

Algunas paradojas en la enseñanza actual de la medicina interna en Argentina

D. Outomuro

Este trabajo tiene como propósito reflexionar sobre algunas circunstancias que, en Argentina, contribuyen a la crisis de la educación médica y al descontento tanto de pacientes como de profesionales. El centro de atención es la medicina interna. Del análisis surgen algunas paradojas vinculadas con la actual formación de grado y posgrado. Si bien el primer nivel de atención de la salud, en el marco de la atención primaria, puede resolver el 80% de los problemas de salud de la población, la enseñanza de la medicina interna continúa realizándose sobre el paciente hospitalizado. Esto afecta a la forma en que se practica la medicina, pues se privilegia la tecnología en el diagnóstico y tratamiento sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Las causas de este panorama son varias, destacando el poco tiempo dedicado a la educación en el ámbito del consultorio con pacientes ambulatorios.

Palabras clave. Educación médica. Medicina ambulatoria. Medicina interna.

Some paradoxes in the current internal medicine teaching in Argentina

The aim of this paper is to think about some circumstances that, in Argentina, generate the current medical education crisis as well as dissatisfaction among patients and doctors. The center of attention is the internal medicine. From the analysis there arise some paradoxes linked with the degree and post degree training. Though the first level of health attention, in the frame of the primary care, can solve 80% of the health problems, the internal medicine education continues being realized on hospitalized patients. This has consequences on how medicine is practiced, since technology in the diagnosis and treatment is favored over the prevention of the diseases and the health promotion. There are several reasons for this

panorama, being outlined among them the little time dedicated to the education in the area of the doctor's office with ambulatory patients.

Keywords. Ambulatory medicine. Internal medicine. Medical education.

Introducción

Desde hace algunas décadas, en nuestro medio, venimos presenciando una crisis tanto en la educación médica como en la atención de la salud. Prácticamente todos los actores manifiestan su disconformidad: los usuarios de los sistemas de salud se muestran insatisfechos con los servicios brindados, los médicos se sienten muchas veces frustrados en el logro de sus objetivos de curación, los responsables de la financiación se quejan de los altos costes de los sistemas de salud, y los especialistas en salud pública advierten, mediante sus indicadores, que los principales problemas de salud de la población persisten o incluso se incrementan.

A este descontento se suman, en el caso particular de la medicina interna, otras dos críticas: los internistas ven desaparecer paulatinamente su campo de acción, siendo remplazados por el médico generalista o el médico de familia, o bien por el subespecialista (cardiólogo, gastroenterólogo, neumólogo, etc.); por otro lado, los médicos recién licenciados, tanto de la carrera de medicina como de las residencias en medicina interna, sienten que no están preparados para la atención médica ambulatoria, que sin duda es su principal fuente de trabajo.

Departamento de Medicina.
Facultad de Medicina.
Universidad de Buenos Aires.
Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia

Profa. Dra. Delia Outomuro.
Departamento de Medicina.
Facultad de Medicina.
Universidad de Buenos Aires.
Paraguay, 2155, piso 1º.
C1122 AAJ Ciudad de
Buenos Aires, Argentina.

E-mail

doutomuro@fmed.uba.ar

Ante este panorama me propongo reflexionar, a partir de la bibliografía consultada, sobre algunas circunstancias que han contribuido al desarrollo de esta problemática. Me centraré exclusivamente en el ámbito de la medicina interna, aunque muchas de las reflexiones sean también pertinentes para otras especialidades (en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, los currículos de grado de la carrera de medicina incluyen la asignatura de medicina interna. Los licenciados, incluso aquellos que no ingresan en la residencia, están legalmente capacitados para ejercer la práctica médica en esta disciplina, aunque no pueden anunciarse como ‘especialistas’). Del análisis surgirán algunas paradojas vinculadas con la actual formación de grado y posgrado. Asimismo, comentaré algunas estrategias a considerar para revertir la situación.

