

## NÚMERO 9, SEPTIEMBRE DE 2016

### EDITORIAL

Compartimos con ustedes la novena edición del Boletín DPT, publicado por la Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina (DPT), cuya misión es contribuir al desarrollo sinérgico de la ciencia y la tecnología, del ámbito formativo y de los sectores productivos en nuestro país.

En este número tratamos una temática esencial en materia de salud, que es la educación médica. En relación a nuestra propia salud, todos prestamos atención suprema a los profesionales que nos tratan; sus antecedentes, su experiencia, sus actitudes y sus cualidades personales. Si bien valoramos también la infraestructura y las tecnologías disponibles en los servicios de salud, nuestra mayor expectación se centra en los profesionales del equipo médico tratante.

Para abordar la temática de la educación médica presentamos nuestras entrevistas con profesionales que desempeñan roles sustanciales en la materia, tanto en el ámbito académico como en el institucional y el de gestión. Asimismo presentamos un conjunto de referencias documentales pertinentes.

Confiamos en que los referidos testimonios y referencias contribuyan a difundir el estado, las fortalezas, los desafíos y las perspectivas de la educación médica en la Argentina.

**Guillermo Gómez Galizia**

**Presidente**

Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo  
y Tecnológico Empresarial de la Argentina (DPT)

## NOTA DE TAPA

### INTRODUCCIÓN

La educación médica es un proceso de formación -de grado, posgrado y continuada- que se extiende a través de toda la vida profesional.

La formación de un médico demanda la adquisición de conocimientos y destrezas necesarios, junto con un desarrollo humanístico que le permita comprender al individuo que padece una enfermedad, ser solidario con su sufrimiento y aplicar su saber.

Un médico debe curar cuando ello es posible, pero siempre aliviar el sufrimiento y confortar a sus pacientes. Por ello es primordial que -durante el transcurso de su formación clínica- incorpore las capacidades, aptitudes y actitudes necesarias, incluyendo la de comunicarse con el paciente, aconsejarlo y hacerle sentir su solidaridad y confianza.

Tales capacidades, aptitudes y actitudes se desarrollan óptimamente con el ejemplo, la supervisión y la enseñanza de médicos experimentados en el ámbito hospitalario. Los grandes maestros no sólo transfieren conocimientos y destrezas, sino que infunden en sus discípulos valores y pautas éticas para el ejercicio médico y la conducta en distintos aspectos de la vida.

Hoy el médico cuenta con un inmenso arsenal de posibilidades tecnológicas para arribar a diagnósticos precisos y oportunos. Sin embargo, no es sensato en medicina que los nuevos conocimientos y recursos hagan olvidar lo conocido o abandonar las maniobras de clínica clásica. En ocasiones, maniobras tan sencillas como la auscultación de un tórax, puede dar más luz en el diagnóstico de un enfermo con insuficiencia respiratoria que las pruebas de O<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> en sangre. Tales pruebas, utilizadas después de una exploración clínica clásica, permiten comprender mejor el problema en su integridad.

Quizá el mayor daño ocurre cuando se omite el diálogo confiado entre el médico y el paciente, dado que es allí donde surge -en forma natural- el acercamiento que seguramente incidirá en el proceso de curación, alivio o desahogo del paciente.

Con el propósito de obtener elementos de juicio sobre la realidad y perspectivas de la educación médica en la Argentina, hemos entrevistado al Dr. Roberto N. Pradier (Director del Instituto Nacional del Cáncer), a la Dra. Laura Antonietti (Directora Provincial de Gestión del Conocimiento del Ministerio de Salud de la PBA), al Dr. Miguel Angel Schiavone (Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina), al Dr. Eduardo Durante (Director de la Maestría en Educación para Profesionales de la Salud y Director de la Carrera de Medicina del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires) y al Dr. Alberto Alves de Lima (Director de Docencia e Investigación y coordinador de Jefes de Servicio del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires).

## **ENTREVISTA CON EL DR. ROBERTO N. PRADIER, DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER**

### **1.- ¿Cómo percibe la calidad de la formación médica de grado en la Argentina?**

La formación de grado es hoy eminentemente teórica, apenas suficiente, y tales limitaciones se combinan con la falta de práctica asistencial.

### **2.- ¿Cómo percibe la calidad y efectividad de la formación médica de postgrado en la Argentina?**

En cuanto a la formación inmediata de posgrado, la única aceptable es la que se desarrolla a través de una residencia evaluada, no de cualquier residencia.

La formación inmediata de posgrado en la Argentina se da esencialmente a través de dos sistemas: residencias hospitalarias y cursos "alternativos".

Las residencias hospitalarias podrían cubrir hoy prácticamente a la totalidad de los egresados. Pero hay un porcentaje de abandono del orden del 20%. Cabe señalar que la evaluación de calidad de las residencias no siempre está actualizada, mientras que muchas residencias son de baja calidad y esa es la razón por la que se las abandona.

Eso hace que haya una formación "alternativa" para los médicos en el posgrado inmediato, la cual se realiza a través de cursos; a veces con el respaldo de una universidad y otras veces no.

Ello determina importantes diferencias en el grado de formación de quienes han realizado correctamente una residencia de calidad y de quienes no lo han hecho.

Dos requisitos básicos para mejorar la calidad de la formación de posgrado en nuestro medio son: (a) lograr que todos los egresados del grado completen una residencia de calidad, y (b) mejorar la calidad de las residencias a través de una auténtica evaluación y acreditación.

### **3.- ¿Podría formular sugerencias para mejorar la formación médica de grado y la de post-grado en la Argentina?**

Creo que los planes de formación de grado deberían mejorarse, asignando mayor preponderancia a la formación práctica de los cursantes.

Hoy no es legítimo entregar a los egresados de grado una matrícula que les permita tratar a pacientes sin haber realizado una de las residencias básicas ofrecidas en nuestro medio. Correspondería impedir el ejercicio de la medicina independiente a quienes no hayan realizado alguna residencia. Lo que debería hacerse es asignar a

los egresados de las escuelas de medicina una matrícula temporaria para que puedan realizar una residencia.

La formación inmediata de postgrado debería restringirse a las residencias en distintas especialidades, sin canales “alternativos”.

En otro orden, el examen para acceder a las residencias debería ser único en todo el país. No tiene ningún sentido la actual fragmentación entre los exámenes para residencia de los hospitales universitarios, los municipales, los provinciales y los nacionales; además de que cada hospital privado tenga su propio examen.

