

Formación MIR-Pediatría: ¿Rotación obligatoria por Atención Primaria?*

JM. García Puga
CS Salvador Caballero. Granada.

Introducción

¿Es necesaria la rotación obligatoria por primaria para los MIR de Pediatría? En nuestra opinión la respuesta a esa pregunta sería afirmativa, categóricamente sí. ¿Por qué? Entre otras razones se pueden aducir las siguientes:

El niño y adolescente sano se encuentra fuera del Hospital. Difícilmente se puede aprender lo que es un niño normal lejos de su medio ambiente habitual, en un lugar donde al concentrarse la patología la realidad queda distorsionada (sesgo de aprendizaje).

Aunque el pediatra se encontrara cómodo en el Hospital, en su formación no puede desconocer el nivel primario de atención que resuelve la mayoría de los problemas que plantea el niño.

Imperativo formativo. Así viene redactado en los diferentes programas de formación aprobados por la Comisión Nacional de la Especialidad.

Principal salida laboral. En la actualidad, una vez terminada la residencia, la mayoría de los pediatras van a trabajar en Atención Primaria (AP).

Además, pensamos que habría una serie de beneficios añadidos, así:

Mejoría de la relación entre niveles. El residente al trabajar en dos niveles de atención, ayudaría mejorando la relación, la comunicación y el conocimiento entre profesionales.

Prestigio a la Pediatría. Saldría más beneficiada nuestra especialidad y se rentabilizaría la amplia aceptación e implantación que tiene en la población, sirviendo de apoyo contra quienes quieren desplazar el papel del pediatra del primer nivel de atención.

Motivación profesional y personal. Es indudable que la responsabilidad de tutorizar a un médico en formación, obli-

* XV Reunión conjunta de las Sociedades de Pediatría de Andalucía Oriental, Occidental y Extremadura. Noviembre, 2000.

ga a mantener un nivel de formación actualizada.

¿Cómo formarse en pediatría? La formación de los pediatras en la última mitad de siglo¹ se podría dividir en dos períodos de tiempo más o menos equivalentes:

Período PreMIR. Durante el cual los estudios eran muy desiguales y en el que la titulación que permitía el ejercicio como especialista se podía obtener de diferentes formas (Escuela, Cátedras, Colegios Médicos...).

Fácilmente es comprensible que con mecanismos tan diversos de formación, recursos tan escasos, a veces tan dificultosos y voluntaristas la Pediatría era de niveles muy diferentes.

Período MIR. Con el establecimiento del sistema de formación (MIR), como medio para realizar las distintas especialidades tras la licenciatura en medicina, R.D. 2015/78², estudios donde anteriormente la precariedad tanto económica como de formación era la norma, se sustituyen, por unos que adecúan y homogeneizan los niveles de formación en todo el estado.

En estos años, Medicina y Pediatría, han experimentado un cambio espectacular. La Atención Primaria ha ido incrementado su peso donde todos esos pediatras formados en los grandes hospi-

tales, han asumido la asistencia infantil ofreciendo como resultado una gran mejora en su calidad^{3,4,5}.

Esa "élite" de profesionales desde hace tiempo comparten el espacio de actividad con otro grupo de especialistas igualmente con una formación MIR, los Médicos de Familia, pero que al contrario de los Pediatras están vocacionalmente dirigidos a la AP, en tanto que sus programas docentes y de formación están encaminados en ese sentido.

¿Es necesaria la formación en primaria?

En la última década los programas de formación están revisándose y modificándose en los países avanzados, poniendo especial énfasis en las prácticas llevadas a cabo en la comunidad o en Atención Primaria ya sea desde las Facultades de Medicina⁶ o desde el período MIR⁷, intentando potenciar la utilización de los servicios comunitarios disponibles, subrayado porque la práctica pediátrica se ha trasladado en gran medida a marcos fuera del hospital⁸. Este planteamiento ha evolucionado así partiendo de la creencia de que gran parte de la formación debería darse en el entorno en el que la mayoría de ellos van a trabajar, la Atención Primaria.

