

## Mesa redonda: Ejemplos exitosos de coordinación Pediatria Primaria y Especializada

### Residentes de Pediatria en ambos niveles. La Formación en Atención Primaria

M. GARRIDO REDONDO

*Pediatra de Atención Primaria. SACYL*

En una mesa que trata sobre ejemplos exitosos en coordinación mi objetivo va a ser argumentar cómo el centro de salud, al igual que el hospital, debe jugar un papel primordial en la formación de los médicos internos residentes (MIR) de Pediatría, y esto nos obliga a coordinarnos en esta labor. Sin embargo, la situación actual que vivimos es la de una formación fundamentalmente orientada hacia el hospital y sus subespecialidades hospitalarias, con una rotación en Atención Primaria insuficiente que refleja de alguna manera la escasa valoración que se da en general al papel de este nivel asistencial para cumplir con todos los objetivos que se proponen en el plan de formación del residente de Pediatría<sup>(1)</sup>.

#### LA COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA- ATENCIÓN HOSPITALARIA EN PEDIATRÍA

Tras la reforma sanitaria española en la década de los 80 se establecieron los dos niveles de atención sanitaria: la Atención Primaria (AP) y la Atención Hospitalaria (AH), cada una con unas funciones específicas, que dieron al pediatra del Centro de Salud el papel de principal responsable del paciente, de atención integral a la salud de niños y adolescentes y eje del sistema sanitario, y al especialista hospitalario el papel de consultor y la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto grado de especialización.

Esta reforma, coincidente con el necesario y gran desarrollo de las subespecialidades pediátricas, ha llevado a que,

en el momento actual, tanto la formación del pediatra como la labor asistencial pediátrica tengan el reto fundamental de hacer frente a la coexistencia de la Pediatría en ambos niveles, siendo la coordinación entre ellos una necesidad prioritaria con el fin de lograr una mejor organización y gestión sanitaria.

Uno de los obstáculos más frecuentes cuando se aborda el tema de la coordinación entre niveles es que habitualmente se hace desde una perspectiva unidireccional con punto de partida hospitalario, pero es necesario asumir que el nivel primario puede y debe contribuir a la mejora de la asistencia hospitalaria y al intercambio de conocimientos, con puntos de encuentro que sean valorados positivamente por ambos niveles, por lo que esta coordinación debería establecerse de forma bidireccional y en todas las facetas del quehacer pediátrico: asistencia, docencia, investigación y gestión, algo que todavía estamos lejos de alcanzar, entre otros motivos porque el modelo de atención en el que la AP tenía un papel clave está en crisis<sup>(2)</sup>, lastrado por el déficit inversor, la ausencia de reformas, unas condiciones laborales poco atractivas o la inadecuada distribución de profesionales. Así la relación entre pediatras hospitalarios y de AP no se corresponde con la prevalencia de los problemas de salud infantiles.

Este desequilibrio de profesionales entre los dos niveles asistenciales ha sido alertado desde hace tiempo por las distintas Sociedades Pediátricas y así en el informe técnico elaborado por la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 2018<sup>(3)</sup> se sugería redireccionar a las nuevas generacio-

*Correspondencia:* Mercedes Garrido Redondo. Pediatra de Atención Primaria. SACYL  
*Correo electrónico:* merchegarrido2@gmail.com

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

nes hacia la AP donde pueden atenderse los problemas más prevalentes de salud y dejar a la AH la atención de los problemas de alta especialización.

Este desequilibrio también se ha reflejado en la escasa coordinación también en la formación. Así, aunque en España desde siempre la atención primaria de salud de la población infantil ha corrido a cargo mayoritariamente de pediatras, la formación de especialistas en Pediatría sigue siendo propiedad casi exclusiva de los hospitales, sin tener en cuenta que la mayoría de los nuevos pediatras trabajarán en el primer nivel asistencial. Un ejemplo llamativo es que en el cumplimiento del programa oficial de la especialidad la rotación en los centros de salud ocupa solo un 6% del tiempo de formación MIR y es la única en la que existe una limitación temporal, añadido a que la Pediatría de AP apenas está representada en las comisiones de docencia y órganos de decisión sobre aspectos de la formación MIR<sup>(4,5)</sup>.

