

CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE SUPERVISIÓN A LOS INGRESANTES A LAS RESIDENCIAS MÉDICAS

CAROLINA SILVA, MARÍA NATALIA CAROZZA COLOMBINI, MILENA LUIZ PASSARELA, ALFREDO EYMANN, JULIÁN LLERA

*Servicio de Clínica Pediátrica e Instituto Universitario,
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina*

Resumen Según la Asociación Americana de Facultades de Medicina existen 13 actividades profesionales confiables que los graduados de medicina deberían poder realizar en su primer día de residencia sin supervisión directa. Esas actividades no están claramente definidas en nuestro país. Además, no existen datos locales sobre la necesidad de su supervisión. Nuestro objetivo fue evaluar la opinión de residentes y docentes acerca del nivel de supervisión que requieren los médicos ingresantes al sistema de residencias para realizar esas actividades. Se efectuó un estudio de corte transversal. Se incluyeron residentes de primer año de especialidades clínicas y quirúrgicas y sus docentes. Se enviaron encuestas electrónicas o en papel, con participación voluntaria y anónima. Se investigó la estimación sobre el nivel de supervisión que requerían los médicos ingresantes durante el primer mes de formación para 13 actividades. Se observaron diferencias significativas entre la evaluación hecha por residentes ($n = 71$) y los docentes ($n = 39$) en 11 de 13 de esas actividades. Más de la mitad de los docentes consideró que los residentes requerían supervisión directa para realizarlas, con las excepciones de formular interrogatorios clínicos y buscar evidencia. La mayoría de los residentes consideró que se requería supervisión directa solo en seis de ellas. En conclusión, los residentes estimaron requerir menor supervisión que sus docentes, quienes pensaban que los ingresantes al sistema de residencia no eran capaces de realizar la mayoría de las competencias clínicas de manera autónoma. Sería importante mejorar esta evaluación en los recién graduados, para definir con mayor precisión los niveles de supervisión.

Palabras clave: residencias, competencias clínicas, educación médica, autonomía profesional, privilegios médicos

Abstract *On the need for supervision of the entrants to medical residencies.* According to the Association of American Medical Colleges, there are thirteen core Entrustable Professional Activities (EPAs) that medical graduates should be able to perform in their first day of residency, without direct supervision. In Argentina EPAs are not clearly defined. Moreover, there is no local data about the need of supervision regarding these activities. The aim of this study was to assess residents' and teaching physicians' estimations about the level of supervision that physicians in their first month of residency needed in order to perform EPAs. A cross-section study was conducted. First-year medical residents and teaching physicians were included. Electronic or paper surveys were sent, asking the level of supervision the participants estimated that residents needed to perform the 13 core EPAs, during their first month of residency. Participation was voluntary and anonymous. There were significant differences between the opinion of residents ($n = 71$) and teaching physicians ($n = 39$), for 11 out of 13 EPAs. More than half of the teaching physicians considered that residents needed direct supervision when performing EPAs, except for asking clinical questions and looking for evidence. Most residents thought that they required direct supervision in 6 EPAs. In conclusion, medical residents perceived the need of lower levels of supervision when compared to teaching physicians, who considered that medical graduates were not capable of performing most EPAs without direct supervision upon entering residency. Thus, it would be important to improve the procedures to evaluate the competences of medical graduates in order to establish more accurate supervision levels.

Key words: professional practice, internship and residency, clinical competence, graduate medical education, professional autonomy, medical staff privileges

En Argentina, cada año egresan aproximadamente cinco mil médicos de distintas facultades de medicina y alrededor de la mitad de ellos acceden a una residencia¹, si bien no existen datos fehacientes acerca de la totalidad de cargos ocupados en el ámbito público y privado. Las residencias médicas constituyen un sistema de educación profesional para graduados de la carrera de medicina, a tiempo completo y en un plazo determinado, con el fin de prepararlos para la práctica integral de una especialidad, incluyendo aspectos científicos, técnicos y humanísticos. Su objetivo es la formación de médicos especialistas y en la mayoría de los casos constituye el primer acercamiento del profesional a los servicios de salud. Se trata de una propuesta de entrenamiento en servicio, bajo supervisión permanente y con una progresiva autonomía en la toma de decisiones²⁻⁴.

