

# Formación de especialistas en pediatría y su adecuación a la realidad epidemiológica y laboral

LUISA SCHONHAUT B.<sup>1</sup>, TERESA MILLÁN K.<sup>2</sup>, CHRISTEL HANNE A.<sup>3</sup>

1. Departamento de Pediatría Norte. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
2. Departamento de Pediatría Occidente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
3. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

## ABSTRACT

### Paediatrics residency program and its adaptation to epidemiological and labor reality

**Background:** Teaching guidelines and the paediatrics exercise must function according to health requirements of the population and country politics. **Objective:** Determine the Paediatrics Residency Program (PFEP) from Chile University adaptation level to epidemiological requirements and Chilean Health System. **Method:** Qualitative and interpretive study, performed between November 2006 and January 2007, where key persons were interviewed (6 residents, 6 graduates and 8 leaders) about the main problems and emphases of PFEP and its adaptation to the paediatricians job offer. The results obtained were validated by 5 leaders. **Results:** The interviewed people considered essential to readapt PFEP to epidemiological reality and paediatricians job offer. The main emphasis of PFEP focus on high complexity hospital clinical medicine, opposite to ambulatory working fields or developmental paediatrics and emergency units. The major problems were lack of time and teachers, big amount of job and change resistance. **Conclusion:** It is vital to readjust PFEP of Chile University to Chilean epidemiological reality and work opportunities. **(Key words:** Ambulatory paediatrics, Paediatrics Residency Program, residents, Chile).

Rev Chil Pediatr 2007; 78 (6): 599-606

## RESUMEN

**Introducción:** La orientación de la enseñanza y ejercicio de pediatría debe responder a las necesidades de salud de la población y políticas del país. **Objetivos:** Determinar el nivel de adecuación del programa de formación de especialistas en pediatría (PFEP) de la Universidad de Chile a las necesidades de la situación epidemiológica y del sistema de atención de salud chileno. **Metodología:** Estudio cualitativo, interpretativo. Entre noviembre 2006 y enero 2007 se realizaron entrevistas en profundidad a informantes claves: 6 residentes, 6 egresados y 8 líderes, sobre los principales énfasis y falencias del PFEP y su adecuación a la oferta laboral del pediatra. Los resultados obtenidos fueron validados por un grupo de 5 líderes. **Resultados:** Los entrevistados consideraron fundamental readecuar el PFEP a la realidad epidemiológica actual y

Trabajo recibido el 04 de Octubre de 2007, aceptado para publicación el 14 de Noviembre de 2007.

Correspondencia a:

Dra. Luisa Schonhaut B.

E-mail: lschonhaut@med.uchile.cl

oferta laboral del pediatra. Coincidieron en que el mayor énfasis del PFEP está puesto en las competencias de medicina clínica intrahospitalaria de alta complejidad, en disociación con el campo laboral, relacionado con pediatría ambulatoria con enfoque integral o pediatría del desarrollo, clínicas de continuidad y urgencias pediátricas. Las barreras identificadas para ello fueron falta de tiempo, carencia de docentes entrenados en dichos aspectos, carga asistencial y resistencia al cambio. **Conclusión:** Parece fundamental readecuar el PFEP de la Universidad de Chile a la realidad epidemiológica del Chile de hoy y a las oportunidades laborales de los pediatras en formación.

(**Palabras clave:** pediatría ambulatoria, residentes de pediatría, programa de formación de especialistas en pediatría, competencias, Chile).

Rev Chil Pediatr 2007; 78 (6): 599-606

## Introducción

A nivel mundial la formación y ejercicio de la pediatría se ha debido adecuar a la evolución de la morbimortalidad infantil, consecuencia de los cambios sociodemográficos y educacionales, los avances científico-tecnológicos y las modificaciones en los sistemas de salud, ocurridos en las últimas décadas<sup>1-3</sup>.

De acuerdo a esta realidad y a la preparación para el ejercicio laboral, a partir de 1978 el *Task Force on the Future of Pediatric Education* (FOPE) ha recomendado fomentar las prácticas clínicas en la comunidad y Atención Primaria de Salud (APS) en los Programas de Formación de Especialista en Pediatría (PFEP)<sup>4-6</sup>. No obstante, estudios realizados en la Región de las Américas<sup>7</sup>, Comunidad Europea<sup>8</sup>, Estados Unidos<sup>9</sup> y Canadá<sup>10</sup> han evidenciado que los programas de Pediatría de pre y postítulo continúan con mayor énfasis en los hospitales de alta complejidad.