Todo ello hace que la rotación del MIR en AP no haya desarrollado toda su potencialidad y se vea como una rotación más, con escaso contenido por su duración, y en un nivel asistencial que consideran ajeno, por la falta de integración de los profesionales de ambos niveles, sin que hayamos sido capaces de aprovechar los recursos que se ofrecen en la Atención Primaria para la formación del residente.

De esta forma cuando el pediatra termina su período de formación y comienza a trabajar fuera del hospital puede aparecer el “síndrome del pediatra insatisfecho”, derivado de una formación casi exclusivamente hospitalaria y del hecho de que la AP es infravalorada, incluso por los propios profesionales sanitarios, sin dar importancia a la labor propia de ofrecer al niño una medicina integral que no puede ofrecerse en el hospital.

A todo ello se suman los problemas organizativos con una inadecuada acreditación de tutores de Pediatría en Atención Primaria, insuficiente reconocimiento y participación en las comisiones de docencia y escaso valor a un programa docente de Pediatría de AP que pueda integrarse en el período de formación del MIR de Pediatría.

## EL SISTEMA MIR EN PEDIATRÍA (FUNDAMENTOS LEGALES)

La rotación por Pediatría de AP fue durante décadas la gran olvidada en la formación MIR y solo desde 2006 forma parte del programa formativo.

Los decretos y regulaciones oficiales que desde 1978 apoyan la necesidad de la rotación por atención primaria son los siguientes<sup>(6)</sup>:

El Real Decreto 2015/78 de 15 de julio<sup>(7)</sup>, que reconoce las especialidades médicas entre las que se incluye la de Pediatría y sus especialidades e inicia la formulación de los contenidos teóricos y prácticos del programa de formación.

El primer programa aprobado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría vio la luz en 1979 y en el mismo ya se contemplaba la necesidad de que el pediatra se formara en Pediatría comunitaria, destinando el 50% del contenido del programa al logro de entrenamientos en Pediatría extrahospitalaria; planteaba también que “los centros con docencia acreditada deben estudiar la posibilidad de integrar en el grupo docente a médicos pediatras de la zona próxima urbana o rural”, pero hasta el año 2006 no se reguló en España la rotación de MIR de Pediatría por Atención Primaria, lo que no fue obstáculo para que muchos pediatras en esos años, individualmente o de manera colectiva participaran activamente en el proceso de formación de esos MIR en AP.

En 1996, en la Guía de Formación de Médicos Especialistas del Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>(8)</sup>, se incluye el nuevo programa de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas y se especifica que “el residente de Pediatría rotará por centros de Atención Primaria acreditados para la docencia en Pediatría” sin concretar la duración ni período específico en el que llevarlo a cabo.

En Julio de 2002 La Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) reconoce<sup>(9)</sup> a los Centros de Salud como Unidades Docentes Asociadas para la formación MIR en Pediatría, lo que es ratificado un año después por el Consejo Nacional de Especialidades.

En 2006, se dicta la Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia de 10 de mayo de 2006<sup>(10)</sup> que establecía los requisitos generales para la acreditación de centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus Áreas Específicas. Reconoce que la actividad profesional de los especialistas en Pediatría en Atención Primaria de Salud está adquiriendo una creciente importancia y especifica la necesidad de que los Equipos de Atención Primaria se vinculen a las Unidades Docentes acreditadas para la formación de estos especialistas. Se establecen así mismo los Requisitos Generales de Acreditación que deben reunir los centros de salud.

En ese mismo año La Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre<sup>(11)</sup> aprobó el vigente programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas en el que se establecía por primera vez la rotación obligatoria por AP durante tres meses.

La Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas comienza el proceso de acreditación en el año 2007 y aunque la ubicación de los centros en unidades previamente acreditadas para la docencia de medicina familiar y comunitaria era condición necesaria, se han ido acreditando centros que no reunían esta característica.

