

La salud es una cuestión personal de interés colectivo.
Interesa a la sociedad contar con una educación médica apropiada
que logre graduados adecuados para atender a las necesidades.
La tarea se complica ante un escenario de exigencias cambiantes
donde han variado desde las definiciones de salud
hasta las concepciones de enfermedad.
Compete a los encargados de enseñar
procurar la metodología apropiada.

La salud y la problemática de la educación médica. Análisis, necesidades

Dr. Roberto Cherjovsky

Magister en Educación Médica, Universidad de Tucumán

Miembro Emérito de la Academia Argentina de Cirugía

Decano de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la UAI

Profesor Invitado de la Universidad Nacional del Nordeste y de la Universidad Católica de Cuyo

INTRODUCCIÓN

La medicina es considerada actualmente como la “ciencia de la incertidumbre”, debido a la falta de certezas con las que profesionales, estudiantes, docentes y también pacientes debemos convivir. Dudamos respecto de cuál será la mejor forma de enseñar, de aprender, de actuar y de convivir con los desafíos crecientes del ejercicio de la profesión. Ante la magnitud de conocimientos médicos actuales no es fácil elegir cuáles conviene incluir en el currículo.

La incertidumbre disminuye si se admiten la tolerancia ante la ausencia de certezas y la confianza en los conocimientos adquiridos hasta ahora para la toma de decisiones. Es necesario considerar que los niveles altos de tolerancia y el exceso de confianza en las propias capacidades pueden conducir al error y comprometer la seguridad del paciente. De igual modo, niveles bajos pueden afectar al sistema, por tendencia a la inacción o retraso en la oportunidad de las decisiones por tomar. La “medicina basada en la evidencia”, la profusión de algoritmos diagnósticos y terapéuticos y algunos software como el “Up to date” contribuyen a disipar dudas y a aportar certezas. La dinámica de los conocimientos médicos y la complejidad de los seres humanos hacen que para la atención de un determinado individuo aporte más el criterio de un médico con formación holística y dedicación que el seguimiento a ultranza de protocolos preformados. Podríamos consensuar sin dificultades aparentes en que la mejor calidad en educación de profesionales de las ciencias de la salud es la que genera cambios positivos en la calidad de vida y la salud

de los habitantes de la comunidad local, regional o mundial. Sin embargo, y pese a los esfuerzos de los formadores, en la mayoría de los países del mundo existen necesidades de salud irresueltas, tanto en los desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo o incluso en los más marginados. Aunque los avances de la medicina han logrado prolongar la vida, esto no ocurre por igual en todos los estratos sociales y han incrementado ciertos problemas asociados a la longevidad tales como las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades. Con la sana intención de incrementar la calidad de vida en forma equitativa, coexisten resultados que suelen estar condicionados por el contexto político, social y económico de las sociedades.

LA SALUD DE LAS POBLACIONES

Los avances del conocimiento médico durante los últimos 50 años pueden parangonarse con los de los 3000 años anteriores. Sin embargo, los recursos económicos destinados a solventar la atención de la población son finitos y se han incrementado escasamente. Esto ha generado lo que ha dado en llamarse “la crisis de la salud”, resumida en el paradójico concepto que vislumbra a la medicina como víctima de su propio éxito, resultando en contradicciones importantes entre desarrollo tecnológico y equidad en el nivel de atención médica. La calidad de la salud varía en distintas regiones del mundo y aún dentro de cada país se evidencian diferentes calidades en la prestación médica. La calidad de la **gestión social** determina los resultados por lograr, muchas veces in-

