J. M. Couselo Sánchez:
josemiguel.couselo@usc.es

Mesa redonda

El pediatra de hospital. Unidades docentes multiprofesionales

J. M. Couselo Sánchez

Profesor Titular de Pediatría. Vocal de la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas.
Servicio de de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. España.

INTRODUCCIÓN

La unidad docente se define como un conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que con independencia de su titularidad se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades (Real Decreto [RD] 183/2008. Boletín Oficial del Estado [BOE] 21-2-2008)¹.

En el artículo 7 de dicho RD, se incluye como unidad docente de carácter multiprofesional en el anexo II: Unidades docentes de Pediatría en las que se formarán médicos especialistas en Pediatría y enfermeros en enfermería pediátrica. Estas unidades docentes cumplirán los requisitos de acreditación comunes y los específicos de las especialidades que se formen en las mismas. Cada especialidad tendrá sus propios tutores que planificarán la ejecución de su programa formativo.

EL PROGRAMA FORMATIVO

El programa formativo actual del médico pediatra figura en el BOE n.º 246, de 14-10-2006, Orden

SCO/3148/2006. El pediatra es el médico que en posesión del correspondiente título de especialista se halla capacitado para emprender, realizar, interpretar, aplicar y explicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos inherentes al ejercicio profesional de la Pediatría preventiva, clínica y social en instituciones públicas o privadas de carácter hospitalario o extrahospitalario (Atención Primaria [AP])².

La orden SAS/1730/2010 (BOE de 29-6-2010) publica el programa oficial de la Especialidad de Enfermería Pediátrica. La formación clínica de la enfermera residente de Pediatría se desarrollará en AP (centros de salud, escuelas infantiles, centros de educación primaria, secundaria y educación especial, en la comunidad así como en cualquier ámbito donde se encuentren los niños y adolescentes objeto de atención a través de programas establecidos en cada comunidad autónoma) durante siete meses, Urgencias de Pediatría dos meses, Unidades de Pediatría cinco meses, Unidad Neonatal dos meses, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Neonatal tres meses, UCI Pediátrica tres meses³.

“La enfermera especialista en Enfermería Pediátrica, es el profesional capacitado para proporcionar cuidados de enfermería especializados de forma autónoma, durante la infancia y la adolescencia, en todos los niveles de atención, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enferme-

dad y la asistencia al recién nacido, niño o adolescente sano o enfermo y su rehabilitación dentro de un equipo multiprofesional y en colaboración con enfermeras especialista de otras áreas”³.

¿Cuál es el objetivo del programa de formación en Pediatría y sus áreas específicas y como se lleva a la práctica en las distintas unidades docentes?

Según el BOE n.º 246 de 14-10-2006, el residente de Pediatría debe adquirir conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para: atender los problemas clínico-pediátricos a nivel general y de sus áreas específicas, promocionar la salud de la población infantil y adolescente, realizar investigación clínica y básica, y trabajar como integrante y si es preciso, como coordinador de equipos multidisciplinarios de salud².

Podemos asumir que la formación del pediatra debe incluir además las competencias esenciales que el Institute of Medicine en EE. UU. propuso en 2002 para todos los médicos: proporcionar una asistencia centrada en el paciente, trabajar en equipos interdisciplinarios, utilizar una práctica basada en pruebas y aplicar mejoras de la calidad⁴.

Para el Prof. M. Crespo, “la formación está orientada a conseguir el pediatra general competente, humano, conocedor, abierto a la ciencia, profesional y líder, capaz de trabajar en equipo multidisciplinario, con formación troncal completa, integral, con conocimientos y competencia clínica y con actitudes y aptitudes particulares, recuperando un humanismo a veces perdido, para tratar al niño”. Aunque el objetivo principal de la formación del residente no ha cambiado, su contenido, metodología y técnicas en la preparación han cambiado con el tiempo. Para conseguir ese pediatra competente la preparación del residente de Pediatría debe proporcionar experiencias educativas que lo capaciten para proporcionar un amplio cuidado coordinado en un rango extenso de pacientes pediátricos^{5,6}. El pediatra general competente es capaz de resolver adecuadamente los contenidos propios de la ciencia pediátrica. “Entre las necesidades de la AP, tributaria de la prioridad para pro-

mocionar la salud y prevenir la enfermedad, y las exigencias de las subespecialidades para la incorporación de los avances científicos y tecnológicos y el liderazgo en la investigación, queda un amplio espacio formativo y profesional: el de ese pediatra general competente que el niño y el adolescente sanos y enfermos necesitan” (Prof. M. Crespo)⁵.

