



5º curso actualización
en
Pediatría
www.aepap.org

Viernes 8 de febrero de 2008

**Seminario:
Formación de tutores**

Moderador:

Francisco Hijano Bandera

Doctor en Medicina. Miembro del Grupo de Docencia MIR de la AEPap. Pediatra del EAP "Monterrozas". Área 6. Madrid.

Ponentes/monitores:

■ **Francisco Hijano Bandera**

Doctor en Medicina. Miembro del Grupo de Docencia MIR de la AEPap. Pediatra del EAP "Monterrozas". Área 6. Madrid.

■ **José Saura Llamas**

Doctor en Medicina. Médico de Familia. Técnico de salud de la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Murcia.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Hijano Bandera F, Saura Llamas J. Desarrollando el programa oficial de la especialidad de Pediatría en Atención Primaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 375-82.

Desarrollando el programa oficial de la especialidad de Pediatría en Atención Primaria

Francisco Hijano Bandera

*Doctor en Medicina. Miembro del Grupo de Docencia MIR de la AEPap. Pediatra del EAP "Monterrozas". Área 6. Madrid.
fhijano.gapm06@salud.madrid.org*

José Saura Llamas

Doctor en Medicina. Médico de Familia. Técnico de salud de la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud. Murcia.

RESUMEN

La rotación de los pediatras por Atención Primaria (AP) ha sido largamente reivindicada. No es hasta finales del pasado año, con la publicación del nuevo programa formativo, cuando se establece la obligatoriedad de la rotación por los centros de salud. El tutor no sólo ha de ser un experto en pediatría, sino que también ha de poseer los conocimientos que favorezcan el aprendizaje. El objetivo de este seminario es repasar las bases sobre las que se sustenta la formación de especialistas en España, dar a conocer a los futuros tutores algunas herramientas docentes y exponer algunas de las empresas que están siendo acometidas en la actualidad por el grupo de docencia MIR de la Asociación Española de Pediatría de AP (AEPap).

En la segunda parte del seminario, se va a tratar la evaluación docente del residente en sus distintos aspectos: cómo ve el tutor de "a pie" la evaluación de los residentes, la evaluación como proceso de mejora, la evaluación objetiva frente a la evaluación subjetiva, la evaluación sumativa, la cualitativa, la formativa, y la evaluación ecológica o contextual.

Desde el primer nivel asistencial se ha venido reclamando la necesidad de que los pediatras en formación roten por Atención Primaria (AP), alertando sobre la conveniencia, frente a una orientación preferentemente hospitalaria, de adquirir competencias específicas en pediatría comunitaria. Por lo general, salvo excepciones^{1,2} la consecución de dichas aptitudes ha sido fruto del trabajo personal y autodidacta, una vez finalizada la residencia y confirmado el destino profesional. No es hasta finales del pasado año, con la publicación del nuevo programa formativo³, cuando se establece la obligatoriedad de la rotación por los

centros de salud, por un periodo de 3 meses. Para llevar a cabo esta tarea de un modo responsable, y proporcionar una formación de calidad, el tutor no sólo ha de ser un experto en pediatría, sino que también ha de poseer, e incluso dominar, los conocimientos que favorezcan el aprendizaje.

LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN ESPAÑA

La Pediatría, la medicina integral del niño, se ocupa de todo cuanto le afecta, desde el momento de la concepción hasta el final de la adolescencia. A ella le competen:

- Los cuidados del niño y del adolescente sano: **pediatría preventiva**.
- Los modos de asistencia en caso de enfermedad: **pediatría clínica**.
- Las interrelaciones del niño sano y enfermo con el medio en el que se desarrolla: **pediatría social**.
- La promoción de un estado óptimo de salud, el diagnóstico y el tratamiento precoz de las posibles anomalías que presente: **pediatría del desarrollo**.

En España, el Estado es quien vela por la adquisición de todas estas competencias; en concreto son los Ministerios de Sanidad y Consumo, y de Educación y Ciencia, los garantes de la calidad de la formación y del desarrollo de la misma mediante el sistema de residencia, la «vía MIR», regulada por lo contenido en el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero⁴.

