

DOCENCIA

Programa de Pediatría Ambulatoria: Desarrollo de competencias para atender integralmente al niño y su proceso de salud - enfermedad.

Dra. Luisa Schonhaut

Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Resumen

La orientación de la enseñanza y ejercicio de pediatría debe responder a las necesidades de salud de la población y políticas del país. El pediatra debería adquirir sólidas competencias en el tronco de la pediatría para realizar supervisión y promoción de salud del niño y adolescente, resolución de problemas de salud comunes y atención de emergencias pediátricas, con una actitud de autoformación continuada y compromiso con el fomento de la salud del niño y su entorno.

El objetivo del presente ensayo es proporcionar una base epistemológica para fundamentar la necesidad de mayor énfasis en pediatría ambulatoria durante la formación de especialistas en pediatría, de modo de adquirir las competencias para el ejercicio profesional, de acuerdo a las necesidades actuales.

Se discute el programa actual de formación de especialistas en pediatría del Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil del Campus Norte de la Universidad de Chile, en el contexto de la transición epidemiológica y biodemográfica, el proyecto de desarrollo estratégico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, y las actividades que se están desarrollando en la Unidad de pediatría ambulatoria del Centro de Salud Familiar Cristo Vive.

Palabras claves: Competencias, pediatría ambulatoria, formación pediatría.

Introducción

La pediatría es la especialidad que atiende integralmente al individuo durante el periodo evolutivo que abarca desde la concepción y hasta el fin de la adolescencia. A lo largo de esta etapa transcurre el proceso de crecimiento, maduración y desarrollo biológico, fisiológico y social, consecuencia de la interacción dinámica entre el patrimonio heredado y el medio ambiente en que se desenvuelve. Los niños de hoy probablemente

lleguen a la senescencia; el alcanzar esta etapa del ciclo vital equilibrados física, mental y socialmente es consecuencia de una infancia saludable.

Contexto epistemológico

A lo largo del último siglo hemos presenciado una importante transición en el perfil de mortalidad y morbilidad predominante. Como consecuencia de ello el rol y los desafíos de la pediatría también han variado. Pasamos desde las enfermedades infectocontagiosas y la desnutrición, que predominaron hasta mediados del siglo XX, hasta la denominada morbilidad del milenio(1), en que se incorporan aspectos educacionales, familiares, comunitarios y sociales.

Si pensamos en los grandes progresos alcanzados en materia de salud, el proceso de urbanización, mejoramiento en la calidad de vida, educación y posteriormente las políticas de salud pública, marcaron el inicio de la transición epidemiológica y biodemográfica.

Recientemente, hace no más de 2 décadas, en el periodo de transición avanzada en que nos situamos, la cobertura médica de alta especialización y la mayor tecnología, han sido responsables de la disminución de la mortalidad por causas específicas, como por ejemplo prematuridad, enfermedades congénitas y metabólicas. Esta realidad ha posibilitado la sobrevivencia de niños portadores de enfermedades crónicas que otrora no hubiesen tenido esa oportunidad, traducándose en una importante transición en el significado social de la enfermedad y las estrategias necesarias para su enfrentamiento.

Hasta fines del siglo pasado, bajo el **paradigma biomédico**, el pediatra se centraba en el rol curativo, no obstante, mantuvo una mirada integral del niño y su entorno, con un fuerte compromiso social. Las competencias demandadas actualmente al pediatra tienen relación con el **paradigma bio-psicosocial**, la capacidad de ofrecer una atención preventiva y promocional,

realizar un diagnóstico precoz y oportuno de las enfermedades que afectan a los infantes y adolescentes, además de velar por el óptimo desarrollo, tanto del niño aparentemente sano como de aquél con necesidades especiales, siendo imperativa una atención multidisciplinaria e intersectorial.

Para comprender lo que representan los paradigmas en el proceso de evolución-revolución científica, voy a fundamentarme en Thomas Kuhn (1975), quien postula que las ciencias progresan siguiendo un ciclo de tres fases, consistentes en periodos de ciencia normal, crisis y revolución. Cada ciclo comienza por el reconocimiento de los paradigmas o "realizaciones científicas universalmente reconocidas, que, durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica".

