

Rev Chil Pediatr 77 (4); 405-411, 2006

Los desafíos de la enseñanza de pediatría ambulatoria en el contexto del Chile actual

Luisa Schonhaut B.¹

Resumen

La orientación de la enseñanza y ejercicio de pediatría debe responder a las necesidades de salud de la población y políticas del país. Los nuevos programas de formación de especialistas en pediatría recomiendan mayor énfasis a aspectos preventivos y sociales, "nueva morbilidad", adolescencia, el niño sano y con necesidades especiales; teniendo como eje el crecimiento, desarrollo y comportamiento normal y sus desviaciones. El objetivo del presente ensayo es reflexionar sobre los desafíos y problemas que enfrenta la enseñanza de la Pediatría ambulatoria, desde la perspectiva de la transición epidemiológica y biodemográfica, la reforma de salud y el proyecto de desarrollo estratégico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

(Palabras clave: pediatría ambulatoria, residentes de pediatría, programas de formación de especialistas en pediatría, unidad docente asistencial, Chile).

Rev Chil Pediatr 77 (4); 405-411, 2006

Challenges in ambulatory pediatric education in Chile

The orientation of medical education and practice in pediatrics should aim to fulfill the country's needs and health policies. The new pediatric residency programs attempt to emphasize preventive and social aspects, such as "new morbidity", adolescence, well child, care of children with special needs, normal growth, development, behavior and their deviations like the backbone. The goal of this essay is to reflect the challenges and problems that education in ambulatory pediatrics faces. They are analyzed from the perspective of epidemiologic and biodemographic transition, health care reform, and the University of Chile's Medical School project of strategic development.

(Key words: Ambulatory pediatrics, pediatric residency programs).

Rev Chil Pediatr 77 (4); 405-411, 2006

1. Profesor Asistente de Pediatría, Magíster en Salud Pública. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Campus Norte, Universidad de Chile.

Trabajo recibido el 29 de mayo de 2006, segunda versión corregida 13 de julio de 2006, aceptado para publicación el 31 de julio de 2006.

Correspondencia a: Dra. Luisa Schonhaut Berman. E-Mail: lschonhaut@med.uchile.cl

INTRODUCCIÓN

La profunda transición epidemiológica, biodemográfica, sociopolítica, económica, científico tecnológica, y de los sistemas de atención en salud, experimentada a lo largo de las últimas décadas, ha determinado a su vez una transformación en los desafíos y roles de los profesionales de la medicina¹.

La medicina general y las especialidades derivadas se desarrollaron bajo el modelo bio-médico, con enfoque curativo, centrado en las enfermedades y en los centros hospitalarios. No obstante, debido a los cambios ocurridos en el perfil de morbilidad predominante, fue necesario implementar una mirada más integral, preventiva y promocional; el modelo bio-psico-social incorporó aspectos psicológicos y sociales, consideró el contexto familiar y comunitario, con un manejo multidisciplinario e intersectorial, centrado en la atención ambulatoria.

Fueron las estrategias de salud pública, que se implementaron a mediados del siglo XX, destacando el mejoramiento del nivel de vida (salud y educación), las medidas de saneamiento ambiental y los programas maternos infantiles de amplia cobertura, las que determinaron la primera fase de la transición epidemiológica y demográfica. En una segunda etapa tomó auge el desarrollo científico tecnológico, concentrado en los hospitales de los principales centros urbanos, que abrió la dimensión de la alta complejidad de la medicina, al fenómeno de especialización y al aumento significativo de los costos en la atención de salud.

Los desafíos que enfrenta la pediatría han ido cambiando a lo largo de las últimas décadas y de seguro seguirán cambiando². Los actuales profesionales deben poseer la flexibilidad para adaptarse a los cambiantes escenarios de la atención en salud. Desplazándose del sistema público al sistema privado; de la medicina hospitalaria, de alta complejidad a la atención ambulatoria y la gestión en salud, asumiendo, como médico de cabecera de los niños, la responsabilidad en el fomento de estilos de vida saludable y recomendaciones de crianza positiva³, con la aspiración de conseguir, a través del niño, un adulto equilibrado física, mental y socialmente, bien integrado a su medio familiar, social y laboral⁴.