Internacionalmente ha significado un verdadero desafío desarrollar un núcleo de competencias para la enseñanza de Pediatría Ambulatoria<sup>11</sup>. En Chile, existiría una dificultad adicional, ya que en el modelo de Salud Familiar actualmente implementado en APS, no se considera la participación de pediatras.

En el primer Foro de Pediatría del Cono Sur, realizado durante el 2006<sup>12</sup>, se definió la importancia de "la inclusión del pediatra", como el médico responsable de la atención de niños y adolescentes, en los equipos de Salud Familiar. Se recomendó para el postgrado una garantía de formación en todos los niveles de atención, ya sean privados, públicos o comunitarios.

La Escuela de Postgrado de la Facultad de

Medicina de la Universidad de Chile ofrece el PFEP (acreditado por la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH))<sup>13</sup>, que se desarrolla bajo el alero de cinco centros formadores ubicados en los Servicios de Pediatría y Cirugía Infantil de los Hospitales de la Región Metropolitana. Los PFEP están centrados en los hospitales, con una rotación por pediatría ambulatoria que no sobrepasa el 10% de la duración total del programa<sup>14</sup>.

La experiencia con que llegan los médicos al PFEP es muy variada ya que depende de la formación recibida por la universidad de egreso y de la experiencia laboral previa. Las alternativas para acceder a estos programas de formación<sup>15</sup> pueden ser a través del "Ciclo de Destinación" o Programas de Generales de Zona (PGZ), en que luego de siete años, los profesionales pueden postular a programas de especialización; las "Becas primarias", en que médico recién egresado realiza un programa de especialización financiado, exigiéndosele posteriormente un período de devolución y por último las "Becas universitarias", las que son autofinanciados, sin obligación asistencial posterior, pudiendo postular por un concurso médicos recién egresados y por otro médicos que trabajan en APS por un período definido, también llamados "médicos integrales".

El presente estudio forma parte de una investigación sobre las competencias que deben lograr los residentes del PFEP de la Universidad de Chile<sup>16</sup>.

El objetivo es determinar el nivel de adecuación del PFEP de la Universidad de Chile a la realidad epidemiológica y del Sistema de Atención de Salud Chileno.

## Sujetos y Método

Diseño cualitativo que utilizó la técnica del muestreo intencional y con saturación de la muestra, para seleccionar los "casos ricos en información"<sup>17</sup>. Se realizaron 20 "entrevistas en profundidad"<sup>18</sup> a médicos que estaban vinculados al PFEP de la Universidad de Chile, de acuerdo a los siguientes criterios:

A. Seis alumnos residentes (R) en el último año de formación de PFEP de 4 de los cinco centros formadores, incluyendo ambos sexos, algunos como recién egresados y otros con experiencia laboral previa (médicos integrales o del Programa de Generales de Zona).

B. Seis pediatras egresados (P) entre 2 a 5 años de antigüedad provenientes de los distintos centros formadores, incluyendo pediatras de ambos sexos, que trabajaban tanto en el sistema público como en el privado, en hospitales, servicios de urgencia y consulta, de la Región Metropolitana y provincia.

C. Ocho líderes de la formación pediátrica (L) entre los cuales se seleccionó a 3 de 5 de profesores encargados del programa, dos de los cinco directores de los Departamentos de Pediatría, un Jefe de Servicio de Pediatría del Sistema Público de provincia, un Jefe de Servicio de Pediatría de una Clínica Privada de la Región Metropolitana y el Presidente de la Organización Científica Pediátrica.

Las entrevistas se realizaron en forma abierta, flexible, dinámica, no estructurada, confidencial, anónima y con consentimiento informado, entre los meses de noviembre 2006 y enero 2007. En su totalidad realizadas, grabadas y transcritas por la autora. La validación del sistema de categorías se hizo a través de la lectura de 2 expertos.

En análisis de la información se realizó de acuerdo a las recomendaciones de la investigación cualitativa<sup>19</sup> (transcripción, lectura fluctuante, análisis de contenido). La información fue integrada en categorías y sus propiedades, con disposición de datos en matrices.