El paradigma biomédico ha sido investigado durante un periodo de la ciencia y aceptado por la comunidad científica, siendo la base de gran parte del desarrollo de las especialidades médicas. No obstante, frente a la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles se ha comprobado la ineficiencia del modelo en la solución de la morbilidad predominante. El riesgo de dicho paradigma, curativo y positivista, radica en su potencial reduccionismo. Ante la complejidad del individuo y sus sistemas biológicos en interacción con su entorno, nos vemos tentados de abarcar un área limitada del conocimiento, fraccionando al ser en sus órganos enfermos, centrado en la enfermedad, no en el proceso y menos aún en la persona afectada. Este modelo ha significado además un altísimo costo para los sistemas de salud, deshumanización de la atención, con baja satisfacción de los usuarios.

Frente a la ineficiencia mostrada por el modelo bio-médico se produjo una crisis, sobreviniendo una revolución científica que está derrocando al antiguo paradigma, reemplazándolo por uno nuevo, el modelo bio-psicosocial. Según Kuhn la incompatibilidad de los paradigmas es esencial para el progreso.

Morin nos señala que en este proceso lo que hemos realizado fundamentalmente es reemplazar el paradigma disyunción/ reducción/ unidimensionalización por el paradigma de distinción/ holismo/ conjunción, el cual integra las distintas ciencias relacionadas con el conocimiento del ser humano. A partir de ello propone construir un conocimiento integrado y una visión holística del

individuo, en su proceso de salud-enfermedad-bienestar.

Si bien yo fui formada bajo el modelo biomédico y reconozco sus virtudes, principalmente debido al hecho que ha permitido un amplio progreso en la capacidad resolutoria la medicina, creo que éste debe ser complementado (y no sustituido o derrocado) por la mirada holística del paradigma biopsicosocial, el que puede ser aplicado bajo el modelo de la salud familiar, recientemente implementado en atención primaria de salud (APS).

La morbilidad predominante en la actualidad es de diagnóstico y manejo ambulatorio, quedando un grupo cada vez más reducido de patologías que demanda una atención hospitalaria. En el contexto de la reforma de salud actual, la atención está organizada en niveles de complejidad, con un flujo que va desde la APS al nivel terciario u hospitalario.

En este punto cabe destacar que al hablar de complejidad nos referimos a patologías que demandan una mayor especialización y alta tecnología. Sin embargo, al revisar epistemológicamente dicho término, podemos notar que la complejidad representa el entrelazamiento de términos heterogéneos, la articulación de elementos diferentes y según como lo define Edgar Morin, es un desafío y no una respuesta. Desde ese punto de vista es indiscutible la mayor complejidad del enfoque biopsicosocial que incorpora múltiples componentes en la evaluación integral del individuo: "vivimos un momento en el que cada vez más entendemos que el estudio de cualquier aspecto de la experiencia humana ha de ser, por necesidad, multifacético". La biología humana existe en su contexto social, cultural, familiar, y debe ser comprendida desde la subjetividad individual, en la compleja interacción del individuo y su entorno. Aspecto que necesariamente debería ser incorporado en los currículos de las carreras de la salud.

El currículo y los campos del saber

Según Gurundy el currículo, es decir, la forma es que se organizan el conjunto de prácticas educativas humanas, es una construcción social. Habermas (1968) proporciona un marco para dar sentido a las prácticas curriculares a través de la teoría de los "intereses constitutivos del conocimiento". Plantea que son tres los campos que influyen en la forma de construir conocimiento,

generando y organizando el saber de nuestra sociedad.

En el primer nivel está el **interés técnico** o positivista, que “trata de formular un conocimiento explicativo y predictivo acerca del mundo natural”. Este interés se fundamenta en el *saber* y se orienta hacia el control, la reproducción del conocimiento, el estudiante asume un rol de observador pasivo frente al proceso de enseñanza-aprendizaje.

En el segundo nivel está el **interés práctico** que da origen a la ciencias histórico-hermenéuticas, que se fundamenta en la interacción, interpretación y comprensión, “se trata de un interés por comprender el medio de modo que el sujeto sea capaz de interactuar con él”, se construye un conocimiento interpretativo que enriquece el entendimiento de la vida. Alumno y docente interactúan con el fin de dar sentido al aprendizaje.

En el tercer nivel se encuentra el interés emancipador o **socio-crítico**, que se sustenta en la necesidad de liberarse de las ataduras humanas y sociales, anteponiendo los valores propios. Este interés se relaciona con las actitudes que guían el *ser*, favoreciendo el desarrollo de la autonomía, la autorreflexión y responsabilidad, siendo el alumno arquitecto de su proceso de enseñanza-aprendizaje. “Un currículum emancipador supone una relación recíproca entre autorreflexión y acción”.