dependiente de los gastos. De acuerdo con informes actualizados de la Organización Mundial de la Salud (OMS) algunos países con menor Producto Bruto Interno (PBI) y menos gastos en educación y en salud exhiben mejores índices de salud (promedio de vida, mortalidad infantil, etc.) y de educación que otros que gastan más. El país que más gasta en salud en el mundo es Estados Unidos de Norteamérica. Destina a gastos sanitarios alrededor de 8895 dólares anuales per cápita, un 17,9% de su alto PBI. A pesar de ello, cerca de 40 millones de sus habitantes carecen de cobertura de salud y muestran desde el nacimiento una expectativa de vida de 76 a 81 años. Por su parte, Costa Rica dedica el 10,1% de su PBI, unos 1311 dólares per cápita a atender la salud. Ofrece una cobertura casi total con mortalidad infantil del 12 por mil o menos y una esperanza de vida al nacer de 77 a 81 años. La globalización, no sólo del comercio sino también de las posibilidades de ejercer las profesiones en forma transnacional, determina que los problemas regionales queden subordinados a intereses globales. Prueba de ello es la “importación” de profesionales (médicos y enfermeros) formados en regiones menos pudientes a los países con mayor nivel económico. Asimismo, las migraciones a través de las distintas fronteras (cruzan las fronteras 4 a 6 millones de personas por día) eliminaron la posibilidad de contar con perfiles epidemiológicos por naciones o regiones. El incremento de disponibilidad tecnológica, cambió el estilo de atención y muchas veces desplazó al interrogatorio y el examen físico en su objetivo de lograr un diagnóstico más sencillo e inmediato y menos oneroso. El acceso de información sobre esas tecnologías a través de la web ha hecho que pacientes y familias demanden la ejecución de estudios costosos, aun cuando su utilidad sea relativa o nula. El uso de instrumentos médicos cada vez más costosos y de reposición obligada más frecuente incrementa los gastos de atención de la enfermedad y genera discriminación entre quienes pueden acceder a las nuevas prácticas y quienes no logran disponer de ellas. Es más, dado que el presupuesto para la salud es restringido (trátase éste del de una nación, una provincia, una ciudad, una institución hospitalaria, sanatorial o una empresa de medicina prepaga), lo que se gasta en unos disminuye las posibilidades de gastar en otros. Mucho se ha escrito y discutido sobre quiénes, son los ganadores y quiénes los perdedores en este “tren arrollador” de la globalización y dentro del contexto mundial. Podría expresarse metafóricamente que los que se hallan ubicados en la “primera clase” de dicho tren son ganadores y perdedores quienes logran ubicación en “segunda o en

tercera”. Sin embargo, en lo que respecta a la salud, los “perdedores” pueden no hallarse ubicados en el interior del tren sino delante de él y con el grave riesgo de ser arrollados o atropellados por el mismo. La reciente epidemia de Ébola ha sido una clara manifestación de este aserto. La prestación médica en muchos países se caracteriza por ser tecnológica, institucionalizada, socialmente segmentada, con dilución de la relación médico-paciente y de los criterios éticos y de responsabilidad, sumando y logrando costos excesivos para los recursos de la comunidad¹. No hay correlato entre las necesidades de personal o dotación médica de la mayoría de los países con sus problemas de salud, ni acuerdos de las instancias que manejan la salud pública con las que son responsables de la educación médica. Por ejemplo, el África sub-sahariana, con la más baja densidad de médicos y enfermeras, tiene la carga más alta de enfermedad por número de habitantes. Hace 60 años, la población de América Latina y el Caribe, rondaba en algo más de 200 millones de personas, existían aproximadamente 100 escuelas de medicina y 124.000 médicos (1 cada 1800 habitantes). Hace 20 años (año 1994) la población se había duplicado, las escuelas de medicina triplicado y la cantidad de médicos quintuplicado². Por tanto, en esta región, el problema actual no es la escasez de médicos sino su calidad, el tipo de dedicación y su distribución.

Todo lo señalado genera dificultades para que las comunidades puedan sustentar el financiamiento de la salud, segmentando sistemas y creando inequidades. ¿Cómo respondieron a los desafíos económicos y sociales los sistemas que se ocupan de la atención de la salud?:

Los sistemas públicos intentaron en primera instancia contener el gasto mediante estrategias de atención primaria (prevención, educación para la salud, promoción de la salud) y en segunda reduciendo el gasto mediante auditorías, cambios en la gestión, etc. Los sistemas privados que han pasado de ser conducidos por médicos a serlo por administradores o por médicos capacitados en administración, se propusieron limitar las prestaciones, reducir los honorarios que pagan por ellas, aumentar los aportes por los pacientes o “usuarios” o contener el gasto mediante formación específica del recurso humano. Las soluciones planteadas han sido diversas.

