La biblioteca dispondrá de, al menos, dos textos pediátricos actualizados de reconocida solvencia y uso predominante en Pediatría, así como de varias revistas especializadas cuyo contenido se relacione de modo preferente con Atención Primaria en Pediatría. Se tendrá en cuenta la disponibilidad de acceso a Internet en el Centro de Salud que facilite la entrada a bases de datos de bibliografía médica y sea de interés pediátrico.

- Relativos a la actividad asistencial:

- 1.- Óptimo en torno a 25 consultas / día.
- 2.- Tiempo adecuado en segundas consultas según tipo de patología y edad del paciente.
- 3.- Historia clínica individualizada y archivada.
- 4.- Programas de salud: Promoción de lactancia materna. Inmunizaciones activas.
- 5.- Exámenes periódicos de salud, en los que participará activamente el Residente.
- 6.- Otras actividades:
 - Educación sanitaria.
 - Valoración de crecimiento, maduración y desarrollo.



-Posibilidad de colaboración con Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

-Consultas programadas para revisiones de enfermedades crónicas (una o varias de las siguientes: asma, obesidad, hipocrecimiento, epilepsia, diabetes, fallo de medro, etc.) preferentemente en interconexión con el Hospital de referencia.

- Relativos a las actividades de docencia e investigación:

- 1.- Memoria o plan de actividades formativas propias para los miembros de plantilla.
- 2.- Memoria o plan de actividades formativas para los MIR en rotación.
- 3.- Otras actividades docentes o proyectos de investigación que eventualmente se estén llevando a cabo en el Centro de Salud.

EVALUACIÓN

La rotación de los residentes de Pediatría se evaluará, según regula la O.M. 22 de junio de 1995, de forma continuada, por los Tutores y por los Coordinadores de los Equipos por las que el especialista en formación haya rotado. La evaluación se reflejará en una ficha que, una vez cumplimentada, será remitida a la secretaría de la Comisión de Docencia o de la Comisión Asesora, para su custodia en el expediente docente del interesado.

El Tutor participará en el Comité de Evaluación anual de los especialistas en formación, en referencia a los periodos de rotación desarrollados.

Los Residentes participarán directamente en la evaluación de su rotación, expresando su grado de satisfacción y consecución de objetivos, a través de una encuesta semiestructurada. Sería recomendable una evaluación favorable, como media entre los Residentes de cada año para mantener la acreditación el año siguiente. En caso contrario se podrá reacreditar al cabo de 2 años siempre que cumpla los criterios de acreditación del apartado 1, perdiendo la acreditación de forma definitiva si se repite la puntuación negativa (evaluación desfavorable en dos ocasiones).

Las anotaciones del libro del especialista en formación referidas a su participación en actividades asistenciales, docentes y de investigación serán visadas, al menos mensualmente, por los Tutores, que incorporarán al mismo las observaciones que, con relación a las aptitudes y conducta profesional del especialista en formación, resulten procedentes.

El Coordinador de la Unidad Docente Asociada elaborará una memoria anual de las actividades formativas de la misma que, una vez visada por el titular del órgano directivo, presentará a la Comisión Asesora. La Comisión Asesora tras conocer la misma, la remitirá a la Comisión de Docencia del Hospital u Hospitales con los que se relacione en el informe anual previsto junto con las consideraciones que estime oportunas.

ORGANIZACIÓN

El Médico Residente en formación podrá elegir entre los Pediatras del área acreditados como Tutores y se integrará en el Equipo de Atención Primaria correspondiente. La elección de centro y Tutor se realizará siguiendo el orden de prelación de la prueba MIR.

Se reconocerá oficialmente el papel del Tutor con documento expreso, se le proporcionarán los recursos y formación necesarios para el desarrollo de su labor.

REQUISITOS RELATIVOS A LA SOLICITUD PARA LA ACREDITACIÓN DE TUTORES:

- Solicitud según el modelo adjunto.
- Compromiso del Coordinador del Centro de Salud.
- Solicitud de acreditación del Centro de Salud con la conformidad del Coordinador del Centro de Salud.
- Currículum vitae.

Conformidad del Titular del órgano directivo, del Presidente de la Comisión de Docencia, del Jefe de Servicio o Departamento de Pediatría y del Tutor de Residentes del mismo, según el Convenio de colaboración docente correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

BOE, Orden de 22 de junio de 1995 que regula las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y farmacéuticos especialistas.

<http://www.aeped.es/pdf-docs/docencia-PAP.pdf>.