Currículo basado en competencias

El desarrollo de la Educación en Ciencias de la Salud ha situado el dominio de las competencias en el centro de las actividades académicas. Las competencias representan la combinación de atributos, el conocimiento y su aplicación, las habilidades, destrezas, actitudes y responsabilidades necesarias para desempeñar una tarea específica(2).

Las competencias se pueden medir en términos de adquisición, progresión y certificación. En la figura 1 se muestra la pirámide propuesta por Miller(3) para evaluar la adquisición progresiva de las competencias clínicas, desde la teórica hacia la práctica reflexiva. En la base se encuentra el conocimiento, es decir, “lo que sé”, incluyendo saberes teóricos y prácticos, luego están las habilidades, que representan “lo que sé hacer y demuestro”, y en la punta las actitudes, que se refiere a “lo que soy o deseo ser”, mi visión y mis valores.



Figura 1. Pirámide de Miller

Saber: conocimiento cognitivo. Basado en la memoria (recuerda). Se relaciona con el interés técnico.

Saber cómo: integra los conocimientos en una situación concreta (integra). Se relaciona con el interés práctico-hermenéutico

Mostrar cómo: aplica sus conocimientos y habilidades en una situación real o simulada (aplica). Interés práctico-hermenéutico.

Hacer o ser: evalúa el desempeño real de la práctica profesional (práctica). Se relaciona con el interés reflexivo, crítico.

Las competencias pueden ser diferenciadas de acuerdo a si son genéricas o específicas. Las genéricas son comunes a todas las disciplinas y se pueden clasificar en instrumentales (comunicación), interpersonales (capacidad de trabajar en equipo) y sistémicas (capacidad de adaptación). Las competencias específicas son aquellas que caracterizan una profesión y la distinguen de otras.

En revisiones realizadas en España acerca del sistema de formación de Médicos Internos y Residentes (MIR) en pediatría y sus áreas específicas plantean las siguientes metas en la formación de un pediatra general competente(4).

Humano en el acto clínico, fundamento de la buena práctica clínica.

Buen conocedor del niño y del adolescente, de sus modos de enfermar y de vivir su patología.

Abierto a los avances científicos; recuperando su tradicional humanismo (frente al

“ruido“ de la tecnología, el contacto afectivo con el niño).

Capacitado profesionalmente para el ejercicio hospitalario y en atención primaria.

Líder adecuado para los equipos asistenciales multidisciplinarios.

Una mirada crítica al programa de formación de pediatría

En la tabla 1 se presentan las competencias planteadas en el actual programa de formación de postgrado en pediatría. Al revisarlos podemos apreciar que la mayoría están relacionadas con acciones médicas integrales, las que no son parte del currículo intrahospitalario habitual. El escenario ambulatorio es el principal ambiente para adquirir, como parte del quehacer habitual, un conocimiento sólido, habilidades y destrezas en el fomento y protección de la salud, conocimiento integral del paciente en su entorno familiar, comunitario y social, desarrollo físico, psíquico y social del niño y el trabajo en equipo multidisciplinario.

No obstante, la formación especialista en pediatría del Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Campus Norte de la Universidad de Chile está centrada en el escenario intrahospitalario y los policlínicos de especialidad. Del total de la duración del proceso de formación, menos del 10% del tiempo está destinado a actividades ambulatorias, comprendiendo como tal los programas que se desarrollan en Centros de Salud Ambulatorios y Centros de Atención de Adolescentes. Este aspecto promueve la subespecialización precoz, lo que se aleja de la realidad del país y de la labor de la mayoría de los médicos pediatras, quienes dedican una parte importante de su tiempo a la consulta ambulatoria.

Por otro lado existe resistencia por parte de los becados por participar en APS por algunas de las razones que se enumeran a continuación:

1. En el modelo de salud imperante en nuestro país no está considerada la presencia de pediatras u otros especialistas en APS, con excepción de los médicos familiares que atienden al individuo a los largo de todo el ciclo vital.

2. La experiencia previa a la formación de especialistas en nuestro país es variada. Muchos de los becarios tienen una vasta experiencia previa en APS, producto de haber participado en el ciclo de destinación como médicos generales de zona o médicos integrales en APS. Algunos han

participado incluso como directores de Consultorio o encargados del programa infantil, por lo que no sienten la necesidad de ampliar su formación en dicho campo de acción.