Un poco de historia para comprender el presente

La medicina occidental moderna surge en el siglo XVIII y se consolida en el siglo XIX y la primera mitad del XX. Su origen y desarrollo van de la mano de cambios sociales y económicos profundos motivados por la revolución industrial. La industrialización tendrá dos caras: por un lado, aumentarán las enfermedades propias del hacinamiento, de la pobreza del proletariado y del tipo de trabajo y, por otro, la riqueza acumulada facilitará una explosión demográfica hasta entonces desconocida por la humanidad.

Esta medicina, respaldada filosóficamente por el positivismo, impone su hegemonía gracias a que se constituye como el único referente científico en la atención de la salud. Todos los sectores sociales, incluso los marginados, aspiran a tener acceso a la medicina moderna y el logro de esta aspiración se capitaliza como una conquista social. La demanda de atención médica científica crece de tal manera que la atención individual y privada se torna insuficiente para cubrir todas las expectativas. Así aparece el Estado, que brinda asistencia a través de una medicina pública emergente, dando lugar a un nuevo concepto de hospital público.

Entre 1929 y 1973, los países desarrollados serán el escenario de la teoría de Keynes y el Estado benefactor intervendrá protegiendo a los

ciudadanos contra los avatares más temidos: el desempleo, la enfermedad y la muerte. Surgen entonces los seguros públicos de desempleo, de jubilación y de asistencia sanitaria.

La salud, antes considerada un bien de producción –se necesitaba que el trabajador estuviera sano para producir– se convierte ahora en un bien de consumo, y el Estado garantizará que la oferta de servicios sanitarios esté disponible para ser consumida. No es casual que, en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera la salud con la tan mentada fórmula de ‘estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no tan sólo la ausencia de enfermedad’.

Las consecuencias en la medicina de este modelo fueron: hospitalización de la medicina, especialización y superespecialización médicas, eclipse del médico como profesional liberal, y mutación del enfermo o paciente por el consumidor. Los hospitales dejan de ser instituciones de caridad para convertirse en el alma de la actividad médica. Ya no son instituciones marginales, sino el epicentro de la vida social, a tal punto que se nace y se muere en el hospital. El médico deja la actividad privada del consultorio y pasa a ser un asalariado del hospital. Allí también se centra la actividad formativa del futuro profesional y la investigación.

Algunos autores [1] han llamado a este enfoque de la medicina como ‘modelo médico hegemónico’ y han destacado como características principales: la concentración monopólica de la salud, la profesionalización, la tendencia a las prácticas curativas con el consiguiente incremento de los costes en salud, la eficacia centrada en la medicación más que eficacia simbólica, la medicalización y la demanda creciente por cada vez más sectores de la población.

Se pensaba que los costes de la asistencia sanitaria se irían reduciendo con el transcurso de los años. Una buena asistencia tendría que disminuir las tasas de enfermedad, y con ello el gasto. La prevención de las enfermedades y la terapéutica efectiva y precoz redundarían en la mejora del estado de salud de la población y, a largo plazo, en menores gastos, aunque al comienzo tuviera que hacerse una fuerte inversión. Es evidente que las cosas no resultaron así. Una serie de factores se conjugaron para poner fin a la utopía del completo bienestar físico, mental y social: efectos negativos de la medicina, estancamiento de sus resultados positivos e

incremento exponencial de los costes de la atención médica.

La medicina aparece ahora no sólo como curativa, sino también como productora de enfermedad. Expresiones como 'placebo', 'nocebo', 'iatrogenia' o 'síndrome de Ulises' se hicieron familiares en el ambiente médico [2]. Por otro lado, si bien la medicina moderna ha reducido las tasas de morbimortalidad y ha incrementado la esperanza de vida, no está tan claro que ello se deba sólo o principalmente a la intervención médica. Otras mejoras ambientales o sociales pueden haber sido tanto o más relevantes. Asimismo, las estadísticas muestran un estancamiento en tales tasas. En los últimos años no se ha producido un incremento de la esperanza de vida ni la morbimortalidad ha descendido significativamente.

