

Residentes de Pediatría en Atención Primaria: 5 años de rotación obligatoria en el Área 11 de Madrid

C. García-Rebollar^a, M^aL. Padilla Esteban^b, M^aA. de la Fuente García^c, S. Vázquez Román^d y G. Iñigo Martín^d

^aCentro de Salud de Calesas. ^bCentro de Salud Orcasur. ^cCentro de Salud San Andrés. Área 11 de Atención Primaria. ^dHospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Introducción

Actualmente, la rotación por Atención Primaria de los Residentes de Pediatría no se realiza de forma sistemática. El objetivo de este estudio es dar a conocer la experiencia de tutores y residentes en relación a esta rotación, que desde hace 5 años es obligatoria para los residentes del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo, transversal, realizado mediante encuesta en junio de 2005 a los 12 tutores acreditados y a los 38 residentes que han rotado.

Resultados

El 68% de los residentes no conocía el funcionamiento de los Centros de Salud. Consideraron el primer año como el mejor para la rotación el 84%. Un 65% elegirían el Centro en función del tutor y el 97% destacaba la implicación docente del mismo. Tutores y residentes opinaron que era escasa la duración (mes y medio). Todos creían que se alcanzaban los objetivos generales y reconocían la importancia de la rotación. Los tutores vivieron su labor docente como gratificante y estaban de acuerdo en que se debería compensar con reconocimiento profesional o mayor accesibilidad docente. Sería deseable mejorar la coordinación con la comisión de docencia de Pediatría del Hospital.

Conclusiones

La rotación rutinaria por Atención Primaria es posible y una experiencia positiva para la formación del pediatra. Residentes y tutores consideran que es satisfactoria y se ajusta a los objetivos marcados. Sería deseable crear la figura en Primaria de un coordinador docente, mayor duración de la rotación y alguna forma de reconocimiento a la labor de tutor.

Palabras clave:

Formación de residentes. Tutor pediatra. Atención Primaria.

RESIDENTS IN PEDIATRICS IN PRIMARY CARE CENTERS: 5 YEARS OF COMPULSORY ROTATION IN HEALTH AREA 11 OF MADRID

Introduction

Currently, primary care center rotation is not compulsory for residents in pediatrics. The aim of this study was to describe the experience of tutors and residents during primary care rotation, which has been compulsory for residents in the Hospital 12 Octubre in Madrid for the last 5 years.

Methods

We performed an observational, descriptive, cross-sectional study through a survey carried out in June 2005 of 12 accredited tutors and 38 residents.

Results

Sixty-eight percent of the residents did not know how primary care centers worked. Eighty-four percent of the residents considered that the first year of residence was the best year for rotation in primary care, 64% would choose the center according to the tutor, and 97% highlighted the teaching of the tutors. Tutors and residents believed that the length of the rotation (1.5 months) was short. All tutors and residents thought that the main objectives were achieved and recognized the importance of the rotation. Tutors found teaching gratifying and all agreed that their work should be compensated by professional recognition or greater access to training. Coordination with the hospital's pediatric teaching board should be improved.

Correspondencia: Dra. C. García-Rebollar.
Centro de Salud de Calesas.
Avda. Verbena de la Paloma, 17-5º D. 28041 Madrid. España.
Correo electrónico: carmengrebollar@hotmail.com

Recibido en julio de 2006.
Aceptado para su publicación en abril de 2007.

Conclusions

Compulsory rotation in primary care is feasible and is a positive component of pediatrics training. Residents and tutors considered this experience to be satisfactory and well adapted to the established objectives. The position of teaching coordinator should be created in primary care, the length of rotations prolonged and tutors' work should be compensated.

Key words:

Residents' training. Pediatrics tutor. Primary Care.

INTRODUCCIÓN

El primer programa de la especialidad de 1979¹, la Guía de Formación de Especialistas de 1996² y la propuesta de actualización del programa de 2003³ insisten en la necesidad de que el residente de Pediatría (MIR-P) rote por Atención Primaria (AP). Sin embargo no es una rotación de la que se disponga de forma normalizada. Tras los primeros intentos de ponerla en marcha en 1981⁴, es en 1991 cuando aparecen las primeras referencias de incorporación de MIR-P a la rotación en Centros de Salud (CS)⁵. Posteriormente se describen experiencias en otras Comunidades⁶, "aunque la mayoría se han realizado de forma más o menos voluntariosa, sin criterios unificados, ni control"⁷.