Con la finalidad de contribuir a la validación de la información se retroalimentaron los resultados con un grupo de cinco líderes (de cada centro formador, tres de los cuales habían sido incluidos en el grupo de entrevistados), quienes

confirmaron y enriquecieron con sus comentarios la información obtenida.

## Resultados

El carácter cualitativo del estudio permitió comprender, desde la perspectiva de los entrevistados, cuáles fueron las principales competencias que deberían ser adquiridas durante el PFEP. Se identificaron las congruencias e incongruencias entre las necesidades percibidas como fundamentales con las competencias logradas durante el programa, cuya síntesis se presenta en la tabla 1.

A continuación se detallan las opiniones manifestadas por los tres grupos de entrevistados, en categorías y con una selección de citas textuales referidas por ellos.

1. Mayor énfasis y relevancia a la medicina clínica intrahospitalaria de alta complejidad.

"Salimos bien preparados para enfrentar una gran cantidad de patologías, definitivamente no las más prevalentes" (R).

"El PFEP está más enfocada al nivel terciario, de ultraespecialistas, donde se potencian las habilidades técnicas de cuidado intermedio, intensivo" (P).

"Salen preparados para continuar con una subespecialidad y quedarse en el hospital" (L).

2. Pese a ser una formación muy técnica, falta que ésta sea actualizada y que haya un aumento de la capacidad resolutive.

"El PFEP está enfocada a la patología más compleja pero con resultados discutibles" (L).

"Los aportes de laboratorio y de imágenes, en los hospitales en los que hacen sus prácticas no están actualizados" (L).

3. Menor énfasis a Pediatría Ambulatoria

"Es algo demasiado falente, llega a dar vergüenza no saber cosas básicas que se manejan en el diario vivir como pediatras" (R).

"No tuve formación en pediatría ambulatoria, no hubo pasada por consultorio. Se da por sabido" (P).

"Necesitamos que nuestros residentes tengan más conocimientos en la medicina ambulatoria, por lo que estamos en una situación

**Tabla 1. Características del PFEP: Síntesis de las coincidencias, énfasis y particularidades descritas por los grupos entrevistados**

	<b>A) Residentes</b>	<b>B) Egresados</b>	<b>C) Líderes</b>
Mayor énfasis	Medicina clínica intrahospitalaria de alta complejidad, con enfoque muy técnico (5/6)	Medicina clínica intrahospitalaria de alta complejidad, con enfoque muy técnico (6/6)	Medicina clínica intrahospitalaria de alta complejidad, con enfoque muy técnico (8/8)
Menor énfasis	Pediatría ambulatoria, integral con Enfoque biopsicosocial (4/6)	Pediatría ambulatoria, integral con Enfoque biopsicosocial (6/6)	Pediatría ambulatoria, integral con Enfoque biopsicosocial, pediatría del desarrollo y el comportamiento (8/8)
	Relación médico paciente familia (3/6)	Urgencia (3/6)	Seguimiento de los pacientes "clínicas de continuidad" (4/8) Urgencia (3/8) Ética (3/8)
Aspectos que sugirieron reforzar	Pediatría ambulatoria, integral con Enfoque biopsicosocial (5/6)	Pediatría ambulatoria, integral con Enfoque biopsicosocial (2/6)	Pediatría ambulatoria, integral con Enfoque biopsicosocial (6/8)
	Seguimiento pacientes "clínicas de continuidad" (3/6)	Seguimiento pacientes "clínicas de continuidad" (2/6)	Seguimiento pacientes "clínicas de continuidad" (4/8)
	Aumento capacidad resolutive a través de la adquisición de competencias en especialidades pediátricas (2/6)	Aumento capacidad resolutive a través de la adquisición de competencias en especialidades pediátricas (2/6)	Ética (3/8)
	Relación médico paciente familia (2/6)	Ética (2/6)	Liderazgo (2/8)

bastante crítica, ahí la formación es bastante pobre" (L).

#### 4. Necesidad de mayor énfasis en el enfoque integral, biopsicosocial, como médico de cabecera

"Sería fabuloso tener la oportunidad de preocuparse del niño en forma integral, ser el médico tratante, bajo supervisión docente, eso no se da" (R).

"El aumento de pacientes crónicos debería prepararnos para ser médico de cabecera, darles un enfoque integral" (P).

"Nuestros residentes no tienen entrenamiento en la visión del enfermo en globo ni en los aspectos de la salud mental" (L).

#### 5. Faltan de docentes modelos para la enseñanza de la pediatría integral, con enfoque biopsicosocial y la nueva morbilidad.