Estas críticas se generan desde dentro del propio 'modelo médico hegemónico' buscando modificar su orientación hacia la atención primaria de la salud. Es el caso de la propuesta de la OMS y de la UNICEF. Pronto se vio que los determinantes de la salud guardan una relación inversamente proporcional con el gasto en salud. Todo esto, sumado a la crisis económica mundial de 1973, hizo caer la utopía y replantear el modelo médico. Dado que la reforma radical aparecía como muy drástica, se intentaron reformas parciales que, básicamente, consistían en considerar tres niveles de atención médica. El más básico sería el que el Estado debería garantizar. Este nuevo modelo se representa como una pirámide cuya base es el primer nivel; la zona media representa la atención médica tradicional en el hospital, y el vértice corresponde a la atención terciaria superespecializada o de alta complejidad. La asignación de recursos debe respetar esta forma piramidal porque el 86% de las necesidades sanitarias de la población se resuelven en el nivel primario [3,4].

En 1978, en la conferencia de Alma Ata, la OMS retomó la clásica definición de salud como bienestar, pero sin omitir cierta exégesis: 'Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu

de la justicia social' [5]. Ya no se trata de cualquier nivel de salud, sino de aquel que permita la vida social y productiva de la persona. Ya no se trata de garantizar cualquier tipo de asistencia sanitaria, lo que los gobiernos deben asegurar es la asistencia primaria.

De la medicina positivista a una medicina sostenible

Este nuevo modelo médico de 'medicina sostenible' tiene las siguientes características:

- Entiende el proceso salud-enfermedad de manera holista.
- Reconoce la atención de la salud como algo más complejo y amplio que la mera atención médica.
- Comprende la importancia del trabajo interdisciplinario con las ciencias sociomédicas, también denominadas 'humanidades médicas'.
- Deshospitaliza la atención médica llevándola al centro mismo de la vida comunitaria.
- Reivindica la figura del médico generalista y de familia como médico de cabecera.
- Prioriza la prevención sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.
- Enfatiza la importancia de la educación y de la comunicación en salud como estrategias fundamentales para la promoción de la salud.
- Integra los valores a los hechos científicos y naturales, dando participación al individuo y a la comunidad en la planificación y aplicación de su atención de salud.

La atención primaria de la salud, estrategia recomendada por la OMS, concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios. Se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados y en busca de una máxima efectividad.

Propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones acce-

sibles, de alta calidad y en forma continua e integral. El primer nivel de atención de la salud en el marco de la atención primaria puede resolver un 80% de los problemas de salud de la población abordándolos de forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social [6].

Una de las tácticas de esta nueva medicina consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas, reflejando la misma realidad social y sanitaria de la población. Hoy día, el internamiento domiciliario intenta también reproducir esta táctica. Otra consiste en mejorar la comunicación entre el individuo y su familia, teniendo siempre en cuenta sus saberes y su cultura e integrándolos con la medicina científica. Finalmente, la atención primaria de la salud promueve una distribución más justa de los recursos en el marco de la propuesta hecha en Alma Ata [7].

Las paradojas en la enseñanza de la medicina interna

Como hemos visto, la mayoría de los problemas de salud de la población puede solucionarse en el primer nivel de atención, es decir, de forma ambulatoria. Muchos enfermos, antes hospitalizados, son ahora tratados en el consultorio o en el hospital de día. Paradójicamente, la formación médica en medicina interna –una de las principales asignaturas de la carrera de grado– se centra en el paciente internado. Esto ocurre también en el posgrado, incluso en algunos países centrales, en los que, para la acreditación de los programas de residencia en medicina interna, sólo se exige que el 33% del entrenamiento sea con pacientes ambulatorios [8]. De ese 33%, sólo el 13% del tiempo corresponde a una enseñanza continua a lo largo del currículo [9].

Una encuesta realizada a 16 directores de programas de residencia en medicina interna en Canadá reveló que si bien la enseñanza de la medicina ambulatoria era obligatoria en 15, predominaban las rotaciones en bloque de uno a dos meses sobre la capacitación continua, y en 12 programas el tiempo curricular era menor al 10% del total [10].

Otro estudio sobre 216 estudiantes de medicina interna de nueve instituciones mostró que de 13 procedimientos habituales en pacientes ambulatorios, sólo dos se realizaban más de 10 veces a lo

largo del entrenamiento. Por el contrario, procedimientos invasivos como la paracentesis o la canalización de vías centrales eran prácticas usuales y en las que los estudiantes se mostraban seguros [11].