La Pediatría ha evolucionado continuamente para alcanzar ese objetivo. Los índices de calidad de atención sanitaria en Pediatría en España están entre los mejores del mundo, debido en gran parte a la calidad de formación del Especialista en Pediatría y sus Áreas Específicas en nuestro país.

En general los llamados programas tradicionales “de los países desarrollados” presentan lagunas en la formación básica pediátrica y disparidad entre como practicamos la pediatría general y como formamos a los residentes, entre ellos el hospitalocentrismo, la errónea tendencia a la subespecialización precoz o el riesgo de reproducir los errores de la medicina del adulto⁵.

Características de la buena atención pediátrica, objetivo de la formación del especialista pediátrico⁵:

- Total en los objetivos, en el contenido, en las actividades y en la población atendida (desde la concepción hasta el final del período del crecimiento y desarrollo).
- Precoz y continua en el tiempo (vida del individuo) y el proceso salud-enfermedad.
- Integral, incluyendo todos los aspectos del ciclo integral de la salud (promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, docencia e investigación) los cuales se desarrollaran tanto a nivel de Atención Especializada como en la AP.
- Integrada, es decir la atención pediátrica se inscribe en un modelo organizado y jerarquizado, sin perjuicio de que también ha de ser coherente con las demás circunstancias socioeconómicas del país en que se practica.
- Individualizada y personalizada en condiciones de igualdad y en libertad.

Los puntos débiles más frecuentes y comunes en los “programas formativos tradicionales” de los

países desarrollados que necesitan ser mejorados son los siguientes (modificado de M. Crespo, D. Crespo Marcos)^{5,6}:

- Disparidad entre contenidos educativos, experiencia en pacientes hospitalizados y contenidos en la práctica clínica.
- Atención al adolescente.
- Trastornos de conducta y desarrollo.
- Formación para “problemas comunes” y para “patología compleja”.
- Atención a niños crónicamente enfermos.
- Lagunas en la formación básica en AP y en urgencias: el niño normal, variantes fisiológicas, problemas dermatológicos, ortopédicos...
- Promoción de la salud.
- Ética y profesionalidad.
- Pérdida de visión unitaria del pediatra.
- “Síndrome del superespecialista”.
- Capacidad de comunicación con los niños, los padres y otros profesionales.
- Formación en Pediatría Preventiva y en Pediatría Social.
- Conocimiento de los problemas de salud de su área y de las prioridades.
- Formación en el uso de recursos sanitarios.
- Capacidad para enriquecer el conocimiento y mejorar la práctica en un ambiente de cambios constantes.

FACTORES QUE MERECEN CONSIDERACIÓN

Duración del programa formativo

La formación exige dos postulados fundamentales: contenidos y tiempos. Para los contenidos establecidos en BOE 246 de 14 de octubre de 2006 son insuficientes los cuatro años e incompatibles con la reducción que se ha intentado con la interpretación del concepto de troncalidad.

La formación del especialista en Pediatría dura seis años en Irlanda, Austria y Finlandia, cinco años en Alemania, Portugal, Holanda, Italia, Bélgica,

Luxemburgo, Dinamarca y Suecia y cuatro en Francia, Grecia y España (el límite inferior aceptado por la Unión Europea)⁵.

Las habilidades requieren tiempo para conocerlas y adquirirlas –saber y saber hacer– jerarquizadas en tres niveles: I) Lo que debe aprender un residente para su realización de manera independiente; II) Habilidades de las que el residente debe tener buen conocimiento aunque no las pueda llevar a cabo de forma completa, y III) Patologías que el residente ha visto y de las que solo tiene un conocimiento teórico.

¿Se debe aumentar el tiempo de formación en Pediatría?

Autoridades en la materia (como el Prof. M. Crespo) propone aumentar a cinco años como ocurre en la mayor parte de los países de Unión Europea⁵.