Todos los establecimientos dependientes del Estado –nacional, provincial o municipal- deberían tener el mismo examen de residencia al igual que los privados. No es admisible que los graduados que aspiran a realizar una residencia deban someterse a seis o siete exámenes distintos.

(\*): “Los descriptores sin notación provienen del Tesouro de la OCDE (29/04/2008), mientras que aquellos con notación (&) -cuyo repertorio se halla en elaboración- proceden de diversos tesauros en ciencias de la salud.”

### **SÍNTESIS DE ANTECEDENTES PROFESIONALES Y ACADÉMICOS DEL DR. ROBERTO N. PRADIER**

Es médico egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, se doctoró con Diploma de Honor en el año 1962 y desde entonces comenzó a ejercer la docencia en la especialidad de Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello. Dirigió la residencia en Cirugía Oncológica del Instituto Ángel H. Roffo y la unidad docente de la Carrera de Especialista Universitario de Cirugía Oncológica de la UBA. Forma parte desde 1989 de la Comisión de Residentes de la Asociación Argentina de Cirugía y fue Presidente de la Asociación Civil para la Acreditación de Programas de Educación Médica de Posgrado de la República Argentina (ACAP). Inició su carrera asistencial en el Hospital de Clínicas, continuándola en el Instituto de Oncología Dr. Roffo, donde también ocupó el cargo de director desde 1999 hasta 2007. Fue presidente de la Asociación Argentina de Cirugía de Cabeza y Cuello, de la Academia Argentina de Cirugía y de la Asociación Argentina de Cirugía. Entre 2008 y 2012 ocupó el cargo de Secretario General de la Academia Nacional de Medicina, luego fue Vicepresidente de la institución hasta el 2014 y en abril de ese mismo año asumió la Presidencia. Además, es Director Científico del Instituto de Estudios Oncológicos de la Academia. Desde 2010 y hasta marzo de 2014, fue Director del Instituto Nacional del Cáncer (INC), dirigiendo la institución en su primera etapa, renunciando a dicho cargo al asumir la Presidencia de la Academia Nacional de Medicina. Desde febrero de 2016 se desempeña -por segunda vez- como Director del Instituto Nacional del Cáncer.

## **ENTREVISTA CON LA DRA. LAURA ANTONIETTI, DIRECTORA PROVINCIAL DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

### **1.- ¿Podría reseñar las funciones de la Dirección Provincial de Gestión del Conocimiento dentro del Ministerio de Salud?**

La Dirección Provincial de Gestión del Conocimiento depende de la Subsecretaría de Gestión y Contralor del Conocimiento, Redes y Tecnologías Sanitarias. Dentro de las funciones centrales que el Decreto 47 del 29/12/2015 asigna a la Dirección Provincial, nuestras prioridades son las siguientes:

En materia de formación, promover la educación sanitaria de la comunidad y fortalecer la formación, capacitación, perfeccionamiento y actualización de los integrantes de los equipos de salud.

En materia de investigación, nos compete generar conocimiento propio y canalizar los resultados de la investigación hacia la toma de decisiones, de manera que se traduzcan en políticas, programas y prácticas que mejoren la calidad de atención y fortalezcan los sistemas y servicios de salud con universalidad, equidad y eficiencia.

Nuestro accionar en ambos ejes está encuadrado en el Plan Estratégico 2016-2019 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el cual fue presentado el 4/03/2016 por la ministra de Salud de la Provincia, Dra. Zulma Ortiz.

Dicho plan tiene el objetivo de garantizar a los habitantes de la Provincia una vida sana y promover su bienestar en todas las etapas de la vida. Los ejes estratégicos del plan son: (a) reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil, (b) prevenir las enfermedades transmisibles y no transmisibles, y (c) construir un sistema integrado que garantice el acceso a la salud.

### **2.- ¿Podría proporcionarnos un cuadro de las prioridades atinentes a la formación de los recursos humanos de la salud?**

En relación a la capacitación y desarrollo de trabajadores de la salud, existe en la Provincia una trayectoria de larga data, la cual se potencia en el marco del referido Plan Estratégico 2016-2019. Por nuestra parte estamos tratando de orientar y fortalecer la formación asociada a los ejes estratégicos.

El plan asigna alta relevancia a la formación dentro del régimen de residencias, tanto de médicos como de otros profesionales y técnicos de la salud, tales como psicólogos, kinesiólogos, graduados en enfermería. Por ejemplo, residencias de enfermería en atención neonatal o en cuidados críticos. El propósito es promover auténticos equipos al servicio de la salud de las personas.

Con base en la prioridad asignada al régimen de residencias, hemos diseñado un programa que abarca los cuatro años de gestión denominado “Quiero ser residente”. A través de este Programa procuramos recuperar el sentido de la residencia como inicio de un proyecto de vida, de inserción en una comunidad.

En ese sentido, se busca crear una estructura de residencia acorde a las necesidades de cada municipio, en la cual la oferta de cargos se adecue a la planificación del sistema de salud local. Entonces, la convocatoria a las residencias irá acompañada de una serie de incentivos que atraigan a los jóvenes profesionales (remuneración, vivienda, trabajo para el cónyuge, oportunidades de rotaciones en centros de excelencia) y también de la posibilidad de incorporarse al sistema público de salud al finalizar la formación.

Por otra parte, estamos trabajando en el fortalecimiento de la estructura formadora, incrementando la cantidad de instructores y la formación docente. También buscamos generar un mayor contacto y trabajo en red de las residencias. Creemos que los residentes tienen mucho para aportar a la formación de sus pares de otras sedes de residencias y a la mejora del sistema de salud, por lo cual promoveremos encuentros entre ellos con objetivos de reflexión, académicos y también, por qué no, recreativos.

Es decir que procuramos recuperar toda la relevancia y la mística que tuvo originariamente la residencia como inserción del nuevo profesional en una estructura de formación integral a través del conocimiento y el ejemplo de los instructores y jefes como auténticos maestros. Esta concepción contrasta con la limitada visión que frecuentemente se tiene de la residencia como régimen para cubrir las necesidades de guardias médicas.

