



**Ideas principales de la conferencia Beyond Flexner:
Misión social de la Educación Médica**

**Tulsa, Oklahoma
15 al 17 de mayo de 2012**

Dr. Charles Godue
Dra. Rosa María Borrell
Proyecto de Recursos Humanos para la Salud
Área de Sistemas de Salud basados en la APS

Indice

1- Introducción

2- Ideas principales de presentaciones en plenarias

2.1- Las modalidades de la misión social

2.2- El movimiento para la misión social de la Educación Médica

2.3- Rendición de cuentas de la educación médica de los graduados

2.4- Aplicación de rendición de cuentas para la educación médica

2.5- Las perspectivas de la misión social

3- Las sesiones de trabajo sobre currículo y los lugares de experiencia clínica

3.1- El currículo de la carrera de medicina

3.2- Ubicación de la experiencia clínica

4-Conclusiones de la Conferencia

5- Nuestras impresiones

Anexo 1: Agenda de la reunión

Anexo 2: Lista de participantes

1- Introducción

La Conferencia fue patrocinada por The W.K Kellogg Foundation, The George Kaiser Family Foundation, The George Washington University, The University of Oklahoma School of Community Medicine y The University of Tulsa.

En los dos días de discusión se presentaron y debatieron temas relacionados con la misión social de la enseñanza de la medicina, las dimensiones éticas del liderazgo en medicina y se argumentó porqué avanzar más allá de Flexner y porqué ahora.

La Conferencia programó 3 plenarias relativas a los temas.

- Modalidades de la misión social,
- El movimiento para la misión social de la Educación Médica,
- Rendición de cuentas de los programas de post-grado en medicina,
- La rendición de cuentas aplicada a la educación médica,
- Perspectivas sobre la misión social.

Además de los paneles en plenarias, se realizaron varias sesiones de trabajo* con los temas de:

- Misión,
- Admisión,
- *Pipeline**
- Matrícula,
- La experiencia clínica comunitaria,
- Compromisos del post-grado,
- Estructura y contenidos del currículo,
- Los educadores.

Las reflexiones finales de la Conferencia fueron realizadas por el Dr. George Thibault, presidente de Josiah Macy Jr. Foundation y se presentan al final de este reporte.

1- Ideas principales de presentaciones en plenarias:

2.1- Las modalidades de la misión social:

La Fundación Kellogg de W.K otorgó un subsidio al Departamento de Políticas de Salud de la Escuela de Salud Pública y Servicios de Salud de la Universidad George Washington para estudiar las consecuencias no intencionales del Flexner Report en cuanto a la equidad en salud en los Estados Unidos y para explorar modelos de educación médica que van más allá de Flexner para alcanzar la *misión social de educación médica*.

* Para fines de esta relatoría no se incluirá un resumen de todas las presentaciones de las sesiones de trabajo aunque se incluirán algunas por la importancia de los temas.

* Programas y modalidades novedosas para la atracción de estudiantes a la carrera de medicina.

Las universidades participantes del estudio fueron:

- a. Escuela de Medicina Osteopática, At Still, en Arizona
- b. La Escuela de Medicina de Morehouse, Georgia.
- c. Escuela de Medicina de Northern Ontario.
- d. Escuela de Medicina Comunitaria de la Universidad de Oklahoma.
- e. Escuela de Medicina de la Universidad Southern Illinois.
- f. Escuela de Medicina de la Universidad de New Mexico.

Basado en la experiencia del equipo de investigación y del comité consultivo, se utilizó un proceso interactivo para elaborar la lista de 8 modalidades para analizar: La estructura escolar del programa de estudios; los ingresos de estudiantes; el incremento de postulantes para la carrera; la modalidades de atracción de estudiantes, la estructura y contenidos curriculares; la localización de la experiencia clínica; los costos de la matrícula y; el compromiso con el posgrado.

También se analizó la misión de las escuelas como reflejo de sus valores, finalidad y ambición de la institución transmitida al público.

Se examinó la bibliografía disponible para ver si las modalidades elegidas evidencian el soporte de su posición para alcanzar la misión social de la institución. Cada escuela completó una encuesta pertinente a la función de las modalidades. Se realizaron visitas y entrevistas con los líderes clave de la escuela, grupos focales con estudiantes y residentes para analizar sus experiencias educativas y planes de la carrera y los sitios extramurales de enseñanza. De cada visita se realizó un reporte, focalizado en los elementos particulares del programa de la escuela en cuanto a la experiencia de rendición de cuentas y la misión social.

Definición de modalidades para el compromiso social	
Misión	La experiencia clínica comunitaria
Admisión,	Compromisos del post-grado
<i>Pipeline</i>	Estructura y contenidos del currículo
Matrícula	Los educadores

Las ocho modalidades identificadas generaron un marco de referencia útil para examinar las técnicas usadas por estas instituciones para llevar a cabo de manera efectiva la misión social. Las características identificadas para cada modalidad se definieron para que puedan ser transferidas a otras escuelas de medicina.

Así, la misión de la Escuela de Medicina de **Southern Illinois** es asistir a las personas del centro y sur de Illinois para alcanzar sus necesidades de atención a la salud a través de educación, el cuidado del paciente, la investigación y los servicios a la comunidad.

La Escuela de Medicina Comunitaria de la Universidad de **Oklahoma-Tulsa** tiene como misión proporcionar la mejor experiencia educativa posible a los estudiantes mediante la excelencia educativa, la investigación, la actividad creativa y el servicio al estado y la sociedad. Esta Escuela focaliza su misión en mejorar explícitamente la salud y la atención de salud de toda la comunidad.

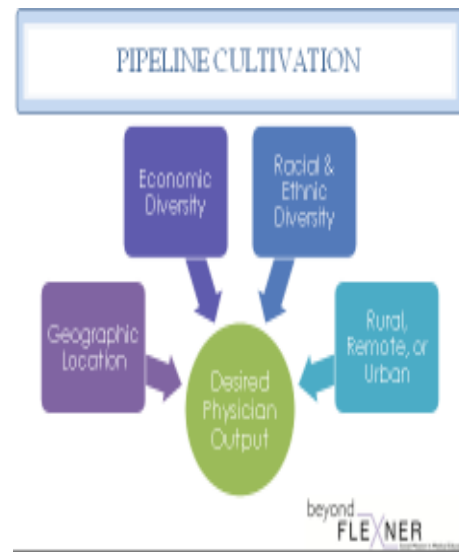
La Facultad de Medicina de la Universidad de **Nuevo México** tiene la misión fomentar la salud de todos los “nuevos mexicanos” educando y aumentando la diversidad de los profesionales de la salud, los líderes y los científicos; ofertar atención médica de calidad y compasiva; abogar por la salud de todos los “nuevos mexicanos” y garantizar nuevos conocimientos y excelencia de la práctica.