Existe relativo consenso respecto a las competencias relacionadas con el cuidado

de la salud infantil que debería tener un médico general y con mayor razón un especialista en pediatría. El crecimiento, desarrollo y la semiología básica deberían ser el núcleo en que convergen los contenidos de la atención integral de la salud del niño⁵.

Los programas de formación en pediatría deberían ser periódicamente revisados y adaptados a las necesidades de salud de la sociedad, dando una continuidad en los programas de pregrado, postgrado y educación continua, para la formación del profesional que va a atender a nuestros niños.

El objetivo del presente ensayo es reflexionar sobre los desafíos y problemas que enfrenta la enseñanza de la Pediatría ambulatoria en el contexto de la transición de salud y reforma que está enfrentando el país.

DESARROLLO

El sistema de salud:

Reposicionamiento de la APS

A partir de la declaración de Alma Ata "salud para todos en el año 2000",⁶ formulada en 1978, en que se otorgó reconocimiento internacional a la atención primaria de salud (APS) como nivel esencial de atención, el foco osciló desde los centros hospitalarios hacia los servicios ambulatorios. Sin embargo, en nuestro país, en la década de los 80, la APS se descentralizó y debilitó⁷, como consecuencia de una política neoliberal que impulsó la creciente participación de prestadores privados en la administración de salud y educación, disminuyendo el rol regulador y aporte financiero del Estado.

Debido a la falta de incentivos apropiados a las expectativas de los médicos, la atención ambulatoria ha sido vista como una alternativa poco atractiva de ejercicio profesional, muchas veces utilizada como un paso necesario para poder acceder a la subespecialización, determinando una alta rotación a ese nivel.

En estudios realizados en la región con estudiantes de medicina, se ha visto que la opción por la especialización predomina desde su ingreso a la Facultad, aumentando al finalizar los ramos clínicos⁸. Igualmente ocurre con los residentes que comienzan su formación pediátrica⁹. Esta preferencia podría ser explicable por el hecho que la especialización permite al médico asegurar un

nicho laboral atractivo, prestigio, calidad de vida y bienestar económico^{10,11}.

La tendencia a la especialización, que es contraria a las necesidades del fortalecimiento de la APS, agrava la brecha existente en nuestro país, en que destaca una distribución inequitativa de los especialistas y sobretodo los superespecialistas a lo largo del territorio nacional, concentrándose en las grandes urbes, principalmente en la región metropolitana y en el sistema privado de atención¹².

Frente a esta realidad, (una población que envejece, el aumento de costos de la salud y un sistema poco equitativo), el Ministerio de Salud (MINSAL)¹³ ha respondido readecuando las políticas en el marco de la reforma de salud impulsada el año 2004. Entre los aspectos prioritarios está el fortalecimiento de la APS bajo el modelo de salud familiar, de modo de aumentar la capacidad resolutive a ese nivel y realizar acciones con énfasis en promoción y prevención. Los médicos familiares serían los especialistas encargados de cautelar el cuidado del individuo a lo largo de todo el ciclo vital, liderando equipos multidisciplinarios.

Universidad de Chile:

Reforma curricular y el proyecto U-2010

Las Facultades de Medicina tienen como misión formar profesionales cuyo perfil se relacione íntimamente con las transformaciones que están ocurriendo en los distintos escenarios del sector salud¹⁴, de acuerdo a las necesidades del país.

La Academia Chilena de Medicina el año 2002¹⁵, definió como primordial para los programas de estudios de las carreras de la salud aumentar significativamente la docencia clínica con pacientes ambulatorios, en locales adecuados y con docentes entrenados en este tipo de enseñanza; favorecer la participación de los alumnos de pregrado en estudios clínicos y de salud pública y reforzar en el postgrado la formación de especialistas en medicina familiar, medicina interna y pediatría, aumentando sus actividades programáticas en atención ambulatoria.

La Escuela de Medicina de la Universidad de Chile actualmente se encuentra reevaluando la reforma curricular de la carrera de Medicina que comenzó el año 1998¹⁶ e implementando el nuevo internado. El objetivo del replanteamiento curricular era actualizar el perfil profesional de modo de au-

mentar el enfoque en aspectos preventivos y de fomento de la salud, reforzar las competencias para el manejo de APS y el abordaje general de las enfermedades¹⁷. Algunos de los aspectos destacados en dicha reforma son el mayor énfasis a la enseñanza en APS y la promoción del aprendizaje multiprofesional.