En EE.UU, desde 1970 se han llevado a cabo prácticas de AP en las comunidades⁹.

Haggerty¹⁰, en el prólogo de su libro "Pediatría Ambulatoria", uno de los escasos referentes en los años 80, recoge el término Atención Primaria para denominar algunos servicios de salud que se prestaban en el ámbito ambulatorio, y destacaba la importancia de dicha atención por ser menos costosa y preferible al internamiento del niño.

Charney¹¹, describe la importancia de los programas de formación de residentes para ayudarles a tomar decisiones profesionales sobre pediatría general, y añade que las prácticas hospitalarias no proporcionan la base suficiente para el posterior abordaje de la mayor parte de los problemas que surgen en AP.

El FOPE II (The Future of Pediatric Education), continuación del trabajo iniciado con el FOPE I (1978), marca las necesidades educativas pediátricas para el siglo XXI y entre sus recomendaciones sigue considerando esencial el entrenamiento durante la residencia en el marco comunitario, fija que la residencia en tres años no es todo el tiempo formativa. Considera a los pediatras como los que mejor pueden proveer de cuidados a lactantes, niños,

adolescentes y jóvenes adultos y que la educación médica debe de estar basada en la necesidad de salud de los niños en el contexto de la familia y la comunidad¹².

En la Unión Europea, los rasgos generales en la formación de los médicos, van en el sentido del desplazamiento de la prácticas clínicas desde el hospital a la comunidad¹³. Grupos de expertos en educación pediátrica no integrados en el campo institucional plantean en los estudios de pediatría (European Pediatric Board/1996), una formación básica pediátrica troncal y a partir de ahí cuatro alternativas (general hospitalario, subespecialista, social y comunitario) una de las cuales sería el Pediatra de Asistencia Primaria¹⁴.

En España, Ballabriga llamaba la atención sobre las lagunas en la formación básica pediátrica, requiriendo más dedicación a los cuidados de Atención Primaria y de urgencias, la promoción de la salud, enfatizando más en los aspectos de la pediatría preventiva y social y en mejorar la comunicación con los padres y otros profesionales¹⁵.

Crespo en un análisis crítico y comparativo entre las directrices europeas y el programa español entre otros, señala "que en general en los programas tradicionales aparece una carga excesiva en

la formación clínica hospitalaria con notorio desequilibrio con las necesidades de la práctica clínica ulterior"¹⁶.

Realidad actual

La actual formación del especialista en Pediatría es casi absolutamente hospitalaria. Los residentes, hacen sus rotaciones por las secciones pediátricas del hospital, con una preparación excelente en el manejo del niño enfermo y críticamente enfermo, rodeados de tecnología de vanguardia, y en contacto con patología tan científicamente interesante como poco prevalente, intentan aprender lo más novedoso y sofisticado.

Se siguen formando excelentes pediatras hospitalarios, pero con desconocimiento de los aspectos fundamentales del trabajo en un centro de salud¹⁷. En general saldrán probablemente no formados o poco formados en algunas materias cuyos contenidos específicos han sido mayoritariamente ignorados en su estancia en el hospital docente, con el agravante de que "si enseñamos a los residentes a tratar problemas más complejos durante su formación, pero no les permitimos hacerlo en su mundo real, invitamos a la frustración"¹⁸.

La Pediatría de Atención Primaria, con el auge de la problemática psicoso-

cial, de los problemas psicopedagógicos, el dimensionamiento en la Pediatría Preventiva y la educación para la Salud se ha ido definiendo como muy distinta de la hospitalaria. Sólo en las rotaciones por urgencias y consultas externas hospitalarias (cada vez con patologías más selectivas), los futuros pediatras han podido tener preparación en temas de pediatría que posteriormente van a utilizar de forma habitual en su práctica diaria.

Esto no significa que no sea útil la formación hospitalaria¹⁹.

Otro problema añadido es la realidad laboral, puesto que la mayoría de pediatras que completan su formación van a desempeñar su actividad profesional en la AP. Únicamente unos pocos quedarán en un hospital de alto nivel y algunos sólo temporalmente.