Este panorama resulta algo desconcertante porque sin desconocer que el perfil del internista es distinto al del médico generalista y de familia, la práctica ambulatoria difiere de la atención de los pacientes hospitalizados en varios aspectos fundamentales:

- Los pacientes suelen ser menos grave y sus patologías son procesos crónicos que necesitan una revisión periódica.
- El nivel de incertidumbre es mayor, tanto en el diagnóstico como en la terapéutica; las decisiones clínicas deben tomarse con cierta rapidez y el éxito sólo se ve a lo largo de las visitas.
- El contacto con el paciente, si bien breve e irregular, se caracteriza por constituir una relación médico-paciente que perdura a través del tiempo [9].

Varios estudios [9] muestran los siguientes resultados en la formación de residentes en medicina interna:

- La conducta acerca del diagnóstico de enfermedades (p. ej., la petición del test de Papanicolaou) es más favorable que la conducta hacia los comportamientos preventivos (p. ej., ejercicio físico). En general, los residentes se muestran inseguros en el asesoramiento sobre prevención.
- Dos encuestas de ámbito nacional revelaron que sólo 99 horas por residente se emplean para la enseñanza de problemas relacionados con el comportamiento, siendo la ansiedad y la depresión las entidades más reconocidas por los educandos, aunque no siempre se diagnostican y se tratan correctamente. Si bien la mayoría de los educadores coincide en la importancia de la enseñanza de este tipo de afecciones, la realidad es que los residentes no están suficientemente entrenados para afrontar los aspectos psicosociales de los pacientes.
- Los estudiantes se muestran mucho más seguros en la realización de prácticas sobre pacientes internados que en aquellas que corresponden a pacientes ambulatorios. La bibliografía señala que la pericia de los educadores para realizar y enseñar esas prácticas es variable, dificultando así el entrenamiento de los residentes.

- Los residentes de medicina interna deben asistir especialmente a pacientes añosos y deben decidir en conflictos vinculados al final de la vida. Sin embargo, los directores de programas educativos consideran que estos tópicos no son lo suficientemente importantes en los currículos y que la preparación de los educadores también es insuficiente.
- El contenido curricular y la idoneidad de los educadores en lo que hace a la salud de la mujer es variable y, potencialmente, deja a los residentes poco capacitados para encarar este tópico en su práctica futura.
- Los conocimientos y actitudes observados hacia la obesidad muestran una insuficiente preparación para afrontar esta epidemia.

A pasear de las diferencias entre la medicina interna y la medicina de familia, tanto los internistas como los médicos de familia asisten a pacientes adultos y son entrenados en atención primaria. Sin embargo, ambos tienen experiencias formativas muy diferentes. La enseñanza de los primeros se centra en el paciente hospitalizado, en las patologías agudas, en la fisiopatología de la enfermedad y, más recientemente, se ha incorporado la atención primaria. La capacitación de los segundos, iniciada a comienzos de los años setenta, proporciona un mayor entrenamiento en la medicina de consultorio, en las enfermedades crónicas, en medidas de prevención y en los aspectos psicosociales del cuidado de la salud. Estas diferencias en la formación médica afectan la manera en que ambos tipos de profesionales encaran la atención de los pacientes. Los internistas adquieren un enfoque más basado en la tecnología, con menos énfasis en la prevención y promoción de la salud [12].

Un estudio en 162 hospitales estadounidenses comparó el desempeño de residentes de medicina familiar y de medicina interna ante cuatro afecciones que requerían ingreso (infarto agudo de miocardio, asma aguda, cetoacidosis diabética e insuficiencia renal aguda) y ocho de manejo ambulatorio (diabetes, dislipemia, hipertensión arterial, cefalea, lumbalgia, vaginitis, depresión e infección respiratoria de vías aéreas superiores). Los internistas se mostraron significativamente mejor preparados que los médicos de familia en el diagnóstico y tratamiento de las cuatro patologías 'ingresables'. Por su parte, los segundos fueron más eficientes en el manejo de cinco de las ocho patolo-

gías ambulatorias. Estos resultados son congruentes con el énfasis puesto en la enseñanza, ya sea en ingreso hospitalario o en el consultorio [12].