El proyecto de desarrollo estratégico, U-2010, implementado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, tiene por objeto lograr cambios organizacionales, estructurales, temáticos y metodológicos, tendientes a una integración de las distintas esferas disciplinarias de la Facultad, ampliando la actividad académica, tanto de pregrado como de postítulo, en el nivel primario de atención, con un enfoque humanista y familiar en todas sus especialidades y carreras¹⁸.

En el marco de dicho proyecto, se están gestionando la organización de escenarios clínicos ambulatorios, que posteriormente se constituirán como unidades docente asistenciales (UDA) inmersas en los Centros de Salud Familiar. Para ello se están concentrando las actividades ambulatorias de las distintas carreras de la Facultad en un número razonable de Centros de Salud Familiar, se está destinando una inversión en infraestructura y en recurso académico y además se están reorientando los programas hacia la APS. Cada UDA seguramente adquirirá un matiz diferente, con fortalezas características.

Se espera que en estos escenarios ambulatorios los estudiantes puedan vivenciar y encantarse con la APS, llevando a la práctica el trabajo en equipo multidisciplinario, interiorizándose de los programas y políticas de salud, involucrándose con aspectos de gestión y por sobre todo comprendiendo el rol de la familia y la comunidad en el proceso de salud-enfermedad.

Es imprescindible que los contenidos educacionales de pregrado y postgrado reflejen la realidad de salud y sus desafíos.

Los desafíos de la pediatría y la "nueva morbilidad"

La pediatría surgió como especialidad a fines del siglo XIX, con la finalidad de separar la medicina del niño, quien, hasta ese entonces era visto como un adulto en miniatura y tratado con fracciones de las dosis de los medicamentos usados en los mayores¹⁹.

El impactante descenso de la mortalidad infantil, asociado al exitoso control de las enfermedades infectocontagiosas y la desnutrición determinó un progresivo envejecimiento de la población. La urbanización y los cambios en los estilos de vida han tenido su efecto negativo en la salud, debido a la aparición de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles y los trastornos en la esfera de la salud mental²⁰. El avance logrado en los cuidados de alta complejidad favoreció el aumento de población infantil sobreviviente de enfermedades otras fatales.

En los programas de formación de especialistas en pediatría se recomienda mayor dedicación a aspectos preventivos y sociales, a la denominada "nueva morbilidad"²¹, la adolescencia y al conocimiento tanto del niño sano como de aquél con necesidades especiales²²; teniendo como eje el crecimiento, desarrollo y comportamiento normal y sus desviaciones²³. La nueva morbilidad incorpora aspectos relacionados con las dificultades de aprendizaje, alteraciones del desarrollo, problemas del comportamiento, adicciones y violencia, el manejo integral de los niños con enfermedades crónicas y necesidades especiales, entre otros.

En un estudio realizado por la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) y la estrategia OPS de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en octubre 2002²⁴ se evidenció que en las Escuelas de Medicina de la región de las Américas se privilegian las actividades clínicas hospitalarias, frente a las prácticas en APS, además se vio que los aspectos preventivos, de promoción y de educación para la salud tienen menor desarrollo.

Tabla 1. Recomendaciones currículo nuclear de pediatría (APA y COMSEP 1994)

1. Supervisión de salud
2. Crecimiento y desarrollo
3. Conducta
4. Nutrición
5. Prevención de enfermedades e injurias
6. Genética
7. Problemas pediátricos comunes
8. Terapéutica

Al analizar los programas de pediatría tradicionales de la Comunidad Europea, aparece una carga excesiva de formación clínica hospitalaria, "con un notorio desequilibrio respecto a las necesidades reales de formación clínica ulterior"²⁵, los residentes de pediatría en España adquieren la mayoría de las competencias más relevantes para su posterior práctica habitual en las rotaciones por urgencias y consultas externas hospitalarias, las que están evolucionando cada vez a patologías más selectivas²⁶.