"La mayor parte del PFEP se desarrolla

dentro del hospital donde los docentes que enseñan les gusta el enfoque biomédico de mayor complejidad" (P).

"Los avances que ha tenido la pediatría en Chile ha sido de una velocidad tal que nos ha pillado por sorpresa, los pediatras no están formados para manejar niños con los problemas relacionados con la nueva morbilidad" (L).

#### 6. Déficit en la formación en urgencia pediátrica

"Nuestra pasada por urgencia es muy restringida, con horario muy breve y falta una guía docente adecuada" (R).

"Lo que se refiere a urgencia es poco tratado, está todo centrado en el paciente ya hospitalizado, filtrado, manejado" (P).

#### 7. Relación entre el Servicio de Urgencia y la oferta laboral al egresar.

"Casi todos los residentes trabajamos en

urgencia, es más fácil por el horario y probablemente donde trabajemos cuando terminemos el PFEP, es donde existe mayor oferta laboral" (R).

"Muchos residentes ya desempeñan actividades en servicios de urgencias, y no estoy convencido que tengan todas las competencias que ahí se requieren" (L).

#### 8. Sobrecarga Asistencial y déficit de docentes entrenados en Urgencia Pediátrica

"Desgraciadamente el servicio de Urgencia, por la sobrecarga asistencial, no pueden entregar dichas competencias" (P).

#### 9. Falencia y propuesta de seguimiento de los niños (clínicas de continuidad) a lo largo del programa de formación, en los distintos escenarios en que se ejerce la pediatría

"Tenemos un sesgo por la falta del seguimiento del paciente post alta, tampoco somos los que vemos a los niños cuando se decide su hospitalización. No tenemos retroalimentación" (R).

"La atención integral debería incluir además la posibilidad de seguimiento de pacientes, lo que da un control de calidad" (P).

"Es fundamental el feed back a través del seguimiento" (L).

#### 10. Readequación del enfoque de la formación al perfil epidemiológico actual y futuro de la pediatría.

"Los pediatras salen preparados para atender con el esquema actual, pero no con la visión futura de la pediatría" (L).

"Estamos dando a los residentes muchas herramientas que no van a utilizar y los estamos ocupando en muchas cosas que luego no van a tener ni siquiera acceso a verlas" (L).

#### 11. Necesidad de una formación competente para enfrentar la oferta laboral en el ejercicio público y privado.

"En la actividad privada la mayor parte de los residentes van a encontrar trabajo o desempeñarse como médicos de consulta privada, y es donde probablemente es más deficitaria la formación, la diferencia de la atención primaria privada *versus* la pública es abismante" (L).

"En general, la actitud del pediatra en el

sistema privado es más defensiva más protectora" (L).

#### 12. Resistencia al cambio

"Tenemos una estructura de Facultad bastante rígida, donde los cambios no se pueden hacer con la velocidad que uno quisiera" (L).

#### 13. Propuesta de ser escuchados para reestructurar y mejorar el PFEP.

"No somos escuchados, deberían considerar nuestra opinión en la planificación de los programas" (R).

#### Validación por parte de los Líderes:

Los líderes coincidieron con los resultados obtenidos, en cuanto a la falencia en la formación en pediatría ambulatoria, en consonancia con las necesidades del país, aunque consideraron como fortaleza la actual formación clínica intrahospitalaria "Los egresados de los programas son reconocidos, muchos son destacados en sus lugares de trabajo, son un aporte en los servicios regionales y también en el área metropolitana, cuando optan por una especialidad derivada también obtienen buenos resultados".

Hubo coincidencias en las principales barreras identificadas por los entrevistados para la mayor incorporación de la pediatría ambulatoria en los programas de residencia de Pediatría.

## Discusión

La principal crítica realizada por los líderes al PFEP de la Universidad de Chile es que no está preparando a los pediatras para enfrentar el cambio en el perfil epidemiológico actual y futuro, ni para enfrentarse a la oferta laboral, relacionada principalmente con los escenarios ambulatorios y urgencia, en coincidencia con estudios internacionales<sup>20</sup>.