En 1977, la OMS expuso en la reunión de Alma Ata su propuesta de “Salud para todos en el año 2000”. La meta era ofrecer a todos los ciudadanos del mundo un estado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Se postuló como estrategia apropiada para lograr estos fines a

la atención primaria, definida como atención de la salud asequible a un costo que el país y la comunidad pudieran enfrentar, con métodos prácticos, científicamente válidos y socialmente aceptables. No fue necesario esperar hasta las vísperas del Siglo XXI para reconocer el fracaso. En 1995, la OMS admitió que la enfermedad universal más mortífera es la pobreza y reconoce desigualdades sanitarias crecientes entre diferentes países y también entre regiones o estratos de un mismo país en el documento que tituló "Salud para el mundo: reducir las desigualdades".

En 1997, la Declaración de Yakarta de las Naciones Unidas establecen las condiciones necesarias para la Promoción de la Salud en el Siglo XXI (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm>). La mayoría de los habitantes del mundo no logra satisfacer los requisitos.

La paz mundial está severamente comprometida en casi todos los continentes. Los problemas de vivienda aquejan a nutridas poblaciones de América, África, Asia y hasta de Europa Oriental. En todo el orbe se observa inseguridad y alteración de las relaciones sociales, violencia, delincuencia, guerras y expresiones de terrorismo. La desnutrición es una epidemia que representa la primera causa de mortalidad (especialmente en la infancia). El bajo nivel de ingresos

Naciones Unidas, 1997 - Declaración de Yakarta

Prerrequisitos necesarios para promover la salud

- Paz
- Vivienda
- Educación
- Seguridad social
- Relaciones sociales
- Comida
- Ingresos
- Equidad

- Ecosistema estable
- Uso sostenible de recursos
- Empoderamiento de las mujeres
- Justicia social
- Respeto por los derechos humanos

de grandes regiones es tal que sus habitantes no pueden siquiera acceder a medicamentos esenciales. La estabilidad ecológica, los recursos sustentables, la justicia y el respeto por los derechos humanos están jaqueados por la realidad. La sociedad, desatiende la educación, madre de todas las estrategias y aumenta la deuda con la población en general, en países en desarrollo y también en muchos desarrollados. Si existía inequidad en cuando a posibilidades de dife-

rentes pueblos, el salto tecnológico que configuró el acceso a la información y a las comunicaciones incrementó aún más la desigualdad.

De esta manera, actualmente tienen problemas de salud no resueltos y crecientes algunos países con alto ingreso per cápita y buen nivel de desarrollo.

En 1995, la 48ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS convocó a las escuelas de medicina y las invitó a modificar las modalidades de prestación de la asistencia sanitaria, a adecuar la enseñanza, las líneas de investigación y de prestación de servicios, y ajustar las acciones de prevención y promoción al estado de salud y a las necesidades de la población.

LA EDUCACIÓN MÉDICA

Entre las funciones primarias de las escuelas de medicina se encuentran capacitar a los profesionales para solucionar los problemas y las necesidades de la comunidad en la que están insertas, generar actividades de postgrado que tiendan a formar expertos y promover la educación continua.

La investigación en las universidades tiene un horizonte más amplio. Abarca desde ciencias básicas hasta tecnologías de avanzada en diagnóstico y tratamiento aplicables a cualquier lugar de la población mundial. La extensión y la transferencia consisten en generar actividades útiles desde la Universidad hacia la Comunidad. Expresan la respuesta a la oportunidad que el estado brinda tanto a las instituciones de gestión pública como privada, en cuanto a funcionar, a recibir los aportes presupuestarios, a aceptar a titular estudiantes de acuerdo con ciertas reglamentaciones. En la actualidad, la educación médica enfrenta varios desafíos. La velocidad en la generación de nuevos conocimientos y la consecuente rapidez del acceso a la información hace que los conceptos aprendidos fenezcan con rapidez. Lo que hoy se enseña como verdad, dentro de una semana puede ser dudoso, en un mes mentira y en un año delito. Los planes de estudio estructurados sobre la base de disciplinas (asignaturas) se tornan obsoletos.