Un número elevado de consultas se van a resolver a nivel primario, casi un 95% de las mismas²⁰. Al mismo tiempo, es la puerta de entrada que comunica al niño enfermo con el sistema sanitario global.

El pediatra de AP se encuentra a veces ante la pared de una férrea burocracia que debe romper mediante una puerta falsa para coordinarse con el hospital en la consecución del objetivo común, la salud del niño, objetivo que dados los pro-

blemas de esa falta de coordinación, cuando no ausencia, es difícilmente cumplimentado. Existe un sentimiento de falta de colaboración y respeto desde el pediatra de Hospital hacia el pediatra de Centro de Salud²¹.

Formación Pediátrica

La formación médica especializada en España está regulada por lo contenido en el Real Decreto, 127/84²² y es donde aparecen requisitos que deben de reunir Centros y Unidades docentes para acceder a la acreditación.

La Comisión Nacional de la Especialidad, es la que fija los objetivos, criterios y el programa de formación pediátrica.

Desde 1979, la necesidad y la obligatoriedad de que el pediatra en período de formación "aprenda Pediatría comunitaria", se encuentra en el Manual de Docencia MIR de la citada Comisión Nacional y dice "el 4º año tendrá un período de 6 meses de formación extra-hospitalaria durante los cuales el residente de pediatría rotará por los Centros de Atención Primaria (CAP) acreditados para la docencia en Pediatría o en su defecto en servicios o unidades de Pediatría Social Hospitalarios".

El contenido de 1979, es ratificado textualmente en la edición del "Manual de docencia" MIR de 1984²³. Sin embar-

go, una nueva edición de 25 de abril de 1996²⁴, se "olvida" de establecer una recomendación de duración para "la rotación por AP o en su defecto en Servicios o Unidades de Pediatría Social Hospitalarias", que ya no es específica para el 4º año, el cual queda para la subespecialidad.

Este documento de forma reiterada tanto en formación, como en objetivos o en el desarrollo del programa docente nos habla de pediatría clínica, preventiva y social. En contenidos específicos, en los objetivos del área de salud infantil dice "Metodología para estudiar el grado de salud de los niños y de la comunidad en la que viven o capacitar a los pediatras para trabajar en equipos multidisciplinares de salud" etc....

Rotación por Atención Primaria

Tenemos pocas referencias, algunas de encuestas y comunicaciones personales.

¿Qué opinan los residentes? Una encuesta realizada en Hospitales de la Comunidad Valenciana²⁵ a residentes de pediatría, destaca el poco interés que muestran por rotar por primaria (aunque los residentes mayores, empiezan a inclinarse hacia ella). Curiosamente un 93% piensa que Atención Primaria va a ser su

lugar de trabajo, el 72% piensa que debe realizarse una rotación por AP, aumentando la duración del programa de formación²⁶.

La evaluación de un curso dado por pediatras de Atención Primaria a MIR-P (Sevilla), demostró que el 89% está de acuerdo con una rotación por los centros de Atención Primaria y además, la alta o muy alta valoración del curso respecto a: adecuación de objetivos propuestos, metodología de enseñanza, competencia, adaptación a las necesidades y orientación general y la realización anual del mismo con otros temas de Atención Primaria²⁷.

En la evaluación que los Residentes de Familia realizan al final de cada una de sus rotaciones por los diferentes servicios y unidades tanto hospitalarias como de los Centros de Salud, en la mayoría de los años la mejor evaluada, es la rotación de pediatría en Centros de Salud (U. Docente de Familia, Granada).

¿Qué opinan los Pediatras de Atención Primaria?: Son muchos los autores y diversas las publicaciones, en que se habla de la necesidad, importancia y tiempo de rotación, resultando imprescindible por el grave déficit formativo que suponen los actuales estudios pediátricos^{1, 15, 17, 25}. También existen algunas opiniones a través de encuestas, así:

Una realizada en Andalucía (1996), destaca: que el 70% de pediatras de AP, había realizado la especialidad vía MIR y que de los 105 CS en que se llevó a cabo la encuesta, el 50,5% era centro acreditado para docencia⁴.