El mayor énfasis del PFEP, tanto teórico como práctico, está puesto en las habilidades clínicas técnicas para manejo del niño hospitalizado en unidades de alta complejidad, en desmedro de la formación en pediatría ambulatoria con enfoque integral o pediatría del desarrollo. A mayor experiencia clínica de los entrevistados, es decir "a mayor madurez", se enfatizaba

la importancia del enfoque biopsicosocial y el rol del pediatra como médico de cabecera de los niños, características identificadas como inherentes al ejercicio de la pediatría actual.

Se sugirió redefinir el perfil del egresado y reestructurar el PFEP, de modo de reforzar los aspectos descritos.

Las principales barreras y debilidades que explicarían la disociación entre el énfasis de la formación y las necesidades de los pediatras serían:

a) Tiempo y espacio dedicado a Pediatría Ambulatoria, Urgencias Pediátricas y Clínicas de Continuidad.

Se ha demostrado que para la adquisición de competencias es fundamental la experiencia práctica; además del tiempo destinado a una actividad determinada, es importante contar con programas y recursos académicos adecuados<sup>21,22</sup>. Actualmente ninguno de los Centros Formadores destina para pediatría ambulatoria y urgencias pediátricas más del 10% del total del programa. Por otra parte, habría que habilitar espacios físicos adecuados para la docencia extrahospitalaria e implementar Clínicas de Continuidad que permitan el seguimiento de los pacientes.

b) Déficit de docentes entrenados:

Los docentes estarían más motivados por el manejo de patología de mayor complejidad, una explicación posible es que los docentes fueron formados en otro escenario epidemiológico, habituados a una atención más individual e "intramural", y el cambio cultural sería lento. Estos resultados son coincidentes con una investigación realizada con residentes y tutores de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Cataluña que refiere que cuando los hábitos profesionales están culturalmente arraigados se incorporan primero en las intenciones que en las prácticas (Martrart 2004)<sup>23</sup>. Por otro lado, la sobrecarga asistencial contrarrestaría la posibilidad de realizar docencia, especialmente en los Servicios de Urgencia.

c) Falta motivación de los residentes en formación.

El currículo actual, desvaloriza la actividad

ambulatoria privilegiando la actividad profesional intrahospitalaria, lo que incentivaría la motivación de los residentes por la patología de mayor complejidad.

d) Resistencia al cambio

La estructura universitaria actual es rígida y las relaciones entre los Departamentos de Pediatría y los Hospitales Docente-Asistenciales también; en ellos gran parte de la actividad asistencial se sustenta en los residentes en formación; este aspecto podría explicar la gran resistencia a la flexibilización del programa hacia las actividades ambulatorias.

Se observa también un doble *standard* entre el discurso que prioriza la APS y a distribución de recursos posterior, tanto a nivel gubernamental como de Facultad, y por otra parte el modelo de atención de Salud actual, no contempla la presencia de pediatras en APS.

#### *Pediatría Ambulatoria integral con enfoque biopsicosocial*

Las competencias enumeradas en el campo de la pediatría ambulatoria tuvieron relación con el enfoque integral, biopsicosocial o pediatría del desarrollo. Se reconoció unánimemente que la salud de los niños está influenciada en gran medida por la familia, entorno y nivel socioeconómico<sup>24</sup>.

Las competencias específicas enumeradas coincidieron con las recomendaciones nacionales<sup>25</sup> e internacionales<sup>26</sup>. Se enfatizó la necesidad de aplicarlo en los distintos escenarios en que se atienden niños, tanto sanos o enfermos.

Para facilitar el logro de dichas competencias se deberían organizar escenarios clínicos ambulatorios, inmersos en los Centros de Salud Familiar. Éstos deberían ser un pilar para la adquisición de las competencias prácticas y críticas-reflexivas necesarias para alcanzar una mirada integral "más allá del box de atención" fertilizando el terreno para desarrollar programas integrados y multidisciplinarios en APS<sup>27</sup>.

#### *Implementación de "Clínicas de Continuidad"*

Los entrevistados se refirieron a la importancia del seguimiento de los pacientes, planteando la posibilidad de hacer Clínicas de Con-

tinuidad para lograr una retroalimentación respecto al progreso y evolución de los niños, asumiendo el rol de médicos de cabecera.

Frente a la realidad del Sistema de Salud Chileno, en que hay un subsistema público y otro privado, que funcionan de modo completamente diferente, se dio relevancia a la necesidad de prácticas clínicas en ambos subsistemas, lo que obedece a la realidad laboral posterior de la mayoría de los pediatras.