Las competencias corresponden a las capacidades del médico para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para resolver distintos problemas de acuerdo a los diferentes contextos en que se presenten⁵⁻⁷; se refieren a las atribuciones que todo profesional debería poseer. El concepto de actividades profesionales confiables (EPA, sigla de *entrustable professional activities*), permite vincular las competencias con actividades específicas de la práctica clínica^{8,9}. En el año 2013, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina propuso una lista de trece de tales competencias que los médicos recién graduados deberían estar en condiciones de realizar sin supervisión directa en su primer día de residencia¹⁰.

El inicio de una residencia plantea un desafío para los médicos en formación y para los profesionales responsables de la misma. Por un lado, la enseñanza de habilidades clínicas no es uniforme en las distintas facultades de medicina y los médicos recién recibidos pueden tener diferencias considerables en las competencias adquiridas¹¹. Además, los exámenes de ingreso a las residencias médicas en nuestro país se basan en la evaluación de conocimientos teóricos, frecuentemente mediante exámenes de selección múltiple. Estas variables generan dificultades para definir niveles de supervisión adecuados a las capacidades de cada uno de los médicos ingresantes al sistema de residencia. Asimismo, se ha descrito que la inadecuada supervisión de los residentes se asocia a un aumento de errores médicos¹²⁻¹⁴.

En nuestro país, como parte de los contenidos curriculares de la carrera de Medicina, se han definido una serie de competencias del graduado (cuarenta en total) en cuatro dimensiones: práctica clínica, pensamiento científico e investigación, profesionalismo y salud pobla-

cional y sistemas sanitarios¹⁵. Se plantean como funciones del graduado anunciar, prescribir, indicar o aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos habituales, no especializados. En otras palabras, el graduado en medicina debería poseer los conocimientos, destrezas y habilidades de un médico general. Hasta ahora la formación de competencias acordes al perfil señalado no se ha podido asegurar en muchas carreras de medicina¹¹. Entre otros, un estudio realizado en 2006 mostró que los médicos recién egresados de distintas universidades argentinas no se sienten preparados para cumplir con todas las tareas básicas de un médico general¹⁶. Por otro lado, al referirse a competencias en lugar de actividades profesionales confiables, no se ha definido con claridad el nivel de supervisión requerido para ellas.

Sumado a lo anterior, incluso en países donde las EPA están establecidas, no se conoce si los residentes poseen efectivamente las capacidades necesarias para realizar estas actividades sin supervisión directa. En distintas especialidades, se observó que muchos directores de programas de formación estiman que los residentes ingresantes no se encuentran preparados y, aunque los residentes tienen mejor opinión sobre sus propias habilidades en comparación a sus docentes, de todas maneras no se sienten aptos para realizar la totalidad de estas tareas en forma autónoma^{8,17}. Hasta ahora, en nuestro país no se han evaluado las opiniones sobre la necesidad de supervisión de los médicos residentes con respecto a las EPA.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar las consideraciones de los médicos residentes y sus responsables docentes acerca del nivel de supervisión que los médicos ingresantes al sistema de residencia requieren para realizar actividades profesionales confiables.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, durante los meses de septiembre y octubre de 2018, luego de transcurridos tres meses desde el ingreso de los residentes de primer año a los distintos programas de formación. La población fueron los médicos residentes que ingresaron a un hospital universitario y los docentes a cargo de su supervisión. Se utilizó como criterio de inclusión pertenecer a especialidades médicas generales del área clínica (pediatría, clínica médica y medicina familiar) o quirúrgica (cirugía general y ginecología), en el rol de residente de primer año o responsable docente (director, coordinador, supervisor del programa de residencia, jefe de residentes, instructor y otros docentes).