Posibles causas de las paradojas y algunas estrategias para revertir la situación

La bibliografía señala distintas variables como posibles causas de la situación descrita. Algunas tienen relación con los métodos de enseñanza de la medicina ambulatoria. Por ejemplo, se observan mejores resultados cuando hay continuidad en la relación educando-educador, seguimiento de los pacientes ambulatorios y aprendizaje a partir de casos reales o simulados, más que de clases teóricas. La enseñanza impartida por médicos generalistas y por subespecialistas de medicina interna habituados a la atención en consultorio también resulta ser más eficaz [9].

La falta de entrenamiento por parte de los educadores es, para algunos autores, una de las principales causas. La evaluación de 331 educadores de medicina interna y 271 de medicina familiar (todos docentes a tiempo completo) mostró que los primeros se sentían mucho más inseguros en procedimientos comunes en pacientes ambulatorios. Esta falta de práctica parece responder, al menos en la población médica estudiada, a la carencia de incentivos económicos porque los internistas atienden a pacientes por Medicare o Medicaid en mayor proporción que pacientes con seguros privados [13].

El tiempo de exposición a este tipo de pacientes es también una variable a tener en cuenta. Otro tanto ocurre con el tipo de lectura exigida para preparar seminarios y otras actividades pedagógicas.

Finalmente, el descreimiento acerca de la importancia de la medicina de consultorio entre quienes tienen la responsabilidad de dirigir y enseñar, sumado a la fascinación que la tecnología médica ejerce sobre el educando joven, son causas fundamentales a considerar: *'Dissatisfaction among program directors and faculty tutors with the state of ambulatory care learning can have a powerful negative effect on residents' attitudes. It is not surprising if residents, especially those in the first 2 years, are not enthusiastic about their ambulatory care experience. Junior trainees experience the "romance" of medicine on the wards,*

where critical illness and dramatic technology predominate. It is not until the senior years that residents perceive the relevance and educational value of ambulatory care [10].

Bowen et al [9] creen que el centro de la formación en medicina interna debe incluir una mayor y continua exposición a la práctica ambulatoria, independientemente de la subespecialidad que elija el futuro profesional (si bien la medicina interna es una especialidad, no pocos internistas optan por subespecializarse en alguna de sus áreas: gastroenterología, cardiología, nefrología...; esto es frecuente en Argentina, principalmente por razones económicas. Por otro lado, si el licenciado de la carrera de medicina opta directamente por una residencia en una subespecialidad, debe realizar sus dos primeros años de formación en la residencia de medicina interna). El giro hacia la atención primaria de la salud y las subespecialidades en consultorio, con menos tiempo dedicado a la asistencia hospitalaria, debe tener un lugar cada vez más importante en la formación del internista. En este marco se realizan las siguientes sugerencias:

- Hacer de la formación en el medio ambulatorio una prioridad.
- Crear experiencias de aprendizaje y generar expectativas de acuerdo con el nivel de desarrollo de la residencia.
- Favorecer la continuidad en la enseñanza clínica ambulatoria.
- Llevar la formación en las subespecialidades al consultorio.
- Enseñar y evaluar en el ámbito del consultorio.
- Priorizar la formación en medicina ambulatoria de los educadores.

La capacitación continua, longitudinal, en reemplazo de los bloques o módulos, se propone como una estrategia fundamental porque uno de los objetivos de la medicina ambulatoria es, precisamente, poder lograr continuidad en la relación médico-paciente [14]. Wong et al concluyen que 'los jefes de departamento y de división debería apoyar la capacitación con este perfil de los profesionales educadores (*faculty*) sobre la base del esfuerzo sustentable. La excelencia educativa debería medirse y valorarse al igual que la productividad clínica.

Finalmente, también el entrenamiento por parte de educadores cualificados en procedimientos ambulatorios se considera un elemento esencial para revertir la situación planteada [11].