El problema de la troncalidad

Las peculiaridades biológicas, médicas y sociales de la pediatría la define como una especialidad “vertical”, total y completa de la edad evolutiva del ser humano y la diferencian de las especialidades médicas, “transversales” y por esto obliga a una formación diferenciada y específica para la que compartir el período formativo con las especialidades médicas del adulto aporta poco positivo⁹. La Pediatría y sus áreas específicas no se puede incluir en el tronco médico con el resto de las especialidades médicas y debe ser considerada como especialidad troncal en si misma a los efectos previstos en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias⁵.

Distribución del tiempo contenidos y lugar de formación del pediatra

El programa de formación del residente (Orden SCO/3148/2006), establece los objetivos generales, las habilidades que debe adquirir el residente, el desarrollo del programa docente, rotaciones y guardias, contenidos específicos y una guía orientativa de conocimientos para la realización del plan formativo aplicable a las rotaciones en los centros de

salud acreditados para tal fin. Instituye en el apartado 6 que la parte esencial de la formación del residente son las rotaciones, por ello la formación se programará teniendo en cuenta: a) rotaciones por las secciones básicas de neonatología, hospitalización de lactantes, preescolares, escolares y adolescentes, urgencias, cirugía pediátrica, UCI Pediátrica y consultas externas; b) rotaciones fundamentales por áreas con actividad clínica de cardiología, gastroenterología, neumología, neuropediatría, endocrinología y crecimiento y nefrología cuya duración y distribución podrá variar en función de las características del centro donde se lleve a cabo al formación; c) rotación obligatoria por AP, duración de la rotación tres meses siendo aconsejable su distribución en dos periodos (en los dos primeros años y en los últimos de residencia); d) rotación para la formación en protección radiológica, y e) rotaciones optativas por áreas específicas o preferentes de la pediatría tales como: oncología, inmunología, genética y dismorfología, infectología, psiquiatría infantil, entre otras. En el último año el residente podrá rotar por una o más especialidades pediátricas hospitalarias, siempre que haya completado al menos tres rotaciones por las áreas optativas antes citadas. Las guardias se considerarán docentes y serán obligatorias en el programa de formación, siendo recomendable que se realicen entre cuatro y seis mensuales².

La orden no fija el tiempo de duración de ninguna de las rotaciones excepto en AP que fija un tiempo de tres meses. Para las rotaciones fundamentales, la duración y distribución puede variar en función de las características específicas del centro donde se lleva a cabo la formación. Es probable que durante la residencia muchos residentes prefieran una situación de *curriculum* estructurado, frente a otra en la cual ellos asumen mayor responsabilidad para escoger las experiencias educativas. Con la tendencia a una mayor proporción de mujeres pediatras, la actitud de la mujer que da más prioridad al estilo de vida en la elección de su profesión, esto puede tener implicaciones importantes para el futuro de la formación pediátrica y en la práctica posterior⁷.

La hospitalización pediátrica en España no está organizada de manera uniforme en todos los hospitales acreditados para la docencia y la diferenciación por áreas de hospitalización en lactantes, preescolares, escolares, adolescentes en muchos hospitales no funciona exclusivamente como tal, sino que lo hace además por tipos de patología: gastroenterología y nutrición, hematología y oncología, neurología, endocrinología, neumología o nefrología. Esas unidades de hospitalización forman un todo con la consulta externa y el seguimiento ambulatorio de pacientes. Por lo tanto la adherencia estricta a la orden SCO/3148/2006 impediría la utilización de medios humanos para la formación del residente en algunos hospitales y la duración y tipo de rotaciones no es uniforme en todas las unidades docentes del país. Además, no todos los hospitales acreditados para la formación de residentes, tiene el mismo nivel asistencial y por lo tanto las posibilidades de formación no son iguales en todas las unidades docentes. Es lógico y de justicia asegurar unos mínimos a todas las unidades acreditadas, que considero que se cumplen actualmente pero, ¿cómo se evalúa el cumplimiento de esos mínimos?; entiendo que hasta el momento actual por medio de auditorías ordenadas por la administración.