Se diseñaron dos encuestas, para ser respondidas por los residentes o los docentes. El diseño de las mismas estuvo a cargo de tres médicos pediatras expertos en educación médica y se evaluó la validez de comprensión con tres docentes y

siete médicos residentes de otros años, realizando los ajustes sugeridos. Se enviaron en formato electrónico para ser respondidas en forma anónima. Se enviaron recordatorios a la semana y a las dos semanas, momento en el que se facilitó la encuesta en papel a aquellos interesados a través de referentes de cada especialidad, para mantener el anonimato. La participación en el estudio fue voluntaria.

A los responsables docentes, se les preguntó acerca del nivel de supervisión que ellos consideraban que los médicos residentes debieron recibir durante el primer mes de residencia, para realizar las EPA listadas. A los médicos residentes, se les preguntó qué nivel de supervisión consideraban que requerían para realizar estas actividades durante su primer mes de residencia.

Se incluyeron en las encuestas las trece actividades profesionales confiables definidas por la Asociación Americana de Facultades de Medicina¹⁰ (Tabla 1). Se ofrecieron como opciones cinco niveles de supervisión con niveles crecientes de autonomía, en una escala de tipo Likert¹⁸⁻²⁰: 1. tiene conocimiento pero no puede realizarlo; 2. puede actuar bajo supervisión directa; 3. puede actuar bajo supervisión indirecta; 4. puede actuar en forma independiente; 5. puede actuar como supervisor o instructor. Se dividió esta variable en requerimiento de supervisión directa (niveles 1 y 2) y supervisión indirecta o autonomía (niveles 3, 4 y 5)¹⁷.

Además, se definieron las siguientes variables para ambos grupos: edad, sexo, especialidad y conocimiento de las competencias de los graduados de medicina. Para los residentes, se consideró el promedio de la carrera de medicina, el tipo de gestión de la universidad (pública o privada), los años transcurridos desde su egreso y la experiencia laboral como médicos previo al ingreso a la residencia. Otras variables

evaluadas respecto de los responsables docentes fueron la función docente en el programa de residencia, la formación docente mayor a 10 horas, la experiencia como docente mayor a 10 años, y la percepción de autonomía para realizar la mayoría de las actividades sin supervisión directa al inicio de su propia residencia.

Las variables continuas fueron expresadas como media y desvío estándar. Las variables categóricas se expresaron como frecuencia absoluta y relativa. Para cada EPA, se calculó el porcentaje de cada grupo que respondió que estimaba que los residentes podían realizarla en forma autónoma. Se utilizó la prueba de χ^2 para comparar las respuestas de opinión sobre nivel de supervisión requerido en ambos grupos y según distintas características de los residentes y docentes. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el programa estadístico *Stata* versión 14.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación de nuestra institución (número 3841). El mismo no presentó ningún tipo de riesgo para el participante y toda la información obtenida fue utilizada por los investigadores con la más estricta confidencialidad.

Resultados

De los 87 residentes y 66 responsables docentes de la población de estudio a quienes se envió el cuestionario, lo respondieron 71 (82%) y 39 (59%) respectivamente. En la Tabla 2 se presentan las características de los participantes. Más de la mitad pertenecían a especialidades

TABLA 1.– Actividades profesionales confiables
(según *Association of American Medical Colleges*)