En Extremadura, 1999, obtienen resultados superponibles: el 88,1% eran pediatras vía MIR, trabajando en un 39,4% de centros acreditados para docencia⁵.

Este año se ha terminado una encuesta en Andalucía, entre pediatras que ejercen como tutores en 66 de los 87 centros acreditados por la Sociedad de Medicina de Familia. De los 152 pediatras entrevistados, 105 (69,07%) reciben MIR habitualmente y de los 47 que no lo hacen, 21 (13,81%) estarían dispuestos a ser tutores, 23 (15,13%) no estarían dispuestos y 3 (1,97%) sólo aceptarían MIR-P³⁸.

Referencias rotación de MIR-P por Primaria

Centros y tutores acreditados. En la actualidad hay Centros de Salud (CS) acreditados para la docencia en Medicina de Familia (MFyC), y pediatras pertenecientes a estos centros, los cuales imparten a los MIR-F docencia dentro de su 2º año de Residencia (R-2) y también a MIR-P y alumnos de grado.

No hay acreditación específica de centros, ni de tutores, para docencia a MIR-P, esta razón se aduce a veces como principal dificultad para la rotación. El MIR rota por los CS sin ningún requisito, y el pediatra de Atención Primaria no recibe ni acreditación, ni compensación alguna.

Rotación de los MIR-P. Que se conozca hay rotación en el País Vasco, desde 1981, estableciéndose desde 1988 que esta rotación se haga en R3. En Madrid, desde 1990 hay un Centro de Salud que recibe un MIR-P trimestral. En Murcia, la rotación es considerada optativa, 1-2 meses en R3 ó R4. En Canarias, hay una experiencia muy estructurada, con un Centro de Salud que desde 1994 tiene 3 MIR-P anuales, con programa de rotación, evaluaciones y actividades científico-asistenciales. En Zaragoza, desde 1996 hay 3 pediatras que tienen MIR-P²³. En Asturias, Cantabria y León también hay referencias. En Cataluña, a pesar de la importancia que los responsables de docencia MIR-P dan al paso por primaria, no llega a realizarse. La rotación depende de relaciones personales, no tienen acreditación, ni compensación, excepto para los tutores de MFyC, incluso cuando los pediatras tutorizan MIR-F (comunicación personal).

En Andalucía, como experiencia global del paso de los MIR-P por AP, se tiene

constancia de que puntualmente, rotan por algunos CS, y que algunos pediatras de Atención Primaria colaboran en programas de formación a través de sesiones clínicas..., sin que exista una sistemática de rotación o docencia específicos, los primeros MIR-P que rotan por primaria lo hacen a partir de 1991, aunque los MIR-F lo hacen desde 1985. Sobre los 105 pediatras tutores encuestados, 13 (12,38%) reconocen haber recibido alguna vez un MIR-P²⁹. En general la rotación la realizan los MIR-P de forma esporádica, y por breves períodos de tiempo. Un 27% reconocen haber recibido acreditación, en referencia a certificación expedida por la Unidad Docente de Familia, pero ningún caso por ninguna Unidad Pediátrica. Sólo un 12% confiesa recibir alguna compensación, como algún curso o bien algún día libre (en que el residente pasa su consulta siempre bajo responsabilidad del tutor)²⁸.

En general, la falta de acreditación docente y ausencia de compensación es la tónica general, en lo que se conoce.

Destino laboral

Como se ha señalado anteriormente el destino laboral tras el hospital, en la gran mayoría será la Atención Primaria. En datos obtenidos de tres hospitales andaluces (1998), Almería, Córdoba y Granada, se objetivó que los MIR-P que se forma-

ron entre los años 1992-1997 se encontraban trabajando en CS, 48 (76%), en hospitales, 10 (16%) y en otros destinos 5 (8%)³². Recientemente, sobre el total de 13 hospitales docentes en Andalucía de 238 pediatras formados entre los años 1995-2000, revisando sus destinos actuales (tras la resolución del último concurso-oposición) y de los datos conocidos el 79,38% trabajan en AP, un 19,08% lo hacen en Hospital y un 1,52%, alternan Hospital con Atención Primaria.