La referida concepción de la residencia se asocia también al concepto de equipo de salud, dado que las posibilidades del médico son sumamente limitadas si su acción no está inserta en una estructura con otros profesionales y técnicos que lo apoyen, lo respalden, que se ocupen de preparar y cuidar al paciente.

A la vez, cada vez adquiere mayor relevancia el formato de residencia interdisciplinaria, que vincula las distintas orientaciones y especialidades con la atención primaria de la salud. El hecho de que tengamos los hospitales llenos de gente responde a que el primer nivel de atención, con sus acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, no ha dado adecuada respuesta.

El hospital público es el ámbito más propicio para el desarrollo de esa formación cotidiana, en la cual se consolidan las actitudes, capacidades y habilidades profesionales día a día. Además proporciona otra mirada en relación a la realidad de la salud.

El 22 de abril pasado tuvimos en la Ciudad de La Plata el examen de residencia, del cual participaron 3.700 profesionales, de los cuales 2.900 eran médicos. Los cupos a cubrir son 1.467, que representan la cantidad de profesionales que se insertarán en el sistema de salud provincial.

Cabe señalar que esa cantidad de vacantes de residencia equivale a 19 jurisdicciones del país, incluidas Nación y Ciudad de Buenos Aires.

### **3.- ¿Podría proporcionarnos un cuadro de las prioridades atinentes a la investigación?**

En relación a investigación, a través del Decreto 47/2015 se crea la Dirección de Investigación en y para la Salud. Esto supone que la investigación se inserta en la agenda de las políticas públicas como estrategia para promover la generación de conocimiento pertinente y relevante, con el objeto de contribuir a la búsqueda de evidencias que sustenten las acciones en el ámbito de la salud.

Consideramos que es necesaria la investigación en todos los estamentos de las organizaciones sanitarias, tanto para favorecer el enriquecimiento de la práctica asistencial como para diseñar políticas y gestionar los servicios de salud.

Ya en la segunda mitad del siglo XX se puso en evidencia que, en el mundo, la principal financiación de la investigación biomédica proviene de los países ricos, por lo que las investigaciones están sesgadas hacia problemáticas de salud prevalentes en poblaciones de altos recursos económicos. En tal sentido, se describió la “Brecha 10/90”, expuesta en el Foro Mundial para la Investigación en Salud a finales de los años noventa, que refería al hecho de que sólo un 10% de los fondos públicos y privados se invertía en el 90% de la carga mundial de enfermedades.

Dado que esta situación adquiere particular relevancia en nuestro medio, la producción de investigación propia constituye un desafío y una necesidad, ya que frente a ciertas formas de inequidad resultan cruciales la equidad, la pertinencia y el impacto social de las investigaciones en salud, especialmente en países en desarrollo como el nuestro.

Por lo tanto es importante la participación de profesionales del ámbito asistencial en actividades de investigación, y la producción de investigaciones que den cuenta de nuestra realidad y que reduzcan las brechas de conocimiento existentes.

En ese contexto, se plantean un conjunto de prioridades para la gestión. Por un lado, la institucionalización de las actividades de investigación en y para la salud que se sintetiza en: (a) poner en valor el Programa Provincial de Investigación con recursos económicos destinados a financiar proyectos, (b) desarrollar agendas de investigación junto con otras instituciones de I+D, (c) estimular la investigación en el ámbito hospitalario y (d) promover la investigación clínica con las mayores garantías de seguridad y calidad.

### **4.- ¿Podría proporcionarnos un cuadro de las prioridades atinentes a la gestión del conocimiento?**

La gestión del conocimiento implica un concepto superador ya que refiere a un proceso de creación de capital intangible a partir de la combinación del conocimiento obtenido mediante actividades de capacitación, investigación y la experiencia que aportan los trabajadores de una organización sanitaria.

Esto conlleva un cambio de paradigma de gestión, en el que se plantea una renovación del sistema organizacional para tender hacia la excelencia y mejorar la competitividad, basado precisamente en las personas, en tanto sujetos-actores sociales que asumen un rol activo y estratégico para la construcción del conocimiento.

Consolidar la investigación en el contexto hospitalario implica asumir ese desafío, tanto las acciones necesarias para llevar a cabo el proceso investigativo como los productos surgidos de las investigaciones. Desde esta perspectiva el objetivo es trabajar fundamentalmente para generar oportunidades de obtención de recursos para investigación y un entorno propicio para investigar en el ámbito de la salud pública, con énfasis en los hospitales de la provincia. En relación a eso, las prioridades son mejorar la oferta de formación en investigación y promover el financiamiento de proyectos de investigación de interés para la salud pública en la Provincia de Buenos Aires.

(\*): "Los descriptores sin notación provienen del Tesoro de la OCDE (29/04/2008), mientras que aquellos con notación (&) -cuyo repertorio se halla en elaboración- proceden de diversos tesauros en ciencias de la salud."

#### **SÍNTESIS DE ANTECEDENTES PROFESIONALES Y ACADÉMICOS DEL DRA. LAURA ANTONIETTI**

Es actualmente Directora Provincial de Gestión del Conocimiento, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Médica (USAL- MN 94527), Magister en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud (UF), Especialista en Cardiología (UCA, Min. Salud Nación), Posgrado en Investigación Clínica (AMA), Posgrado en Docencia Universitaria (UBA), Diploma Superior en Redes de Salud (UNAJ), Diploma en Ultrasonografía (SAUMB), Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología, Jefa del Área de Investigación, Hospital de Alta Complejidad El Cruce (en uso de licencia), Coordinadora Docente Metodología de la Investigación; Instituto de Ciencias de la Salud, UNAJ; Experticia laboral en gestión de Investigación en y para la Salud, con eje en Investigación Traslacional; Actividad docente universitaria de grado y posgrado en Cardiología Clínica y Metodología de la Investigación en Salud; Experticia asistencial en cardiología clínica, cuidados críticos cardiovasculares y ecocardiografía.

## **ENTREVISTA CON EL DR. MIGUEL ÁNGEL SCHIAVONE, DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA "SANTA MARÍA DE LOS BUENOS AIRES"**

## **1.- ¿Podría proporcionarnos su visión acerca de la relevancia de los recursos humanos en el sector salud y sobre los pilares que deberían sustentar su formación?**

Constituyen el componente fundamental del sector salud, al cual caracterizamos como “recurso humano dependiente”. Cabe señalar que son los destinatarios del 70% del presupuesto de un hospital, mientras que la proporción que se destina a equipamiento e insumos es mínima en relación a ese 70%. El área de los recursos humanos del sector salud, en cuya formación me desempeño desde hace mucho tiempo, no sólo es importante sino también apasionante.