Número	Descripción
1	Realizar una historia clínica y un examen físico
2	Priorizar un diagnóstico diferencial después de una consulta clínica
3	Recomendar e interpretar pruebas diagnósticas y de pesquisa rutinarias
4	Elaborar y discutir órdenes y prescripciones médicas
5	Documentar la consulta en la historia clínica del paciente
6	Hacer una presentación oral de una consulta clínica
7	Formular interrogantes clínicos y obtener evidencia para mejorar la atención médica del paciente
8	Dar o recibir un traspaso de cuidado de un paciente
9	Colaborar como miembro de un equipo interprofesional
10	Reconocer a un paciente que necesite atención de urgencia e iniciar su evaluación y manejo
11	Obtener consentimiento informado para pruebas o procedimientos
12	Realizar procedimientos médicos generales (RCP básica, ventilación con bolsa y máscara, venopuntura y colocación de vía periférica, colocación de sonda vesical)
13	Identificar las fallas del sistema y contribuir a una cultura de seguridad y mejoras

clínicas, las que representan la mayoría de las vacantes de residentes de primer año en nuestra institución. Más del 70% de los residentes y casi 9 de cada 10 responsables docentes manifestaron conocer las competencias del graduado de medicina. Solo 5% de los responsables docentes creían haber tenido autonomía para realizar la mayoría de las actividades listadas en la encuesta al inicio de su residencia.

En la Tabla 3, se muestra la percepción de residentes y docentes respecto del nivel de supervisión que requerían los residentes para cada una de las actividades profesionales confiables. Con respecto a los residentes, se encontró que más de la mitad percibía que estaban en condiciones de realizar en forma autónoma 7 de las 13 actividades al inicio de su residencia. Documentar una consulta en la historia clínica del paciente y obtener

TABLA 2.– Características de los residentes y docentes evaluados

	Residentes (n = 71)	Docentes (n = 39)
Edad (años), media \pm DE	26.5 \pm 3	41 \pm 10
Sexo femenino, n (%)	41 (57)	17 (44)
Especialidad clínica, n (%)	44 (63)	29 (74)
quirúrgica, n (%)	26 (37)	10 (26)
Conoce las competencias del graduado de medicina, n (%)	51 (73)	34 (87)
Universidad pública, n (%)	46 (65)	
Promedio de la carrera, media \pm DE	8.16 \pm 0.66	
Trabajó previamente como médico, n (%)	23 (32)	
Rol en la residencia (%)		
Director		4 (10)
Coordinador/Supervisor		11 (28)
Instructor/Jefe de residentes		11 (28)
otros docentes		12 (31)
Tiene formación docente, n (%)		29 (75)
Se desempeña como docente >10 años, n (%)		16 (41)
Percibe que tenía autonomía para realizar la mayoría de las actividades al inicio de su residencia, n (%)		2 (5)

TABLA 3.– Estimación sobre el nivel de supervisión requerido por residentes y sus docentes

	Estiman que los residentes pueden realizar en forma autónoma		p
	Residentes (%) n = 71	Docentes (%) n = 39	
1. Historia clínica y examen físico	70	33	< 0.001
2. Diagnóstico diferencial	35	13	0.012
3. Pruebas diagnósticas	45	5	< 0.001
4. Órdenes médicas	34	8	0.002
5. Documentación	73	44	0.002
6. Presentación oral	54	21	0.001
7. Interrogantes clínicos y evidencia	61	59	0.871
8. Traspaso de cuidado	38	13	0.005
9. Equipo interprofesional	69	36	0.001
10. Atención de urgencia	30	5	0.003
11. Consentimiento informado	75	23	< 0.001
12. Procedimientos generales	31	0	< 0.001
13. Seguridad y mejoras	55	41	0.163

consentimiento informado para pruebas y procedimientos fueron las dos actividades que el mayor porcentaje de residentes percibió que era capaz de realizar en forma autónoma (más del 70% de las respuestas). Por otro lado, menos de la mitad de los residentes se sentía en condiciones de realizar sin supervisión directa las restantes 6 actividades, en especial las relacionadas con reconocer e iniciar la evaluación y manejo clínico en un paciente que requiriera atención urgente, así como realizar procedimientos médicos generales. En el caso de estos últimos, menos de un tercio de los residentes se sentía capaz de realizarlos con autonomía.