En febrero de 2008 se publica el RD 183/2008<sup>(12)</sup> en el que se crea una nueva figura para la formación de especialidades multidisciplinares, la Unidad Docente Multiprofesional (UDM) que en el caso de la especialidad de Pediatría permite la formación de médicos especialistas en Pediatría y sus áreas específicas y enfermeros especialistas en Enfermería Pediátrica. En este documento se reconoce que las UDM deben contar necesariamente con dispositivos hospitalarios y de AP<sup>(13)</sup>, lo que implica el trabajo conjunto de cada una de sus partes, es decir, una necesaria coordinación hospital-AP.

#### OPINIONES DE TUTORES Y MIR SOBRE LAS ROTACIONES EN AP

A pesar de la importancia que la rotación en AP tiene para la formación del residente, no se le ha dado relevancia suficiente, como se observa en diferentes trabajos:

En el año 2008 el grupo de docencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)<sup>(14)</sup> elaboró una encuesta con el objetivo de conocer la opinión de los pediatras tutores y residentes implicados en la rotación por AP, observando la casi unanimidad en afirmar la necesidad de la rotación del MIR por AP pero con discrepancias en la duración y momento de esta y, aunque la opinión mayoritaria era partidaria de aumentar dicho periodo, para los pediatras de AP era insuficiente una rotación de 3 meses, duración establecida como obligatoria en la orden ministerial, pero para los MIR y pediatras de AH la duración más adecuada era de 1 o 2 meses. Se concluía que el hecho de no conocer el funcionamiento de AP puede ser un condicionante negativo para el residente, que puede percibir la rotación por AP como una sobrecarga en los saturados 4 años de formación y, por otra parte, puede resultarle innecesaria y poco atrayente.

Otro estudio, realizado en 2011<sup>(15)</sup>, analizó cómo se estaban desarrollando las rotaciones en la Comunidad de Madrid tras cuatro años y medio desde su inicio real, observando que casi tres de cada cinco residentes de Pediatría en esa Comunidad no realizaban adecuadamente la rotación obligatoria en AP. Solo había cinco hospitales madrileños donde los residentes de Pediatría rotaban los tres meses obligatorios por primaria. En este mismo trabajo se valoró

el grado de colaboración de los pediatras de AP en el diseño de las rotaciones, el control de estas...solo en dos hospitales los tutores hospitalarios y la comisión de docencia contaban con los pediatras de AP y solo en uno de los hospitales acreditados había un pediatra de AP formando parte de la Comisión de Docencia. La conclusión de este trabajo era que la formación en AP de los residentes de Pediatría madrileños era deficitaria, con una discrepancia llamativa entre lo que es la legalidad marcada por la Comisión Nacional de la especialidad de Pediatría de rotación obligatoria en AP de 3 meses y la realidad, en la que no se cumplía este periodo, a pesar de la gran escasez de pediatras en el primer nivel asistencial.

Una encuesta a residentes realizada por AEPap en 2018 (16) interrogó sobre las características de la rotación por AP resultando que solo un 15% de los encuestados la realizaban en los dos periodos de rotación establecidos y un 30% rotaba menos de 3 meses. Un 98% de los residentes opinaban que la rotación por atención primaria es necesaria y más del 50% consideraban que el tiempo de rotación adecuado sería de 4 meses.

Otra encuesta a residentes, del grupo de trabajo MIR de la AEP<sup>(17)</sup>, obtuvo resultados similares, destacando la necesidad de incrementar el tiempo de rotación.

El incremento de la duración del periodo de rotación de los MIR por PAP, además de favorecer su conocimiento, también aumentaría la capacidad docente de la Pediatría en su conjunto, porque durante los meses de rotación en AP, otro residente podría recibir formación en su puesto hospitalario. En un estudio realizado por el grupo de trabajo profesional AEPap se demostró que el hecho de aumentar el tiempo de rotación de tres a seis meses podría aumentar la capacidad docente actual en un 6%<sup>(18)</sup>.