Al respecto, es interesante referirse al estudio publicado por Serwint (2001)<sup>28</sup>, en que no encontró diferencias significativas en las experiencias de clínica de continuidad, logradas en escenarios intrahospitalarios, centros comunitarios o consultas particulares; pese a que ninguno de los tres escenarios cumplía con todas las expectativas, la mayoría de los residentes consideró que esta experiencia los preparaba para los objetivos del desarrollo de la profesión.

#### *Clínica intrahospitalaria*

Las principales competencias referidas para el escenario intrahospitalario fueron las de manejo general e integral del niño hospitalizado; hubo coincidencia en que los pacientes que actualmente se hospitalizan son de alta complejidad y manejo de subespecialistas. Los líderes discreparon respecto a la necesidad de rotación por los servicios críticos, ya que algunos consideraron que es la puerta de entrada al mundo laboral, opinión que no fue compartida por los residentes ni egresados.

Los que más valoraron el énfasis intrahospitalario del programa de formación fueron los egresados que habían continuado trabajando en hospitales de mayor complejidad.

Algunos de los líderes opinaron que pese a ser una formación muy técnica falta que ésta sea actualizada con aumento de la capacidad resolutoria a nivel hospitalario, esto se debería en parte a que los Hospitales en que desarrolla el PFEP no cuentan con tecnología de punta.

#### *Urgencias Pediátricas*

Los entrevistados consideraron fundamental adquirir las competencias de urgencia pediátrica, identificándolas como puerta de entrada al campo laboral, escenario en que varios residentes ya estaban ejerciendo.

Los egresados destacaron la necesidad del enfoque más integral del niño que consulta en los Servicios de Urgencia, la identificación y manejo de las expectativas de los padres, además de la educación, pese a la limitación en el tiempo, lo que suele dificultar este tipo de atención.

#### *Otras competencias*

Los entrevistados se refirieron espontáneamente además a la importancia y falta de formación en otras competencias, relacionadas principalmente con la ética, relación médico-paciente-familia y trabajo en equipo, para lograr un desarrollo y ejercicio profesional integral.

### **Conclusiones**

El rol del pediatra está cambiando, siendo fundamental redefinir el perfil del egresado y readecuar los PFEP en respuesta a las necesidades, proyecciones epidemiológicas y sociales de la población chilena y al actual Sistema de Salud.

La mayor parte de las actividades del PFEP estarían centradas en competencias clínicas de alta complejidad técnica, con pocas oportunidades de formación en pediatría ambulatoria o pediatría del desarrollo, seguimiento de los pacientes en "clínicas de continuidad" y urgencias pediátricas. Se destacó la necesidad de enfatizar el enfoque biopsicosocial e integral en la atención de los niños, independiente del escenario de atención.

Para lograr el cambio necesario, más allá de la declaración de intenciones, es fundamental la convergencia de voluntades tanto de los Departamentos de Pediatría como de la Facultad y de los Hospitales docente Asistenciales, de modo de privilegiar una formación centrada en los residentes y sus necesidades.

### **Referencias**

- 1.- Simon JL, Chesney RW, Alden ER, et al: The Future of Pediatric Education II: organizing pediatric education to meet the needs of infants, children, adolescents,