Conclusión

Es evidente la necesidad de un cambio curricular en la formación médica que considere la medicina como una 'práctica social' y no meramente como un saber técnico. Los aspectos sociales, culturales e históricos no son ajenos a la medicina, sino que están profundamente enraizados en ella. Sin embargo, la carga horaria asignada a las asignaturas más biológicas sigue siendo muy superior a las clínicas y humanísticas. La medicina debe responder al 'aquí y ahora' y, por tanto, los viejos modelos de educación centrados exclusivamente en el hospital y la tecnología no resultan útiles. Tal vez hayan sido valiosos y efectivos décadas atrás, en otro contexto, pero no lo son actualmente. Debe quedar claro que no se trata de renegar de los avances científico-tecnológicos, sino de darles el lugar que merecen.

La medicina, aquí y ahora, reclama varias cosas, entre ellas el reconocimiento del otro (enfermo, paciente, usuario del sistema de salud) como interlocutor válido en una relación clínica de conocimiento y respeto mutuo. El desarrollo de la bioética da prueba de ello. Pero también reclama una distribución más justa de los magros recursos. El gasto (o inversión) en salud debe considerar las necesidades de todos los sectores de la población. Llamativamente, los principales problemas de salud de los sectores más vulnerables no se resuelvan en los costosos niveles de atención de alta complejidad. El consultorio, la familia y el vecindario parecen ser los espacios físicos requeridos para el desempeño del médico que la sociedad precisa. Un médico dispuesto a cumplir con las clásicas metas de la medicina: la prevención de la enfermedad y de las lesiones y la promoción y mantenimiento de la salud; el alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias; la asistencia y la curación (*cure*) de los enfermos y el cuidado (*care*) de quienes no pueden ser curados, y evitar una muerte prematura y velar por una muerte en paz [15].

Bibliografía

1. Menéndez E. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México DF: Alianza; 1990.
2. Gonorazky SE. El síndrome de Ulises y el riesgo del falso positivo en la práctica de la neurología pediátrica. Arch Argent Pediatr 2006. URL: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752006000100015&script=sci_arttext. [19.08.2009].
3. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. URL: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html>. [17.12.2009].
4. Lemus JD, Aragües y Oroz V, Lucioni MC. Salud pública, epidemiología y atención primaria de la salud. Buenos Aires: Cides; 2005.
5. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. URL: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. [19.08.2009].
6. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Atención primaria. URL: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/ate_primaria/?menu_id=732. [19.08.2009].
7. Gobierno de la República Argentina. Salud. atención primaria de la salud. URL: <http://www.argentina.gov.ar/argentina/portal/paginas.dhtml?pagina=113>. [19.08.2009].
8. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Internal medicine residency program requirements. URL: http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/140pr703_u704.pdf. [19.08.2009].
9. Bowen JL, Salerno SM, Chamberlain JK, Eckstrom E, Chen HL, Brandenburg S. Changing habits of practice transforming internal medicine residency education in ambulatory settings. J Gen Intern Med 2005; 20: 1181-7.
10. McLeod PJ, Meagher TW. Ambulatory care training during core internal medicine residency training: the Canadian experience. Can Med Assoc J 1993; 148: 2143-7.
11. Wickstrom GD, Kolar MM, Keyserling TC, Kelley DK, Xie SX, Bogner BA, et al. Confidence of graduating internal medicine residents to perform ambulatory procedures. J Gen Intern Med 2000; 15: 361-5.
12. Wiest FC, Ferris TG, Gokhale M, Campbell EG, Weissman JS, Blumenthal D. Preparedness of internal medicine and family practice residents for treating common conditions. JAMA 2002; 288: 2609-14.
13. Wickstrom GD, Kelley DK, Keyserling TC, Kolar MM, Dixon JG, Sharon X, et al. Confidence of academic general internists and family physicians to teach ambulatory procedures. J Gen Intern Med 2000; 15: 353-60.
14. Wong RWG, Lochnan HA. A web-based simulation of a longitudinal clinic used in a 4-week ambulatory rotation: a cohort study. BMC Med Educ 2009. URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/9/8>. [19.08.2009].
15. Hasting Center Project Report. The goal of medicine: setting new priorities. Hasting Center Report, special supplement Nov-Dev; 1996.