Lo que deben aprender los residentes, lo establece la **Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría**⁵. El programa formativo ha de ser ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, informado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Educación y Ciencia, y aprobado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Quienes garantizan el cumplimiento de los objetivos del programa, son las **comisiones de docencia** de los centros acreditados; además, deben organizar las actividades formativas y supervisar su integración en la actividad asistencial^{5,6}. En aquellas especialidades cuyos programas de formación incluyan períodos o actividades a desarrollar en centros no hospitalarios, existirán **comisiones asesoras**⁶.

En las **unidades docentes** acreditadas se han de diseñar los **protocolos docentes**, una adaptación del programa oficial al contexto de la unidad. En su elaboración deben intervenir tutores, residentes, órganos de dirección y otros profesionales que participen en la formación⁷.

Tomando como referencia todo lo anterior, los **tutores** deben trazar un **plan de formación personalizado**, adaptado a las necesidades de cada residente, y que requiere ser aprobado por la comisión de docencia del centro⁶.

Por último, sobre quienes recae la responsabilidad del aprendizaje es sobre los **médicos residentes**, que de un modo planificado y supervisado, según lo expuesto, deben ir adquiriendo la formación pertinente, junto con una responsabilidad creciente en el desempeño de su labor.

El objetivo de todo este proceso es formar **médicos competentes**, capaces de resolver las situaciones que se presentan habitualmente durante el ejercicio de la especialidad, y hacerlo de una **forma profesional y autónoma**, de acuerdo con lo que los pacientes y la sociedad esperan de ellos.

El médico residente debe llegar a ser un experto en su especialidad, un consejero de salud y un gestor de los recursos que el sistema pone a su disposición; también debe poseer habilidades de comunicación, ha de saber trabajar en el seno de un equipo, acceder a las fuentes del conocimiento, procurar una permanente mejora de su cualificación y tener unos valores profesionales⁸ acordes con los principios éticos, legales y morales por los que deben regirse sus actuaciones^{9,10}.

PREPARÁNDONOS PARA ENSEÑAR

El modelo de aprendizaje¹¹ que se pretende promover durante el periodo de residencia, se centra sobre el que aprende, y se basa en los resultados finales que se esperan obtener, de modo que a partir de los profesionales que deseemos tener, se debe definir el proceso para conseguirlos.

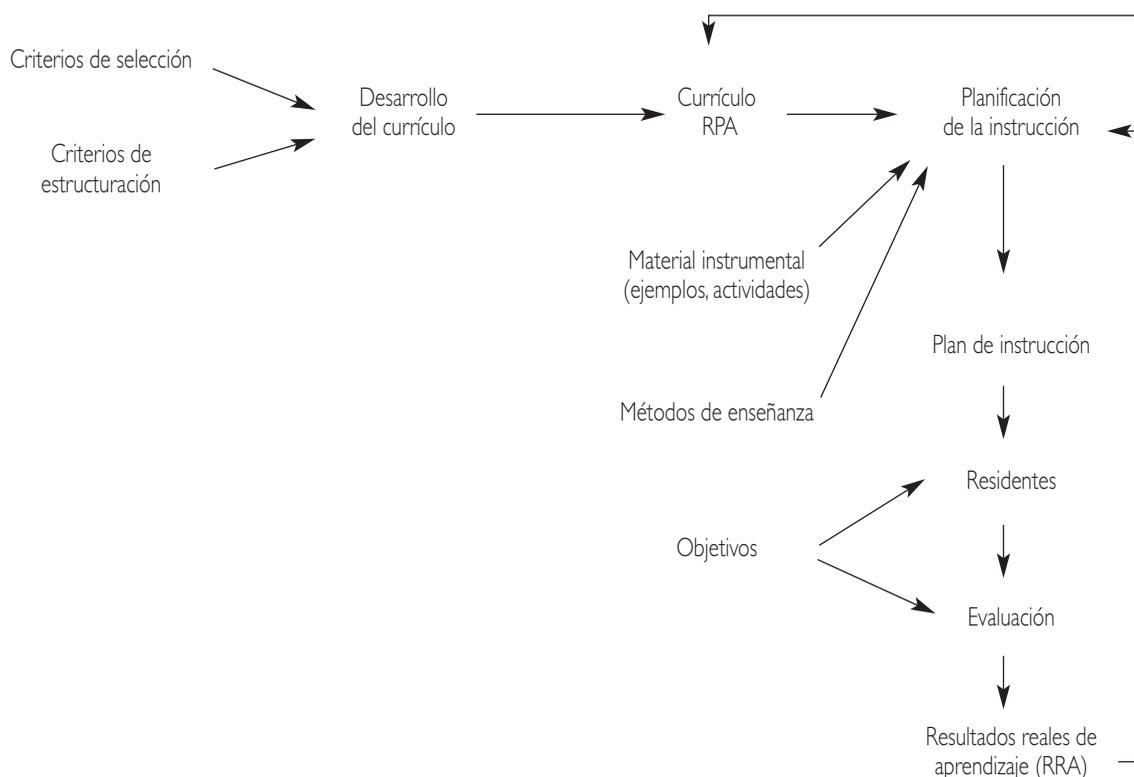
En este contexto, el papel del tutor se aproxima más a ser **consejero del aprendizaje**, ayudando al residente a “desembalar” el conocimiento de la disciplina, motivándole, orientándole sobre los recursos de que dispone y que facilitan su aprendizaje y constatando que éste tiene lugar. Para ello, el tutor debe tener una concepción clara de cuál es la estructura de su especialidad, y de cuáles son las competencias y los conocimientos que