Al evaluar las respuestas de los responsables docentes (Tabla 3), se encontró que más de la mitad de este grupo consideraba que los residentes requerían supervisión directa para 12 de las 13 actividades profesionales confiables. La mayoría de los docentes estimaba que los residentes eran confiables únicamente para formular interrogatorios clínicos y obtener evidencia para mejorar la atención médica en forma autónoma. Las actividades en las que el mayor porcentaje de este grupo opinó que los residentes requerían supervisión directa fueron: elaborar y discutir órdenes y prescripciones médicas, recomendar e interpretar pruebas diagnósticas y terapéuticas, reconocer a un paciente que necesite atención de urgencia e iniciar su evaluación y manejo clínico, así como realizar procedimientos médicos generales. Para esta última, ninguno de los responsables docentes opinó que los residentes fueran autónomos.

Para 11 de las 13 EPA evaluadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las opiniones de los residentes y responsables docentes. Ambos grupos tuvieron un porcentaje similar de respuestas respecto de la capacidad de los residentes de identificar errores del sistema en forma autónoma y formular interrogantes clínicos y buscar evidencia. No se encontraron diferencias en la estimación sobre necesidad de supervisión de acuerdo a sexo, edad, especialidad, universidad, promedio de carrera, trabajo previo como médico, formación docente o tiempo de desempeño como docente mayor a 10 años.

Discusión

Nuestros resultados muestran que los médicos residentes estiman no ser capaces de realizar la mitad de las actividades profesionales confiables planteadas por la Asociación Americana de Escuelas de Medicina¹⁰ sin supervisión directa, mientras que sus docentes creen que no pueden ser autónomos para el 92% de ellas.

En un trabajo realizado en un hospital pediátrico en Boston¹⁷, en el que se evaluaron 11 EPA, se encontró que la mayoría de los residentes creía requerir supervisión directa para dos de estas actividades, mientras que el número ascendía a seis en el caso de los docentes. Nuestros resultados muestran incluso menor percepción de autonomía en ambos grupos.

Asimismo, nuestros hallazgos coinciden con otros estudios en nuestro país¹⁶ que han mostrado que los recién egresados no se sienten capaces de realizar muchas de las tareas propuestas en el programa de la carrera de medicina. Si bien es cierto que en nuestro país no están claramente definidas las actividades profesionales confiables, podrían correlacionarse con las competencias descritas en el perfil del egresado de medicina. Se plantea entonces la contradicción entre las competencias que deberían poseer los recién graduados, en comparación con la percepción de su autonomía al ingreso a la residencia.

Si bien la literatura registra que residentes y docentes no coinciden en su opinión, con auto evaluación de menor requerimiento de supervisión por parte del primer grupo, en nuestro trabajo encontramos diferencias de mayor magnitud respecto de las comunicadas previamente. Mientras que en el estudio de Winn y col.¹⁷ se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre residentes y docentes respecto de un tercio de las actividades profesionales confiables evaluadas, en nuestro estudio hemos hallado diferencias en 85% de éstas.

Esta información podría ser relevante no solo a la hora de definir niveles de supervisión en los programas de residencia, sino también para el diseño curricular de la carrera de medicina en las universidades. Encontramos que los docentes y los residentes creen que, en su primer mes de formación hospitalaria, estos últimos no están preparados para realizar distintas tareas asistenciales básicas de un médico general, tales como priorizar un diagnóstico diferencial luego de una consulta, recomendar e interpretar pruebas diagnósticas, elaborar y discutir órdenes médicas, realizar procedimientos médicos generales y reconocer un paciente crítico. Lo mismo sucede en otras actividades inherentes al sistema de residencias médicas, como dar o recibir un pase de guardia, o transmitir la información de una consulta médica. De acuerdo a estos resultados, sería conveniente considerar si es conveniente otorgar permisos o privilegios a los residentes ingresantes para realizar este tipo de tareas en forma autónoma, sin que esto ponga en riesgo la seguridad del paciente. Asimismo, exponer a los residentes a realizar actividades para las que no se sienten capacitados po-

dría conducir a consecuencias negativas, incluyendo el síndrome de *burnout*^{21, 22}.