En 2000, un grupo de trabajo de pediatras del Área 11 de Madrid elabora un "Plan de formación en AP para residentes de Pediatría"⁸. En él se proponen los objetivos y actividades del programa docente, los requisitos para la acreditación de tutores y la creación de una Unidad Docente de Pediatría en AP. El proyecto se presenta al Jefe de Servicio de Pediatría y a la Dirección Médica del Hospital 12 de Octubre de Madrid, se firma en julio de 2000 y desde entonces está en marcha. Se acreditan 12 pediatras como tutores de Pediatría en AP, entre los solicitantes. Desde el curso 2000-2001 todos los MIR-P rotan obligatoriamente por un CS con uno de los tutores durante mes y medio, en su primer año de residencia. La rotación en el cuarto año es optativa. El responsable de la Unidad Docente del Hospital 12 de Octubre organiza las rotaciones. Existe evaluación recíproca de residentes y tutores.

A pesar de que en 2002 la Comisión Nacional de Pediatría aprueba el documento para acreditación de los CS⁹, ratificado en 2003 y que el grupo de trabajo de Docencia MIR de la AEPap elabora una propuesta para adecuar la normativa^{10,11}, aún a día de hoy no se han desarrollado todos los aspectos necesarios para llevar a la práctica de forma oficial la rotación del MIR-P por AP.

Puesto que ésta no se ofrece sistemática y rutinariamente a todos los MIR-P de toda España, el objetivo de este trabajo es dar a conocer la experiencia desde el punto de vista de los tutores y la valoración desde el de los residentes de una rotación que desde hace 5 años es obligatoria en nuestro hospital de referencia, en el Área 11 de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal realizado en junio de 2005. Se utilizan dos encuestas de elaboración propia. Se revisan validez interna y fiabilidad del test con ayuda de la Unidad de Calidad del Área 11 de Madrid.

Una encuesta con 23 ítems de respuesta "cerrada" y 2 de respuesta abierta (tabla 1) se dirige a los 38 residentes que desde el año 2000 se habían formado o estaban en formación en el Hospital 12 de Octubre. Todos habían realizado ya la rotación por AP. La otra encuesta de 25 ítems de respuesta cerrada y tres de respuesta abierta (tabla 2) se dirige a los 12 pediatras tutores acreditados. Se les solicita una dirección de correo electrónico y permiso para enviarles la encuesta, a la que podían acceder tras leer la carta de presentación.

La cumplimentación de la encuesta se realizó mediante técnica CAWI (*computer assisted web interview*) que permite que el entrevistado desde un ordenador personal y de forma anónima se conecte a un ordenador central que monitoriza la ejecución de la entrevista, verificando la coherencia de las respuestas del entrevistado y realizando las preguntas en el orden definido *a priori*. El sistema permite así mismo la visualización gráfica y análisis de la información en tiempo real.

Para el análisis estadístico de la información se utilizó el programa SPSS, con cálculo de la media aritmética y rango en las variables cuantitativas; en las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias absolutas y los porcentajes correspondientes a cada una de las categorías que componían las variables.

RESULTADOS

Contestaron la encuesta el 84% (32/38) de los residentes y el 100% de los tutores. Antes de empezar la rotación, el 68% de los residentes desconocía el funcionamiento de los CS. El factor al que darían más importancia, para elegir la rotación es al tutor (fig. 1).

De los tutores, 9 (75%) trabajan en turno de mañana y en estos 5 años han recibido de media un residente por año y tutor (de 3 a 10). Los 3 tutores de turno de tarde, una media de 2 residentes por tutor en el total de los 5 años.

La figura 2 muestra las preferencias respecto al año más adecuado para la rotación. Dentro del primer año los MIR-P prefieren 31% al principio, 31% a mediados, 19% al final y para 19% es indiferente. Para el 50% de los tutores la rotación es más provechosa si se realiza al final (8% al principio, 42% indiferente).

La duración de la rotación resulta insuficiente para el 75% de los residentes y para el 100% de los tutores. Prefieren una duración de 2 meses (47% de MIR-P y 33% de tutores) o 3 meses (31% de MIR-P y 67% de tutores).