Es un imperativo actual para las escuelas de medicina formar un médico general capacitado para fundamentar su actuación en evidencias científicas, con aptitud para escuchar y contener al paciente y su familia, para actuar éticamente como promotor de la salud y administrador del gasto. Asimismo, las escuelas deben completar la formación de grado, ofrecer formación de postgrado y alentar a la especialización a través de la capacitación en servicio.

La calidad en la formación del recurso humano en salud se ha visto desafiada en los últimos años por la necesidad de abordar temáticas antes ausentes

en los planes de estudio de las carreras de medicina. La seguridad del paciente, la medicina basada en la evidencia, los saberes referidos a nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, los aspectos humanísticos, sociales, económicos, de gestión y la capacidad de liderazgo se suman a los contenidos tradicionales. La formación de grado parece insuficiente para ejercer una práctica segura y la actividad de postgrado incrementa los años de dedicación al entrenamiento y al estudio. Concomitantemente, la distribución azarosa de los profesionales de la salud en el mundo hace que sus actividades sean sustituidas por individuos con menor formación³.

La modalidad tradicional de entrega de conocimientos y de evaluaciones en las que tenía parte el azar (exámenes de selección de la mejor respuesta, evaluación de la actividad clínica con un solo caso o paciente) han mutado. Han surgido prácticas pedagógicas que exigen la profesionalización específica de los docentes de medicina tanto para enseñar (aprendizaje basado en problemas, currículo basado en logros de niveles de las competencias, docentes como tutores, prácticas con simulaciones, utilización de la tecnología informática, etc.) cuanto para evaluar lo aprendido⁴(medidas de desempeño clínico en terreno: evaluación de 360⁵, Mini CEX⁶, Script⁷); con simulaciones – ECOE⁸; para recopilación de actividades: Bitácora, Portfolio⁹) para mantenerse al día y no quedar con lo mínimo.

Es necesario redefinir el perfil del médico por formar, rediseñar los planes de estudio y centrarlos en las necesidades de la comunidad. Se debe preparar a los docentes para ejercer los nuevos roles para lograr la inserción del futuro médico en un mundo globalizado. El aprendizaje de aspectos humanísticos inherentes a la medicina de todos los tiempos, ignorados en los planes de estudios tradicionales, debe sumarse a los conocimientos básicos y clínicos y proyectarse a la necesidad de educación continua.

Es imprescindible que el alumno “aprenda a aprender”, para que desarrolle críticamente su capacidad de educación permanente y continua, y que los docentes tomen en cuenta que los estudiantes no concurren a la universidad para aprender medicina sino “para aprender a ser médicos” (para lo cual se necesita contar con pacientes y con maestros). El aprendizaje debe ser activo y la evaluación debe contemplar la adquisición de capacidades o competencias. La modelización a través de las actitudes de los docentes, como educación no formal, es imprescindible para que los estudiantes adquieran los valores de la profesión que debieran aplicar durante su estudio y luego de graduados. Los alumnos escuchan lo que di-

cen sus profesores pero aprenden lo que éstos hacen y son. El ejemplo es el lenguaje más comprensible y asimilable.

Cabe preguntar si el mejoramiento de la calidad de la educación médica ha cambiado positivamente la calidad en la atención de la salud. Cuando se analizan las innovaciones incorporadas por algunas escuelas, se comprueba que con algunas excepciones, resultan intentos marginales. Expresan más el agotamiento de algunos principios flexnerianos que la conformación de nuevos paradigmas. Los modelos teóricos suelen sucumbir frente a la realidad o están altamente cuestionados por ella.

La selección de alumnos para ingresar a las escuelas de medicina tiene como parámetros fundamentales los conocimientos o la capacidad para resolver problemas. Casi nunca contempla el compromiso social del postulante. La Universidad canadiense de Mc Master ha ensayado esta cuestión utilizando minientrevistas.