debe poseer un pediatra para ejercer de forma eficiente en AP.

En cuanto al residente, no se ha de olvidar que es un trabajador temporal de la institución, un adulto cualificado, con unos intereses concretos, y responsable de su aprendizaje¹².

Para la consecución de los objetivos contamos con una excelente hoja de ruta, **el plan formativo personal del residente**, que partiendo del protocolo de la unidad docente, ha de elaborar el tutor adaptándolo al residente que tiene a su cargo; para ello, ha de tener en cuenta su bagaje formativo, conocer cuáles son sus expectativas y necesidades, y negociar los objetivos^{7,13}. De este modo estaremos en disposición de determinar **qué actividades** ha de realizar en cada rotación y por

Figura 1. Modelo de Johnson para el currículo y la instrucción



RPA: resultados previstos de aprendizaje.

año de residencia, **dónde y cómo** ha de hacerlo, estableciendo el nivel de responsabilidad que ha de ir adquiriendo.

A este respecto, se ha de distinguir entre actividades que no requieren una supervisión directa del tutor (nivel 1 de responsabilidad), las que por el contrario precisan de dicho control (nivel 2), y aquellas que sólo deben ser observadas y/o asistidas en su ejecución por el residente, pero no realizadas directamente por él (nivel 3)³.

Sin este plan u otro plan equivalente, la formación quedaría expuesta a los avatares del contexto: la presión asistencial, las preferencias por determinados temas, la falta de tiempo..., y se favorecería un “aprendizaje oportunista”, no alcanzando finalmente los objetivos previstos en el programa⁷.

Siguiendo el modelo de Johnson¹⁴ (figura 1), a la hora de **planificar la formación** se ha de diferenciar entre contenidos, material instrumental y métodos de enseñanza.

Los **contenidos** son la matriz de conocimientos, habilidades y actitudes que el residente debe aprender; estos deben ser presentados de forma sistematizada, yendo de lo general a lo particular, destacando los conceptos clave que estructuran cada materia, y relacionando lo nuevo con lo previamente aprendido, a fin favorecer un aprendizaje significativo.

A este respecto, se ha de tener en cuenta que, de entre todos los factores que influyen en el aprendizaje, el más importante consiste en **descubrir lo que el residente ya sabe**, para de este modo enseñarle consecuentemente¹⁴.

Asimismo, es conveniente planificar actividades que favorezcan el intercambio afectivo, la comunicación deliberada de emociones. Se sabe que unas relaciones adecuadas en el seno de un equipo, fortalecen la confianza de cada uno de sus miembros, ayudan a la superación frente a las dificultades, y permiten la transmisión de algo más que simple conocimiento.

Con todo ello podremos establecer cuáles deben ser los **“resultados previstos del aprendizaje” (RPA)**, las competencias que deben ser alcanzadas, debiendo distinguir entre competencias genéricas o transversales, y específicas. Todos estos **objetivos** han de ser presentados de forma explícita, para que los residentes sepan lo que se espera de ellos y los tutores tengan un referente donde enmarcar la actividad docente y la evaluación.