La Escuela de Medicina Osteopática en **AT Still Arizona** plantea como misión preparar a profesionales altamente competentes mediante programas académicos innovadores, centrados en el aprendizaje, con un compromiso para seguir su patrimonio osteopático y focalizado en la atención integral de las personas, la salud de la comunidad, la educación interprofesional, la diversidad y las poblaciones sub-atendidas.

La Facultad de Medicina del **Norte de Ontario** mantiene como visión el desarrollo de la educación e investigación innovadora para la salud del norte. Su misión está dedicada a la educación de alta calidad de los médicos y profesionales de la salud, y el reconocimiento internacional como un líder en la enseñanza centrada en el aprendizaje y la educación e investigación comprometida con la comunidad.

La Facultad de Medicina de **Morehouse (Georgia)** está dedica a mejorar la salud y el bienestar de individuos y comunidades; aumentar la diversidad de los profesionales de la salud y la fuerza laboral científica; enfocar las necesidades de atención a través de la atención primaria mediante programas en educación, investigación y el servicio, con énfasis en las personas de color y las poblaciones sub-atendidas urbanas y rurales en Georgia y la nación.

Todas estas escuelas tienen programas de extensión con escuelas e instituciones de cualquier nivel para promover los estudios de medicina y cuya intención es aumentar el banco de candidatos para estudiar medicina.



Estas estrategias no se limitan a la diversidad racial y étnica, incluyen una clara meta para incorporar médicos de una localidad particular, con diversos antecedentes económicos, grupos raciales diversos y áreas con escasez de profesionales de la salud.

En cuanto al **currículo**, ¿Qué función desempeñan la ética, las humanidades y la política sanitaria en el programa de estudios?



En el 2006 la Universidad de New Mexico inició un curso (“certificado”) integrado de Salud Pública como parte del plan de estudios de medicina. El programa incluye cursos sobre equidad en salud, epidemiología y bioestadística, la práctica basada en evidencias, política sanitaria y sistemas de salud, lo biológico y los determinantes sociales de la salud, y la ética en la salud pública. Empezando con todos los matriculados en el 2010, todos los estudiantes de medicina se graduarán con un certificado de Salud Pública de 17 créditos.

Los conceptos de equidad/salud pública y las aptitudes de salud aprendidos durante los últimos años son revisitados nuevamente y los estudiantes tienen la oportunidad de aplicarlos teóricamente en una comunidad mientras reflexionan cómo podrían usar las herramientas de evaluación de las comunidades en su propia práctica futura. También desarrollan aptitudes clínicas en su área de especialidad trabajando con un supervisor de su práctica.

En relación a la localización de la práctica clínica, el estudio observó diversas experiencias de “inmersión”, pasantías rurales y urbanas, rotación en centros comunitarios de salud. Los estudiantes valoraron mucho estas experiencias y formularon observaciones sobre el efecto positivo de esta experiencia en su carrera; particularmente, mencionaron que les ayudó a visualizar su entorno de prácticas futuras.

En la Universidad del Sur de Illinois por ejemplo, se realiza una rotación de 8 meses en la comunidad en el tercer año de la carrera y es la pieza central del mismo, donde los estudiantes están en capacidad de desarrollar estrechos vínculos con los médicos de familia locales para obtener una sólida formación en la medicina familiar. Los estudiantes también adquieren una fuerte comprensión del acceso a la atención de salud en áreas rurales y los sistemas de atención.

Las escuelas incluyen estrategias y programas escolares para promover un ambiente de “rendición de cuentas social” como modelo educativo que promueva y aliente a los estudiantes con los valores de la rendición de cuentas social.



En la clasificación establecida por las publicaciones de medicina interna, la Escuela de Medicina **Morehouse de Georgia** ocupó el primer lugar. Para cumplir con la misión social, ha diseñado un currículo centrado en: la ciencia básica y clínica, un programa de preceptoría en primer año, un curso de salud de la comunidad en el primer año y una pasantía rural en 3er año. Contempla además oportunidades de salud comunitaria a lo largo de los cuatro años. El marco conceptual del programa es la "comunidad como paciente", con un enfoque de aprendizaje en servicio, la evaluación de necesidades de la comunidad y la intervención de la promoción de la salud.

En Georgia, cada recinto universitario de la comunidad tiene un par de Directores Regionales de la Educación Médica (RDME) que sirven como primer contacto y mentor de los estudiantes desde el segundo al cuarto año. Estos son clínicos empleados por los Centros de Salud Comunitarios y la facultad para servir como mentores y facilitadores de los estudiantes. Los estudiantes están dentro de estas comunidades y crean un ambiente de aprendizaje sobre la medicina con un profesorado único.

En **Southern Illinois**, desarrollan experiencias clínicas con mentores comunitarios desde muy temprano, en el tercer año los estudiantes tienen rotaciones en medicina familiar comunitaria y psiquiatría por todo el estado y además obtienen experiencias en los hospitales de la comunidad, no en los hospitales grandes de la ciudad. El grado de satisfacción por la experiencia curricular es muy alto.

El "currículo oculto": las escuelas intentan influenciar a los estudiantes para proseguir las carreras en la atención primaria o practicar en las áreas sub-atendidas a través de "los modelos de docentes a imitar y están conscientes de otras influencias del mercado y de las costumbres culturales que se transmiten por otros canales.

Estas escuelas retoman la resolución de WHO de 1995 que sostiene que la "rendición social de cuentas es la obligación de las escuelas de medicina para redirigir la educación, la investigación y las actividades de servicio que abordan las preocupaciones prioritarias de salud que la comunidad, la región o la nación tienen como mandato a servir".

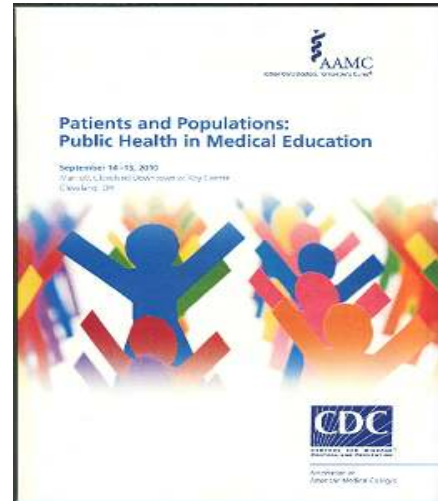
Aunque no fue parte del estudio, en la Conferencia también se presentó La Escuela de Medicina de la **Universidad estatal de la Florida**, establecida en la año 2000, que tiene como misión educar y desarrollar a médicos ejemplares cuya práctica esté centrada en el cuidado de la salud del paciente, en el conocimiento avanzado y que responda a necesidades de la comunidad, especialmente mediante el servicio de las poblaciones envejecidas, rurales, la minoría y las sub-atendidas.