Hasta el 44% de residentes repetiría la rotación en el último año de formación y el 58% de tutores considera

TABLA 1. Encuesta a residentes

Encuesta a residentes y ex residentes de pediatría	
1. En el curso 2004-2005, te encuentras haciendo la residencia como:	R1, R2, R3, R4, Ya he terminado
2. ¿Conocías el funcionamiento de los centros de salud (CS) antes de hacer tu rotación como R1?	Sí, No
3. ¿Qué importancia darías a los siguientes factores a la hora de elegir tu rotación? Asígnales un número de orden, de mayor (1º) a menor importancia (3º): Tutor/Centro de salud/Turno mañana-tarde	
4. ¿Cuándo crees que es más beneficiosa para ti la rotación en Atención Primaria (AP)?	R1, R2, R3, R4
5. ¿Cuál sería para ti, la duración ideal en meses, de la rotación en AP?	1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3
6. En qué momento del curso de R1, consideras que es más provechosa la rotación: Al principio del año, a mediados de año, al final del año, da lo mismo	
7. ¿Consideras que tu rotación por Pediatría de Atención Primaria (PAP) ha sido provechosa?	Sí, No
8. ¿Durante la rotación, acudiste a las sesiones docentes que se realizaban en tu CS? Bastantes veces a la semana/Pocas veces a la semana/Ninguna vez	
9. ¿Fuiste ponente de alguna sesión en el CS?	Sí, No
10. ¿Hiciste alguna publicación en colaboración con tu tutor de PAP?	Sí, No
11. ¿Harías una segunda rotación voluntaria en el último año de residencia	Sí, No
Manifestando el grado de acuerdo- desacuerdo en una escala en la que el 0 es total desacuerdo, y el 5 es totalmente de acuerdo, contesta a las siguientes preguntas, relativas a tu rotación por Atención Primaria	
12. La rotación por el CS es importante para completar mi formación como pediatra	
13. Mi rotación de AP me dio mayor seguridad para orientar y valorar a los niños en la urgencia	
14. La rotación se ajustó a mis expectativas y objetivos iniciales	
15. La rotación orienta y ayuda a elegir las rotaciones del último año de los Residentes que no quieren subespecializarse	
16. Mi tutor mostró interés en mi formación, ofreciéndome bibliografía, orientación, etc...	
17. Mi tutor tenía buena capacidad docente	
A continuación, mencionamos algunos objetivos generales que podrían alcanzar los residentes al finalizar el período de rotación en AP. Expresa igualmente el grado de acuerdo-desacuerdo	
18. En la PAP, la accesibilidad y los recursos son distintos a los hospitalarios	
19. La PAP permite el contacto y el conocimiento del niño sin enfermedad y su familia a lo largo del desarrollo	
20. Permite el contacto y el conocimiento de los aspectos sociológicos y psicopatológicos del niño y su familia	
21. Las actividades de prevención y promoción de la salud son una parte esencial de la atención al niño	
22. La PAP facilita la valoración de problemas menores, y la identificación y orientación de la patología más relevante	
23. El trabajo del pediatra de AP requiere tener conocimientos diversos en todos y cada uno de los campos de la medicina pediátrica.	
24. Expresa en texto libre. ¿Qué crees que podrías haber aprendido y no conseguiste?	
25. Nos sería de ayuda que escribieras comentarios que se han ido ocurriendo al contestar estas preguntas, así como ideas para mejorar la rotación o críticas positivas o negativas...	

necesaria una segunda rotación para aquellos que no dedican su último año a una especialidad.

Residentes y tutores están de acuerdo (100%) en que la rotación del residente por AP es importante para su formación. Para todos los residentes es provechosa y se ajusta a sus expectativas y objetivos iniciales (9,4% de acuerdo, 53,1% mucho y 37,5% totalmente). La mayoría están de acuerdo con la afirmación de que da más seguridad para atender a los niños en las guardias hospitalarias, mientras un 6,3% no lo creen. Todos afirman que les orienta y ayuda a elegir las rotaciones del último año para aquellos que no quieren subespecializarse.

En cuanto a aspectos prácticos y concretos en los que incidir con el residente, los tutores destacan la importancia de: entrevista clínica; actividades de detección precoz, de prevención y de promoción de la salud; conocien-

to del niño en sus distintas etapas del desarrollo y de las variaciones de la normalidad; importancia, evaluación y manejo del entorno familiar y social del niño; seguimiento de patologías crónicas como el asma.

Tutores y residentes están de acuerdo en mayor o menor grado en que se podrían alcanzar los objetivos generales de la rotación.

De los residentes, el 25% acude regularmente a las sesiones docentes de los CS (53% pocas veces por semana, 22% nunca); el 60% ha colaborado como ponente; sólo 2 MIR-P (6,3%) realiza alguna publicación. La mayoría (97%) reconoce el interés del tutor y para el 100%, posee buena capacidad docente (12,5% adecuada, 15,6% buena, 71,9% muy buena).