#### ¿QUÉ OFRECE LA PEDIATRÍA DE AP A LA FORMACIÓN DE LOS MIR?

La Pediatría de AP, a pesar de la visión que se tiene de ella, es un área de la especialidad muy compleja porque abarca el conocimiento de todas las demás<sup>(1)</sup>.

La labor propia de la AP es ofrecer al niño una medicina integral, con una atención continuada a lo largo de su desarrollo e integrada en su entorno familiar y comunitario. Esta visión integral requiere conocer las características del niño normal y las variantes de la normalidad a lo largo de su desarrollo; detectar problemas y promover actividades preventivas, educar, ser competente en problemas de salud mental, dermatología, ortopedia y oftalmología entre otras;

trabajar en equipo con enfermería y otros profesionales implicados en la atención a la infancia: servicios sociales, educación, atención temprana; Todo ello añadido a labores compartidas con el hospital como es el seguimiento de pacientes con patologías crónicas y complejas, atender las urgencias, participar en las actividades docentes del equipo y en proyectos de investigación y gestionar la consulta. Todo ello ofrece al residente de Pediatría una excelente oportunidad para aprender Pediatría, ofreciendo la capacitación formativa en el terreno donde va a desarrollar su trabajo y que no puede ofrecerse en el hospital.

La mayoría de los pediatras españoles (65%) trabaja en AP, pero su formación se realiza en el ámbito hospitalario, que puede tener deficiencias en áreas relacionadas con la AP.

#### LA ESTRUCTURA DOCENTE Y EL MODELO FORMATIVO EN AP

La estructura docente constituye el armazón en el que se apoya el proceso de formación de residentes de cualquier especialidad dentro del sistema MIR<sup>(19)</sup> formado por:

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

El programa docente es el guion para llevar a cabo este proceso de enseñanza-aprendizaje. Es un documento oficial, con fuerza legal, de uso obligatorio tanto para los tutores como para los residentes.

El primer programa de la especialidad de Pediatría data del año 1979 y tras varias modificaciones en 2006 se aprueba y publica el vigente programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, estableciéndose por primera vez la rotación obligatoria por AP durante tres meses. Se incluye un documento anexo, la "Guía orientativa de conocimientos para la realización del plan formativo aplicable a las rotaciones de residentes de Pediatría y sus áreas específicas por centros de salud acreditados a tal fin", que se limita a una enumeración de contenidos.

Por ello, desde la AEPap, a través del Grupo de Docencia, se consideró la necesidad de desarrollar y adaptar dicha guía, para lo que se elaboraron diversos documentos de apoyo, como es el **Programa formativo**<sup>(20)</sup> que desarrolla, amplía y

adapta el programa de formación de la especialidad al perfil del pediatra de AP, diferenciando dos tipos de rotación: la básica obligatoria para todo pediatra y la avanzada, que iría destinada a los pediatras que vayan a desarrollar su trabajo en AP. Dicho programa desarrolla los contenidos formativos para los diferentes conocimientos, habilidades y actitudes que son necesarios adquirir para cada área competencial del pediatra de AP e incluye un capítulo de evaluación, elemento integrante y fundamental en el proceso formativo.

En cuanto al **modelo formativo** de residentes de Pediatría en AP hasta hace unos años ha estado caracterizada por su improvisación y soportada en la buena voluntad individual de los tutores y el interés particular de algunos residentes y, aunque ya está regulada, no se ha desarrollado como está previsto; tras el impulso inicial en 2007, todavía falla en muchos lugares la acreditación y nombramiento de tutores, la coordinación del programa formativo, la formación de tutores o la incorporación de pediatras de AP a las comisiones de tutores y docencia, entre otros ejemplos de la escasa coordinación con el resto de la estructura docente.

En los últimos años se ha ido reforzando la acreditación de centros y tutores de Pediatría que podrían facilitar la capacidad docente, pero no se ha traducido en un incremento del tiempo de rotación en AP ni en la participación de los pediatras en las unidades docentes.