Respecto a los **materiales**, se ha de realizar una cuidadosa selección de los mismos: casos clínicos, ejemplos, material audiovisual..., a fin de poder ilustrar adecuadamente los conceptos o fomentar la adquisición de determinadas competencias. Así, la presentación de casos clínicos puede servir de estímulo para la adquisición de nuevos conocimientos (**aprendizaje basado en problemas**), o bien para demostrar la aplicabilidad

Tabla 1. Consejos para la corrección de habilidades

- Preguntar cómo se siente, cómo cree que lo ha hecho, si está satisfecho.
- Las correcciones deben de ser compartidas: observa cómo lo hago y después me dices en qué puedo mejorar.
- En el momento oportuno: no hacerlas delante de un paciente, pero tampoco demorarlas en exceso.
- Referidas a actuaciones concretas.
- Centradas en lo que se persigue buscar.
- No interpretar, sólo describir lo observado.
- Verificar lo percibido: ¿me ha dado la impresión de que cuando hiciste...?, ¿es cierto?
- Lo bueno en público, lo mejorable en privado.

Tomado de la ponencia de Juan Daniel Prados Torres, coordinador provincial de la Unidad Docente de MFyC de Málaga, en “Curso de Formación de Tutores de Pediatría de AP: La formación de los especialistas en las instituciones sanitarias”. Agencia Laín Entralgo. Madrid, 27 y 28 de abril de 2007.

de lo aprendido (**aprendizaje para la resolución de problemas**). También, a partir de los problemas que se presenten en consulta, se puede reflexionar sobre los procesos de razonamiento clínico y de toma de decisiones¹¹.

En cuanto a la **metodología docente** a emplear, variará en función de los objetivos a alcanzar: clase tradicional, trabajo en pequeños grupos, aprendizaje dirigido, aprendizaje autónomo, uso de simulaciones, enseñanza asistida por ordenador, tutorías...^{11,13}

En la **adquisición de habilidades**, la aplicación inmediata de las correcciones oportunas por parte del tutor puede facilitar un mayor aprendizaje y de un modo más rápido (tabla I).

Finalmente, la **evaluación** permitirá conocer **“los resultados reales del aprendizaje” (RRA)**, lo que a través de un proceso dinámico, determinará, bien continuar con el plan establecido, o bien introducir las medidas de mejora oportunas.

Para que el tutor pueda intervenir eficazmente en todo el proceso descrito, ha de poseer conocimientos y habilidades específicas, y éstas, idealmente, deberían ser ofertadas por la institución a la que pertenece, sobre la que sin duda redundará positivamente.

La autenticidad, la confianza, la empatía, la dedicación, la aceptación y el respeto son actitudes en el tutor que facilitan el aprendizaje.

Como dice el Dr. Santos Guerra¹⁵, el docente debe tener unos conocimientos que van más allá de los requeridos para el ejercicio de su profesión; debe poseer habilidades de comunicación, de dinámica de grupos, conocimientos en pedagogía..., ha de trabajar en equipo, materializando el proyecto formativo y vivir su profesión apasionadamente. “Una cosa es saber un oficio, otra saber enseñarlo, y otra aún más compleja es saber despertar el interés por aprenderlo”, aunque sin olvidar que por parte del discente es necesario “querer aprenderlo”.

ALGUNAS INICIATIVAS DEL GRUPO DOCENCIA MIR DE LA AEPAP

Rotación básica y prolongada por Atención Primaria¹⁶

El Grupo Docencia MIR de la AEPap ha propuesto a la Comisión Nacional de la Especialidad, que el momento más adecuado para realizar la rotación básica por AP, es al final del segundo año de residencia o a comienzos del tercero.

Asimismo, aboga porque el residente que lo desee, pueda realizar una rotación prolongada durante el último año de residencia, de igual modo que, según se recoge en el programa³, puede hacerlo por especialidades pediátricas hospitalarias.

Dicha recomendación está en consonancia con opiniones de expertos que aconsejan retrasar la subespecialización hasta después de haber completado el periodo de residencia¹⁷.

Denominación, acreditación y nombramientos de tutores en AP

La Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría al reconocer los centros de salud como “unidades docentes asociadas” habla del **tutor docente**¹⁸, aunque en el programa formativo publicado con posterioridad no lo menciona. La disposición séptima de la Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las comisiones de docencia⁶, define como tutor a quien se ocupa de la formación en los periodos de rotación extrahospitalarios; según esta Orden el tutor será nombrado por la gerencia de área de AP a propuesta del coordinador del centro de salud.

La Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) recientemente ha elaborado un informe en el que realiza una serie de aclaraciones sobre la denominación, la acreditación y el nombramiento de tutores y otras figuras docentes, y que constituye un modelo a seguir.

En dicho documento¹⁹ se reconocen las figuras docentes del tutor y del colaborador docente, diferenciando a su vez distintos tipos de tutor: principal, de apoyo y coordinador del centro de salud.

- **Tutor principal.** Es el responsable del proceso enseñanza-aprendizaje del residente durante toda la residencia, tanto en el centro de salud como en las estancias fuera de él. Lleva a cabo un contacto continuo y estructurado con el residente. Dicho tutor no debe tener asignado más de dos residentes al mismo tiempo.
- **Tutor de apoyo.** Especialista en MFyC que realiza funciones de apoyo. Los tutores principales pueden actuar como tutores de apoyo de otros residentes.
- **Tutor coordinador del centro de salud.** Coordina la tarea de todos los tutores del centro de salud. Es el interlocutor con el coordinador de la unidad docente, y puede formar parte de la comisión asesora si así está regulado.
- **Colaborador docente.** Cualquiera de los especialistas y profesionales que trabajan en el centro de salud distintos de los anteriores, que colaboran en la docencia del programa de la especialidad, realizando puntualmente actividades docentes con los residentes. Puede ser a su vez, tutor de otra especialidad.

El Grupo Docencia MIR de la AEPap defiende el reconocimiento oficial y profesional del **tutor de pediatría de AP**.

Probablemente la formación en pediatría general o comunitaria mejorara, si los pediatras de AP intervinieran como tutores principales, formando parte activa de las unidades docentes, y se responsabilizaran de la formación de los residentes a su cargo durante todo el periodo de residencia, de manera similar a como está establecida la formación en MFyC.

Creación de comisiones asesoras en AP

La disposición adicional sexta de la Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las comisiones de docencia⁶, recoge que en aquellas especialidades médicas cuyo programa de formación incluya períodos o actividades a desarrollar en centros no hospitalarios, las **unidades docentes** estarán constituidas por el hospital y los centros extrahospitalarios acreditados.

En dichas unidades ha de existir una **comisión asesora** que asumirá respecto a los períodos extrahospitalarios de formación, las funciones que en esta Orden se asignan a las comisiones de docencia para la formación hospitalaria. Su composición la determinarán los gerentes o directores de área de Atención Especializada o de Atención Primaria, en función del número de centros que integren la unidad y de especialistas en formación de la misma, y en todo caso deberá estar integrada por tutores hospitalarios y extrahospitalarios, médicos residentes y un representante de la comunidad autónoma.

El presidente de la misma será el coordinador de la unidad docente, nombrado por el gerente o director del área entre los facultativos de los centros que la componen, e intervendrá como vocal en la comisión de docencia del hospital integrado en la unidad docente.

Adaptando el programa oficial de la especialidad

El programa formativo, como ya ha sido descrito, requiere de una serie de adaptaciones sucesivas antes de ser aplicado de forma individualizada a los residentes. La primera de ellas es el **protocolo docente**⁷. Los componentes que integran éste son:

1. Características de la unidad docente: estructurales, asistenciales, de organización, recursos humanos, recursos didácticos...
2. Adaptación de los objetivos generales al contexto de la unidad docente, en función de las

- competencias que hay que alcanzar por año de residencia.
3. Plan de rotaciones y guía para cada una de ellas (objetivos, actividades, evaluación formativa, documentos o bibliografía de apoyo).
 4. Organización de actividades específicas: sesiones clínicas, seminarios...
 5. Orientaciones sobre metodología didáctica.
 6. Orientaciones para temas de formación transversales: metodología de investigación, bioética...
 7. Organización de la tutoría y supervisión de la docencia.
 8. Criterios de asignación o elección del tutor.
 9. Criterios y procedimientos para realizar adaptaciones del programa de formación para residentes con necesidades educativas especiales.
 10. Criterios para la evaluación del proceso de enseñanza y la práctica docente de los tutores.
 11. Programa de actividades complementarias.
5. Actividades y tareas específicas que hay que realizar en cada rotación.
 6. Preparación de sesiones clínicas, bibliográficas...
 7. Participación en actividades de formación transversal: comunicación y relación médico-pacientes, bioética, búsqueda bibliográfica...
 8. Selección y programación de actividades de formación en investigación: preparación de proyectos de investigación, protocolos, publicaciones, comunicaciones a congresos...
 9. Organización de la supervisión a demanda mediante el establecimiento de tiempos de consulta.
 10. Supervisión programada mediante el desarrollo de *feedback* estructurado: reuniones periódicas con objetivos de supervisión.
 11. Fuentes de información y documentación.
 12. Formas y tipos de evaluación relacionados con las distintas actividades.