El 50% de los tutores valoran su capacidad docente como adecuada, 42% buena y 8% muy buena. Ninguno

TABLA 2. Encuesta a tutores

Encuesta a tutores	
1. ¿En qué turno trabajas?	Mañana, Tarde
2. ¿Cuántos Residentes de Pediatría (MIR-P) han rotado contigo desde el año 2000 hasta ahora?	
3. En qué grado estás de acuerdo (siendo 0 en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo) en que para la formación de los MIR-P es importante una rotación por Atención Primaria (AP)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
4. ¿Cuándo crees que es más adecuado para el residente la rotación en AP?	R1, R2, R3, R4, Da igual
5. ¿Cuál sería la duración ideal de la rotación en AP en meses?	1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3
6. En qué momento del año de R1, consideras que es más provechosa la rotación por AP: Al principio del año, a mediados de año, al final del año, da lo mismo	
7. Para los residentes que han decidido no hacer una especialidad pediátrica ¿te parece necesario una segunda rotación por AP en el último año de residencia?	Sí, No
8. El programa teórico de la rotación resulta muy ambicioso. Según tu criterio o experiencia ¿En qué aspectos prácticos y concretos habría que incidir con el residente de pediatría? Por ejemplo técnicas de apoyo de la Lactancia Materna. Por favor escribe otras 4 o 5.	
Preguntas de 9 a 14 son iguales a las realizadas en encuesta de residentes de la 18 a 23 incluidas. Te pedimos que expases el grado de acuerdo- desacuerdo (en una escala en la que el 0 es total desacuerdo, y el 5 es totalmente de acuerdo) con respecto a si crees que es necesario	
15. Conocer las evaluaciones que los residentes hacen de ti	
16. Crear una comisión de docencia de pediatría conjunta Área/Hospital	
17. Organizar reuniones periódicas con otros tutores de AP	
En cuanto a tu formación como tutor:	
18. ¿Cómo valorarías tu capacidad docente en una escala del 0 a 5?	
19. ¿Por ser tutor de Residentes de Pediatría tienes más facilidad para ir a cursos o recibir docencia? No, Sí (Por favor concreta en qué ha consistido)	
En un baremo de 0 (nada) a 5 (mucho) el ser tutor de residentes de pediatría posibilita distintas actividades o actitudes:	
20. Estimula mi autoformación	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
21. Mejora mi actividad clínica	
22. Me estimula a actualizar mis conocimientos	
23. La actividad docente me quita mucho tiempo	
24. Me siento más estresado que cuando estoy solo	
25. Me resulta muy gratificante y satisfactorio	
26. El sentirme continuamente observado me altera	
27. Además de la satisfacción personal que se consigue, se podría plantear otra forma de compensación por el trabajo docente. Pon un número de orden según lo que creas más prioritario conseguir: <input type="checkbox"/> Compensación económica (incentivos, días de vacaciones) <input type="checkbox"/> Reconocimiento profesional en forma de acreditación oficial, valoración en baremo y carrera profesional <input type="checkbox"/> Posibilidad real de acceder a recibir docencia	
28. Con respecto a tu experiencia como tutor, nos sería de ayuda que escribieras comentarios que se te hayan ocurrido al contestar estas preguntas, así como ideas para mejorar la rotación o críticas positivas o negativas	

de los tutores tiene más facilidad para ir a cursos o recibir docencia por el hecho de desempeñar esa función. De los 12 tutores, 11 están interesados en conocer las evaluaciones de los residentes. A todos les gustaría que funcionara una comisión de docencia conjunta y que se organizaran sesiones periódicas con otros tutores de AP.

El 100% de los tutores considera que la labor que realizan les posibilita actividades o actitudes positivas: mejora su actividad clínica mucho para 3 tutores (25%), bastante para 5 (42%) y algo para 4 (33%); les estimula para su autoformación y a actualizar conocimientos entre bastante y mucho al 100% de los encuestados. Casi todos

(83%) consideran que la labor docente “les quita mucho tiempo” y 5 tutores de los 12 (42%) se sienten más estresados que cuando están solos. Para cuatro de ellos (33%) el hecho de sentirse observados continuamente les altera. El ser tutor resulta muy gratificante y satisfactorio para el 100%, con máxima puntuación para un tercio de ellos y ante la posibilidad de compensación prefieren el acceso real a docencia (fig. 3).