El médico interno residente de Pediatría permanece en AP tres meses, el 6% del tiempo de formación; en EE. UU. entre un 10 y un 20% de su formación durante la residencia en asistencia continuada y rotaciones en medio ambulatorio². Al principio del siglo XX (1910) el Dictamen de Flexner enfatizaba que la educación médica debe estar centrada de forma exclusiva en universidades y hospitales. Hoy los niños se hospitalizan con menos frecuencia y muchos son atendidos en los Centros de AP o en el medio ambulatorio. Desde los días de William Osler el paciente hospitalizado ha sido la pieza central de la educación médica. Los residentes y estudiantes actualmente aun pasan la mayor parte de su tiempo de formación con pacientes hospitalizados generalmente en un hospital terciario. La base de la formación médica es predominantemente en pacientes hospitalizados haciendo entonces del am-

biente hospitalario como el principal y más apropiado para el aprendizaje^{3,6}. El aprendizaje al lado de la cama proporciona una excelente oportunidad para la observación y discusión clínica. Además el estudiante tiene mucho tiempo para aprender técnicas diagnósticas y terapéuticas bajo la supervisión de residentes y facultativos³.

El hospital puede ser el sitio más apropiado para aprender ciertas destrezas necesarias para la práctica, pero no el exclusivo y determinadas experiencias educacionales pueden ser adquiridas en centros de AP, comunidad, centros de enseñanza, familias, centros de educación especial y de atención a discapacitados³.

En relación con esta situación en España surgen dos problemas: las Especialidades o Áreas de Capacitación Específica en Pediatría y los beneficios en la formación del residente de Pediatría de la rotación por la Áreas de Capacitación Específica. El cuidado de la salud del niño se está dividiendo cada vez más en dos formas: enfermedades de poca complejidad tratadas exclusivamente en el ámbito ambulatorio, lejos de los hospitales y enfermedades complejas tratadas en hospitales terciarios. Con el progreso de la medicina, el aumento de especialidades y subespecialidades en las cuales se encasilla la atención al niño enfermo, provoca que la formación se convierta en muchos hospitales en un número de experiencias inconexas durante del período de residencia con escasas oportunidades para la práctica reflexiva que necesita el residente para desarrollar competencia y autoconfianza⁸.

Las necesidades de los niños y de las familias, provocaron cambios en el sistema de los cuidados de salud, actualmente la atención sanitaria y los cuidados pediátricos se proporcionan cada vez en mayor cuantía y de forma progresiva en el ambiente ambulatorio y comunitario. En EE. UU. en 1991 el 87% de los pediatras que han completado su residencia se dedican a cuidados primarios de salud y en España 2/3 de los pediatras trabajan en AP (6, Declar. AEPap 2010). Sin embargo la parte fundamental de la formación del residente en España (en duración y contenidos) se realiza en los hospitales, en aquellas unidades docentes acreditadas. Es ne-

cesario asegurar una preparación educacional de pediatras que incluye una experiencia en ambiente extrahospitalario, donde van a trabajar la mayoría³. La formación actual del residente de pediatría en el ambiente hospitalario puede ser apropiada por para pediatras que realizan una práctica generalista global y alguna subespecialidades de ejercicio predominante en el ámbito hospitalario. Sin embargo, para pediatras ambulatorios y subespecialistas que ejercen en oficina privada (alergia o especialistas en pediatría del desarrollo/conducta) el entrenamiento basado en el hospital no proporciona experiencias suficientes y relevantes⁹. El concepto de que todos los residentes deben rotar por todas las áreas del nivel de asistencia terciaria y de subespecialidades debe ser reconsiderado⁴.

En los programas de formación con períodos de residencia discrecionales son usados para meses adicionales en hospitalización, urgencias y/o cuidado de experiencias agudas definidas por las necesidades del servicio del hospital, subespecialidades que pueden ser seleccionadas por el residente según las necesidades del servicio. Un mensaje no deseado de que los residentes adquieran la experiencia más amplia posible es que los residentes graduados estén preparados para cualquier cosa (todo) además de poco práctica no es ético para la seguridad del paciente. Un objetivo más apropiado es el que podría llamarse formación "circunscrita a autoconfianza" (sentirse seguro), para ser colaborativamente independiente y colaborativamente prudente. Eso significa suplementación de las rotaciones habituales con experiencias longitudinales que proporcionan continuidad y permiten involucrar al residente en la vigilancia, supervisión, retroalimentación supervisora y evaluación de los resultados de la atención médica⁸.