3. Existe un “currículo oculto” que desvaloriza la atención ambulatoria desde los profesionales hospitalarios.

El desarrollo de una unidad docente de pediatría ambulatoria

A partir del año 2002 comenzó a gestarse la unidad de pediatría ambulatoria dependiente del Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Campus Norte, trasladándose el año 2005 al Centro de Salud Familiar (CESFAM) Cristo Vive.

El desarrollo y progresión de dicho programa ha sido posible gracias a la articulación de diversas oportunidades en el marco de la reforma y reevaluación del currículo de la carrera de Medicina(5) y el proyecto de desarrollo estratégico de la Universidad de Chile U-2010, que definió como prioritario el desarrollo de las actividades ambulatorias, en el nivel primario de atención, con enfoque humanista y familiar en todas sus especialidades y carreras, privilegiando la destinación de recursos académicos económicos hacia la APS(6). Además la iniciativa del Departamento de Pediatría, que ha favorecido la formación y consolidación de un cuerpo docente dedicado a la pediatría ambulatoria, en un escenario clínico definido y desarrollo de programas acordes.

En el contexto del proyecto estratégico se redefinió la vinculación docente asistencial, reevaluando y actualizando los convenios con centros hospitalarios y ambulatorios. En dicho contexto se privilegió la renovación del acuerdo existente con el CESFAM perteneciente a la Organización no Gubernamental Cristo Vive. Esta decisión fue tomada en base al atractivo modelo de salud implantado en ese centro de salud con orientación intersectorial, integrando programas de salud, educación y comunidad, en pro de la superación de la pobreza; y a la gran disposición hacia la academia y la tradición de vinculación docente-asistencial con la Facultad de Medicina desde su gestación (hace aproximadamente 20 años). Destaca además que dicho centro asistencial no está sujeto a vaivenes políticos, lo

que ha sido determinante en la relación contractual estable.

Tabla 1. Objetivos generales Programa de formación de especialistas en Pediatría

Durante el proceso de formación, los estudiantes deberán adquirir los conocimientos y habilidades e internalizar las actitudes, que les permitirán, por sí mismos, y en colaboración con otros profesionales y técnicos, lo siguiente:

-Identificar los recursos disponibles para la atención de salud de los niños, hacer uso óptimo de ellos y adoptar medidas para mejorarlos de acuerdo a las necesidades de la comunidad y los avances científico-tecnológicos.

-Programar, dirigir, supervisar y ejecutar acciones médicas integrales de fomento y protección de la salud de las personas menores de 15 años.

-Tener un conocimiento integral de cada paciente, su desarrollo, su patología, su situación familiar, ambiental y social.

-Conocer las etapas, características y variaciones del desarrollo físico, psíquico y social del niño.

-Conocer la etiopatogenia, sintomatología y tratamiento de las enfermedades más relevantes de la edad pediátrica.

-Evaluar críticamente y contribuir creativamente, a desarrollar sus propios conocimientos, acciones y métodos, desde la especialidad y los equipos de trabajo.

-Mantener una disciplina de perfeccionamiento permanente a lo largo de toda la carrera como especialista.

-Desempeñarse como integrante activo de un equipo de salud.

-Aprender y colaborar en la enseñanza profesional de la pediatría en pregrado y postgrado y en la difusión de los conocimientos relativos a la salud de los niños en la comunidad.

El CESFAM Cristo Vive ha incorporado el modelo familiar, con formación de equipos de salud con enfoque familiar y comunitario, a la vez que ha posibilitado la integración de diversos especialistas en el quehacer diario, como profesionales de derivación dentro del mismo nivel de atención. Esta integración permitiría una mayor capacidad resolutive y satisfacción de profesionales y usuarios, producto de un sistema de interacción, capacitación y formación permanente.

Otro aspecto destacable es que se está logrando la consolidación de un campus docente asistencial con convergencia de estudiantes de distintas carreras de salud en sus actividades prácticas, los que ha fertilizado el terreno para desarrollar programas integrados y multidisciplinarios en APS "más allá del discurso". Actualmente asisten estudiantes de pre y postgrado de Medicina, en las especialidades de Medicina Familiar, Pediatría, Salud Mental y recientemente Neuropediatría; además asisten regularmente estudiantes de Obstetricia, Enfermería, Tecnología Médica, Nutrición y Terapia Ocupacional. Se está preparando la planta física y la dotación de recurso humano para permitir la pronta incorporación de estudiantes de las carreras de Kinesiología y Fonoaudiología.