DISCUSIÓN

El programa MIR reconoce la necesidad de que el residente reciba una formación global (hospitalaria y extra-

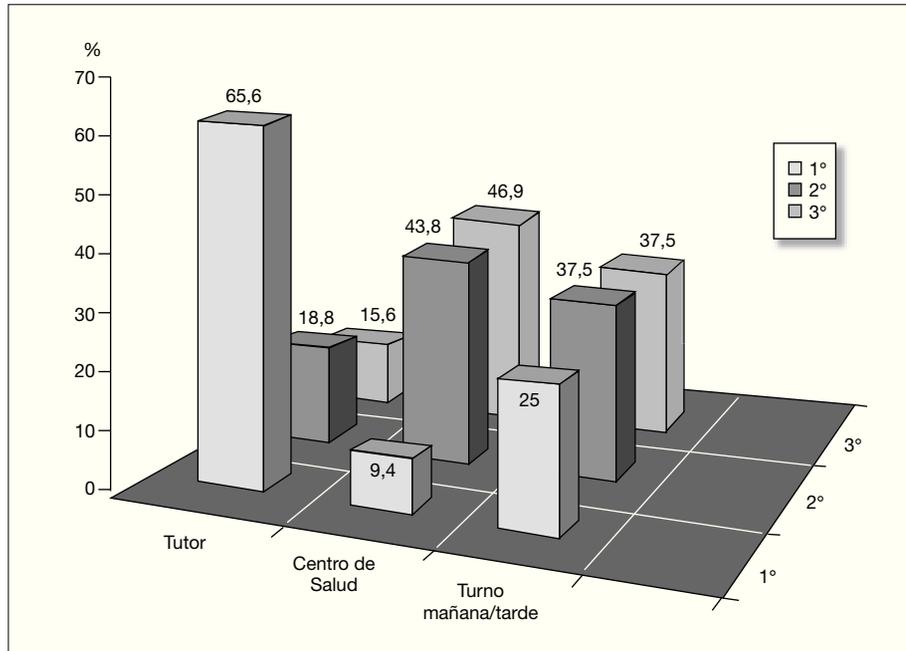


Figura 1. Importancia de los factores que hay que considerar por los residentes para elegir su rotación por Atención Primaria.

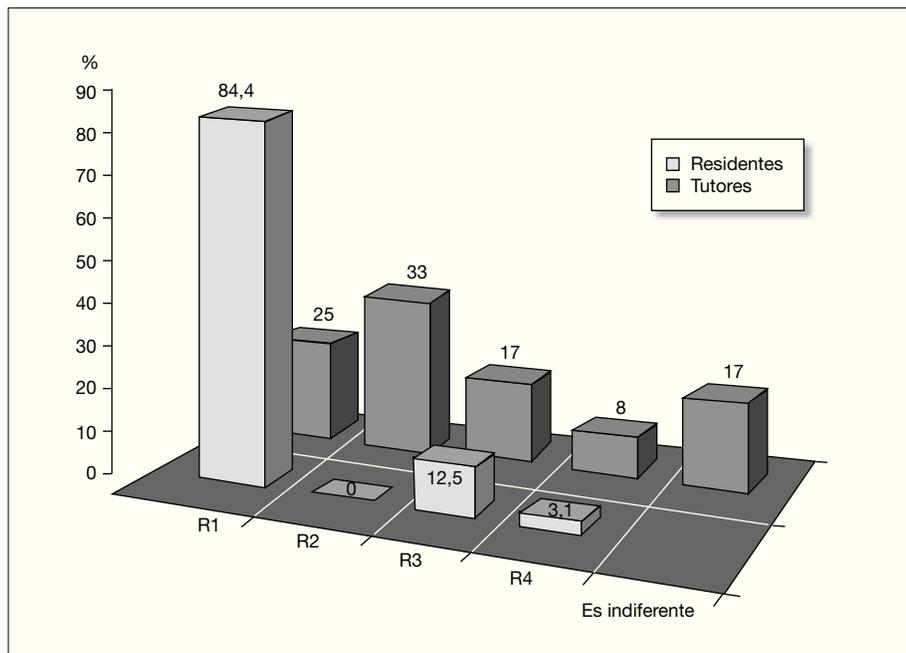


Figura 2. Año más adecuado para la rotación en Atención Primaria, según residentes y tutores.

hospitalaria) que abarque todos los campos donde posteriormente va a realizar su vida profesional y uno de los de más importantes por su oferta de trabajo es la AP. Sin embargo, el 68% de los residentes encuestados habría acabado su formación sin conocer ni siquiera el funcionamiento de los CS, si no hubieran rotado por AP.