La Argentina es uno de los países con mayor oferta de médicos en el mundo, superada en América Latina sólo por Cuba y Uruguay. En 2005 había en el país 3.2 médicos por cada 1000 habitantes. El promedio en los países de la OCDE es de 3. Pero además existen diferencias importantes entre provincias, así encontramos en Capital Federal un médico cada 94 habitantes y en Misiones uno cada 759.

En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Argentina (FCM-UCA) procuramos formar un recurso humano con claras características distintivas, que realmente impacte favorablemente en el sistema de salud, no sólo por sus conocimientos, sino por los valores que imprima en la práctica cotidiana. Lo que pretendemos es que cuando un médico egresado de nuestra facultad esté desarrollando su labor asistencial, los pacientes perciban su perfil profesional y lo valoren como netamente distinto del común. No solo por sus saberes sino por su actitud, su conducta. Esto es lo que buscamos, que nuestros graduados egresen plenamente identificados y comprometidos con los valores que propugnamos y con los conocimientos que adquirieron durante los seis años de la carrera. Aptitud y actitud que deben caracterizarlo.

## **2.- ¿Cómo percibe la correspondencia entre dichos pilares y las actuales tendencias en la gestión de servicios de salud?**

En la gestión de servicios y de los recursos humanos en el sector salud se está innovando últimamente sobre lo que se ha dado en denominar “atención administrada” (“managed care”), que se sustenta en un médico preparado y condicionado fundamentalmente para reducir el gasto en salud.

Personalmente siempre digo que reducir el gasto en salud no es bueno. Con esto no quiero decir que haya que gastar mal, sino que hay que gastar más y bien. Porque gastar en el ser humano es hoy –desde nuestra perspectiva ética- la única inversión auténticamente rentable. Y esa “atención gerenciada” (managed care) se ha transformado realmente en una “atención que causa daño” (“damaged care”). A través del permanente control y cuestionamiento de los estudios diagnósticos solicitados, o de las prescripciones terapéuticas -con un claro sesgo minimizador del gasto- se condiciona al médico para no prescribir o para prescribir lo mínimo posible. Cuando el paciente -sufriente y doliente- percibe que el médico está condicionado en su contra, siente que perdió el último habeas corpus que le quedaba en este mundo, que perdió la única instancia en la que aún confiaba para proteger su salud.

Creo firmemente que es muy importante que el paciente perciba claramente la auténtica vocación del médico y su compromiso inquebrantable por el paciente, y allí está presente el arte de la medicina, más allá de la ciencia y de los saberes. Ese arte es un componente innato, que se tiene o no se tiene, y que el paciente percibe en el primer momento cuando le estrecha la mano al médico; ya en ese momento intuye si el médico está a su favor o en su contra.

La ciencia y los saberes pueden adquirirse de los docentes o de los libros, y si uno es autodidacta es mejor el libro, porque a veces los docentes confunden o, en el peor de los casos, adoctrinan. Pero el arte de la medicina es propio del auténtico médico y sólo puede fortalecerse a través del ejemplo vivo y cotidiano de aquellos grandes maestros que manifiestan nítidamente su vocación y su compromiso a través de sus conductas.

### **3.- ¿Cuáles son los rasgos distintivos que caracterizan a la formación médica impartida en la FCM-UCA?**

Ante todo debemos señalar que estamos inmersos en una era sellada por ansias y pretensiones de “innovación” en todos los ámbitos. En general, las supuestas innovaciones comúnmente introducidas en las carreras de medicina me recuerdan un famoso chiste de Mafalda que decía: “Bienvenidos estos nuevos vientos, lástima ese maldito olor a naftalina”.

Por nuestra parte, en la FCM-UCA, nuestras ansias de innovación se focalizaron originariamente en que queríamos formar un recurso humano netamente distinto. El país no necesita más médicos sino que necesita mejores médicos, y estos sólo pueden formarse en facultades o escuelas de medicina que tengan bien claro el perfil de los recursos humanos que procuran insertar en el sistema.

Para nosotros es primordial el componente bioético, dado que éste determina -en gran parte- las actitudes y conductas del profesional a lo largo de su trayectoria.

Nuestra carrera está organizada en tres grandes ejes:

Un eje biomédico, donde todos los años los alumnos cursan las asignaturas tradicionales que se imparten en todas las facultades de medicina.

Un eje bioético, donde todos los años los alumnos tienen una materia de bioética: principios generales de bioética; ética en el inicio de la vida (con temas como fecundación asistida o clonación); ética al final de la vida (incluyendo temas como el encarnizamiento terapéutico y las decisiones anticipadas); y ética en los derechos humanos. Se trata de asignaturas formales y estructurales de la carrera.

El tercer eje, en el cual hemos trabajado muchísimo, es el eje de la medicina social y comunitaria. Todos los años los alumnos tienen una materia vinculada a la salud pública, desde “Medicina, hombre y sociedad”, donde se trata la visión antropológica social del proceso de enfermedad; “Demografía y epidemiología”; “Atención primaria de la salud”; “Educación para la salud”; “Salud Pública” donde se estudia el sistema

de salud, y finalmente “Economía y financiamiento de la salud” donde abordamos el impacto económico-sanitario de las decisiones médicas.

Estos tres ejes distintivos están cruzados –en cada año de la carrera- por una asignatura que llamamos “Módulo de integración”. Todos los años los alumnos deben cursar esta materia anual en la cual se procura integrar los conocimientos de los tres ejes, porque una de las dificultades que vemos en la formación del recurso humano es que los conocimientos se imparten fragmentariamente y nunca llegan a relacionarse fructíferamente. Yo digo que es como cuando nos enseñaban Historia de la secundaria, donde nunca vinculábamos Grecia con Roma y Egipto o no teníamos la menor idea de qué pasaba en España mientras los pueblos de las Américas estaban en procesos independentistas. Entonces lo que buscamos a través de ese módulo es integrar el conocimiento, mediante trabajos que realizan los alumnos, en donde -a partir de un caso clínico- se articulan e integran las dimensiones y aspectos pertinentes del componente biomédico, del componente bioético y del impacto social y sanitario.