Estrategias de enseñanza de pediatría ambulatoria

En las últimas décadas los programas de formación de medicina y especialidades derivadas se están revisando y modificando. La constelación de conocimientos, habilidades y actitudes que son necesarias para realizar una adecuada práctica en pediatría general deben formar parte integral del currículo de la carrera de medicina. Se ha puesto énfasis en las prácticas clínicas en la comunidad y APS, tanto en el ciclo de pregrado²⁷ como en el postgrado de las especialidades holísticas, y por supuesto que en pediatría²⁸.

En EE.UU., la Asociación de Pediatría Ambulatoria (APA) y el Concilio de Educación de Estudiantes de Medicina en Pediatría (COMSEP). Reconoció la necesidad de una reforma curricular en pregrado, desarrollando el año 1994 un currículo nuclear en Pediatría general (tabla 1) y estrategias fundamentales para su implementación, recomendando además que aproximadamente 50% del tiempo que los estudiantes de pregrado destinan a la rotación de pediatría se realice en el escenario ambulatorio²⁹.

Posterior a la implementación del programa propuesto por la APA y el COMSEP, se demostró que para que los estudiantes adquirieran los conocimientos y habilidades propuestos, tenía más impacto el contar con programas y recursos académicos orientados a la pediatría ambulatoria, sobre el tiempo definido destinado para la rotación³⁰. Este aspecto es coincidente con una reflexión del Dr. Goic, quien refiere que la calidad de la enseñanza no depende sólo de los profesores y los estudiantes, sino que el ambiente académico que rodea el proceso de enseñanza-aprendizaje es fundamental³¹.

Los alumnos llegan a pediatría con un bagaje de información y conocimientos de

las ciencias básicas, más orientado al adulto que al niño y sus problemas específicos. Los alumnos "poseen información, pero no saben usarla". La enseñanza en APS y la resolución de problemas a ese nivel, debería ser vista como una estrategia que permite a los estudiantes integrar los conceptos adquiridos en las distintas asignaturas, además de los conocimientos del niño, su familia y los factores de riesgo, "permitiendo a los estudiantes transformar esos *conocimientos inertes* en herramientas útiles para aplicarlos a la atención de los pacientes"³².

En un interesante artículo se revisaron las ventajas que la rotación ambulatoria tendría para los estudiantes de medicina y residentes de pediatría³³, se destacó el enfrentamiento a los problemas prevalentes en la salud del niño, mejorando las competencias para realizar y liderar intervenciones comunitarias, la posibilidad de colaboración multidisciplinaria y especialmente la satisfacción del niño y su familia.

En revisiones realizadas en España acerca del sistema MIR en pediatría y sus áreas específicas ("formación de postgrado oficial de España dentro de las directrices de la Unión Europea") plantea las siguientes metas en la formación de un pediatra general competente³⁴:

- **Humano** en el acto clínico, fundamento de la buena práctica clínica.
- **Buen conocedor del niño y del adolescente**, de sus modos de enfermar y de vivir su patología.
- **Abierto a los avances científicos**; recuperando su tradicional humanismo (frente al "ruido" de la tecnología, el contacto afectivo con el niño).
- **Capacitado profesionalmente** para el ejercicio hospitalario y en atención primaria.
- **Líder** adecuado para los equipos asistenciales multidisciplinarios.

Pese a que la realidad de la pediatría en APS es diferente de un país a otro debido a las distintas políticas de salud, con la participación de distintos especialistas en los cuidados de salud infantil, es importante conocer distintas propuestas y adaptarlas a nuestra realidad. Respecto a esto, es importante considerar que una prestigiosa universidad de nuestro país, ha planteado como solución los desafíos de la salud del niño y la necesidad de mayor orientación generalista

y ambulatoria, la formación de especialistas en medicina familiar mención niño, con un programa de estudio concentrado en actividades extrahospitalarias³⁵. Pese a que no es el objetivo del presente ensayo analizar el campo de acción de los distintos profesionales involucrados en el proceso de salud enfermedad del niño, este planteamiento nos invita a reflexionar sobre el rol del pediatra y los desafíos que enfrenta en la realidad actual.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

La orientación de la enseñanza y ejercicio de la pediatría debe responder a las necesidades en los horizontes de la salud y las políticas del país, además de proporcionarles la mayor gratificación posible, en lo profesional y en lo espiritual. La estructura académica-administrativa actual imperante en la Universidad de Chile, con un equipo docente especializado en la práctica hospitalaria son factores estructurales que obstaculizan la posibilidad de formar profesionales capaces en resolver los problemas propios de la pediatría ambulatoria.