García Puga JM; Peñalver Sánchez I; Sánchez Ruiz-Cabello J; Bras i Marquillas J; Jordano Salinas L. Rotación de Residentes por Atención Primaria. Revista Pediatría de

Atención Primaria. Volumen IV. Número 15. Julio/Septiembre 2002:381-396.

Orejón de Luna G. Boscá Berga J. La formación MIR en Atención Primaria. An Esp

Ped 2003; 58 (supl 4): 401-8.

Guía de Formación de Especialistas "Pediatría y sus Áreas Específicas". Ministerio de Sanidad y Consumo. Subsecretaría. Subdirección General de Planificación y Ordenación de Recursos Humanos. 1996, 3ª edición.



LA OBESIDAD INFANTIL. UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA Y PARA LOS PEDIATRAS DEL SIGLO XXI

Ana Martínez Rubio.

Pediatra de A.P. Distrito Aljarafe. Sevilla.
Plan Integral Obesidad Infantil. Servicio Andaluz de Salud.
(Conferencia dictada con ocasión del IV Foro Pediátrico de
la SPAPex. Badajoz, 2 de abril de 2005.)

Introducción.

En la bibliografía científica de hoy en día y en los foros sanitarios internacionales se detecta un interés creciente hacia la obesidad. Hay muchas razones para ello. La primera es el incremento de la prevalencia en todas las naciones del mundo occidental. Las cifras de los distintos países de la Unión Europea muestran esta preocupante tendencia¹. De forma paralela ha aumentado el número de complicaciones y procesos comórbidos relacionados con la obesidad, como la diabetes tipo 2 tanto en adultos como en la infancia², los cuales, si bien en los medios científicos de nuestro país aún apenas son detectados, en otros han dejado de constituir patología exclusiva de los adultos afectando a jóvenes y adolescentes.

El segundo motivo es la dificultad en su manejo en todas las edades. Las bases del tratamiento de la obesidad son bastante diferentes del enfoque médico tradicional para otros procesos. En primer lugar, hace falta una involucración activa del paciente, quien va a ser el protagonista de los cambios. Y modificar los hábitos de vida, en los cuales radica el origen de la obesidad, no es cosa fácil. El papel del clínico es mucho más complejo que recomendar un determinado fármaco y su posología. Es necesario que sea capaz de investigar en cada caso cuáles son las mejores oportunidades para cambiar, diseñar pautas específicas para cada paciente, averiguar cuáles pueden ser los factores que puedan facilitar el cambio así como las barreras dentro de la propia familia para que el paciente pueda perder peso. Es necesario además que recomiende cambios no sólo en la alimentación, sino también en otros hábitos de la vida diaria, como es el realizar actividad física de forma regular. El médico debe aprender a manejar una herramienta nueva: las técnicas de modificación de conducta³⁻⁵. Necesita cambiar el tipo y la forma de los mensajes que envía al paciente y a la familia. Y obligadamente tiene que abandonar el enfoque personalista de la consulta médica clásica por otro multiprofesional, en el que diversos actores ejecuten distintos papeles para ayudar al paciente en los cambios de su vida que deben ser programados para largo plazo. A ser posible el resto de su vida. Todo un reto.

Un poco de historia.

Ya en la década de los noventa, la Organización Mundial de la Salud observó la tendencia en las

estadísticas y bajo su patrocinio se iniciaron una serie de consultas y estudios. En el año 2003 se publicó un informe llamado "*Fruit and vegetable promotion*", conjuntamente con la FAO y en 2004 la "*Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud*" como resolución de la 57ª asamblea mundial de la salud.

Mientras tanto, en Estados Unidos, donde la epidemia era ya muy evidente tanto en cifras de prevalencia como en la severidad de la obesidad, ya había muchas iniciativas preventivas en marcha. Si bien en 1999 la American Dietetic Association promulgó su "*Dietary guidance for healthy children aged 2 to 11 years*"⁶, es a partir de 2003 cuando la producción de documentos y el análisis de los resultados de las numerosas estrategias llevadas a cabo para prevenir la obesidad en niños llega a su apogeo⁷. La American Academy of Pediatrics publica ese año un documento "*Prevention of pediatric overweight and obesity*"⁸. En 2004 la NIH Obesity Task Force saca a la luz su "*Strategic Plan for NIH Research*"⁹, recomendando que se aumentasen las investigaciones en las múltiples facetas de la obesidad infantil. Y en 2005 se publican sendos documentos de las American Dietetic Association¹⁰ y del Departamento de Salud y Servicios Humanos¹¹ con recomendaciones dietéticas para la salud de los niños americanos y de la población general.