Su misión la alcanzan fundamentalmente a través de iniciar tempranamente con programas de búsqueda de alumnos apropiados, con ingresos holísticos y sistemas fuertes de apoyo de estudiantes, con un modelo de capacitación ambulatoria asentado en la comunidad (70%) y fuera del hospital y la capacitación uno en uno por los médicos de la comunidad, empezando en el primer año.

2.2- El movimiento para la misión social de la Educación Médica

En esta plenaria se presentaron distintas posiciones desde la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC), una escuela de medicina (UC Davis), una iniciativa de salud y medicina urbana (Universidad de Chicago) y desde una empresa que trabaja en la transformación del cuidado de la salud (IBM).

2.2.1-La representante de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAMC), Rika Maeshiro, sostuvo que el logro de la misión social de la educación médica requiere de la integración de la salud pública en el programa de estudios. Se requieren socios y las colaboraciones entre AAMC y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) brindan oportunidades y recursos para los educadores. El momento es oportuno y el apoyo está disponible.



Retoma a Winslow (1920) para definir la Salud Pública como la “ciencia y el arte de prevención de las enfermedades, de prolongación de la vida, y promover la salud física y eficiencia a través de esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del entorno, el control de infecciones de la comunidad, la educación del individuo en los principios de higiene personal, la organización de servicio médico y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de la maquinaria social que asegurará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de salud.



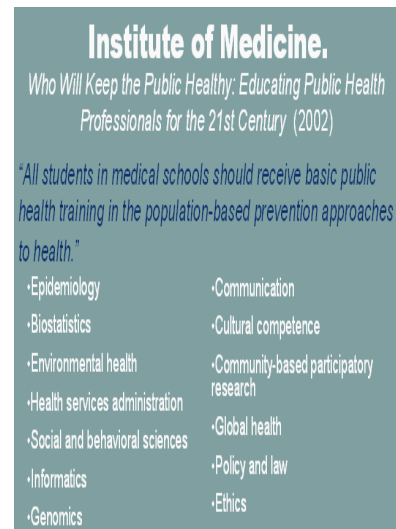
Identificó las funciones esenciales de Salud Pública y afirmó que **todos los médicos son parte de sistema público de salud**. Entre sus funciones están la de vigilar el estado de salud para identificar problemas de salud de la comunidad, diagnosticar e investigar los problemas de salud y los riesgos para la salud en la comunidad; informar, educar y empoderar a las personas acerca de los asuntos de salud; movilizar las asociaciones de la comunidad para identificar y resolver los problemas de salud; elaborar políticas y planes que apoyan los esfuerzos individuales y de salud comunitaria; hacer cumplir las leyes y los reglamentos que protegen salud y garantizan seguridad; vincular a las personas a los servicios de salud necesarios y asegurar la provisión de

atención de salud cuándo de otro modo no se dispone; garantizar una salud pública competente; evaluar la eficacia, accesibilidad y calidad de servicios de salud personales y de la población e investigar insumos y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

La Salud Pública que debe estar presente en la atención médica y la educación médica:

- La epidemiología, la disciplina central de la salud pública, es esencial para la comprensión de la causa y la distribución de las enfermedades.
- Salud pública como base para entender la influencia de factores ambientales, nutricionales, sociales y conductuales en la salud, la enfermedad, la recuperación y el bienestar.
- Potencialidad de la Salud Pública para contribuir con la salud de las personas y la colaboración interdisciplinaria.
- Salud Pública enfatiza la sensibilidad cultural, el compromiso institucional y el conocimiento salud.
- Salud pública refuerza el pensamiento sistémico y la interacción entre las partes.
- Salud pública expone a los médicos al cumplimiento y la diversidad de respuesta a los desastres, política sanitaria y salud ambiental.

El Instituto de Medicina refrenda las recomendaciones anteriores con respecto al contenido de salud pública que debe enseñarse a todos los estudiantes de medicina y agrega otros como: liderazgo, preparación para las emergencias de Salud Pública; prestación de servicios clínicos y preventivos de las comunidades. También recomienda el desarrollo de modelos para integrar la capacitación de los principios de salud pública y práctica en la educación de médicos en ambos niveles de pregrado y graduados. Además, el programa de formación de especialistas identifica e incluye los conceptos de salud pública y la práctica de habilidades relevantes en dicha especialidad. La educación continúa en temas emergentes de salud pública, autoevaluaciones de competencias de salud pública y preguntas pertinentes de salud pública relevantes a la especialidad deben estar incorporadas a los exámenes de recertificación.¹



En Salud de la Población para el 2020 se incluyen como objetivos la educación basada en la comunidad, la inclusión de la clínica preventiva y la salud de la población en las escuelas de medicina, la orientación para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, la diversidad cultural, la evaluación de la literatura en ciencias de la salud, la salud ambiental, los sistemas de salud pública y la salud mundial.

2.2.2- La decana de medicina de la Universidad de California, Davis, Dra. Claire Pomeroy inició su conferencia recordando las palabras de Martin Luther King, Jr.: "De

¹ AAMC. Understanding Public Health in Medical Education: A modular slide set. <https://www.aamc.org/initiatives/cdc/aamcbased/rmphec/>

todas las formas de desigualdad, la injusticia en la atención de salud es la más chocante e inhumana".

Dada el nivel de salud y aseguramiento para el acceso, este es el momento más oportuno para pasar a una acción proactiva, de la intervención de agudos a la APS, del cuidado fragmentado a la coordinación del cuidado a lo largo de la vida, de enfermedad a la prevención, del modelo hospitalario a un modelo centrado en la población, del modelo médico a la inclusión de los determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud hablan claramente de la situación socioeconómica, la educación, ocupación y la seguridad del trabajo, la vivienda, el acceso a la alimentación, la seguridad en la comunidad, la violencia, la marginalidad social y las situaciones sociales y ambientales estresantes como las causas fundamentales de la enfermedad.

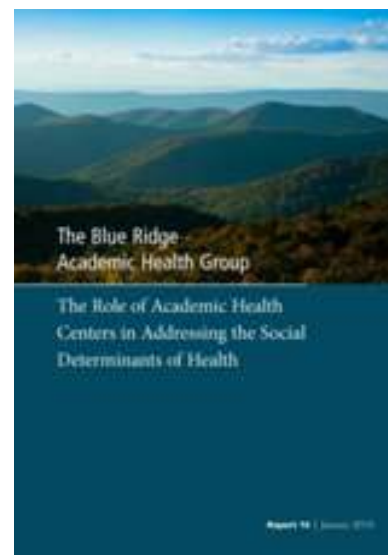
Diecisiete por ciento (17%) de los estadounidenses viven en situaciones de pobreza, peor que el promedio de 10,2% para países desarrollados y los habitantes de las zonas rurales tienen menos cobertura de salud, menos visitas de médicos, menos exámenes preventivos y peores condiciones de salud. Solo el 65% de adultos menores de 65 tienen un proveedor accesible de atención primaria.