#### **4.- ¿Cómo percibe la incidencia del boom científico-tecnológico en la formación del médico?**

Es evidente que hubo un boom científico-tecnológico que llegó a nuestro mundo y que nos proporcionó un cúmulo de satisfacciones. De hecho, la esperanza de vida al nacer en Europa antes de la Segunda Guerra Mundial, era de 50 años, y esto fue ayer en la historia del hombre, y desde ese momento a hoy incrementamos la esperanza de vida en 30 años.

En este sentido, el boom científico-tecnológico benefició notoriamente a la Humanidad, pero paralelamente le trajo muchos problemas.

El primer problema que mencionaría, desde mi formación, son las profundas inequidades que generó la incorporación de las nuevas tecnologías. Mientras que algunas personas tienen una esperanza de vida al nacer que supera ampliamente los 80 años, porque disponen del acceso a estas nuevas tecnologías, otros seres humanos -también dolientes y sufrientes- tienen una esperanza de vida al nacer que no llega a los 50 años. Estamos hablando de que algunas personas tienen el derecho a vivir 30 años más que otras personas.

Ni los políticos, ni los administradores, ni los médicos ni la población están hoy preparados para comprender y ponderar adecuadamente el potencial, las limitaciones, el impacto económico-social, y las iniquidades asociados al boom científico-tecnológico.

Es un tema de justicia. Durante muchos años la política y la sanidad estuvieron divorciadas, hasta que muy recientemente comenzamos a hablar de “políticas de salud”, entendiendo la salud como un bien social fundamental necesario para alcanzar el desarrollo.

En segundo lugar es fundamental relacionar tecnología con desarrollo humano. Concluida la segunda guerra mundial, las industrias productoras de tecnología bélica

se transforman en empresas productoras de tecnología médica y salen a buscar nuevos mercados. Así tenemos países centrales productores de tecnología médica y países subdesarrollados consumidores de estas tecnologías, lo que lleva a la dependencia tecnológica y consecutivamente a la dependencia económica. “Tecnología apropiada” y “transferencia tecnológica” son polos opuestos de este proceso.

### **5.- ¿Cómo visualiza la relación entre la salud de una comunidad y su potencial de desarrollo?**

Creemos que la salud es una condición primordial y un componente básico y necesario para alcanzar el desarrollo. Ningún país, estado o nación en el mundo puede alcanzar un nivel satisfactorio de desarrollo si sus habitantes no alcanzan niveles satisfactorios de salud.

Si no hay salud, no hay fibras de actina y miosina que se contraigan, no hay músculos que se activen para el trabajo. Si no hay salud no hay neuronas que hagan sinapsis, con lo cual no hay capacidad creativa y productiva.

Por lo tanto, es fundamental que nuestros políticos entiendan la importancia de la salud para el desarrollo de nuestros países. Habitualmente se minimiza tal relación, creyendo que el desarrollo pasa por el Ministerio de Economía y por los lingotes de oro que tengamos en el Banco Central, olvidando que lo más importante son los lingotes de salud que tenga la población.

### **6.- ¿Qué podría decirnos, desde la perspectiva de la formación médica, acerca de la creciente importancia asignada a la tecnología médica?**

En principio, cabe aclarar que consideramos tecnología a todo producto, proceso o método que expanda la capacidad humana, sin reemplazarla.

En el sector salud, algunos economistas, administradores y una parte de la población parecen esperar que haya un software que reemplace al médico. A veces los pacientes le creen más a un equipo que a un médico; pero lo más grave es que últimamente esta deformación alcanzó también al recurso humano en salud. Los propios profesionales comenzaron a creerle más al resultado y respuesta de los equipos médicos que a sus propios saberes, sentido común y raciocinio científico.

Es fundamental revertir estas creencias y expectativas totalmente infundadas, y la única vía genuina para hacerlo reside en la formación de profesionales con valores, actitudes y conductas aptos para servirse de las tecnologías en beneficio del paciente.

### **7.- ¿Desea referirse a algún aspecto adicional en relación a recursos humanos en salud?**

Quisiera referirme a un punto central en la atención de la salud como es el caso del déficit -tanto cuantitativo como cualitativo- de personal de enfermería. Se calcula que, en la Argentina, la razón de enfermeras por 1000 habitantes es de sólo 0.5, para

una relación de enfermeras por médico de 0.25. En los países de la OCDE la razón de enfermeras por 1000 habitantes es de 8.9 y la relación de enfermeras por médico es de 2.9

El sistema de atención de la salud en la Argentina tiene un déficit de enfermeras que supera los 90.000 cargos. En Capital Federal hay 6.000 vacantes sin cubrir, en los hospitales bonaerenses se necesitan al menos 4.000 enfermeras, pero tan solo 1.000 licenciados en enfermería egresan por año de todas las Universidades del país.

Al déficit actual se suma el vacío que dejan las enfermeras que se jubilan, estimándose que en cinco años un 40% del personal en actividad estará en condiciones de jubilarse.

(\*): "Los descriptores sin notación provienen del Tesouro de la OCDE (29/04/2008), mientras que aquellos con notación (&) -cuyo repertorio se halla en elaboración- proceden de diversos tesauros en ciencias de la salud."

## **SÍNTESIS DE ANTECEDENTES PROFESIONALES Y ACADÉMICOS DEL DR. MIGUEL ÁNGEL SCHIAVONE**

Médico con diploma de Honor (UBA), Especialista en Clínica Médica (MSAL) Especialista en Salud Pública (UBA), Doctor en Salud Pública (U. del Salvador) Subdirector Médico Hospital J. A. Fernández (GCBA, 2002-2008), Subsecretario de Salud (GCBA, 2008-2009), Coordinador interino Escuela de Salud Pública (UBA, 2002-2003), Director Escuela de Salud Pública (UCA, 2010-2012). Premio Guillermo Rawson (AMA). Premio Maestros de la Medicina Argentina (La Prensa Médica Argentina). Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires", desde 2012 y continua.

## **ENTREVISTA CON EL DR. ALBERTO ALVES DE LIMA Y CON EL DR. EDUARDO DURANTE**

DR. ALBERTO ALVES DE LIMA ES DIRECTOR DOCENCIA E INVESTIGACIÓN Y COORDINADOR DE JEFES DE SERVICIO DEL INSTITUTO CARDIOVASCULAR DE BUENOS AIRES (ICBA)  
EL DR. EDUARDO DURANTE ES DIRECTOR DE LA MAESTRÍA EN EDUCACIÓN PARA PROFESIONALES DE LA SALUD (MEPS) Y DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES.