Para los detractores de los pediatras en Atención Primaria, hay que decir que en EE.UU. (1995), el 60% de los residentes graduados entraba directamente en la práctica de la asistencia primaria¹⁸.

¿Hay intereses en que roten los MIR-P por primaria?

Antes de concluir se debe reflexionar sobre el interés de que los MIR-P, roten por Atención Primaria.

El programa formación MIR, se revisa periódicamente y se habla de rotación por Atención Primaria, pero en 1996 se "olvida" el tiempo de rotación que inicialmente era de 6 meses. En cualquier caso, no se lleva a cabo, pues no se conocen ni centros, ni tutores acreditados.

El grupo de trabajo de Asistencia Primaria de la Sociedad Catalana de

Pediatría elaboró una propuesta sobre criterios de acreditación de centros, características de tutores..., presentada en una reunión conjunta con el Comité de Docencia de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria (SPEH), siendo aceptado casi en su totalidad y con el acuerdo de solicitar su aprobación a la Comisión Nacional de la Especialidad, estamos hablando de 1991³⁰.

En 1997, se publica una Guía de Formación Pediátrica (Manual del Residente de Pediatría), que sigue en su temario, el programa de formación de la especialidad y suponemos que es la guía de los nuevos pediatras. Sobre un total de más de 600 profesionales: editorialistas, coordinadores de áreas, asesores, y 411 autores, entre los 8 autores invitados, aparece sólo un pediatra de Centro de Salud³¹. En diversos foros: XXVII Congreso Nacional de Pediatría (Oviedo, 1997) y XXIX Congreso Nacional de Pediatría (Tenerife, 2000) y en diversas publicaciones, se trata y precisamente por integrantes de la Comisión de la Especialidad^{20, 21}, de formación y Atención Primaria (aunque este término a veces sin nombrarlo). En resumen, parece estar ocurriendo que "aunque muchos departamentos verbalizan la importancia de los programas de asistencia primaria para su personal en formación, sus esfuerzos permanecen in-

vestidos de la sala hospitalaria" (Charney).

En el año 1999, a través de las Vocalsías de la Sociedad de Extrahospitalaria de las Sociedades regionales se elaboró un informe ("la SPEH de la AEP para la rotación de los MIR-P por AP")²³ que estructurado con las diferentes propuestas tenía el objetivo de llegar a la Comisión de la Especialidad. En ese informe la Sociedad Catalana expone un proyecto de rotación de los MIR de Pediatría por AP pendiente para su aplicación. Actualmente en "dique seco" (Bras).

Si atendemos a lo expuesto, no está claro que se quiera que los MIR-P roten por Centros de Salud. En cambio los Pediatras de Atención Primaria si estamos interesados, porque pensamos consolidará nuestra posición y consideramos prioritario cumplir de una vez por todas con la rotación específica por AP por parte de los MIR-P^{32,33}.

Se ha de desterrar la idea de que para Atención Primaria vale cualquiera, "quien no se forma en Atención Primaria, no será un buen Pediatra de AP, o al menos le costará años de esfuerzo personal"³⁴.

Propuestas finales

Cumplimiento de la normativa emanada de la Comisión Nacional de la Es-

pecialidad de forma que se ínste a los responsables de los MIR-P para que roten por los Centros de Atención Primaria. Incentivar a aquellos hospitales que entren en esta dinámica, incluso cuestionar la docencia de los que no lleven a cabo programas de formación en relación con la Atención Primaria y en caso de no cumplimiento, sancionar con la retirada de la acreditación para la formación de residentes.

Reconocimiento del tiempo dedicado a la formación MIR de Familia o Pediatría a los pediatras de AP.