La enseñanza de la medicina se encarga a los médicos que tienen mejor inserción en la comunidad científica o asistencial y que cuentan con prestigio académico. A estos docentes jerarquizados también se les encarga el diseño curricular y desde que representan un paradigma para los alumnos, los orientan, consciente o inconscientemente en el mismo sentido de su actividad cotidiana. El uso preferencial de hospitales para enseñar (en lugar de centros de atención primaria o consultorios periféricos) refuerza el concepto del privilegio concedido a la medicina realizada por especialistas. El patrón de atención que el complejo médico asistencial premia es el de capacidad resolutoria puntual. Desprecia la visión de conjunto del estado de salud del individuo y de la sociedad y esto influye sobre los graduados. En una encuesta¹⁰ realizada a casi mil habitantes de la Ciudad de Buenos Aires (sobre una base de datos aleatoria suministrada por el INDEC), más del 95% de los encuestados requería que el médico fuera un excelente comunicador y menos del 50% de los consultados manifestó interés por que fuera capaz de generar programas de salud comunitaria o de implementarlos. De manera consecuente, los alumnos manifiestan escaso interés por asignaturas relacionadas con la Salud Pública.

La creación en nuestro país de numerosas escuelas de medicina de gestión pública o privada, exige determinar el perfil del médico que la comunidad requiere. Debieran, al menos acordarse estándares mínimos y permitir las diferencias adecuadas a la libertad con que cada institución desee formar a los alumnos. En esta tarea se ha destacado la actuación de la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas

de la República Argentina (AFACIMERA) generando en el año 1999 (R535/99) los primeros estándares y contenidos mínimos para las carreras de medicina, revisados en los años 2007 (R1314/07)¹¹ y 2014 (actualmente a consideración del Consejo de Universidades).

EL EJERCICIO PROFESIONAL

La situación actual de la actividad médica tiende a la desaparición del trabajo individual e incrementa el trabajo en relación de dependencia, retribución fijada unilateralmente por el empleador e inestabilidad en los puestos laborales.

En las últimas décadas, el prestigio y reconocimiento económico por la labor médica estuvieron ligados a la especialización y más recientemente a la posesión y eventual utilización de aparatos destinados al diagnóstico o tratamiento o a protocolos de investigación farmacológica.

La tecnificación del ejercicio de la medicina con gran presión del aparato técnico-industrial para colocar su producción genera un gasto excesivo. Los avances del saber médico han permitido ofrecer a los pacientes un nivel de medicina que las economías de los estados no pueden soportar. Así, se genera una disyuntiva (aún no resuelta) que origina una “medicina fragmentada”: medicina de “alta calidad” para pocos y medicina igualitaria o solidaria para muchos. La intermediación en la prestación médica surgida en las últimas décadas distorsiona la relación médico paciente. Los médicos somos “*prestadores*” y los pacientes son “*usuarios*”. Las empresas intermediarias destacan el peso del gasto y exigen al médico su contención. Esto se contrapone con la “industria del juicio por responsabilidad profesional”, desarrollada en los últimos 40 años. La difusión por los medios de comunicación masiva de estos problemas de la praxis médica presionan aún más sobre las acciones de los equipos de salud.

La actitud de los pacientes ha virado desde el respeto y la admiración por quien cuida de su salud al cuestionamiento de fechas u horarios para consultas a las cuales con frecuencia no concurren, aún sin aviso previo¹². La elección del médico para el abordaje o resolución de su problema se realiza por la proximidad del consultorio o por la pertenencia a determinada cobertura de salud y no por condiciones profesionales específicas. Esto genera mayores disfunciones en la relación médico paciente.