Mientras tanto, en la Unión Europea empiezan también los estudios¹² que culminan en el pasado mes de marzo de 2005 con la propuesta de una *Plataforma Europea para la acción sobre la dieta, la actividad física y la salud*¹³ que pretende involucrar a numerosos interlocutores de la escena pública europea, desde organizaciones sanitarias a comerciales (tablas 1 y 2).

Tabla 1.- Organizaciones públicas que suscriben la EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health.

- Confederation of the Food and Drink industries of the UE (CIAA).
- Eurocommerce.
- European Community of Consumers Cooperatives (Euro COOP).



- European Consumer's Organization (BEUC).
- European Food Safety Authority (observador)
- European Heart Network.
- European Modern Restaurant Association.
- European Vending Association.
- International Obesity Task force.
- Standing Committee of European Doctors (CPME).
- World Federation Advertisers.
- World Health Organization (observador)

Tabla 2.- Organizaciones públicas que próximamente tienen previsto sumarse a la EU Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health

- Comité Económico y Social Europeo.
- European Public Health Alliance (EPHA)
- Organizaciones y cooperativas agrarias (COPA-COGECA)
- European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition (ESPGAN).
- European Federation of the Association of Dietitians (EFAD).
- Association of Commercial Television (ACT).
- European Group of Television Advertising (EGTA).
- Consejo Europeo de Información sobre Alimentación (European Food Information Council (EUFIC)
- European Association for the Study of Obesity (EASO).
- European Federation of Contract Catering Organisations (FERCO)
- Red Mundial de Grupos pro Alimentación Infantil (International Baby Food Action Network (IBFAN).

España también se hace eco y en enero de 2004 se plantean en el Boletín Oficial del Estado las directrices para la elaboración de un Plan Integral de Obesidad, Nutrición y Actividad Física, bajo las directrices del Ministerio de Sanidad y Consumo, que ve la luz un año más tarde bajo el nombre "*Estrategia Naos. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*"¹⁴. Este documento presenta el proyecto de varias intervenciones cuyo objetivo es modificar la dieta de los españoles. En algunos casos se trata de acuerdos ya cerrados, como es el caso de la disminución de proporción de sal en el pan, modificación que se llevará a cabo de forma paulatina. Otros cambios que se irán produciendo en un futuro próximo son los relacionados con la composición grasa de los alimentos elaborados, el etiquetado, la

ubicación y contenidos de las máquinas expendedoras de alimentos, el tamaño de las porciones de algunos alimentos, y el control de la publicidad, especialmente la dirigida a población infantil.

Bajo los auspicios de la Estrategia Naos, han surgido otras iniciativas a nivel nacional o de determinadas comunidades, varias de las cuales son accesibles en formato digital. Tal es el caso de la fundación "*5 al día*"¹⁵ que proporciona información y coordina iniciativas y patrocinadores promocionando un mayor consumo de frutas y verduras o bien intervenciones para promover la actividad física¹⁶.

Mientras tanto, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, había publicado ya un *Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada*¹⁷ en febrero de 2004, y empezaba a producir algunos buenos resultados, como un Certamen de intervenciones comunitarias. Sin embargo, parecía necesario un abordaje más profundo del problema de la obesidad infantil y se inició el desarrollo de un Plan Integral.

Bases para la elaboración de un Plan Integral.

Los Planes Integrales son modelos innovadores para el enfoque y manejo de problemas de salud, de manera que cubren no solamente los aspectos sanitarios sino otros de tipo comunitario que también tienen impacto bien en el origen o bien en las soluciones al problema abordado. El III Plan Andaluz de Salud había propiciado ya el desarrollo de tres Planes Integrales: el Oncológico, el de Salud Mental y el de Diabetes. Y está muy avanzado otro para el manejo del Tabaquismo. Si bien son documentos bastante diferentes entre sí, presentan algunas características comunes. Por supuesto que el primer paso consiste en describir el objetivo del trabajo y analizar el impacto de la situación a nivel individual y comunitario. Es preciso concretar cuál va a ser la población diana para adecuar a ella los objetivos finales y, con ellos en mente, se eligen cuidadosamente aquellas líneas de acción que a los ojos de los expertos y de la bibliografía actual parecen más adecuadas para lograrlos. Esas líneas de intervención requieren además de unas herramientas concretas (tecnología, planes de transportes, personal adecuadamente formado, y un largo etcétera).