Pese a que la demanda sanitaria pediátrica tiende a ser cada vez más de carácter social y de manejo no hospitalario (prevención y educación para la salud, enfermedad aguda, recidivante y crónica)¹², la rotación por AP sigue

sin ofrecerse a todos. En 2005 sólo el 45% (37/82) de los hospitales permite a sus residentes pasar por un CS¹³. Es más, hasta ahora parece que la rotación depende sobre todo del empeño de los PAP¹⁴, los cuales cuentan con su propia experiencia de haber tenido que corregir las áreas deficitarias de su formación, exclusivamente hospitalaria, cuando se enfrentaron al trabajo diario de su consulta. En 2001 en Andalucía¹², el 12% de los PAP recibían MIR-P y el 85% estaría dispuesto a recibirlos. En 2003¹⁵ en una encuesta a la que respondieron 337 PAP de Madrid, sólo el

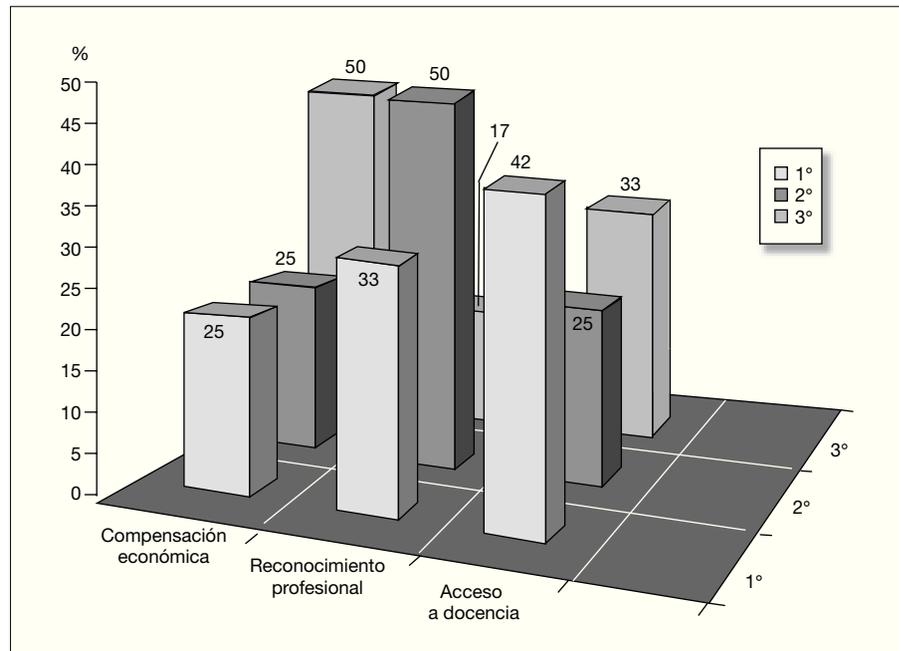


Figura 3. Prioridad respecto a tres formas de compensación que se podrían conseguir por el trabajo docente.

11 % recibían MIR-P y un 51,1% estaría interesado en participar en su formación. En nuestro caso, a partir de la propuesta de un grupo de Pediatría de AP (PAP), con el apoyo de la Dirección Médica del Área 11 y del Hospital 12 de Octubre, se ha conseguido mantener una rotación sistemática de la que han “disfrutado” ya 5 promociones de pediatras. Las opiniones de los que han participado, tutores y residentes son muy favorables. Un adelanto de los resultados de las encuestas se presentó como comunicaciones al Congreso de Pediatría Extrahospitalaria de 2005^{16,17} obteniendo el primer premio y un accésit. Todos los residentes encuestados consideran que es una rotación provechosa, importante para completar su formación y que se ajusta a sus expectativas y objetivos iniciales. Otro aspecto positivo es que la rotación obtuvo excelentes puntuaciones y resultó la segunda mejor valorada comparada con el resto, en un estudio interno de la Unidad de Docencia Pediátrica del Hospital 12 de Octubre.

Los objetivos docentes de nuestro Programa de Formación⁸ son esencialmente los mismos que se han desarrollado posteriormente en los programas de Andalucía¹⁸ y de la Asociación Española de Pediatría de AP (AEPap)^{10,11}. Tutores y residentes que han participado de esta rotación ven factible conseguir unos objetivos generales que son equiparables a los “objetivos fundamentales” que propone la Comisión Nacional de la Especialidad en el documento de CS como “Unidades Docentes Asociadas”⁹.