Acreditación de CAP y Pediatras Tutores (tanto de Atención Primaria como hospitalarios), para la formación de Residentes de Pediatría.

Creación de Unidades Docentes de Pediatría con un Coordinador de AP que planificará y gestionará paralelamente con el Tutor Docente Hospitalario, la docencia, rotación, supervisión y evaluación de los residentes. El coordinador pediátrico, formaría parte integral de la Comisión de Docencia.

Propiciar cambios en el diseño curricular de la formación de residentes, recogiendo la rotación por CAP y reconocimiento de dichos méritos, de cara a oposiciones, traslados, etc..., e igualmente hacer que estos méritos curriculares también consten para el pediatra tutor^{35,36}.

Compensación por docencia. El esfuerzo que supone participar en la formación del residente debería estar más valorado y además de la curricular, habría que contemplar la compensación tanto económica como de otro tipo (formación a cambio de formación, tiempo y medios para asistir a congresos, cursos, reciclajes hospitalarios, tiempo de biblioteca, intercambios...).

Aprobación de un programa de formación específico, durante la rotación del residente por Atención Primaria, con objetivos teórico-prácticos y actividades

tanto asistenciales y científicas como docentes, un sistema de evaluación y período de rotación.

El programa tendría como base el propuesto por la Comisión Nacional de la Especialidad y el European Pediatric Board y tanto éste, como las anteriores propuestas, podrían y deberían realizarse en colaboración con representantes de los implicados: Asociación Española de Pediatría, Pediatras hospitalarios, Pediatras de Centros de Salud (APap regionales y AEPap) y Extrahospitalaria (SEPH).

Bibliografía

1. Taracena del Piñal B. *La formación en España del pediatra durante los últimos 50 años*. Pap 1999; 1 (1): 109-112.
2. BOE. RD. 2015/78, de 29 de agosto de 1978.
3. Ballabriga A: *Child health and pediatric care in Spain: where are we going?* Arch Dis Child 1992; 67: 751-756.
4. Hernández Morillas MD, Peñalver Sánchez I, Puente Antón ME. *Situación actual de los Pediatras en los Centros de Salud de Andalucía: Resultados y Conclusiones de una encuesta*. Ponencia a la 1ª Jornada de Pediatras de Centros de Salud de Andalucía, Granada 1996.
5. Morell JJ, Álvarez J. *Situación actual de los pediatras de Atención Primaria en Extremadura: Resultados y Conclusiones de una encuesta, 1999* (comunicación personal).
6. Scheiner AP. *Pautas para la formación de los estudiantes de medicina en consultas pediátricas basadas en la comunidad*. Pediatrics (ed esp) 1994; 37 (6): 407.
7. Zenni EL. *Pediatric Resident Training in a Scholl Environment. A Prescription for Learning*. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150: 632-637.
8. Alpert JF, et al. *Revisión de los puestos comunitarios (ambulatorios) utilizados en la formación pediátrica*. Pediatrics 1991; 31 (5): 287-289.
9. Haggerty RJ. *Pediatría Comunitaria: ¿puede enseñarse?, ¿puede practicarse?* Pediatrics (Ed esp) 1999; 48 (1): 8.
10. Haggerty RJ, Green M. *Prólogo en: Pediatría Ambulatoria*. Ed Panamericana, 2ª ed, Buenos Aires 1980; 7-12.
11. Charney E. *Medical education in the community: the primary care setting as laboratory and training site*. Pediatr Ann 1994; 23: 664-668.
12. FOPE II. Pediatrics 2000; 105; (1 Sppl): 163-212.
13. Crespo Hernández M. *Formación especializada en pediatría*. An Esp Pediatr 2000; 52 (Supl 5): 479-488.
14. Brines J. *El proceso de la especialización en pediatría*. An Esp Pediatr 2000; 52 (Supl 5): 467-478.
15. Ballabriga A. *Pediatric Education for Specialists: Critical Analysis of the present Health Teaching System*. En "Changing Needs in Pediatric Education", de Canosa C; Vaughan VC and Lue HC. Nestlé Nutrition. Raven Press; New York 1990; 20: 81-95.
16. Crespo Hernández M. *Formación de especialista en pediatría y en las subespecialidades pediátricas*. Pap 1999; 1 (2): 37- 58.
17. Buñuel Álvarez JC. *La soledad del pediatra de Atención Primaria: causas y*

posibles soluciones. Pap 1999; 1 (1): 37-41.