### **1.- ¿Cómo caracterizarían a la formación de profesionales de la salud?**

La formación de profesionales de la salud es un largo camino que, en realidad, no termina nunca. Hay abundante investigación para determinar cómo lograr que el profesional de la salud mantenga actualizadas sus competencias a lo largo del tiempo, dada la inmensa responsabilidad que implica cuidar la salud de las personas tanto en a escala individual como comunitaria.

Antiguamente quizás podía concebirse que un médico se mantuviera relativamente competente con base en su formación de grado y con una activa práctica cotidiana. Hoy ello no resulta concebible; es imprescindible una formación estructurada de postgrado y, posteriormente, una formación continua hasta el final de la vida activa.

En la Argentina el nivel general de educación médica es adecuado y pertinente, si bien se manifiesta una amplia variabilidad en relación a la calidad. Para adquirir una competencia media en una especialidad, un médico debe formarse activamente durante unos 10 años y unos 4 años adicionales para ser un experto en determinada subespecialidad. Ello siempre que mantenga un ritmo activo de práctica sostenida en el tiempo para actualizar y mejorar sus competencias.

Hasta recientemente en la Argentina, dada la disparidad entre demanda y oferta de vacantes, no estaba asegurado el acceso a la residencia para todos los graduados. Ello implicaba que muchos graduados debían recurrir a otros tipos de formación; en algunos casos eminentemente prácticos y no estructurados. Esto ha cambiado últimamente, dado que las distintas jurisdicciones del país ofrecen vacantes prácticamente suficientes para satisfacer las expectativas de residencia.

En otros países (como Canadá), está perfectamente planificado que quien se gradúa como médico tiene asegurada la residencia, ya que se la considera como una fase imprescindible de la formación profesional.

Por nuestra parte afirmamos que la residencia es el mejor régimen de formación de postgrado porque proporciona –durante un tiempo determinado– la oportunidad de ejercer un aprendizaje y una práctica con alta intensidad y estrecha supervisión. Esa alta intensidad y estrecha supervisión son fundamentales para la inserción del nuevo profesional en un escenario donde cotidianamente deberá enfrentar problemas clínicos complejos con información parcial y frecuentemente ambigua, que da lugar a diversas interpretaciones y ante los cuales deben adoptarse decisiones.

Para prepararse para ese desafío, el nuevo profesional debe tener múltiples contactos intensivos con esos problemas, con los pacientes, así como un fluido intercambio contenedor con sus supervisores. La residencia implica, para quienes la transitan, una experiencia única que posteriormente se recordará con nostalgia, pero sin disposición alguna para repetirla. El residente se ve sometido, durante ese período, a una demanda física, psicológica y emocional de tal magnitud que debe ser contenido y cuidado para evitar que sufra eventuales complicaciones asociadas a tales exigencias.

Cabe insistir en que la residencia es el mejor régimen para un entrenamiento intensivo, pero que debe ser estrictamente supervisado, haciendo que sea muy difícil (o prácticamente imposible) cometer errores. Ello implica la necesidad de invertir en un equipo de profesionales experimentados que proporcionen al residente permanente acompañamiento, contención, apoyo, supervisión y chequeo en su actuación. La inversión que ello implica superará seguramente al costo de incorporar médicos pagos en vez de residentes, pero es la única manera de lograr auténticamente los beneficios de la residencia.

Cualquier otra modalidad que difiera de ello, no será una residencia.

## **2.- ¿Cómo aprecian ustedes la calidad de las residencias en las distintas regiones del país?**

Tal como ya señalamos, existió una notoria variabilidad en cuanto a niveles de calidad de las residencias entre las distintas regiones, provincias, zonas sanitarias y establecimientos del país.

El Ministerio de Salud desarrolló recientemente un sistema para conocer el estado de todas las residencias del país y generar un modelo de acreditación en colaboración con las entidades científicas pertinentes. El mayor logro de esta iniciativa ha sido, hasta hoy, conocer las distintas realidades de las residencias, poder determinar en qué grado se cumplen los principios que hemos enunciado en la pregunta anterior, y poder formular las recomendaciones pertinentes para mejorar cada una de las residencias y el conjunto, con base en lineamientos comunes.

## **3.- ¿Cómo aprecian ustedes la calidad de la formación de grado de los profesionales de la salud?**

En la formación de grado también existió una amplia variabilidad en cuanto a niveles de calidad, pero se manifestó una notable mejoría desde la creación de la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CoNEAU), encargada de evaluar a las universidades públicas y privadas y de acreditar sus carreras de grado y posgrado.

La CoNEAU comenzó a funcionar en 1996 tras su creación en 1995 como parte de la ley 24.521 de Educación Superior. La CoNEAU recibe -de cada universidad o unidad académica- una auto-evaluación inicial, procede posteriormente a una evaluación externa de cada carrera, y dictamina la acreditación (o no acreditación) con las observaciones y recomendaciones pertinentes.

Podemos considerar que el camino está marcado. Cabe señalar que la existencia de la CoNEAU data de apenas 20 años, con ciertas fluctuaciones en los criterios de evaluación y acreditación. De todos modos, se trata de un período demasiado corto para visualizar impactos sustentables. Las universidades más acreditadas exhiben ciclos de evaluación y mejora que se remontan, en algunos casos, a más de 200 años.

## **4.- ¿Podríamos referirnos ahora a la formación de formadores?**

Consideramos que el quehacer de los formadores y de quienes contribuyen a formarlos como tales (formación de formadores) constituye un saber especializado que requiere aportes de la psicología cognitiva y de la pedagogía. Por ejemplo, en un momento se suponía la existencia de una capacidad genérica para razonar, pero hoy sabemos que tal capacidad varía en cada individuo en relación a diferentes casos y situaciones de análisis y decisión. Como consecuencia, debemos repensar permanentemente nuestras estrategias formativas ubicando al educando como protagonista.

La formación de formadores tuvo tradicionalmente mucho de intuición y de imitación.