De todas maneras, la evaluación propia y de sus docentes sobre la necesidad de supervisión no necesariamente se correlaciona con las capacidades de estos profesionales. Se ha publicado previamente que los médicos no pueden autoevaluar sus capacidades de manera exacta^{23, 24}. En consecuencia, surge la importancia de mejorar la evaluación de las competencias de los recién graduados, para definir niveles de supervisión basados en las actividades profesionales confiables con mayor precisión.

Una de las limitaciones del trabajo se relaciona con el tiempo transcurrido desde el ingreso de los residentes y la realización de la encuesta, que fue en promedio de tres meses. Durante este período los residentes adquirieron conocimientos, capacidades y destrezas en múltiples áreas, y es posible que esto haga que respondan en favor de menor nivel de supervisión. En cuanto a los docentes, se les preguntó acerca de las capacidades de los residentes de manera global, lo cual puede ser distinto de la evaluación de la capacidad individual de cada uno de ellos. Por otro lado, el estudio se llevó a cabo en un único centro, con características particulares de un hospital universitario de tercer nivel, donde en los últimos años se ha trabajado acerca de la definición de privilegios y niveles de supervisión, lo que podría influir en la percepción de los encuestados.

De todos modos, se trata del primer estudio local acerca de la estimación sobre el nivel de supervisión requerido por los residentes en el que se incluyó un número elevado de médicos y las cinco especialidades médicas básicas.

En conclusión, en el presente estudio encontramos que, en nuestra institución, los docentes creen que los médicos ingresantes al sistema de residencia no son confiables para realizar la mayoría de las actividades profesionales, mientras que los residentes sólo se sienten capaces de realizar la mitad de ellas sin supervisión directa, contrastando con las competencias supuestas de los graduados de la carrera de medicina. En el futuro, sería necesario orientar los esfuerzos hacia los procesos de evaluación de los médicos residentes, para definir con mayor precisión su autonomía con respecto a las distintas actividades profesionales confiables.

Agradecimientos: Al Dr. Eduardo Durante y a la Dra. Celeste Puga por su asesoramiento en la confección del manuscrito.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Duré I, Daverio D, Dursi C. Planificación y Gestión del Sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina. Observatorio de Recursos Humanos en Salud- Ministerio de Salud de la Nación, 2013. En: <http://www.msal.gov.ar/residencias/index.php/recursos/archivo-de-noticias/384-planificacion-y-gestion-del-sistema-nacional-de-residencias>; consultado abril 2019.
2. Duré I. Residencias médicas en Argentina. *Rev Arg Med* 2015; 3: 2-4.
3. Damewood RB, Gabler Blair P, Soo Park Y, et al. Taking training to the next level: The American College of Surgeons Committee on Residency Training Survey. *J Surg Educ* 2017; e95- e105.
4. Damewood RB, Gabler Blair P, Soo Park Y, Lupi LK, Newman RW, Sachdeva AK. Taking training to the next level: The American College of Surgeons Committee on Residency Training Survey. *J Surg Educ* 2017; e95- e105.
5. Resolución 1993/2005, Ministerio de Salud de la República Argentina. Reglamento General para el Sistema Nacional de Residencias del Equipo de Salud. 2015. En: http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/sistema-nacional-residencias/bases-normativas/Resolucion_1993_2015.pdf; consultado abril 2019.
6. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: Educating for capability. *BMJ* 2001; 323: 799-803.
7. Leach DC. Competence is a habit. *JAMA* 2002; 287:243-4.
8. Ronald M, Epstein MD. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007; 356: 387-96.
9. Soto-Aguilera CA, Robles-Rivera K, Fajardo-Ortiz G, Ortiz-Montalvo A, Hamui-Sutton A. Actividades Profesionales Confiables (APROC): un enfoque de competencias para el perfil médico. *Rev Fundación Educ Med* 2016; 19: 55-62.
10. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ* 2005; 39: 1176-7.
11. Core entrustable professional activities for entering residency. Association of American Medical Colleges. 2013. En: <https://www.mededportal.org/icollaborative/resource/887>; consultado abril 2019.
12. Filippa A, Deluca ME. Medicina: Acreditación en carreras de grado. Impacto en la calidad educativa. - 1a ed. ampliada. Buenos Aires: Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria, 2017.
13. De Oliveira GS Jr, Dexter F, Rahmani R, Fitzgerald PC, McCarthy RJ. Interpretation of the association between frequency of self-reported medical errors and faculty supervision of anesthesiology residents. *Anesth Analg* 2013; 116: 752-3
14. Baldwin DC, Daugherty SR, Ryan PM. How residents view their clinical supervision: a reanalysis of classic national survey data. *J Grad Med Educ* 2010; 2: 37-45.
15. Farnan JM, Petty LA, Georgitis E, et al. A systematic review: the effect of clinical supervision on patient and residency education outcomes. *Acad Med* 2012; 87: 428-42.
16. Resolución N° 1314/07, Ministerio de Educación Ciencia y Técnica de la República Argentina. Estándares para la acreditación de carreras de medicina de la