El sistema de salud Davis está comprometido con la excelencia académica combinada con una pasión para la justicia social para transformar la atención de salud y mejorar la salud para todos los habitantes de los 5 condados del valle central.

Los estudiantes hacen prácticas y rotaciones en el Valle central en el 5to año y están conectados a través de telemedicina con un centro de tele-salud que opera en el campus de Sacramento.

Se necesita una voz nacional sobre los determinantes sociales de la salud. El Informe The Blue Ridge: Academic Health Group, de 2010, identificó las estrategias para ejercer un efecto multiplicador en función de centros de salud académicos.

La Junta Directiva de la Asociación de Centros Académicos de Salud (AAHC) respalda el compromiso de AAHC de avanzar con nuestras instituciones miembros en los determinantes sociales de la salud. Dado que los determinantes sociales de la salud desempeñan un papel importante en la salud y bienestar general, la Junta respalda los esfuerzos de la AAHC para aumentar la capacidad de centros de salud académicos para responder a estos factores críticos en su educación, investigación y programas clínicos.





La industria de atención de salud está plagada con algunos de los retos de información más complejos que nosotros nos enfrentamos conjuntamente: la información médica se duplica cada 5 años, mucha de la cual no está estructurada y el 81% de los médicos dicen haber pasado 5 horas o menos por mes leyendo las revistas médicas. Se calcula que 1 de 5 diagnósticos son inexactos o incompletos; 1,5 millones de errores en la manera en que los medicamentos han sido prescritos, entregados y tomados en los Estados Unidos cada año; entre 44,000 y 98.000 estadounidenses mueren cada año por errores

médicos prevenibles solamente en los hospitales.

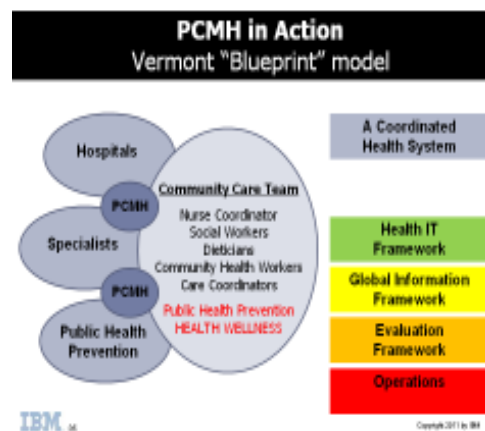
La oficina de personal encargada de los seguros de los Empleados Federales de los Estados Unidos está requiriendo de nuestro apoyo para el apoyo de pacientes en sus hogares (PCMH). Esta iniciativa está requiriendo aumentar el acceso de miembros de la FEHBP a proveedores de atención primaria que han adoptado los principios del hogar médico.

Cinco funciones constituyen el marco para la comprensión de la atención primaria: Manejo del riesgo estratégico para la atención, acceso y continuidad las 24 horas durante los 7 días de la semana incluida la emergencia médica, planificación de cuidados médicos para condiciones crónicas y de atención preventiva (manejo proactivo), compromiso entre el paciente y el cuidador y coordinación de la atención a través del médico de atención primaria.

La estrategia WellPoint conducirá la transformación de un modelo de atención centrado en el paciente a través de la alineación de incentivos económicos y dándoles a los médicos de atención primaria las herramientas necesarias para alcanzar un reembolso basado en los valores y principios de la atención primaria.

Se requiere conducir la transformación a un modelo de cuidado centrado en el paciente, que promueve el acceso, la coordinación continua, la prevención y bienestar a través de la colaboración de los médicos de atención primaria, de manera que le permita a ellos administrar con éxito la salud de sus pacientes y alcanzar un reembolso basado en los valores y principios de la atención primaria.

Las necesidades de los pacientes requieren de una relación integral a largo plazo con sus médicos



personales facultados con las herramientas adecuadas y vinculado a su equipo de atención.

Las medidas de calidad muestran un mayor rendimiento con un sistema de esta naturaleza en el control de la diabetes (8%), la detección del cáncer de mama (6%), el tamizaje del cáncer cérvico-uterino (6%) y una disminución del costo de atención por mes (10%), las visitas de atención (por miembro por mes) (26%), las readmisiones (25%) y las admisiones de hospitalización pacientes (21%).

2.3- Rendición de cuentas de los programas de post-grado en medicina

Esta plenaria estuvo representada por tres panelista: uno del Sistema “Partners HealthCare de Boston, el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Washington y un profesor de Pediatría y Políticas de Salud de la Universidad de George Washington.

2.3.1- Debra Weinstein del Sistema “Partners HealthCare de Boston, realizó una presentación sobre las responsabilidades del sistema de formación de especialistas (GME’s, por sus siglas en inglés) y su responsabilidad con la sociedad y como cumplir con esta misión.

Argumentó acerca de la necesidad de contar con un currículo basado en competencias, con límite de horas de responsabilidad de los residentes, con requerimientos claros de supervisión y gran énfasis en el aprendizaje en sistema ambulatorio.

Se precisa delimitar el tiempo de aprendizaje exclusivamente en el hospital, el tiempo de trabajo-estudio ilimitado, la organización de las disciplinas/ especialidades segmentadas en “silos” y el ofrecimiento de posiciones desconectadas de las necesidades proyectadas.

La reforma de la formación de especialistas es crítica en función de los cambios demográficos de los pacientes y de las necesidades de atención, el rápido crecimiento del sistema de prestación, la explosión de la tecnología, el insostenible crecimiento de los costos de atención y el resurgimiento de la escasez de médicos.

Pero la reingeniería del GME de un programa o una institución tiene un impacto limitado. Las reglamentaciones limitan el alcance de cambios posibles y no existe ningún vehículo para coordinar u ordenar las reformas estructurales que el sistema en general necesita.

La premisa fundamental es que el GME es un bien público, con un significativo financiamiento público, que debe ser más responsable ante el público, producir médicos competentes, educar el número apropiado y una mezcla de médicos que puedan asumir las necesidades del público y asegurar un proceso educativo eficaz .

Las recomendaciones de la Conferencia del 2010 de Macy GME fueron:

- Reevaluar la gobernanza y el sistema financiero de GME mediante una revisión externa independiente,
- Alinear a las necesidades públicas el número y la variedad de médicos especializados,
- Proporcionan financiamiento y la flexibilidad necesaria para la innovación de los programas,
- Ampliar la representación pública y la notificación pública,
- Ampliar los sitios y contenidos de capacitación,
- Enfatizar la educación interprofesional,
- Mejorar la calidad y eficiencia usando el enfoque basado en competencia de la GME con normas nacionalmente respaldadas, y los estándares específicos de áreas de especialidad, (en lugar de duración fija),
- Eliminar tiempo innecesario en GME (por ejemplo, capacitación más corta "core" para subespecialidades),
- Reexaminar las transiciones en la educación médica,
- Asegurar que los hitos para GME sean alcanzados durante el año final, flexible pero riguroso, de escuela de medicina,
- De ser posible, permitir una graduación temprana,
- Eliminar programas preliminares independientes,
- Reevaluar programas anuales transitorios,
- Incorporar pre-requisitos necesarios dentro de las especialidades basadas en la modalidad de residencias,
- Proporcionan un período de "monitoreo independiente" dentro de GME.