Ningún documento público sobre la obesidad se ha propuesto como objetivo el disminuir las tasas actuales. Es excesivamente ambicioso. Existen demasiadas dificultades en el entorno social y económico para pueda contemplarse como algo realista. Todos coinciden en plantearse como meta el frenar la tendencia ascendente. Que no aumente al mismo ritmo. Aún así debe asumirse que hasta pasados 5 ó 10 años no será perceptible el efecto. El Plan Integral Andaluz de Obesidad se propuso dirigirse de forma intencionada a la infancia pues es el momento en que las intervenciones



pueden ser algo más efectivas, porque además repercute en la salud de los adultos del futuro y en los que cuidan hoy a los niños. Con todas las iniciativas que se están desarrollando es de esperar que se logre disminuir la morbilidad asociada a la obesidad tanto en la infancia como en la vida adulta.

El objetivo final precisa de unas condiciones que faciliten el cambio. La primera de ellas es que la población se haya sensibilizado sobre la necesidad de mantener un peso saludable y unos buenos hábitos de alimentación y actividad física. Dicha sensibilización favorecerá al adquisición de los conocimientos necesarios para lograr el cambio de hábitos. El siguiente paso es responsabilidad de las administraciones y consiste en facilitar la elección de hábitos saludables, por tanto en este punto es necesario involucrar a diferentes estamentos sociales, desde la escuela a la industria alimentaria, desde los restaurantes a los municipios, desde las asociaciones ciudadanas a los medios de comunicación. Finalmente, se deberá dejar bien claro el papel del sistema sanitario tanto en la prevención primaria, como en el diagnóstico precoz y el tratamiento de la obesidad infantil.

Entre las líneas de intervención que se proponen cobra importancia el promover la investigación así como el desarrollo normativo. Estos dos aspectos son de gran complejidad y requieren la participación de estamentos superiores. Para la investigación por el soporte económico que precisa. Para la legislación, complejas negociaciones que no siempre están al alcance de las administraciones de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, aunque desde Andalucía (u otra) no se pueda legislar en materia de salud alimentaria, se puede y se debe velar por el cumplimiento de la normativa vigente así como proponer cambios a través de los cauces adecuados.

Hay una interesante línea en desarrollo, que hemos denominado "Comunicación" que pretende abordar aspectos más complejos que el simple intercambio de datos o informes. El Plan Integral de Obesidad considera la comunicación al ciudadano como un derecho de éste y por tanto, todas las actuaciones propuestas, toda la documentación básica estará al alcance de profesionales y particulares. Esta transparencia facilitará que se pueda tener acceso a recursos nacidos de otras consejerías u organizaciones. Pero sobre todo, se pretende que cada profesional adopte un estilo de comunicación más asequible a la hora de relacionarse con los usuarios y que la forma y los contenidos de los mensajes que se utilicen para las distintas actividades propuestas se adapten a los diferentes niveles de conocimientos, huyendo tanto de consignas universales como de etiquetas estigmatizantes.

Líneas de intervención propuestas en el Plan Integral Andaluz de Obesidad.

1.- Promoción de la lactancia materna.

La bibliografía actual es contundente a la hora de constatar los beneficios que aporta la lactancia natural para la salud de los niños, las madres y la sociedad¹⁸. Entre los primeros parece percibirse un efecto protector frente a la obesidad futura¹⁹⁻²¹. Hay ciertas controversias en los resultados de los estudios epidemiológicos acerca de la potencia del efecto preventivo de la lactancia materna y del tiempo necesario para que sea eficaz²²⁻²⁴. También existen dudas acerca de cuál puede ser el mecanismo fundamental que interviene. Se conjetura sobre el papel de los componentes bioquímicos de la leche humana, cuyo alto contenido en colesterol parece servir de modulador del metabolismo lipídico en el organismo en crecimiento o de la concentración de leptina en ella. Otro aspecto importante a tener en cuenta es el que el patrón de alimentación a demanda favorece la adquisición de una mejor capacidad de autocontrol de la ingesta, al permitir que el bebé perciba y responda de forma más adecuada a las sensaciones internas de hambre y saciedad, hecho que no se produce de igual forma con la alimentación artificial, en que se proporciona alimento de forma programada desde fuera (cantidades y horarios fijos)²⁵.

2.- Promoción de la alimentación saludable.