Todas estas circunstancias generaron el desprestigio progresivo de la profesión médica. El exceso de graduados de algunas escuelas de medicina resultó en superávit de profesionales en relación con las ne-

cesidades de la población con el consecuente deterioro de la retribución o “proletarización” del médico. Hace años, una encuesta realizada a médicos de EE.UU. por la Asociación Médica Americana, marcaba que el 75% de los entrevistados reconocían realizar o solicitar más estudios de los requeridos, fuera para apaciguar a los pacientes, prevenirse de juicios u obtener beneficios lucrativos secundarios. En nuestro país ocurre lo mismo y los médicos quedamos presionados entre la necesidad de aumentar el número de prestaciones o las horas y lugares de trabajo para sobrevivir, indicar o realizar estudios en exceso, cubrir eventuales demandas (medicina defensiva) y la exigencia de los intermediarios para contener el gasto. La formación académica, científica y humanitaria de los médicos contrasta con el lugar en que se toman las decisiones y se maneja la gestión de la salud, muchas veces a cargo de administradores con escaso contacto con las necesidades de la población. El médico, formado para ofrecer atención, diagnóstico, tratamientos y cuidados médicos de alta calidad, observa al recibirse que ha sido instruido para ejercer en un mundo utópico en el cual la mayoría de la sociedad reclama una prestación médica distinta, imposible brindar, que su saber es demasiado caro e ineficaz y que las políticas de salud son dictadas primordialmente por el mercado. La situación genera frustraciones y reacciones deletéreas en muchos profesionales que se tornan reactivos a la sociedad que integran, se desentienden de la responsabilidad de mantener la equidad y calidad de la prestación y de controlar el gasto, expresando el Síndrome de Tomás. Este Síndrome recibió su nombre en coincidencia con el del médico que Milan Kundera hace aparecer en “La insoportable levedad del ser” y fue descrito en médicos de EE.UU. y Europa como una reacción depresiva ante el contraste entre la calidad de su formación, la realidad económica de la medicina actual y el traslocamiento de quien toma las decisiones. Otros profesionales, por agotamiento y sobreexigencia manifiestan el síndrome de “burn out”¹³. Como prueba de ello cabe observar que, en nuestro país, donde faltaban plazas de residencias médicas en relación al número de graduados, ahora se ha equilibrado la oferta con el número de egresados e incluso muchos cargos quedan desiertos.

REFLEXIONES

Es difícil asignar todos los problemas y fracasos a una sola causa, aunque en pro de sintetizar, cabe destacar que la disyuntiva de los próximos decenios es la oposición entre *solidaridad e individualismo*. La actitud, “*individualista*” se ha desarrollado como

patrón de conducta en la medicina actual por la competencia originada en la sobreoferta de profesionales. El endiosamiento del mercado como fin y solución de todas las cosas, propio del neoliberalismo, generó importantes desproporciones en los niveles de vida entre distintos países y también entre franjas sociales de cada país. Las diferencias se han incrementado en los últimos años con el consiguiente aumento de la mortalidad infantil, la desnutrición, el analfabetismo y la marginalidad en grandes sectores del mundo y aún dentro de países desarrollados. La situación, obliga a hablar de calidad de vida en lugar de nivel de vida.

Curiosamente, para algunos mercados y para algunas enfermedades ha surgido la calificación de “*emergentes*”. Son mercados emergentes aquellos de países en desarrollo que atraen capitales. Son enfermedades emergentes las que estaban prácticamente desaparecidas y que reaparecen merced a las condiciones económicas, alimentarias, educativas y de salud reinantes. Como trágica burla o sutil castigo a las diferencias que las originan, igualan a ricos y pobres a quienes afectan sin discriminar.

En vez de capacitar a todos los médicos para adoptar, aún dentro de cada especialidad, la atención primaria de la salud, se ha interpretado esta estrategia como otra especialidad médica (médico de familia). El actual intento de reinstalar al médico de familia, choca con la realidad de su retribución y de sus posibilidades de desarrollo económico y social. En ocasiones se los utiliza como valla para disminuir el gasto. En algunos países de habla inglesa se ha bautizado a este tipo de médico como “*gate keeper*”¹⁴ (guardabarrera), pues se le encarga el control del gasto en medicamentos o procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

La “feminización” de la matrícula de las escuelas de medicina¹⁵ y el predominio de mujeres en el sistema de salud, no se ha acompañado de un adecuado viraje en el perfil profesional diseñado, tiempo ha, con un perfil masculino. Si existe incoordinación entre los responsables de la conducción de la economía, la política, la salud (ministerios) y la educación del personal sanitario, aumenta el gasto, lo torna ineficiente y genera frustración en los actores. La cuestión, pocas veces afecta a los responsables políticos.