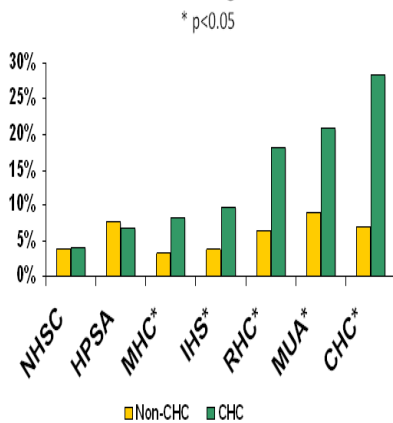
Dentro de las reestructuraciones de la GME también se recomienda:

- Incrementar el tiempo que pasan los residentes en atención primaria (por ejemplo, 12 de 36 meses),
- Enlazar el financiamiento federal de GME a los programas que producen registros de atención primaria,
- Cambiar la estructura de las becas, a estructura autofinanciada, mediante una práctica de medio tiempo en una especialidad de tipo primaria. Requiere un período de práctica de atención primaria después de la residencia para entrar en una beca de subespecialidad

2.3.2- El Dr. Frederick Chen, de la Universidad de Washington habló del futuro de la enseñanza de los especialistas en los centros de salud.

Inició su presentación con el tema de las vacantes de los médicos en los centros de salud: Más de 400 posiciones de médicos de familia abren en Centros de

Percent Working in Specific Underserved Settings



Salud y más de 13 meses para cubrir la plaza. La mayoría los médicos que acceden a la atención primaria son médicos de familia.

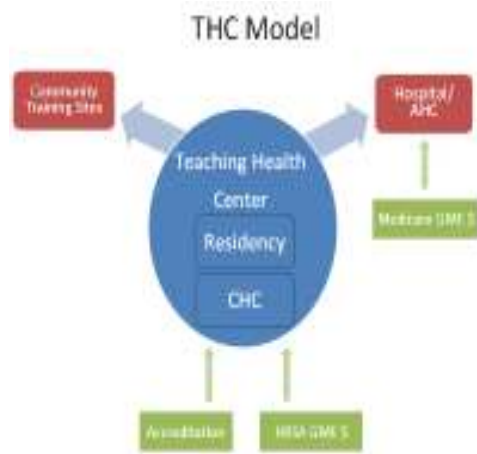
Habló de la Red de 18 programas de residencia de medicina familiar en Washington, Wyoming, Alaska, Montana e Idaho (WWAMI) que brinda una variedad de oportunidades de capacitación incluido atender las poblaciones rurales y sub-atendidas. Trabajan estrechamente con el departamento de Medicina Familiar de la universidad y la Región VIII-X de centros de salud.

Presentó los resultados de una investigación para promover el acoplamiento entre las residencias y los centros de salud. Utilizaron una encuesta transversal aplicada a los médicos de familia que capacitaron en programas de residencia WAMI 1986-2002.

Después de mirar los graduados que trabajan en cualquier área sub-atendida, buscaban conseguir elementos específicos para analizar a los graduados dependiendo de si estaban o no trabajando en áreas específicas sub-atendidas.

Los resultados indicaron que los Centros de Salud (HC) capacitaron a los médicos 3.4 veces más con probabilidad para trabajar en un HC (controlando años de capacitación, género, FTE); 2,7 veces más probabilidad para el trabajo en un entorno sub-atendido. No se encontró diferencia en la preparación de la capacitación para la práctica, el espectro de práctica y la satisfacción de prácticas.

Un centro de salud dedicado a la enseñanza es un centro comunitario de atención al paciente ambulatorio donde opera un programa de residencia de atención primaria. Específicamente incluye clínica comunitaria de salud mental, clínica de salud rural y centros de salud tribales.



El programa de residencia de atención primaria incluye: medicina familiar, medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, psiquiatría, odontología general y pediátrica y geriatría.

La GME otorga pagos para los gastos directos e indirectos a los centros de salud dedicados a la enseñanza que figuran en la lista de instituciones patrocinadoras, suministrada por la entidad acreditadora, para la expansión o nueva aprobación de programas de residencias médicas.

En relación al pago, se calcula US\$150.000 por residente por año. Puede ser más, pero no duplicado, podría ser ajustado de acuerdo al lugar.

Las lecciones aprendidas son:

- El modelo requiere de procesos de acreditación,
- Debe existir un fuerte interés de parte del médico alumno,

- Nuevo modelo de GME con pagos directos a las residencias y al centro de salud comunitaria.

2.4- La rendición de cuentas aplicada a la educación médica

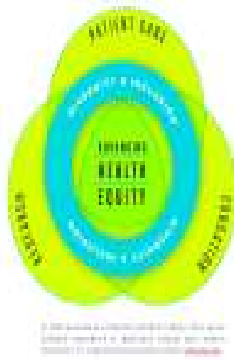
Esta plenaria estuvo representada por Dr. Hewitt C. Baldwin del Consejo de Acreditación de las residencias (GME), Dr. Andrew Morris-Singer presidente del “Primary Care Progress y Marc Nivet de la AAMC.

Este último enfatizó que “las intervenciones pueden lograr un cambio” y que “ha habido progreso y podemos cuantificarlo”.

Sin embargo, “hemos logrado progresos limitados hacia metas de composición diversa. Las metas sobre la “diversidad” permanecen en gran parte aisladas de la misión fundamental. Existen barreras estructurales y necesitamos análisis más rigurosos sobre cuáles intervenciones funcionan mejor y porqué.

El éxito se debería vincular, en último término, a cambios más amplios en la educación en salud y la prestación de servicios de salud

Diversity 3.0: Linking diversity & inclusion to quality outcomes for all



Mientras tanto, el caso para diversidad e inclusión es más fuerte que nunca. Está creciendo la lista de las "identidades diversas", hay cambios demográficos, escasez de fuerza laboral, 32 millones de personas sin seguro de salud, se ha ampliando la agenda de investigaciones focalizadas en el compromiso con la comunidad, la población y nivel transnacional y falta de competencias del servicio de salud nacional.

Existe un falso concepto entre el concepto de excelencia académica y la diversidad. Cree que la inclusión diversa en la educación no baja la calidad de la enseñanza ni de la práctica.

Hay que construir sobre el pasado y reposicionarse para el futuro. Las bases están colocadas en un movimiento social más justo, con acceso del sistema para las mujeres y las minorías raciales y étnicas, con competencias culturales, paridad de la población, focalizados en el reclutamiento y la retención, con una definición más amplia centrada en una atracción progresiva y la periferia como eje central.