- República Argentina. 2007. En: http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/RM_1314-07.pdf; consultado abril 2019.
17. Galli A, De Gregorio MJ. Competencias adquiridas en la carrera de medicina: comparación entre egresados de dos universidades, una pública y otra Privada. *Educ Med* 2006; 9: 21-6.
 18. Winn AS, Marcus CH, Sectish TC, Williams K, Landrigan CP. A comparison of resident self-perception and pediatric hospitalist perceptions of the supervisory needs of new interns. *Hosp Pediatr* 2018; 8: 214-9.
 19. Ten Cate O. Competency-Based Postgraduate medical education: past, present and future. *GMS J Med Educ* 2017; 34: Doc69.
 20. van Loon KA, Driessen EW, Teunissen PW, Scheele F. Experiences with EPAs, potential benefits and pitfalls. *Med Teach* 2014; 36: 698-702.
 21. Chen HC, van den Broek WE, ten Cate O. The case for use of Entrustable Professional Activities in undergraduate medical education. *Acad Med* 2015; 90:431-6.
 22. Al-Ma'mari NO, Naimi AI, Tulandi T. Prevalence and predictors of burnout among obstetrics and gynecology residents in Canada. *Gynecol Surg* 2016; 13: 323-7.
 23. Párraga Martínez I, González Hidalgo E, Méndez García T, Villarín Castro A, León Martín AA. Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Rev Clín Med Fam* 2018; 11: 51-60.
 24. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA* 2006; 296: 1094-102.
 25. Les Barnsley L, Lyon PM, Ralston SJ, et al. Clinical skills in junior medical officers: a comparison of self-reported confidence and observed competence. *Med Educ* 2004; 38: 358-67.

LA TAPA

Flora Taboada Ares. **Ruego**, 2018
Mármol. Medidas: 58 × 12 × 26 cm

Flora Taboada Ares nació en la ciudad de La Coruña en 1941. Sus padres emigraron de España a Argentina con sus cinco hijos, cuando ella tenía nueve años. Flora es egresada de la Escuela Técnica Fernando Fader. Cursó estudios de Arquitectura (tercer año UBA). Hizo su formación en pintura con el Maestro Anselmo Piccoli, en pasteles con Lita Speroni y en escultura con Leo Vinci. Practicó la talla en piedra con Don Ramón Castejón y la técnica de cera perdida con Antonio Pujía. Estudió joyería en el "Complejo técnico de Joyería" y participa del taller del profesor Ricardo Laham en el Museo de Bellas Artes.