Competencias en pediatría ambulatoria

El pediatra competente debería tener conocimiento sólido del tronco de la pediatría, que incluye el arte de la semiología, el proceso de crecimiento y desarrollo del niño normal y sus variantes fisiológicas, la nutrición y las conductas infantiles; las habilidades para realizar la labor de supervisión y promoción de salud del niño y el adolescente y resolución de los problemas de salud comunes, así como la atención de emergencias pediátricas. Y una actitud de autoformación continuada y compromiso con el fomento de la salud del niño y su entorno.

El becado, durante su rotación por pediatría ambulatoria, deberá aplicar los conocimientos, demostrando habilidades y actitudes favorables en las distintas actividades que se realizan en los aspectos relacionados con:

1. Acciones de supervisión de salud (semiología, crecimiento, desarrollo, nutrición, programas de salud pública, estimulación, prevención de enfermedades e injurias)

2. Morbilidad prevalente, capacidad resolutive en atención primaria y aplicación del plan de Garantías Explícitas en Salud (GES).
3. Nueva morbilidad (desarrollo, comportamiento, conductas normales y sus variantes)
4. Funcionamiento administrativo del programa ministerial de salud infantil
5. Docencia en pediatría
6. Investigación en pediatría
7. Programas específicos que están en fase de planificación (salud escolar, obesidad y otros).

Actividades que se están realizando

Policlínico de pediatría: El becario se incorpora como parte del equipo docente participando en la asistencia clínica supervisada y/o supervisión de alumnos e internos en sus actividades prácticas de pediatría ambulatoria. A través de esta actividad el becario asume un rol activo en el proceso de enseñanza aprendizaje, orientándose al interés práctico, con algunos matices del interés socio-crítico, adquiriendo competencias del saber cómo, demostrar y hacer y algunos también del ser. Para ello debe tener un sólido conocimiento de la troncalidad de la pediatría y aplicarlo tanto en docencia y atención del paciente. La evaluación de esta actividad es a través del trabajo diario, basado en un cuestionario de evaluación de competencias (calificación práctica).

Policlínico de neuropediatría con enfoque de pediatría del desarrollo y el comportamiento: la reciente incorporación de neuropediatras al grupo de pediatría sin duda va a permitir ampliar el quehacer en pediatría ambulatoria con enfoque en desarrollo y comportamiento. Una vez por semana los becarios participan en esta actividad, atendiendo pacientes bajo supervisión clínica, lo que permite el desarrollo del interés práctico y las competencias del *saber cómo* y *demostrar*.

Seminarios en base a portafolio de casos clínicos y registro de actividades: aplicación de conocimientos y análisis de situaciones que han podido vivenciar, en temas relacionados con evaluación nutricional, nutrición, desarrollo y morbilidad predominante. El interés es básicamente hemenéutico y las competencias que mide son relacionadas con el *saber* y el *saber cómo*. La evaluación es en base al portafolio.

Reuniones clínicas: el becado debe preparar una reunión clínica en que revisa en

profundidad algún tema relacionado con pediatría ambulatoria, incorporando aspectos de salud y políticas públicas, con un profundo análisis de la aplicabilidad de las recomendaciones a la población que le ha tocado atender; este análisis orienta un aprendizaje socio-crítico. La evaluación se realiza a través de un ensayo o un artículo de revisión.

Guía actividades para becados de pediatría: esta es una experiencia que se realizó durante un tiempo y pienso que se debería retomar. El becado, comienza su rotación por pediatría ambulatoria realizando un proceso de autorreflexión acerca de su experiencia previa en APS y pediatría ambulatoria. A partir de dicho análisis diseña, en conjunto con el docente, su programa de Pediatría Ambulatoria. Al final de la rotación se le solicita que presente una investigación básica, en terreno, de un problema de salud, de modo de demostrar un análisis profundo, en base al conocimiento de la realidad de la población atendida, considerando aspectos epidemiológicos, programas de APS y herramientas existentes en el nivel primario de salud y en la comunidad. Este aprendizaje está muy orientado al interés socio-crítico, en la búsqueda de significados del proceso de salud- enfermedad. La gran limitante es que su éxito es dependiente de la motivación de educandos y académicos. En la tabla 2 se resumen las competencias y actividades que desarrolla el becado en pediatría ambulatoria.