Una alimentación que aporta cantidades excesivas de nutrientes es quizá el componente más evidente de la génesis de la obesidad. Existen numerosos y extensos estudios sobre las características de la dieta²⁶⁻²⁹. Además del aumento de las cantidades de comida, debido entre otros factores a la mayor accesibilidad a alimentos ya listos para el consumo se destaca el mayor tamaño de las raciones de alimentos y un mayor contenido en grasas saturadas en los productos elaborados y la ausencia o baja calidad nutricional del desayuno²⁶ como aspectos concretos que contribuyen al incremento de peso. También es de destacar el papel obesogénico que desempeñan las bebidas azucaradas, batidos, zumos y refrescos en las dietas infantiles³⁰⁻³¹. Dichos productos han incrementado sus ventas de forma notable. Concretamente los zumos industriales han visto incrementado su valor nutricional ante los ojos de los consumidores, gracias a estrategias de márketing, contribuyendo a aumentar la proporción calórica de las dietas sin aportar nutrientes de calidad. Esta es por tanto una de las líneas de actuación de carácter preventivo: reducir el consumo de bebidas dulces, que debe ir complementada con el refuerzo de la importancia del agua como bebida saludable y de la necesidad de consumir diariamente varias porciones de frutas y hortalizas frescas^{6,11,32-33}. Otras intervenciones propuestas incluyen la supervisión de las dietas de los comedores escolares, y, por supuesto, proporcionar



información a los usuarios

Sin embargo se perciben importantes obstáculos al cambio en los hábitos alimenticios familiares. Por una parte encontramos la existencias de ideas erróneas y creencias³⁴ que dificultan la adopción de nuevas conductas. Por otra la presión al consumo ejercida desde las empresas fabricantes de alimentos que diseñan y comercializan nuevos productos adaptándose a las tendencias de consumo.

3.- Promoción de la actividad física.

Se trata también de abordar el otro componente más obvio del balance energético positivo. Está muy claro que la sociedad actual favorece una vida mucho más sedentaria que la de generaciones anteriores, que las ciudades modernas dificultan los desplazamientos a pie o en bicicleta; que las familias no permiten a los niños juegos al aire libre por percibir variados peligros en el entorno físico; que niños y niñas de todas las edades dedican cada vez más tiempo a entretenimientos de tipo pasivo tales como ver la televisión, los videojuegos o los ordenadores³⁵.

En este campo se debe promover actitudes responsables en las familias con respecto al empleo del tiempo libre de los niños³⁶ y además se deberán favorecer formas de actividad física que resulten atractivas y placenteras, puesto que el deporte extenuante o de alta competición tiene escasos adeptos.

4.- Abordaje familiar.

Se trata de una de las propuestas más innovadoras y que exigirá a la vez mayores esfuerzos. Es indudable que la familia es el lugar donde se forman los hábitos de vida, incluyendo la alimentación, la higiene y la capacidad de autocuidados. Sin embargo no está tan claro cómo ocurre este proceso que parece estar sujeto a múltiples y variados componentes de las dinámicas familiares. Vivencias tempranas, estilos de comunicación interpersonal y estrategias de resolución de conflictos juegan un importante papel en el desarrollo del modo en que cada persona vive su propio cuerpo y su salud ya desde la niñez³⁷⁻³⁸. Sin embargo son aspectos muy difíciles de abordar. Evidentemente es necesario que las propuestas de cambio que se hagan llegar a las familias sean coherentes, claras y adaptadas a sus capacidades³⁴. El papel educativo de la familia debe ser recuperado, pues en las últimas décadas parece haber sido asumido por otras instituciones, como el sistema escolar, el sanitario y los medios de comunicación. Es imperioso diseñar abordajes imaginativos para facilitar la adopción de hábitos saludables en aquellas familias en que ambos progenitores trabajan fuera de casa y proporcionar formación sobre dinámicas familiares y comunicación a los profesionales de la salud.

La industria alimentaria y la obesidad infantil.

Si bien suele considerarse como parte del problema, es al mismo tiempo una posibilidad para ofrecer soluciones. Las empresas productoras de alimentos cumplen con la exigencia de poner en el mercado preparados seguros, todos los cuales pueden tener cabida en una dieta equilibrada. La agrupación Eurocommerce declaraba en la Plataforma Europea¹³ que esa es su responsabilidad, mientras que la de los consumidores consiste en elegir una dieta y unos estilos de vida saludables. Hay que tener en cuenta que la industria ha ido adaptándose a las demandas de los ciudadanos, por ejemplo con un aumento de la oferta de alimentos precocinados que facilitan la preparación de los menús familiares a las mujeres trabajadoras o de los productos bajos en calorías como respuesta a los deseos de parte de la población de mantener o disminuir peso. Con todas las limitaciones que tiene una dieta basada solamente en productos *light* o precocinados, constituyen una oferta más entre muchas que no debe desaprovecharse. La responsabilidad de las administraciones públicas en este aspecto consiste en mejorar la normativa, sugerir modificaciones en la composición grasa de los alimentos preparados y exigir transparencia en el etiquetado^{14, 39-40}.