Aunque los beneficios de educación médica al lado del paciente no han disminuido varias tendencias han disminuido su eficiencia y efectividad:

- Los avances en la terapéutica médica y la tecnología así como los sistemas de gestión de pacientes y los aspectos económicos de la asistencia sanitaria ha disminuido la frecuencia y duración de la hospitalización y aumentado la

atención y seguimiento ambulatorio. Los tutores clínicos tienen menos tiempo para conocer los enfermos hospitalizados, estudiar sus condiciones medicas y seguir el curso y cuidado del tratamiento.

- El aumento de pacientes admitidos en hospitales para el tratamiento de enfermedades infrecuentes que sin embargo afecta a una pequeña proporción del total de la población.
- Las Unidades de docencia tienen que responder a esta tendencia aumentando el uso del medio ambulatorio y comunitario como sitio primario o secundario de educación médica. En Pediatría esto incluye prácticas de pediatría en centro de AP relacionados o con el hospital, centros de salud comunitaria, clínicas escolares y departamento de salud del país.
- Está demostrado que estos ámbitos proporcionan varios beneficios educacionales adicionales²:
 - La población de pacientes, los aspectos de tratamiento y cuidado de la enfermedad son más representativos de lo que el residente encontrará en el mundo real.
 - El estudiante aprende un método de cuidado del paciente que es más responsable en la necesidad de manejo de las organizaciones de gestión.
 - Los estudiantes aprenden más sobre la comunidad y su interrelación con el cuidado de la salud.
 - Los estudiantes adquieren un mayor conocimiento de los principios de salud pública.

ÁREAS QUE NECESITAN REFORZARSE EN LA FORMACIÓN DEL PEDIATRA

Es obvio que el pediatra necesita ser capaz de adaptarse a cualquier cambio. Necesitarán ejercer en un sistema que le proporcione la oportunidad de aprender a lo largo de toda la vida, que le permita la reentrada para educación adicional para adaptarse a nuevas directrices en el cuidado del niño y minimizar la pesada burocracia. El manejo

en salud mental debe recibir más énfasis. La formación de los residentes en esta área es inadecuada y no suelen adquirir destrezas en el diagnóstico y tratamiento de los problemas más frecuentes de salud mental. Tampoco es adecuada la capacitación para valorar riesgo genético, tratar enfermedades crónicas en el ámbito ambulatorio, problemas nutricionales (especialmente la obesidad). En necesario más formación en: la influencia del ambiente en la salud, principios de seguridad y mejoría de los parámetros la calidad, principios de salud pública y demografía, psicología de adherencia a las instrucciones del proveedor, motivación, educación en la gestión de equipos y practica basada en sistemas. Los médicos residentes necesitan adquirir destrezas para enriquecer su conocimiento y asegurar la mejoría de la práctica en un ambiente en el cual la gestión del conocimiento y la información están cambiando constantemente. Esa capacidad debe ser adquirida durante la residencia⁴.

FORMACIÓN EN ÉTICA Y PROFESIONALIDAD

La evolución de requerimientos durante la formación del residente para ética y “profesionalidad” son únicos para los pediatras y tiene que estar presentes en todo el periodo de formación y como enseñar y evaluar estas destrezas. En los últimos años aparece en la bibliografía médica el término profesionalidad y profesionalismo que se rige por los principios de: honestidad e integridad, seriedad y responsabilidad, respecto por los demás, compasión y empatía, automejora, reconocimiento de los propios límites, comunicación y colaboración, altruismo y defensa del enfermo.

La docencia en ética en programas de residencia en Pediatría eran raros antes de 1990 y la enseñanza de profesionalismo en los programas de la residencia de pediatría empiezan en esta década. Los programas guía de profesionalismo deben estar basados en tres principios fundamentales: bienestar del paciente, autonomía del paciente y justicia social, similares a los tres principios de la ética: beneficencia, respeto a las personas, y justicia. En muchos programas falta un currículo formal de ética y profesiona-

lismo y el contenido está o bien integrado o enseñado ad hoc dentro del *curriculum* global¹⁰.

Ya sea independientemente o integrado en otros componentes del *curriculum*, un *curriculum* específico para ética y profesionalismo es necesario. La enseñanza de estas competencias puede beneficiarse de formatos no tradicionales, incluyendo discusiones en pequeños grupos, módulos de enseñanza basados en casos y juego de rol¹⁰.

EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN

Se necesitan utensilios de medida para asegurar que la enseñanza es efectiva e identificar las carencias para corregirlas lo cual redundará en beneficio de futuros residentes y en la atención a los niños¹⁰. Desafortunadamente es más fácil documentar las carencias y disparidades que demostrar estrategias efectivas para suplirlas².

Como conclusión, aunque la formación del pediatra en EE. UU. es diferente a la realizada en España, creo que los objetivos recomendados por la Residency Review and Redesign in Pediatric Committee al American Board of Pediatrics en 2009 para transformar la formación del pediatra, pueden ser asumidos en la formación de nuestros pediatras⁹:

- En todos los casos la educación durante la residencia debe enfatizar el papel del pediatra como defensor de la salud del niño, quien tiene una visión de la población de esta edad y que puede trabajar colaborativamente con otras disciplinas para promover amplios cambios en la salud del niño.
- Los pediatras deben ser preparados el cuidado médico de niños, adolescentes y adultos jóvenes. Además para proporcionar una base en pediatría general, la educación en la residencia pediátrica debe ofrecer programas de educación que preparen a los residentes para diversas necesidades emergentes en el cuidado de la salud del niño.
- La educación pediátrica debe proporcionar un continuum de aprendizaje que empiece en la facultad de Medicina y se continúa después de la residencia.

- Preparar a los pediatras para funcionar como miembros de equipos de cuidado de salud.
- Desarrollar destreza en pensamiento crítico, toma de decisiones, valoración de la evidencia y priorización en la evaluación y tratamiento de niños, adolescentes o adultos jóvenes que presentan problemas de salud frecuentes o raros o con un desorden de origen desconocido. La educación en la residencia en pediatría necesita asegurar un balance entre experiencias en las cuales los residentes son miembros de equipos cuidando pacientes complejos con experiencias en las cuales los residentes ganan confianza cuando cuiden pacientes menos complejos y confrontándose a nuevas situaciones.
- Preparar a las unidades docentes para enseñar, evaluar y aconsejar a los residentes. Los programas de residencia en pediatría deben proporcionar capacidades en educación y proporcionar destrezas para enseñar con tiempo adecuado, recursos y recompensas profesionales.
- Organizar la educación médica en el lugar de trabajo para un máximo de eficiencia y de resultados en la salud. Los programas de residencia en pediatría deben mejorar los resultados de salud eliminando el uso de residentes para hacer funciones administrativas y burocráticas.
- Los programas de residencia deben integrar nuevos métodos de enseñanza basados en la evidencia, con nuevas aproximaciones a la enseñanza y evaluación tales como la simulación y tecnología basada ordenadores para mejorar tanto el cuidado al paciente como la educación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • BOE: Boletín Oficial del Estado • RD: Real Decreto • UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero de 2008, 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.º 45, de 21 febrero de 2008.
2. Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. BOE n.º 246, de 14 octubre de 2006.
3. Orden SAS/1730/2010, de 17 junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. BOE n.º 157, de 29 junio de 2010.
4. Lister G, Murdock-Vlautin TC, Friedman AC. Report of Colloquium I: The future of Pediatric Health Care Delivery and Education. Pondering imponderables to create anidela Residency in a world of critical uncertainties. *Pediatrics*. 2009;123:S12-S-16.
5. Crespo M, Crespo Marcos D. Debilidades y perspectivas del programa formativo en Pediatría y sus áreas específicas. *Bol Pediat*. 2011;51:91-105.
6. Johnson RL, Charney E, Cheng TL. Final Report of the FOPE II. Education of the Pediatrician Work Group. *Pediatrics*. 2000;106:1175-98.
7. Freed GL, Dunham KM, Jones MD. General Pediatrics Resident Perspectives on training decisions and career choice. *Pediatrics*. 2009;123:S26-S30.
8. Jones MD. Innovation in Residency Education and Evolving Pediatric Health Needs. *Pediatrics*. 2010;125:1-3.
9. Abbott MB, First LR. Report of Colloquium III. Challenges for Pediatric Graduate Medical Education and How to Meet Them-A Quality Improvement Approach to innovation in Pediatric Graduate Medical Education. *Pediatrics*. 2009;123:S22-S25.
10. Lang CW, Smith RJ, Ross LF. Ethics and professionalism in the Pediatric curriculum. A survey of Pediatric Program directors. *Pediatrics*. 2009;124:1143-51.