- and young adults in the 21st century. *Pediatrics* 2000; 105 (suppl): 163-212.
- 2.- *Leslie L, Rappo P, Abelson H, Jenkins R*: Final Report of the FOPE II Pediatric Generalists of the Future Workgroup PEDIATRICS 2000: 106 (5) (Suppl): 1199-223.
  - 3.- *Schonhaut L*: Programa de pediatría ambulatoria: desarrollo de competencias para atender integralmente al niño y su proceso de salud - enfermedad. *Rev Pediatr electrónica* 2006; 3 (2) [citado 10 diciembre 2006] <http://www.revistapediatria.cl/vol3num2/3.htm>
  - 4.- *Ambulatory Pediatric Association and Council on Medical Student Education in Pediatric*: Core curricula in General Pediatric. APA: 1994.
  - 5.- *Scheiner AP*: Guidelines for medical student education in community based pediatric office. American Academy of Pediatrics Council on Pediatric Education and Subcommittee on Medical Student Curriculum. *Pediatrics* 1994; 93 (6): 956-9.
  - 6.- *Crespo M*: Formación especializada en pediatría. *An Esp Pediatr* 2000; 52 (Supl 5): 479-88.
  - 7.- *Puga T, Benguigui Y*: Enseñanza de la Pediatría en Escuelas de Medicina de América Latina. Publicación OPS Serie HCT/AIEPI-58. E Washington, D.C. 2002.
  - 8.- *García JM*: Formación MIR-Pediatría: ¿Rotación obligatoria por Atención Primaria? *Revista Pediatría de Atención Primaria* 2001; III (9): 17-29.
  - 9.- *American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health*: The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care. *Pediatrics* 2001; 108: 1227-30. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/108/5/1227>. [Citado 4 de Mayo 2007].
  - 10.- *Lieberman L, Hilliard R*: How well do paediatric residency programmes prepare residents for clinical practice and their future careers? *Medical Education* 2006; 40 (6) 539-46.
  - 11.- *Dewitt TG*: The application of social and adult learning theory to training in community pediatrics, social justice, and child advocacy. *Pediatrics* 2003; 112: 755-7.
  - 12.- *Quezada A*: Los objetivos del milenio: algunas tareas para todos. *Rev Chil Pediatr* 2006 77 (2); 123-6.
  - 13.- *Escuela de Post Grado, Facultad de Medicina Universidad de Chile* [citado 15 abril 2006] [www.med.uchile.cl](http://www.med.uchile.cl)
  - 14.- *Programas de Postgrado de Pediatría*, Escuela de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
  - 15.- *Torres C, Solimano G*: Formación de médicos especialistas en el contexto de la reforma de salud de Chile [accedido 20 de mayo 2007] disponible en <http://www.emol.com/noticias/documentos/formacion.asp>
  - 16.- *Schonhaut L*: ¿Es necesario replantear el programa de postítulo de pediatría con mayor énfasis a la pediatría ambulatoria?: Perfil de competencias del residente de pediatría 2006. Universidad de Chile. Tesis para optar al título de Magíster Educación en ciencias de la Salud. Escuela de Postgrado. Facultad de Medicina. Universidad de Chile 2007.
  - 17.- *Patton M*: *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage publications. United States of America, 1990
  - 18.- *Pope C, Mays N*: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311: 42-5.
  - 19.- *Crabtree B, Miller W*: *Doing qualitative Research*. SAGE publications. United States of America. 1992
  - 20.- *Pan R, Cull W, Brotherton S*: Pediatric Residents' Career Intentions: Data From the Leading Edge of the Pediatrician Workforce <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/2/182>
  - 21.- *Kuo A, Salvin S*: Clerkship curricular revision based on Ambulatory pediatric association and Council on Medical Student Education in Pediatric Guidelines: does it make a difference? *Pediatrics* 1999; 103 (4): 898-901.
  - 22.- *Goic A*: Descripción y análisis crítico del actual sistema de educación superior en Chile. *Anales del Instituto de Chile* 2004; XXIV (2): 83-125.
  - 23.- *Ros Martrat E*: Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria: Una mirada desde tutores y residentes. *Educ.méd.[online]* 2004; 7 (4): 29-35. Disponible en: [citado 27 de abril 2007] [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132004000600009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132004000600009&lng=es&nrm=iso)
  - 24.- *American Academy of Pediatrics Task Force*: Report on the future role of the pediatrician in the delivery of health care. *Pediatrics* 1991; 87:401-409 Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/87/3/401?ijkey=0691c62ae5479f4d609685229e75e4b4ddf8d62d> [citado 4 de mayo 2007].
  - 25.- *Vargas N, Quezada A*: Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 supl 1: 103-10.
  - 26.- *Jenkins R*: Resident Training and Education in the United States. *Pediatrics* 2003; 112 (3): 752-54. disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/112/3/S1/752> [Citado 22 abril 2007].
  - 27.- *Schonhaut L*: Los desafíos de la enseñanza de pediatría ambulatoria en el contexto del Chile actual. *Rev Chil Pediatr* 2006; 77 (4): 405-11 [citado 10 octubre 2006] [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062006000400012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000400012&lng=es&nrm=iso)
  - 28.- *Serwint J and the Continuity Clinic Special Interest Group, Ambulatory Pediatric Association*: Multisite Survey of Pediatric Residents' Continuity Experiences: Their Perceptions of the Clinical and Educational Opportunities. ELECTRONIC ARTICLE: PEDIATRICS 2001; 107 (5): e78. [citado 25 Abril 2007], <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/107/5/e78>.