Sabemos que no todo experto en una disciplina está preparado para formar en esa disciplina y menos aun para formar formadores. El enseñar demanda siempre un saber especializado y requiere un entrenamiento específico para manejar adecuadamente formulaciones y estrategias pedagógicas, estrategias de programación de aprendizajes, estrategias de enseñanza y estrategias de evaluación. Por otra parte, es necesario promover la indagación activa de educandos que –a través de la virtualidad- están habituados a actuar e interactuar en diversos escenarios con múltiples estímulos y todo simultáneamente. Es necesario readaptar las estrategias formativas para atraer, interesar y estimular a esos estudiantes. Por nuestra parte, hallamos guías y orientaciones útiles para esos replanteos en las experiencias de países con alta capacidad de innovación, como EE.UU., Canadá, Reino Unido y Holanda.

En la docencia tradicional, sustentada en la superioridad y autoridad del docente, predominaban la sumisión y la imitación. Se suponía que los estudiantes sólo debían asimilar los saberes e imitar las conductas enunciadas por el docente.

Hoy resulta impensable tener a 100 alumnos en silencio escuchando y observando a un docente durante 2 horas y aceptando acríticamente sus enunciados. Los estudiantes necesitan hoy participar y cuestionar activamente para aprender, así como discriminar entre lo que sirve y lo que no sirve. Para ello es imprescindible replantear las estrategias, la dinámica y los estímulos para un aprendizaje efectivo, sustentable y placentero.

En la formación se revaloriza hoy la relevancia de los ateneos como oportunidad para reunir distintos especialistas para considerar en conjunto qué se hizo bien, qué no y qué puede mejorarse y cómo. Sin perjuicio de tales virtudes, el ateneo tampoco sería suficiente para cubrir los actuales requerimientos de los estudiantes, quienes necesitan ver y analizar múltiples casos.

(\*): “Los descriptores sin notación provienen del Tesouro de la OCDE (29/04/2008), mientras que aquellos con notación (&) -cuyo repertorio se halla en elaboración- proceden de diversos tesauros en ciencias de la salud.”

## **SÍNTESIS DE ANTECEDENTES PROFESIONALES Y ACADÉMICOS DEL DR. EDUARDO DURANTE**

Doctor en Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Master of Health Professions Education, Maastricht University, Países Bajos. Director de la Maestría en Educación para Profesionales de la Salud, Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires (UHIBA). Director la Carrera de Medicina, UHIBA. Subjefe del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. Coordinador del Comité de Investigación en Educación Médica, IUHIBA. Las líneas de investigación que estamos desarrollando incluyen el burnout en los residentes médicos, el clima de aprendizaje en las residencias médicas y su relación con el anterior, la evaluación de las habilidades de interpretación de los artículos científicos en estudiantes de grado y residentes, evaluación del razonamiento médico en residentes, intervenciones para aumentar el lavado de manos, entre otros temas.

## **SÍNTESIS DE ANTECEDENTES PROFESIONALES Y ACADÉMICOS DEL DR. ALBERTO**

## ALVES DE LIMA

Es cardiólogo con orientación hacia la educación médica, en particular a las herramientas de evaluación en los contextos de trabajo. Actualmente se desempeña como Director de docencia e Investigación y coordinador de jefes de servicio del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina. La entidad está afiliada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (FM-UBA). Es director de la carrera de especialista en cardiología de la FM-UBA con sede en el Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. Es profesor titular de cardiología de la Universidad del Salvador, profesor adjunto de educación médica del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires e investigador asistente del CONICET. Obtuvo su título de grado en medicina en la FM-UBA y su especialidad como cardiólogo a través del Ministerio de Salud de la Nación y de la Sociedad Argentina de Cardiología. Tiene un Máster en educación de los profesionales de la salud y un PhD en evaluación de desempeño profesional, ambos a través de la Universidad de Maastricht, Países Bajos. Ha publicado y disertado en conferencias sobre educación médica en varios países y su interés en investigación está focalizado con la evaluación del desempeño profesional a través de la observación directa y la devolución efectiva. Es conocido por sus trabajos con el Mini-CEX. Ha sido premiado en la conferencia Argentina de Educación Médica en 2011 y 2006, en la conferencia panamericana de educación médica en 2009 y recibió el premio 90 años prensa médica argentina en 2004. Vive en Buenos Aires, Argentina, con su esposa Ingrid que también es médica y sus dos hijos Tomas y Agustina.

## SISTEMA DE GESTIÓN DE TURNOS DE GRANDES EQUIPOS

Dr. Sergio Matheos (\*)  
M. Sc. Silvia Nakano (\*\*)  
Lic. Gastón Mayada Fabbri (\*\*\*)  
Lic. Francisco Monterubbianesi (\*\*\*)

El Sistema de Gestión de Turnos (SGT) es un servicio en línea que permite a cualquier usuario solicitar turnos para acceder a prestaciones con microscopios y otros equipos científicos de gran porte alojados en centros que han adherido a los Sistemas Nacionales. El SGT se enmarca dentro del Programa de Grandes Instrumentos y Bases de Datos (ver nota en Boletín DPT N° 6), que funciona en el ámbito de la Subsecretaría de Coordinación Institucional, dependiente de la Secretaría de Articulación Científico Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación.

Con el SGT los usuarios del equipamiento científico registrado dentro del Programa pueden conocer la disponibilidad de los instrumentos y acceder de una manera sencilla y transparente a los servicios que prestan.

Con esta aplicación Web el SGT colabora con el objetivo central de los Sistemas Nacionales (SSNN): lograr que aquellos equipos que fueron adquiridos con fondos

públicos estén abiertos a la comunidad científica y al sector productivo, articulando las acciones de las distintas instituciones del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. El resultado esperado es la optimización de los recursos del Sistema Científico-Tecnológico Nacional.

Además de suministrar información sobre la ubicación, características, servicios, disponibilidad de los equipos y acceso a un turno, el SGT permite obtener datos precisos y actualizados sobre la actividad del equipamiento científico. Así, es posible definir tasas de uso, detectar áreas de vacancia, tanto en tecnologías como en campos de investigación, y definir -con base en datos objetivos- políticas de financiamiento ya sea para la formación de recursos humanos, la mejora de equipos involucrados o la adquisición de equipamiento complementario.

La información obtenida sirve también a los administradores y operadores de los centros adheridos para conocer en detalle la actividad de los respectivos equipos: cuántas horas funcionan, quiénes son los usuarios, qué clase de trabajos se realizan, cuáles son los tipos de demandas, cómo evolucionan, etc.