2.5- Perspectivas sobre la misión social

Tres panelistas presentaron distintas perspectivas sobre la misión social: Elizabeth Wiley, JD, MPH, presidenta de la Asociación Americana de estudiantes de Medicina, Dr. Arthur

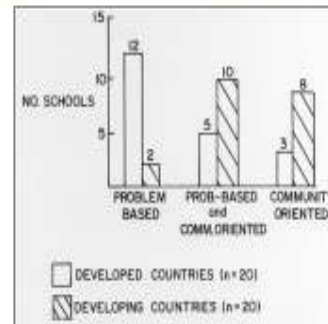
Kaufman, vicepresidente de Salud Comunitaria de la Universidad de New Mexico, Barbara Ross, vicepresidenta de Ciencias de la Salud y Asuntos Médicos del Instituto de Tecnología de New York.

En este panel sólo transcribimos la presentación del Dr. Kaufman sobre lo que su Universidad ha aprendido acerca de la misión social de países en vías de desarrollo.

El trabajo desarrollado en Philippines, Brasil (Londrina), Kenya y Ciudad de México les permitió aprender sobre la estrategia de enseñar tomando como base los centros de salud comunitarios.

La lámina utilizada por Kaufman muestra claramente que en los países desarrollados se utiliza más el enfoque de enseñanza “basado en problemas” (PBL), mientras que en las escuelas de medicina de los países señalados el enfoque educativo está centrado en un modelo “orientado a la comunidad”.

Nature of Medical Education Reform in “Developing” vs. “Developed” Countries



Esto significa que las escuelas están inmersas en la comunidad, con sus alumnos y atendiendo la situación de salud de dichas comunidades. Esta experiencia ha ayudado a la UNM a adaptar su carrera de medicina y aprender de la propia sabiduría de las comunidades. Brasil concretamente ha ayudado a desarrollar el concepto y la idea del “trabajador de la salud” como un socio importante de la Educación Médica.

Resulta interesante comparar la prioridad de salud definidas por las Comunidades versus las prioridades de los donantes para la investigación en salud desde la universidad.



En la lámina puede verse claramente las diferencias. Para los donantes, el foco está centrado en la enfermedad. Crean además una distorsión en el pago, que es mucho mayor que en el sistema de salud pública local, haciendo que los talentos locales de los consultorios generales migren hacia los "Consultorios especiales de los donantes". Salud comunitaria padece el incremento de las “enfermedades aburridas” como la diarrea, malnutrición, bronquitis, etc., pero que en definitiva son las que ocasionan más muertes. Tal como muestra la lámina, los donantes invierten en enfermedades relacionadas con el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, etc.

que no han sido priorizadas por las propias comunidades.

En cuanto a los recursos humanos en salud, en el país se necesita retener un mínimo de médicos, más oficiales médicos, mucho más enfermeras y lo que más se necesita son los trabajadores de salud comunitarios. A nivel de las zonas rurales de NM también se necesita lo mismo.

El movimiento sobre “Determinantes Sociales” se ha convertido en un movimiento nacional e internacional y existen diversos grupos trabajando con esta orientación que se mencionan a continuación:

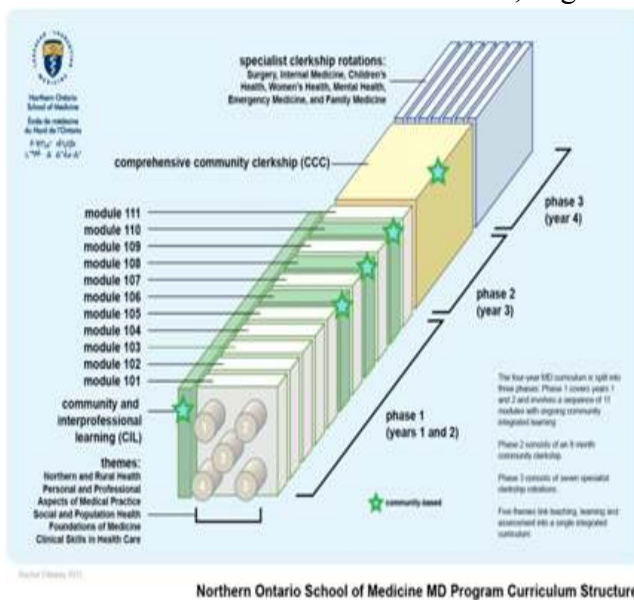
- Academic Health Centers and the Social Determinants of Disease: Measuring our Success by our Population’s Health.
- Social Accountable Academic Health Centers movement.
- The Blue Ridge Academic Health Group.
- Post Flexner Reforms - Medical Schools and Social Accountability.
- The Network: TUFH.
- THENet.

3- Las sesiones de trabajo sobre currículo y los lugares de experiencia clínica

3.1- El currículo de la carrera de medicina

3.1.1- En función de su misión social, la **Universidad Northern Ontario** y su vicedecana, la Dra Lisa Graves, definió en la sesión de trabajo los principios académicos de la escuela que son: la inter-profesionalidad, la integración, la orientación hacia la comunidad, la inclusión, la visión generalista y la dedicación a la investigación.

La fase 1 está dedicada a la Preclínica, organizada en pequeños grupos de aprendizaje,



focalizados en 2 ó 3 casos de estudio, con una estructura de desarrollo de habilidades clínicas con un programa de simulación, sesiones de laboratorio de simulación y sesiones de grupos completos.

En la primera fase pre-clínica están integrados medio día a la semana al aprendizaje integrado en la comunidad por la semana y puede incluir aprendizaje de servicios, ubicados fuera de los dos recintos universitarios.

En la segunda fase de 2 años de clínica, trabajan en 13 comunidades, los estudiantes son expuestos no sólo a la medicina familiar, sino también a la salud de la

madre y el niño, medicina interna, cirugía general, salud mental y medicina de emergencia.

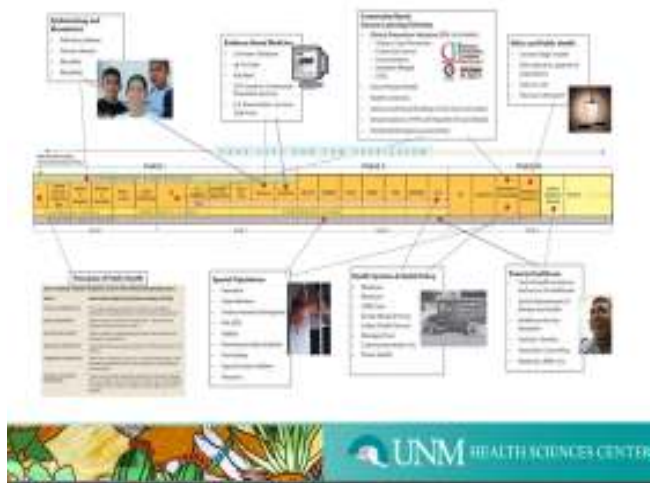
En esta fase también tienen rondas académicas virtuales, sesiones tutoriales, ejercicios de reflexión e investigación.