Proyectos que ya están en marcha en Andalucía

La educación para la salud forma parte de los contenidos educativos en las enseñanzas obligatorias en el sistema escolar andaluz desde hace dos décadas. La importancia de la dieta y de los hábitos de higiene estructuran uno de los ejes transversales en la educación y se le atribuye prioridad similar a la de otros temas importantes para el desarrollo de los futuros ciudadanos que se imparten bajo el enfoque de transversalidad a lo largo de todos los cursos escolares y son los referidos a la educación para la paz, la educación no sexista y la sexualidad.

Para mejorar los contenidos educativos relacionados con la nutrición se ha diseñado un material de apoyo enmarcado dentro de un Plan de Alimentación Saludable.

La Junta de Andalucía apoyó la creación y mantenimiento de numerosos comedores escolares que ofertan a bajo costo para las familias unos menús saludables. Más recientemente, el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas ha impulsado la adaptación de los horarios de los centros escolares a la jornada laborables de los progenitores, en el denominado Plan de Apertura de Centros, que incluye además del horario ampliado que proporciona un entorno seguro y supervisado para muchos escolares andaluces, la posibilidad de recibir otras comidas saludables (desayunos) y de ser complementadas con actividades lúdico-educativas. La mayoría de los centros escolares públicos de Andalucía conforman la Red de Escuelas Promotoras de Salud.



La última innovación, iniciada en el curso 2004-05 consiste en la implantación de un Plan de Deporte en la Escuela que contempla la dotación de monitores y la realización de campeonatos interprovinciales de una progresivamente ampliada oferta de modalidades deportivas.

El sistema sanitario público y la obesidad infantil

Si bien la escuela y la familia son los puntos principal para las estrategias preventivas de la obesidad en la infancia, el sistema sanitario juega un importante papel en la detección precoz y en el tratamiento de la misma. Pero no deben olvidarse sus posibilidades para la prevención primaria. Entre los puntos fuertes del sistema público destacan la amplia Cartera de Servicios que asegura la realización de programas para la salud materno infantil que tienen amplia cobertura y seguimiento. La universalización de la asistencia y la capacidad de los profesionales que asumen paulatinamente innovaciones a medida que las evidencias así lo aconsejan son importantes para asegurar que es posible realizar intervenciones eficaces.

Sin embargo no debe olvidarse que existen limitaciones en estos aspectos. Tales son la creciente presión asistencial; los cupos poblacionales desproporcionados al tiempo disponible; la necesidad de controlar el gasto farmacéutico; la gestión por procesos que reclaman no solo del nivel científico y clínico del profesional sino el registro minucioso de las actividades, el aumento de la exigencia (y en ocasiones de la agresividad) por parte de los ciudadanos, llevan a un número creciente de profesionales a situaciones de cansancio y desmotivación (o síndrome de *burn-out* profesional). A esto se añade la falta de recambio generacional que supone crecientes trabas para la formación continuada, las actividades de reciclaje y las sustituciones de personal. Dichas dificultades deben ser tenidas en cuenta por parte de las cúpulas de poder dentro de las organizaciones sanitarias.

Aparte de las trabas citadas de tipo organizativo y de gestión del propio sistema, los profesionales tienen muchos retos que afrontar para el manejo adecuado de la obesidad infantil. La formación médica tradicional pone más énfasis en la patología y la terapéutica que en la prevención y en la salud. Los abordajes preventivos son esencialmente diferentes, requieren de otros instrumentos tales como las habilidades de comunicación que permitan no sólo explicar en lenguaje accesible la propuesta de cambio sino los pasos previos: la exploración de las creencias individuales o la existencia de barreras percibidas o las soluciones intentadas por los usuarios, que constituyen la base para proporcionar esquemas terapéuticos individualizados. Cuando es indispensable la participación activa del cliente para modificar la condición patológica es indispensable lograr un compromiso por parte del primero.