Actualmente, el SGT funciona de manera obligatoria para los SSNN de Microscopía (desde octubre de 2013) y de Espectrometría de Masas y Citometría de Flujo (desde abril del 2016). El sistema cuenta con:

Más de 150 equipos disponibles.

Alrededor de 5.300 usuarios registrados.

Más de 32.000 solicitudes de turno, que superan las 130.000 horas de uso.

El próximo paso es la implementación del SGT a los demás SSNN de equipamiento: Rayos X, Láseres, Resonancia Magnética, Magnetometría y Computación de Alto Desempeño.

En conclusión, el Sistema de Gestión de Turnos es una herramienta que colabora con los objetivos del Programa de Grandes Instrumentos y Bases de Datos al hacer visible y transparente el acceso y la utilización de los grandes equipos financiados con fondos públicos, y generando información valiosa sobre la actividad de los mismos para la toma de decisiones estratégicas que potencien su uso y promuevan su apertura a la comunidad científica y al sector productivo.

Para más información visite:

<http://sistemasnacionales.mincyt.gob.ar/>

<http://www.microscopia.mincyt.gob.ar/turnos.php>

(\*) Subsecretario de Coordinación Institucional (SSCI) de la Secretaría de Articulación Científico Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación.

(\*\*) Directora Nacional de Recursos Físicos de Ciencia y Tecnología (SSCI).

(\*\*\*) Secretaría Ejecutiva de los Sistemas Nacionales de Grandes Instrumentos y Bases de Datos bajo la Dirección Nacional de Recursos Físicos de Ciencia y Tecnología (DNRFCYT-SSCI).

## **NOVEDADES VINTEC; NUEVOS ESTUDIOS PANORÁMICOS DE VIGILANCIA TECNOLÓGICA E INTELIGENCIA COMPETITIVA (VTEIC). AGOSTO DE 2016**

En la web del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de Argentina- Sección Publicaciones / Estudios, están disponibles -para consulta y descarga- los Estudios de Vigilancia Tecnológica e Inteligencia Competitiva (en adelante: VTelC), realizados por el Programa Nacional VINTEC, que está a cargo de la Dirección Nacional de Estudios.

(a) Estudio Panorámico de VTelC en Alimentos Funcionales:

<http://www.mincyt.gov.ar/estudios/alimentos-funcionales-12206>

(b) Estudio Panorámico de VTelC en Alimentos Saludables -Reducción de sodio: <http://www.mincyt.gov.ar/estudios/reduccion-de-sodio-12205>

Estudio Panorámico de VTelC en Alimentos Saludables - Reducción de azúcares en alimentos:

<http://www.mincyt.gov.ar/estudios/reduccion-de-azucares-en-alimentos-12203>

Estudio Panorámico de Alimentos Saludables - Reducción de grasas trans:

<http://www.mincyt.gov.ar/estudios/reduccion-de-grasas-trans-en-alimentos-12171>

(c) Estudio de VTelC en Tecnologías de Impresión 3D para Alimentos

<http://www.mincyt.gov.ar/estudios/estudio-de-vigilancia-tecnologica-e-inteligencia-competitiva-en-tecnologias-de-impresion-3d-para-alimentos-11655>

(d) El documento de VTelC “El futuro de las Nanociencias y las Nanotecnologías en Argentina” constituye un extracto, edición y actualización de los capítulos correspondientes a las actividades de Prospectiva y VTelC del documento final del proyecto “Estudios de Consultoría en el Sector Nanotecnológico”.

<http://www.mincyt.gov.ar/estudios/el-futuro-de-las-nanociencias-y-las-nanotecnologias-en-argentina-estudio-de-prospectiva-y-vigilancia-tecnologica-2025-2030-12044>

Para mayor información, dirigirse a la Esp. Lic. Nancy V. Pérez, coordinadora de Antena Tecnológica y responsable del Programa Nacional de Vigilancia Tecnológica e Inteligencia Competitiva (VINTEC). Dirección Nacional de Estudios (DNE), Subsecretaría de Estudios y Prospectiva. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación  
[nperez@mincyt.gov.ar](mailto:nperez@mincyt.gov.ar) , [antenatecnologica@mincyt.gov.ar](mailto:antenatecnologica@mincyt.gov.ar)

Godoy Cruz 2320 piso 3° (C1425FQD) - Buenos Aires - Argentina  
Tel: +54 011 4899-5000 int. 3004  
[www.mincyt.gov.ar](http://www.mincyt.gov.ar)  
[www.antenatecnologica.mincyt.gov.ar](http://www.antenatecnologica.mincyt.gov.ar)

## REFERENCIAS

Esta sección incluye una selección de referencias documentales vinculadas con la temática central de este número: “Educación Médica”

Mediante el clickeo de uno de los títulos, el lector accederá al resumen del documento, el cual incluye el enlace al texto completo, así como los descriptores asignados al mismo (\*)

Los títulos para acceder a los respectivos resúmenes y enlaces a los textos completos son los siguientes:

- La Educación Médica. Concepto y motivación
- La enseñanza médica teórica y en la cabecera del paciente
- Educación médica basada en evidencias
- Perspectivas sobre la educación médica en América Latina
- Declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre Educación Médica
- El profesionalismo y el humanismo médico en la enseñanza de grado
- Los médicos y pacientes mileniales transformarán la atención médica
- Evaluación del ambiente educacional en residencias médicas del GCABA
- Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina
- Clasificación de la actividad de investigación en la educación médica
- La emoción del descubrimiento científico
- Cuando dejas de aprender, dejas de vivir
- Las transformaciones emergentes en educación
- ¿A quiénes interesan los puntajes obtenidos en la educación actual?
- Educación para una mayor competitividad de la Argentina
- Empleabilidad de los graduados universitarios
- Menos MBA y más creatividad
- Gran dilema de la vida laboral: ¿Es mejor el individuo o el grupo?

**Nota del Editor:** El editor no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en las entrevistas, artículos y documentos reseñados en este Boletín, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, autores o colaboradores.

## **STAFF BOLETÍN DPT**

**Director:**

Sr. Guillermo Gómez Galizia.

**Coordinador Editorial:**

Lic. José Luis Tesoro

**Asesor:**

Dr. Carmelo Polino

**ISSN 2525-040X**