Otros temas son analizados a lo largo del currículo: la salud rural y del norte, la práctica de la medicina personal y profesional, la salud social y de la población, habilidades clínicas en el cuidado de la salud. En el primer tema por ejemplo, se analizan aspectos relacionados con la salud aborígen, en las áreas rurales y remotas, se desarrollan enfoques para su aprendizaje, se reflexiona los enfoques de evaluación, los objetivos de la salud de los aborígenes y los objetivos de los servicios de Ontario.

En el tema de práctica de la medicina personal y profesional fundamentalmente se analiza el profesionalismo y la ética y los asuntos humanitarios. En el tema de salud social y de la población se exploran los determinantes sociales de la salud y evaluación crítica y epidemiológica.

3.1.2-La modalidad del currículo de la Universidad de **New Mexico** es una experiencia innovadora considerada como “experiencia de vida como agente de cambio, donde se han realizados cambios importantes en el currículo de la pre- clínica, de la clínica y su práctica, de la residencia, conducidos hacia la interdisciplinariedad y la integración de la salud pública y la atención primaria”.

Next UNM School of Medicine Curriculum Reform: Public Health Certificate (17 credits) for all students



La meta es capacitar a todos los estudiantes y los residentes de medicina familiar en Salud Pública. El “nuevo médico” debe de contribuir a incrementar la salud de la comunidad, integrar la salud de la población en todas las fases de la educación médica y articular el grado con el postgrado.

Los temas centrales de la práctica se centran en los indocumentados y los que no tienen seguros de salud, las crónicas, las enfermedades desatendidas, los niños y los ancianos, los problemas mentales ocasionados por la inmigración, la deportación, la violencia y la carencia de recursos.

Los determinantes sociales constituyen otro eje de estudio, particularmente lo relacionado con las corporaciones de la alimentación, la educación básica, el desarrollo económico, la vivienda y la urbanización.

Se estableció una oficina de extensión rural de la salud que tienen agentes rurales a tiempo completo, cuya misión es hacer la conexión entre las prioridades de salud de la comunidad con la universidad y sus recursos y monitorear de manera efectiva los programas de la universidad enfocados en las necesidades de salud de las comunidades.

El Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de NM tiene una nueva visión y metas estratégicas que consiste en “trabajar con la comunidad como *partner* para ayudar al estado de NM a hacer más progresos en salud y equidad en salud más que en cualquier otro Estado para el año 2020.

3.1.3- Aunque no fue parte de esta sesión de trabajo, incorporamos en este tema la presentación del Dr. Pedro J. Greer Jr., presidente del Departamento de Humanidades, Salud y Sociedad, de la Universidad Internacional de la Florida, quien tituló su intervención de la siguiente manera: ¿Porqué y como, y porqué no preparar médicos para salvar el mundo?.

Esta universidad es una de las 25 universidades públicas grandes del país, con dos campus de estudio. Su visión es mejorar la salud en Florida y su misión es que los estudiantes tengan conciencia social a través de un currículo único con base en la comunidad, con la incorporación de otros factores no biológicos para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes y comunidades y además capacitados con alta calidad.

Lo más importante es entender las distintas culturas y los determinantes sociales de la salud, lo que les permitirá incrementar y salvar la salud del mundo. Alguien tiene que hacerlo y al médico le corresponde. Por eso esta escuela coloca el énfasis en la generación de liderazgo, la ética, el acompañamiento de “mentores”, la meta común y el currículo.

Criticó fuertemente el uso de las emergencias como salas de atención primaria. La preocupación de la escuela es la salud de la comunidad y la escasez crítica de médicos a nivel nacional.

El nuevo hilo conductor del currículo después de Flexner es la **medicina y sociedad**. Por eso se ofrece como parte del currículo: Fundamentos éticos de la Medicina (Período 1, las 8 primeras semanas); enfoque de los aspectos socioeconómicos y culturales de la Salud (Período 1, 21 semanas); los enfoques interprofesionales de la Salud (integrado en diversos cursos a lo largo de períodos 1 al 4); “*Capstone*” (período 2 a 4); asignatura optativa: Salud pública (Período 4, 4 semanas).

12 Médicos de atención primaria funcionan como profesores, mentores, clínicos acompañando los cursos de: Aptitudes clínicas (Periodo 1), supervisión de la atención primaria (Período 1, 7 meses); el compromiso de los médicos con la comunidad (Periodo 2); la ayuda a la comunidad (Periodo 2-4); supervisión de la atención primaria geriátrica

(Periodo 2); pasantía en medicina familiar (Periodo 3) y; pasantía de medicina familiar geriátrica (Periodo 3).

Se ofrecen como electivo un internado en salud pública, en medicina comunitaria o en medicina geriátrica.

3.2- Ubicación de la experiencia clínica

Esta sesión de trabajo estuvo dedicada a analizar los lugares donde se desarrolla la enseñanza, la división del tiempo entre el estudio- trabajo en hospitalización, con pacientes ambulatorio y comunitarios y la justificación, aceptación y resultados de esta división del tiempo de enseñar. También se discutió acerca de las pasantías rurales, las experiencias de inmersión a nivel urbano y las rotaciones por los centros de salud comunitarios. Se consideró la bibliografía disponible y la evidencia todavía no es concluyente acerca de la influencia en la elección de la práctica futura del estudiante a partir de la experiencia clínica del pregrado en áreas rurales y sub-atendidas y el lugar de origen de la experiencia de escuela de graduados.



3.2.1-El Dr. Frederick Chen, profesor asociado del departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Washington, inició su presentación señalando que la Facultad de Medicina de UW, es la institución patrocinante para WWAMI, las cinco escuelas de medicina regional del estado para Washington, Wyoming, Alaska, Montana e Idaho.

WAMI es una asociación de 40 años (Wyoming unió en 1996 como el segundo "W") que proporciona educación de alta calidad y eficaz en función de los costos médicos. Incluyen como socios la Universidad estatal de Washington, la Universidad de Wyoming, Universidad de Alaska, Universidad estatal de Montana y Universidad de Idaho.

WWAMI Physician Workforce

State	Physicians/100K population - 1970	Physicians/100K population - 2010	US Rank 2010
Washington	149	258	17
Wyoming	101	193	47
Alaska	74	243	26
Montana	104	229	32
Idaho	94	182	49
US Average	148	254	

Las metas fundacionales de WWAMI desde sus orígenes en 1971 fueron: Brindar apoyo a los ciudadanos del noroeste a través de la educación médica, incrementar el número de médicos de atención primaria y contribuir con la mala distribución de los médicos en todas las zonas, desarrollar una educación médica basada en la comunidad, expandir la educación médica de post grado y la educación continua, y evitar costos de

inversión excesivos y duplicación de los recursos al usar infraestructura educativa existente.