#### HERRAMIENTAS DOCENTES (ACE, GUÍA DEL RESIDENTE, CURRÍCULUM, EPAS)

Para llevar a cabo ese programa docente se han ido elaborado documentos técnicos y cursos, dirigidos tanto a tutores como a residentes, que sirvan de base y modelo práctico.

Entre ellos cabe destacar "La Guía abreviada para la rotación del residente de Pediatría por AP"<sup>(21)</sup> del grupo de docencia MIR de la AEPap destinada a la ayuda en la planificación de la rotación del MIR de Pediatría por AP. Enumera los conocimientos habilidades y destrezas del programa de formación a modo de "check-list" con las competencias específicas de AP y facilita la autoevaluación del residente que podrá conocer los conocimientos habilidades y destrezas adquiridas en el periodo de rotación.

Esta guía se ha actualizado recientemente<sup>(22)</sup> para incorporar nuevos recursos docentes como el Currículum pediátrico y métodos de formación y evaluación como las EPAs:

El Currículum pediátrico europeo<sup>(23)</sup> es una iniciativa de la Confederación Europea de Pediatras de Atención Primaria (ECPCP) que en 2012 consideró la necesidad de desarrollar un Programa de capacitación en atención pediátrica primaria

europeo mediante la creación de un plan de estudios como marco esencial para los profesionales que trabajan con niños en AP. Esta iniciativa llevó a consensuar un documento que recoge el programa formativo publicado en 2014 como Plan de estudios en Pediatría de Atención Primaria, aprobado por la ECPCP y respaldado por Global Consorcio de Educación Pediátrica (GPEC) y la Academia Europea de Pediatría (EAP), que tras su traducción al castellano ha sido acogido y reconocido en países latinoamericanos. Este curriculum recoge los conocimientos, habilidades y competencias de las áreas tanto específicas de la Atención primaria como las compartidas con el hospital.

Un nuevo paso en el seno de la ECPCP, con una significativa participación española ha sido completar este Curriculum con el desarrollo de las entrustable professional activities (EPAs) como modelo de enseñanza y evaluación.

Las EPA o Actividades Profesionales Confiables se consideran unidades de práctica<sup>(25)</sup>, que describen el trabajo que realizan los médicos y las habilidades que los alumnos deben adquirir durante su formación asegurando que se puede confiar plenamente en el MIR al demostrar la competencia necesaria para ejecutar esta actividad con niveles crecientes de autonomía. No son una alternativa de las competencias, sino una forma de traducirlas en actividades profesionales en entornos de práctica clínica diaria, integrando y ejecutando varias competencias de forma simultánea.

## Y ENTONCES, ¿QUÉ NOS FALTA?

Como vemos contamos con los tutores dispuestos a enseñar, herramientas y un programa formativo envidiable, Pero ¿qué nos falta? No hay duda de que es necesario ampliar el tiempo de rotación, un mayor reconocimiento a los tutores y participación en las unidades de docencia, pero fundamentalmente **trabajar en la coordinación** y asumir que el nivel primario puede y debe contribuir a la mejora de la asistencia y formación pediátrica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mora Gandarillas I. Mesa Redonda: Formación MIR: ¿es necesaria una revolución? *Bol Pediatr.* 2019; 59: 170-3.
2. Gorrotxategi Gorrotxategi P, García Vera C, Graffigna Lojendio A, Sánchez Pina C, Palomino Urda N, Rodríguez Fernández-Oliva CR, et al. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en España en 2018. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2018; 20: e89-104.
3. Situación de la Pediatría de atención Primaria. Informe técnico de la AEP. 2018. Consultado 24 de julio de 2019. Disponible