ALGUNAS IN-CONCLUSIONES

Para alcanzar logros eficientes y eficaces las acciones deben ser producto del consenso entre las entidades responsables de la salud, la economía y la política. Es claro que una tarea pendiente es formar verdaderos líderes en salud¹⁶, condición sin la cual, es práctica-

mente imposible realizar los cambios trascendentales que requieren los sistemas de salud. En síntesis, la Comunidad Académica debe contemplar la relación entre educación médica, sistemas y necesidades de salud, condiciones de trabajo de los médicos y adaptar las acciones a la necesidad de la comunidad global. Así, se formarán los cuadros necesarios para que la tarea solidaria de todos permita a los médicos ofrecer la mejor medicina posible

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreyra JR. : Educación, práctica médica y necesidades sociales. Una nueva visión de calidad. Encuentro Continental de Educación Médica. 1994, pag. 9-18.
2. Sir George Alleyne (Subdirector de OPS/OMS 1995-199). Encuentro Continental de Educación Médica, Discurso de apertura. 1994, pag. 5-8.
3. Crisp N, Chen L. Global Supply of Health Professionals. N Engl J Med 2014; 370:950-957/March 6, 2014/DOI: 10.1056/NEJMra1111610. Disponible en
4. N Engl J Med 2014; 370:950-7.
5. Morris MC, Gallagher TK, Ridgway PF. Tools used to assess medical students competence in procedural skills at the end of a primary medical degree: a systematic review. Disponible en Med Educ Online 2012, 17: 18398 - <http://dx.doi.org/10.3402/meo.v17i0.18398>.
6. Nair BR1, Hensley MJ, Parvathy MS, Lloyd DM, Murphy B, Ingham K, Wein JM, Symonds IMA systematic approach to workplace-based assessment for international medical graduates. Med J Aust. 2012 Apr 2;196(6):399-402.
7. Alves de Lima A, Van Der Vleuten C. Mini-CEX: una herramienta que integra la observación directa y la devolución constructiva para la evaluación del desempeño profesional. Revista Argentina de Cardiología. 2011;79:531-536.
8. Lubarsky S, Dory V, Duggan P, Gagnon R, Charlin B. Script concordance testing: From theory to practice: AMEE Guide No. 75-2013;35:184-193.
9. Boursicot K, Etheridge L, Setna Z, Sturrock A, Ker J, Smee S, Sambandam E. Performance in assessment: Consensus statement and recommendations from the Ottawa conference. Medical Teacher 2011;33:370-383.
10. Driessen EW, Tartwijk JV, Vermunt JD, Van der Vleuten CPM. Use of portfolios in early undergraduate medical training. Medical Teacher, 2003;25:14-19.
11. Cherjovsky R. El perfil profesional del médico y sus competencias; requerimientos de los pacientes y estándares para la acreditación de las carreras. Revista Argentina de Educación Médica 2013;6:11-15.
12. Disponible en <http://www.coneau.gov.ar/CONEAU/index.php/publicaciones/documentos-relacionados-con-los-procesos-de-evaluacion/26>
13. Vidal y Benito, M del C. Reflexiones sobre el malestar médico. Disponible en <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=77728>
14. Alvarez AM, Arce ML, Barrios AE, Sánchez de Coll AR. Síndrome de Burnout en Médicos de Hospitales Públicos de la Ciudad de Corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina – 2005;141:27-30. Disponible en http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista141/9_141.htm
15. D P Martin, P Diehr, K F Price, and W C Richardson. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. American Journal of Public Health December 1989; Vol. 79, No. 12, pp. 1628-1632
16. P. Arrizabalaga, M. Bruguera. Feminización y ejercicio de la medicina / Med Clin (Barc). 2009;133(5):184-18.
17. González García G, “Médicos: La Salud de una Profesión. Entre los ideales de una vocación y los obstáculos para ejercerla”. Ed. I Rojo. Buenos Aires. 2013.