La duración de mes y medio se considera insuficiente. Los tutores están más a favor de tres y los residentes de 2 meses, duración que se ha acordado desde junio de 2005. Según el programa de la AEPap^{10,11} se oferta-

rían dos modelos de rotación: uno básico, con una duración de 3 meses recomendable al final del segundo año o al inicio del tercero; y un modelo avanzado, de 6 meses de duración a realizar durante el cuarto año. En nuestra experiencia el primer año resulta el mejor para la rotación básica, principalmente en opinión de los residentes, pero se debería comparar con la opinión de residentes que hubieran rotado en otro momento de los 4 años como ocurre en otros hospitales^{13,19}. Aunque cerca de la mitad de los residentes haría una segunda rotación voluntaria y más de la mitad de los tutores opina que puede ser necesaria, ningún residente ha repetido la rotación de R4.

Cuando se puso en marcha nuestro Plan de Formación en 2000, no encontramos otros programas en que se acreditara a los tutores y en los que la rotación estuviera reglamentada⁶. Se fijaron criterios estrictos para la acreditación de los tutores, pero no se requirió que el CS fuese docente sino que cumpliera unos requisitos básicos que aseguraran que la preparación del residente fuese la más adecuada⁸. En opinión de las autoras resulta más importante la acreditación de tutores que de Centros. La realidad es que el residente con quien se relaciona es con el tutor, que en muchas ocasiones es el único pediatra en ese turno, en el CS. Aunque durante la rotación se intenta que el residente se integre en el Equipo, la relación con las actividades del Centro no ha sido muy estrecha. Así, la mayoría acudieron poco o nunca a las sesiones del CS, que suelen tratar más de patología de adultos que infantil por la simple razón de que hay mayor proporción de ponentes médicos de familia que pediatras. Y en el momento en que se realiza esta encuesta, si pudieran elegir hasta el 65% elegirían basándose en el tutor y no en el

Centro. Estamos más de acuerdo con las propuestas^{10,11} que ofrecen al residente elegir entre los pediatras del área acreditados como tutores. En nuestro medio, el turno de trabajo de tarde resulta ser un factor negativo para recibir residentes por interferir con la coordinación de otras actividades formativas y guardias.

La labor del tutor resulta bien valorada por los residentes, que reconocen su interés, accesibilidad y buena capacidad docente. Una de las explicaciones de este éxito está en que los tutores son profesionales escogidos, que han superado los criterios de acreditación y con un alto nivel de motivación (sólo 12 tutores, de cerca de 100 pediatras del Área). Éstos reconocen la experiencia como gratificante y estimulante, lo que no es óbice para que sientan que debería haber alguna contraprestación, puesto que también les supone dedicar una parte de su tiempo y algunos reconocen un aumento del estrés en el trabajo. Salvo la satisfacción personal de tratar con residentes y de la buena relación que se establece con ellos, ningún tutor ha conseguido ni una hora más de compensación que otro pediatra que no forme residentes. Apoyamos las peticiones que ya han hecho otros compañeros antes¹⁴ y las propuestas del Dr. Fornell, que cita el Dr. Crespo²⁰: "que el reconocimiento del tutor sea documental (mediante certificados oficiales); con disminución de la actividad asistencial (que permita disponer de un número de horas extras suficientes para la tutoría); compensación económica (como parte de la retribución variable establecida por la consecución de objetivos), con una vertiente formativa (facilitando y priorizando la participación de los tutores en actividades docentes); y reconocimiento en la carrera profesional".

Un aspecto mejorable de nuestra situación es la escasa relación entre tutores y el Hospital. Opinamos que es necesaria la figura de un PAP en las Unidades Docentes del Área y de Pediatría, que actuara de coordinador entre ellas, facilitando una mayor relación. Por ejemplo, conocer de forma concreta las evaluaciones recíprocas que actualmente se realizan, conseguir un proceso dinámico para acreditaciones y reacreditaciones y evitar llegar a convertirnos en "meros receptores de residentes" como también opina el Dr. García Puga, experto en el tema¹⁴. La falta de una Comisión o un coordinador también parece culpable de las escasas reuniones entre tutores. Una finalidad de éstas sería delimitar unos objetivos concretos y prácticos, probablemente menos ambiciosos que los de los amplios programas publicados y que nos ayudaran a centrarnos en los aspectos que se trabajan en la PAP y que nos hace distintos al hospital²¹.