- en: <https://www.aeped.es/documentos/informe-tecnico-aep-situacion-pediatría-atencion-primaria-diciembre-2018>
4. Ugarte Líbano R, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Arranz Gómez J. ¿Quo vadis, Pediatría de Atención Primaria? *Forma Act Pediatr Aten Prim.* 2019; 12(1): 1-3.
  5. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Sánchez Pina C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Villaizán Pérez C, Suárez Vicent E, Cantarero Vallejo MD, et al. ¿Qué medidas fortalecen y cuáles debilitan la Pediatría de Atención Primaria? Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2019; 21: 87-93.
  6. Domínguez Aurrecochea B, Villaizán Pérez C, Fernández-Cuesta Valcárcel MA. Optimizar la rotación MIR de Pediatría en Atención Primaria (en el centro de salud). *Rev Pediatr Aten Primaria. Supl.* 2012; (21): 61-9.
  7. Real Decreto 2015/78 de 15 de Julio por el que se regulan las especialidades médicas, los requisitos para obtener el título de médico especialista y por el que se crea la Comisión Nacional de Especialidades.
  8. Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura. Guía de Formación de Especialistas. Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. Disponible en: [http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/Pediatría\\_y\\_sus\\_Areas\\_especificas.pdf](http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/Pediatría_y_sus_Areas_especificas.pdf)
  9. Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas. Reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como Unidades Docentes Asociadas para la formación MIR-Pediatría. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003; 5: 201-4.
  10. Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia por el que se establecen los requisitos generales para la acreditación de centros de salud vinculados a unidades docentes acreditadas para la formación de especialistas en Pediatría y sus áreas específicas. Pleno CC.RR.HH. abril 2006.
  11. Orden SCO/3148/2006 de 20 de septiembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas BOE N°. 246:35657-35661.
  12. Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada BOE N°45: 10.020-10.035
  13. Villaizán Pérez C. Unidades Docentes Multiprofesionales, una nueva figura en la formación del residente de Pediatría. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2012; 5(1): 1- 3.
  14. García Puga JM, Villaizán C, Domínguez B, Ugarte R y Grupo de docencia de la AEPap. Que opinan pediatras y residentes de Pediatría de la rotación por Atención Primaria. *An Pediatr (Barc).* 2009; 70(5): 460-6.
  15. Hernández Delgado MJ, Sánchez Pina C, Hernando Helguero P, Lorente Miñarro M, Carrasco Sanz Á, Rodríguez Delgado J, et al. La formación de los residentes de Pediatría a debate: resultados de la encuesta realizada a pediatras colaboradores docentes en la Comunidad de Madrid. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012; 14: e13-e18.
  16. Álvarez Casaño M, Castillo Campos L, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, García Uzquiano R, Igarzabal Irizar A, Berridi Etxebe-

- ria A. ¿Qué opinan los residentes de la rotación por atención primaria? 66 Congreso AEP. Zaragoza. Junio 2018.
17. "Encuesta general para residentes de Pediatría" Reunión grupo MIR AEP. 66 Congreso AEP. Zaragoza. Junio 2018.
  18. Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Villaizán Pérez C, Pellegrini Belinchón FJ, Domínguez Aurrecochea B, Sánchez Pina C, García-Sala Vígner F, et al. Necesidad de pediatras de Atención Primaria. Plazas de Pediatría en Atención Primaria vacantes y necesidad de formación específica en esta área competencial. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021; 23: e65-e79
  19. Domínguez Aurrecochea B, García Rebollar C, Villaizán Pérez C. ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2010*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p. 309-22.
  20. Domínguez Aurrecochea B, Fernández-Cuesta Valcarce MA, García Puga JM, García Rebollar C, Gutierrez Sigler MD, Hijano Bandera F y cols Programa de Formación Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria. Madrid: AEPap; 2010.
  21. Guía abreviada para la rotación del residente de Pediatría por atención primaria. AEPap [en línea]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/cuadriptico\\_mir\\_1.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/cuadriptico_mir_1.pdf)
  22. Guion de contenidos de la rotación del residente de Pediatría por Atención Primaria. AEPap [en línea]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/cuadriptico\\_mir\\_1.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/cuadriptico_mir_1.pdf)
  23. Curriculum AEPap [en línea]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/curriculo\\_europeo\\_traducido.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/curriculo_europeo_traducido.pdf)
  24. O'Dowd E, Lydon S, O'Connor P, Madden C, Byrne D. A systematic review of 7 years of research on entrustable professional activities in graduate medical education, 2011-2018. *Med Educ*. 2019; 53(3): 234-49.