Desafortunadamente la práctica clásica de la medicina ha sido predominantemente paternalista, jerárquica, muy rara vez participativa, igualitaria y basada en la co-responsabilidad. Es un nuevo modelo a aprender.

Otros retos pendientes

-Desarrollo de modelos estructurados para el manejo del tratamiento de la obesidad. Los actuales protocolos de intervención publicados recomiendan un abordaje múltiple en cuanto a objetivos (cambios en la dieta, educación nutricional, actividad física), al número de sesiones de seguimiento y en cuanto al perfil de los profesionales implicados. Se recomienda realizar además intervenciones grupales, emplear técnicas de modificación de conducta y proveer apoyo psicológico.^{3,4,41-46} Si bien es indispensable la participación activa de los padres, hay indicios de que las intervenciones dirigidas exclusivamente a ellos son más efectivas para el logro de cambios en los hábitos y en el peso de los niños.

Sin embargo, estos procedimientos no están habitualmente disponibles en las consultas de Atención Primaria y en muy pocas de las especializadas. Es necesario el desarrollo y formación específica de equipos para el tratamiento de obesidad.

-*Abordaje de las desigualdades.* La prevalencia de la obesidad es significativamente más alta en las clases más desfavorecidas⁴³. Hay muchos factores involucrados: una formación académica insuficiente para asimilar de forma adecuada los mensajes científicos, un entorno social que dificulta la realización de actividad física regular, hábitos de consumo dominados por las soluciones fáciles e inmediatas y un complejo conjunto de creencias profundas como las que consideran el sobrepeso de los niños como señal de buena salud y testimonio externo de buenas capacidades parentales³⁷⁻³⁸. Otros aspectos a tener en cuenta son los modelos educativos excesivamente permisivos y la frecuente implicación de las abuelas en el cuidado de los niños, aportando sus propios condicionantes en cuanto a ideas acerca de la salud.

Como puede verse queda aún mucho por hacer tanto en la prevención como en la atención sanitaria a los niños y niñas con sobrepeso u obesidad. Los pediatras de Atención Primaria nos encontramos en un lugar privilegiado para la acción.

La preocupación por el tema, tanto desde estamentos científicos como gubernamentales está produciendo abundantes referencias científicas nacidas desde muy diversos escenarios. El intercambio de información mediante asociaciones científicas internacionales para el estudio de la obesidad ofrece también muchas oportunidades para el aprendizaje y la acción. Quedan por delante varias décadas de esfuerzos hasta que puedan ser evidentes los mejores resultados.



BIBLIOGRAFÍA.