En conclusión, la rotación sistemática y reglada de MIR-P por AP es una actividad posible, positiva y satisfactoria, según la opinión de los tutores y residentes que la han compartido los últimos 5 años; la rotación se ajusta a las expectativas y objetivos iniciales de los residentes, les resulta provechosa y valoran favorablemente la labor

del tutor; residentes y tutores están de acuerdo en que se pueden alcanzar los objetivos fundamentales que establece el programa de la especialidad; la duración de mes y medio resulta escasa, realizar la rotación en el primer año, adecuado y no hay unanimidad en la necesidad de repetirla de R4; parece más importante la acreditación personal del tutor que la del Centro; sería deseable crear la figura de un coordinador docente en Primaria y alguna forma de reconocimiento a la labor de tutor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Historia de los programas de formación en Pediatría y sus áreas específicas. Serie monográfica de especialidades médicas. Madrid; 1990.
2. Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas. Consejo Nacional de Especialidades Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. "Guía de Formación de Especialistas: Pediatría y sus áreas específicas". 3.ª ed. Madrid: 25 de Abril de 1996. Rev Pediatr Aten Primaria. 1999;2: 155-64.
3. Crespo Hernández M. Mesa Redonda: Situación de la formación MIR. Bases fundamentales del programa MIR. An Pediatr. 2003;58 Supl 4:385-94.
4. Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP. (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). La Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria de la AEP para la 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. Pediatr Integral. 1999;4:Sección Profesional.
5. Bonet de Luna C. Mesa Redonda: Problemática profesional en Atención Primaria. Ámbito docente. An Esp Pediatr. 2003;58 Supl 4:5-8.
6. García Puga JM. Formación MIR-Pediatría: ¿rotación obligatoria por atención primaria? Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;3:17-29.
7. Colomer Revuelta J. Rotación del MIR en Atención Primaria. An Pediatr (Barc). 2004;60 Supl 4:406-10.
8. Orejón de Luna G, Boscá Berga J. La formación MIR en Atención Primaria. An Esp Pediatr. 2003;58 Supl 4:401-8.
9. Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas específicas: Reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como "Unidades Docentes Asociadas" para la formación de MIR-Pediatría. Rev Pediatr Aten Primaria. 2003;5:17-20.
10. Convenio de colaboración docente entre Atención Primaria y el hospital general, para rotación de residentes de Pediatría. Solicitudes de acreditación de unidad docente asociada y tutor pediatra. Grupo Docencia AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria). Grupo de Docencia [Fecha de consulta 2006 diciembre 19]. Disponible en <http://www.aepap.org/docencia/docencia2006.pdf>
11. Blanco González JE, Bras i Marquillas J, Domínguez Aurrecochea B, Fernández-Cuesta Valcarce MA, García Puga JM, González Sigler MD, et al. Propuesta del grupo de docencia de la AEPap. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:129-34.
12. García Puga JM. Resultados de una encuesta a Pediatras de Centros de Salud que ejercen como tutores de Médicos Residentes. Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;3:15-23.

13. García Puga JM y Grupo Docencia MIR de la AEPap. Formación MIR de Pediatría también desde la Atención Primaria: síntesis de la situación en España. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 Supl1:S119-127.
14. García Puga JM. Residentes, rotación por Atención Primaria y reconocimiento de Centros de Salud con "Unidades Docentes Asociadas". *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:369-74.
15. González Rodríguez MP, Sueiro Pita B, Carnicero Pastor MJ, Grupo de Trabajo. Situación actual de la Pediatría de Atención Primaria en Madrid. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:375-84.
16. Vázquez Román S, Íñigo Martín G, De la Fuente García A, Padilla Esteban ML, García-Rebollar C. 5 años de rotación sistemática de residentes de Pediatría por Atención Primaria: Valoración de los residentes. *Pediatr Integral* 2005; Número especial 8:97.
17. García-Rebollar C, Padilla Esteban ML, De la Fuente García A, Íñigo Martín G, Vázquez Román S. 5 años de rotación sistemática de Residentes de Pediatría por Atención Primaria: experiencia de los tutores. *Pediatr Integral*. 2005; Número especial 8:97.
18. García Puga JM, Peñalver Sánchez I, Sánchez Ruiz Cabello J. Rotación de Residentes por Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002;4:381-6.
19. Orejón de Luna G. Formación MIR en Atención Primaria. Situación en la Comunidad de Madrid. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 Supl 1:101-7.
20. Crespo Hernández M, Crespo Marcos D. El sistema tutorial y rotatorio en la formación de postgrado. Estado actual y perspectivas de futuro. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60 Supl 4:395-402.
21. Bonet de Luna C. La docencia en pediatría en tiempos de incertidumbre. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002;4:140-5.