Programas Específicos: Progresivamente se irán integrado nuevas actividades multiprofesionales docente-asistenciales, a modo de programas de salud específicos en torno a problemas pesquisados en APS. A corto plazo se proyecta lograr una mayor integración interdisciplinaria y comunitaria, escenario idóneo para generar un modelo de pediatría ambulatoria o comunitaria con enfoque de crecimiento, desarrollo y comportamiento.

Conclusión y proyecciones

La formación clínica en escenarios docente asistenciales ambulatorios debería ser un pilar para permitir que educandos de pre y postgrado adquieran las competencias prácticas y críticas-reflexivas necesarias para alcanzar una mirada integral "más allá del box de atención", incorporando aspectos de crecimiento, desarrollo y la semiología básica, como núcleo en que convergen los contenidos de la atención integral de la salud del niño(7), articulando teoría-práctica y

acción en la construcción de un aprendizaje significativo y aplicable.

La existencia de un cuerpo docente multidisciplinario estable, incorporado a las

actividades asistenciales y los equipos de salud, permite generar el ambiente propicio para la continuidad de programas y actividades, desarrollo profesional, capacitación e investigación acción.

Tabla 2 Resumen actividades Pediatría Ambulatoria

Actividad	Competencia	Nivel	Interés	Rol del docente	Rol estudiante	Evaluación
Policlínico de Pediatría	Supervisión salud morbilidad prevalente	Saber cómo y demostrar	Práctico	Supervisión-discusión e integración de conocimientos	Activo, integra conocimientos, habilidades y actitudes	Evaluación del proceso con cuestionario de adquisición de competencias
Supervisión clínica	Docencia en pediatría	Hacer - ser	Práctico-crítico	Guía la reflexión del estudiante, cuestiona, analiza	Activo, supervisa y analiza (asume rol docente)	Evaluación del proceso con cuestionario de adquisición de competencias
Policlínico de pediatría del desarrollo y comportamiento	Manejo nueva morbilidad	Saber cómo	Práctico	Supervisión-discusión e integración de conocimientos	Activo, integra conocimientos, habilidades y actitudes	Evaluación del proceso con cuestionario de adquisición de competencias
Seminarios en base a portafolio	Discusión de problemas relacionados con el proceso de salud-enfermedad infantil	Saber y el saber cómo	Práctico	Constructor del proceso de enseñanza aprendizaje, debate y analiza	Investigador, analítico. Construye su aprendizaje	En base a portafolio
Reuniones clínicas	Análisis de problemática relacionada con la salud infantil desde el ámbito ambulatorio	Hacer - ser	Socio-crítico	Investigador y agente crítico	Investigador y agente crítico	Ensayo
Guía de actividades	Investigación en Pediatría ambulatoria	Ser	Socio-crítico	Investigador y agente crítico	Investigador y agente crítico	Se evalúa la acción. Presentación de análisis.

Referencias

1. Palfrey J., Tonniges T. et al. Addressing the Millennial Morbidity—The Context of Community Pediatrics. *Pediatrics* 2005; 115(4): 1121-1123. [Citado 14 Julio 2006] Disponible en Internet: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/4/S1/1121>
2. Tuning - Afinar las estructuras educativas de Europa. http://ec.europa.eu/education/policies/educ/tuning/tuning_es.html
3. Miller G. "The Assessment of clinical skills/competence/performance". *Academic Medicine (Suplemento)* 1990; 65: S63-S7
4. Crespo M. Bases fundamentales del programa MIR. *Anales de Pediatría* 2003; 58(supl 4): 385-394.
5. Herskovic P. La reforma curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. *Rev Chil Ped* 2005; 76(1): 9-11. [Citado 14 Julio 2006] Disponible en Internet: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062005000100001&Ing=es&nrm=iso&tIng=es
6. Las Heras J. Desafíos para el siglo XXI Facultad de Medicina, Universidad de Chile. *Rev. Chil. Pediatr.* 1999; 70(3): 179-180. [Citado 14 Julio 2006] Disponible en Internet: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000300001&Ing=es&nrm=iso&tIng=es
7. Cusminsky M. y Galli A. Docencia de Pediatría: el ciclo del pregrado. *Arch Arg Pediatr* 1998; 96:

242-250. [Citado 14 Julio 2006] Disponible en Internet:
http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/1998/arch98_4/98_242_250.pdf