La Universidad debe liderar la generación del conocimiento y la implementación de modelos docente asistenciales idóneos para continuar progresando en la salud del país, generando escenarios ambulatorios idóneos, actualizando permanentemente el enfoque del contenido teórico y readecuando las actividades prácticas³⁶ y los procesos evaluativos.

En una reciente evaluación de la carrera de Medicina de la Universidad de Chile por los estudiantes, éstos valoraron el tener un enfoque más ambulatorio en sus estudios de pregrado. El nuevo currículo ha reconocido la APS como escenario fundamental para la formación de los futuros médicos, no obstante existe una brecha entre el discurso y la acción real, se perciben barreras y resistencia para la implementación de los programas en APS.

Al analizar detenidamente la realidad y factibilidad de realizar los programas de pregrado en el ambiente ambulatorio aparecen una serie de desafíos, destacando la necesidad de formar un cuerpo académico con vocación y tiempo destinado al ejercicio extrahospitalario, la necesidad de implementar escenarios clínicos ambulatorios o

UDA acreditados para la actividad académica, que funcionen como subunidades independientes pero relacionadas con los departamentos clínicos hospitalarios, e íntimamente relacionados con los centros asistenciales, trabajando en conjunto en torno a problemas de salud percibidos como prioritarios. En dichas UDA se deberían desarrollar actividades de docencia, investigación y extensión. Esto podría lograrse a través de la reasignación de la planta académica existente de acuerdo a las nuevas necesidades, y destinando una inversión en infraestructura y equipamiento, acorde a las políticas de formación profesional. Además se deben rediseñar las estrategias de enseñanza y evaluación, desarrollando programas y portafolios de actividades que faciliten la adquisición de competencias en pediatría ambulatoria.

El desafío de la enseñanza de pediatría en el postgrado plantea una nueva interrogante debido a que en el modelo de salud actual no están considerados los pediatras en APS, y lo más probable, es que la pediatría ambulatoria sea el principal escenario de acción en su ejercicio profesional.

REFERENCIAS

- 1.- Jovell Fernández A: El Futuro de la Profesión Médica: análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Documento de trabajo nº7. En <http://www.fundsis.org/Actividades/publicaciones/Documento%20de%20trabajo%207.pdf>
- 2.- Jiménez de la Jara J: Atención pediátrica y sistemas de salud en Chile. Rev Chil Pediatr 2000; 71 (5): 377-9.
- 3.- Schonhaut L: El rol de la pediatría del desarrollo en el control de salud integral: hacia la pediatría del siglo XXI. Rev Chil Pediatr 2004; 75 (1): 9-12.
- 4.- Crespo M: Bases fundamentales del programa MIR. Anales de Padiatría 2003; 58 (supl4): 385-94.
- 5.- Cusminsky M, Galli A: Docencia de Pediatría: el ciclo del pregrado. Arch Arg Pediatr 1998; 96: 242-50.
- 6.- Organización Mundial de la Salud: Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional en Atención Primaria de la Salud. Serie Salud para Todos, Ginebra, 1978.
- 7.- Solimano G, Vergara M: Diseño de una política de salud para Chile: una visión para el siglo XXI. Rev Chil Salud Pública 2000; 4 (1): 35-57.
- 8.- Carrera L, Enríz G, D'Ottavio E: La atención primaria de la salud y la especialización médica: ¿categorías opuestas o complementarias? Educación Médica 2000; 7 (4): 132-9.
- 9.- Chalco J: Situación actual y expectativas del residente de primer año de pediatría-lima 1999. Paediatrica 2000; 3 (1): 6-9.
- 10.- Horwitz N: El cambio de la práctica Médica. Desafíos psicosociales para la profesión. Rev Méd Chile 2004; 132: 768-72.
- 11.- Newton D, Garayson M, Thompson L: The variables influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: data from two U.S. Medical Schools, 1998-2004. Academic Medicine 2005; 80 (9): 809-14.
- 12.- Torres C, Solimano G: Formación de médicos especialistas en el contexto de la reforma de salud de Chile. en <http://www.emol.com/noticias/documentos/formacion.asp>
- 13.- Documento de trabajo interno MINSAL: Regulaciones en materia de uso y asignación de campos clínicos.
- 14.- Rosselot E: Planificando la educación médica para las próximas décadas. Rev Méd Chile 2001; 129: 1473-8.
- 15.- Goic A: Seminario sobre formación de médicos en la actualidad en Chile. Rev Méd Chile 2003; 131: 209-12.
- 16.- Herskovic P: La reforma curricular de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Rev Chil Ped 2005; 76 (1): 9-11.
- 17.- Rosselot E: Realidad y proyecciones de la educación en ciencias de la salud en Chile. Anales de la Universidad de Chile, sexta serie 2006; 16: 71-96.
- 18.- Las Heras J: Desafíos para el siglo XXI Facultad de medicina, Universidad de Chile. Rev Chil Pediatr 1999; 70: 179-80.
- 19.- Seelmann E: Apuntes de la historia de la pediatría. Rev Chil Pediatr 2005; 76 (3):
- 20.- Salinas CJ, Vio del RF: Promoción de la Salud en Chile. Rev Chil Nutr 2002; 29 1: 164-73. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002029100001&lng=es&nrm=iso
- 21.- Palfrey J, Tonniges T, et al: Addressing the Millennial Morbidity-The Context of Community Pediatrics. Pediatrics 2005; 115 (4): 1121-3.
- 22.- Crespo M: Formación especializada en pediatría general. En http://www.comtf.es/pediatría/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/M_Crespo.htm
- 23.- Avaria M: Pediatría del desarrollo y el comportamiento. Rev Ped Elec [en línea] 2005; 2 (1): 88-91.
- 24.- Puga T, Benguigui Y: Enseñanza de la Pediatría