1. Lobstein T, Frelut M-L. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity reviews* 2003, 4; 195-2000.
2. Koopman RJ, Mains III AG, Dia VA, Geese ME. Changes in age at diagnosis of type 2 Diabetes Mellitus in the United States, 1988 to 2000. *Ann Fam Med* 3[3], 60-63. 2005.
3. Jonides L, Buschbacher V, Barlow SE. Management of child and adolescent obesity: psychological, emotional, and behavioural assessment. *Pediatrics* 2002; 110(1 Pt 2):215-221.
4. Kolagotla L, Adams W. Ambulatory management of childhood obesity. *Obes Res* 2004; 12(2):275-283.
5. McGarvey E, Keller A, Forrester M, Williams E, Seward D, Suttle DE. Feasibility and benefits of a parent-focused preschool child obesity intervention. *Am J Public Health* 2004; 94(9):1490-1495.
6. Position of the American Dietetic Association: dietary guidance for healthy children aged 2 to 11 years. *J Am Diet Assoc* 1999; 99(1):93-101
7. Campbell K, Waters E, O'Meara S, Kelly S, Summerbell C. Intervenciones para la prevención de la obesidad infantil. *La Cochrane Library Plus en español*. 2002. Oxford Update Software.
8. Krebs NF, Jacobson MS. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 2003; 112(2):424-430.
9. NIH Obesity Task Force. Strategic Plan for NIH Obesity Research. 2004. U.S. Department of Health and Human Services.
10. American Dietetic Association. Nutrition fact sheet. Eating better together. A family guide for healthier lifestyle.
11. U.S Department of Health and Human Services, U.S.Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans 2005. Accesible en: www.healthierus.gov/dietaryguidelines.
12. Nutrition & Diet for healthy lifestyles in Europe: Science & Policy implications. *Public Health Nutr* 2001; 4(2A)_265-273.
13. Platform for Action on Diet, Physical Activity and Health. Accesible en http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/eu_platform_es.pdf
14. Estrategia Naos. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Accesible en <http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AesaPageServer?idpage=9&idcontent=5672>
15. <http://www.5aldia.com/>
16. Actividad Física y Salud. Guía para padres y madres. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura, editores. 2005.
17. Alonso Alfonso j, Aparicio Ibáñez D, Baus Japón M, Blanco Aguilar J, Caballero López G, Conejo Díaz JA. Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada. 2004.
18. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115 (2), 496-506.
19. Gillman MW. Breast-feeding and obesity. *J Pediatr* 2002; 141(6):749-750 .
20. Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CA, Jr., Berkey CS, Frazier AL, Rockett HR et al. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *JAMA* 2001; 285(19):2461-2467.
21. von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V et al. Breast feeding and obesity: Cross sectional study. *BMJ* 1999; 319(7203):147-150.
22. Hediger ML, Overpeck MD, Kuczmarski RJ, Ruan WJ. Association between infant breastfeeding and overweight in young children. *JAMA* 2001; 285(19):2453-2460.
23. Parsons TJ, Power C, Manor O. Infant feeding and obesity through the life course. *Arch Dis Child* 2003; 88(9):793-794.
24. Li L, Parsons TJ, Power C. Breast feeding and obesity in childhood: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327(7420):904-905.
25. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviours among children and adolescents. *Pediatrics* 1998; 101(3 Pt 2):539-549.
26. Aranceta J, Serra-Majem L, Ribas L, Pérez-Rodrigo C. Breakfast consumption in Spanish children and young people. *Public Health Nutr* 2001; 4(6A):1439-1444.
27. Hill JO, Peters JC. Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science* 1998; 280(5368):1371-1374.
28. Kranz S, Siega-Riz AM, Herring AH. Changes in diet quality of American preschoolers between 1977 and 1998. *Am J Public Health* 2004; 94(9):1525-1530.
29. Pérez-Rodrigo C, Ribas L, Serra-Majem L, Aranceta J. Food preferences of Spanish children and young people: the enKid study. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57 Suppl 1:S45-S48.
30. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet* 2001; 357(9255):505-508.
31. Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Consumo de zumos de frutas y de bebidas refrescantes en España. Implicaciones para la salud de su mal uso y abuso. *An.Esp.Pediatr.* 58[6], 584-593. 2003
32. Espstein LH, Gordy CC, Raynor HA, Beddome M, Kilanowski CK, Paluch R. Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. *Obesity Research* 9[3], 171-178. 2004.
33. James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 328. 24-4-2004.
34. Martín Criado E, Moreno Pestaña JL. Prácticas y discursos sobre alimentación en la población andaluza. Informe de investigación sociológica para la Consejería de Salud. 2003.
35. Hill JO, Peters JC. Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science* 1998; 280(5368):1371-1374.
36. American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. *Pediatrics* 2001; 107(2):423-426.
37. Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW, Whitaker RC. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics* 2000; 106(6):1380-1386.
38. Jain A, Sherman SN, Chamberlin DL, Carter Y, Powers SW, Whitaker RC. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics* 2001; 107(5):1138-1146.
39. Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre alegaciones nutricionales y de propiedades saludables de los alimentos. 2003/0165 (COD). 16-7-2003.
40. Hawkes C, OMS. Marketing Food to Children: The Global Regulatory Environment. 2004.
41. Drohan, S. H. «Managing early childhood obesity in the primary care setting: a behaviour modification approach.» *Pediatr.Nurs.* 28.6 (2002): 599-610.
42. Moran R. Evaluation and treatment of childhood obesity. *American Academy of Family Physicians* . 15-2-1999.
43. Speisser PW, Rudolf MC, Anhalt H, Camacho-Hubner et al. Consensus statement: Childhood obesity. *Journal of Clinical Endocrinology % Metabolism* 90(3):1871-1887.
44. Scottish Intercollegiate Guidelines network. Management of obesity in children and young people. A national clinical guideline. April 2003.
45. Childhood obesity. Advancing effective prevention and treatment. An overview for health professionals. National Institute for Health Care Management Foundation Forum. 2003. accesible en: <http://www.nihcm.org/ChildObesityOverview.pdf>
46. Polhamus B, Thompson D, Benton-Davis SL, Reinold CM, Grummer-Strawn LM, and Dietz, W. H. Overweight children and adolescents: Recommendations for screening, assessment and management. *Medscape CME/Pediatrics* . 18-12-2004. [medscape.com](http://www.medscape.com).