18. Charney E. *La formación de los pediatras para la asistencia primaria: la consideración después de dos años.* Pediatrics 1995; 39 (2): 75-77.

19. Rosales S. *Epidemiología de las Enfermedades Infantiles, en: Pediatría en Atención Primaria.* Ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1997; 11-14.

20. García Llop LA y cols. *Estudio de la demanda en Atención Primaria Pediátrica.* An Esp Pediatr 1996; 44 (5): 469-474.

21. Bosca Berga J, Paricio Talayero JM. *¿Está coordinado el Servicio de Pediatría? Encuesta a pediatras de Valencia y soluciones.* An Esp Pediatr 1997; 46 (6): 565-569.

22. BOE. RD. 127/84, de 31 de enero de 1984.

23. SPEH. *Propuesta de rotación de los MIR de Pediatría, por Atención Primaria. Documento de la Comisión Nacional para el estudio de la problemática de la rotación de los MIR de Pediatría por Atención Primaria* (Andalucía Occidental y Extremadura Oriental. Aragón, La Rioja y Soria. Asturias, Cantabria y Castilla-León. Catalana. Canarias. Madrid y Castilla-La Mancha. Sureste. Valenciana. Vasco Navarra). Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP. 1999.

24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Cultura. *Guía de Formación de Especialistas. Comisión Nacional de Especialidades. Pediatría y sus áreas específicas,* 25 de abril de 1996.

25. Alastrue Loscos JI, et al. *Actitudes de los médicos residentes de pediatría ante su formación en Atención Primaria.* Atención Primaria 1993; 12 (1): 17-20.

26. Herrera Justiniano C, Domínguez Corrales, Ruiz-Canela Cáceres J. *Los MIR de Pediatría y la Atención Primaria.* Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura. Marzo, 1999.

27. I Curso de Atención Primaria, para MIR Pediatría. Evaluación. Asociación de Pediatras de Centros de Salud de Andalucía. Sevilla, 1998.

28. García Puga JM, Peñalver Sánchez I, Sánchez Ruiz-Cabello J. *Programa de Formación de Residentes de Pediatría. Propuesta de rotación por Pediatría en Atención Primaria.* Sociedad Pediatría Andalucía Oriental. Marzo, 1999.

29. García Puga JM. *Encuesta Pediatras Atención Primaria de Andalucía, que ejercen como tutores en Centros de Salud.* Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía, 2000. (Comunicación personal).

30. Masvidal i Aliberch RM. *Formación posgraduada en pediatría en Aten-*

ción Primaria de salud. Atención Primaria 1991; 8 (2): 79-80.

31. AEP. Guía Formativa. Manual del Residente de Pediatría y sus áreas específicas. Comisión Nacional de Pediatría y sus áreas Especificas. Asociación Española de Pediatría. Ed Norma Madrid, 1997: VII-XXXIX.

32. Bras i Marquillas J. La Opinión de... Boletín de la Asociación Pediatras de Atención Primaria de Extremadura. Octubre 2000.

33. Ruiz-Canela Cáceres J. Editorial. *Pediatría Integral* (En prensa).

34. Herranz Jordán, B. *La investigación en Pediatría de Atención Primaria*. Pap 1999; 1 (4): 9-12.

35. BOJA. Resolución de 5 de mayo de 1998, del Servicio Andaluz de Salud, Número 56. Anexo II: Baremo de méritos, IV.1 y IV.2: 5925.

36. Equipo editorial. *Formación de especialistas en pediatría: el programa MIR*. Pap 1999; 1 (2): 17-21.