A partir del anterior, los tutores deben desarrollar el **plan de formación individual**⁷, el cual consta de los siguientes apartados:

1. Información del protocolo docente de la unidad a los residentes.
2. Evaluación de las necesidades, los intereses y la motivación de los residentes.
3. Reflexión y negociación sobre metas y objetivos.
4. Programación (cronograma) de las rotaciones internas y externas, guardias...

Desde el grupo Docencia MIR de la AEPap se está trabajando para facilitar estas tareas, mediante la elaboración de un programa formativo de pediatría en AP; en él se describen los conocimientos, habilidades y actitudes que debe poseer un pediatra para ejercer de forma competente, profesional y autónoma en el primer nivel asistencial.

Para finalizar, quisiera reconocer el trabajo de quienes nos precedieron en esta tarea, de nuestros **maestros**, que en algunos casos, de un modo intuitivo, en base a su experiencia, fueron "construyendo" a los profesionales que actualmente somos, sembraron la semilla de la curiosidad y la inquietud por seguir buscando, y nos mostraron con hechos que el conocimiento es una construcción personal que evoluciona a lo largo del tiempo.

Bibliografía

- Orejón de Luna G, Boscá Berna J. La formación MIR en atención primaria. *An Pediatr*. 2003;58 Supl 4: S401-8.
- García-Rebollar C, Padilla Esteban ML, De la Fuente García MA, Vázquez Román S, Iñigo Martín G. Residentes de Pediatría en Atención Primaria: 5 años de rotación obligatoria en el Área 11 de Madrid. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(2): 145-52.
- Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 246, (14-10-2006).
- Real Decreto 1271/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 26, (31-1-1984).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 280, (22-11-2003).
- Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de la formación de Médicos y de Farmacéuticos Especialistas. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 155, (30-6-1995).
- Vicent García MD. Diseño del programa de formación individual: del programa oficial de la especialidad al desarrollo curricular del residente. En: Cabero Roura L, ed. *Manual para tutores de MIR*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 73-91.
- Nuñez-Cortés JM, García Seoane J, Calvo Manuel E, Díez Lobato R, Villanueva Marcos JL, Nogales Espert A. La transmisión de los valores médicos: competencias específicas. *Educ med*. 2006;9 Supl 1:S24-8.
- Morán Barrios JM. ¿Es necesaria y compatible la existencia del tutor de médicos residentes dentro de nuestras estructuras asistenciales? *Educ med*. 2003;6(3):10-1.
- Educación Médica de Postgrado. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. *Educ med*. 2004;7 Supl 2:S26-38.
- Palés JL. Planificar un currículum o un programa formativo. *Educ med*. 2006;9(2):59-65.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 240, (7-10-2006).
- Fernández-Cuesta Valcarce MA, González Sigler MD. Aprendiendo a ser tutor de residentes de pediatría en Atención Primaria. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2006*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 283-91.
- Novak JD. *Teoría y práctica de la educación*. Madrid: Alianza Editorial; 1982.
- Santos Guerra MA. El buscador de manantiales. Perfil del tutor de medicina. En: Cabero Roura L, ed. *Manual para tutores de MIR*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 49-72.
- 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:S129-34.
- Crespo Hernández M. Formación de especialistas en pediatría y en las subespecialidades pediátricas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999;1(2):37-52.
- Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas. Reconocimiento de Centros de Salud de Atención Primaria como "Unidades Docentes Asociadas" para la formación MIR – Pediatría. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:17-20.
- Informe elaborado por la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria con aclaraciones acerca de la acreditación de centros y otros dispositivos docentes, así como sobre denominación, acreditación y nombramientos de tutores y otras figuras docentes. [Consultado el 26/11/2007]. Disponible en: <http://www.udomfyc.org/descarga/ministerio/INFORME%20ACLARACIONES%20ACREDITACION%20CENTROS%20Y%20FIGURAS%20DOCENTES.pdf>