- en Escuelas de Medicina de América Latina. Publicación OPS Serie HCT/AIEPI-58. E Washington, D.C. 2002.
- 25.- *Crespo M*: Formación de especialista en pediatría y en las subespecialidades pediátricas. Pap 1999; 1 (2): 37-58.
- 26.- *García JM*: Formación MIR-Pediatría: ¿Rotación obligatoria por Atención Primaria? Revista Pediatría de Atención Primaria 2001; III (9): 17-29.
- 27.- *Scheiner AP*: Guidelines for medical student education in community based pediatric office. American Academy of Pediatrics Council on Pediatric Education Subcommittee on Medical Student Curriculum. Pediatrics 1994; 93 (6): 956-9.
- 28.- *Crespo M*: Formación especializada en pediatría. An Esp Pediatr 2000; 52 (Supl 5): 479-88.
- 29.- *Ambulatory pediatric association and Council on Medical Student Education in Pediatric*: Core currículo in General Pediatric. APA: 1994.
- 30.- *Kuo A, Salvin S*: Clerkship curricular revision based on Ambulatory pediatric association and Council on Medical Student Education in Pediatric Guidelines: does it make a difference? Pediatrics 1999; 103 (4): 898-901.
- 31.- *Goic A*: Descripción y análisis crítico del actual sistema de educación superior en Chile. Anales del Instituto de Chile 2004; XXIV (2): 83-125.
- 32.- *Buraschi J, Alberto J*: El Comité de Educación Médica y la enseñanza de la Pediatría. Arch Arg Pediatr 2003; 101 (3).
- 33.- *Shipley L, Stelzner S, Zenni E, et al*: Teaching Community Pediatrics to Pediatric Residents: Strategic Approaches and Successful Models for Education in Community Health and Child Advocacy. pediatrics 2005; 115 (4): 1150-7.
- 34.- *Crespo M*: Bases fundamentales del programa MIR. Anales de Pediatría 2003; 58 (supl 4): 385-94.
- 35.- *Téllez A, Bustamante C, Pérez MP*: ¿Médico familiar del niño o pediatra? Pediatría al Día 2004; 20 (4): 32-5.
- 36.- *Rosselot E*: Realidad y proyecciones de la educación en ciencias de la salud en Chile. Anales de la Universidad de Chile, sexta serie 2006; 16: 71-96.