El objetivo de la Universidad de Washington con este proyecto es educar a los estudiantes de medicina para desarrollar una carrera en áreas rurales y áreas sub-atendidas de las zonas de Washington y Montana. Para ello tiene tres tipos de programas: el *TRUST*, *RUOP* Y *WRITE*

Para el primero, se utilizan determinados componentes: focalizar procesos de admisión con metas claras, vincular cursos y programas de la universidad y el proyecto, que los programas clínicos se desarrollen en una sola comunidad de manera continua y con un tutor permanente, vincular la experiencia del pregrado con los programas de residencia focalizados en las áreas sub-atendidas de la misma región, vincular de manera continua a los estudiantes con las comunidades y sus supervisores.

Los estudiantes deben cumplir con un mínimo de estándares para entrar al programa de la UW, y cuentan con procesos de aprendizaje colaborativo que les permite aprender sobre las necesidades de las comunidades y las prácticas establecidas, integrar procesos y experiencias de aprendizaje y facilidades para la adaptación, innovación y crecimiento.

El método de aprendizaje incluye experiencias de observación y convivencia continua en la comunidad, trabajo en la comunidad para ayudar en las necesidades de la población y la comunidad, trabajar en la práctica para ayudar al mejoramiento de los sistemas de atención para abordar las necesidades e integrarse después del 4to.año en el programa continuo de la residencia a nivel rural.

Para el segundo proyecto *RUOP* (programa de oportunidades en población sub- atendidas) se ofrecen experiencias clínicas y comunitarias, de 4 semanas de inmersión, en áreas rurales o urbanas en el 1er. y 2do. año. Sus objetivos son: exponer a sus estudiantes desde temprano de la carrera a los retos y recompensas de atender la atención primaria en poblaciones sub-atendidas, promover una actitud positiva sobre la medicina comunitaria en zonas sub-atendidas urbanas y rurales y darles una oportunidad para aprender el funcionamiento del sistema de atención de salud comunitaria.



Atención primaria orientada hacia la comunidad es un enfoque sistemático que requiere colaboración con la comunidad para determinar las mayores fortalezas y necesidades del sistema de atención de la comunidad, priorizar las necesidades y diseñar una apropiada intervención para alcanzar esas necesidades.

El tercer programa *WRITE* (experiencia de aprendizaje rural integrado) tiene una duración de 20 semanas de inmersión para estudiantes de 3er año. Este programa ayuda a

conocer las necesidades médicas rurales de la región, a familiarizarse e integrarse con la comunidad rural, siendo parte del equipo rural de trabajo en salud, a mantener la confidencialidad y profesionalismo y a convertirse en un aprendiz independiente. Los contenidos de aprendizaje son medicina familiar (4 semanas), medicina interna (4), pediatría (3), psiquiatría (3), electiva (4) que generalmente son de medicina familiar.

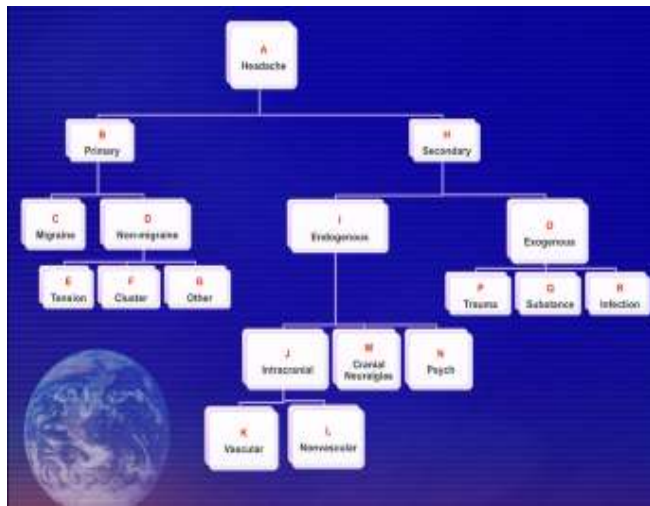
3.2.2- Mara Hover, DO, del Departamento de Medicina familiar y Comunitaria de la Escuela de Medicina Osteopática de la Universidad AT. Still de Arizona, expresó que la escuela tiene el propósito de graduar excelentes médicos osteopáticos para servir a las necesidades de salud de la sociedad, además de contribuir con reducir la escasez de médicos, con una perspectiva particular en las poblaciones rurales y sub-atendidas.

Tienen compromiso con los centros de atención comunitaria como socios de la enseñanza y utilizan el modelo de presentación clínica para el aprendizaje que consiste en la integración de las ciencias básicas con las clínicas, la “solución de problemas y el pensamiento crítico (no el *problema-based learning*)”, la contextualización del aprendizaje y los esquemas correlativos de presentaciones clínicas.

En cuanto a los lugares de aprendizaje, los estudiantes están en la comunidad como “campus”, con 8 horas semanales en experiencia clínica con pacientes ambulatorios, mínimo 4 horas por semana en “hogares clínicos comunitarios” y otras 4 horas en establecimiento externos tales como: entornos hospitalarios, “proveedores interdisciplinarios”, servicios de cuidados domiciliarios, hospicios y unidades móviles.

A nivel docente, pasan 8 horas semanales en aulas con estudios de materiales a través de Internet, deliberación de esquemas de práctica, estudios de casos correlacionados con los materiales didácticos transmitidos por Internet y retroalimentación.

En cuanto a las “habilidades médicas”, llenan semanalmente los formularios de control de exploraciones físicas, realizan suturas, biopsias y punciones venosas, trabajan en proyectos comunitarios de epidemiología y bioestadística y semanalmente realizan registros de diagnóstico y procedimientos.



En el tercer año realizan rotaciones clínicas en medicina familiar (8 semanas), medicina interna (8), pediatría (4), ginecología y obstetricia (4), salud materno-infantil (4), psiquiatría (4), cirugía general (4), atención primaria selectiva (6). En el cuarto año hacen una pasantía por cuidados críticos (4), cardiología (4), emergencia (4), neurología (4), selectivas (16).

Todo esto significa que los estudiantes obtienen una “cultura” de los centros de salud comunitarios, obtiene un rango amplio en atención primaria y servicios preventivos, conocen una población diversa de pacientes, hacen una excelente conexión entre el cuidado de la salud, las necesidades y disparidades, se exponen a un alto volumen de pacientes, realizan una relación personal con la comunidad y están tempranamente expuestos a retos con este tipo poblaciones.

3.2.3- Lisa Graves, MD, FCFP, vice decana de la Facultad de Medicina de Northern Ontario, hizo la presentación señalando inicialmente que el campus está en todo el norte de Ontario, con una distancia de 621 milla entre Sudbury y Thunder Bay, 106 comunidades aborígenes y entre 108 y 110 comunidades rurales.

El enfoque “de aprendizaje integrado” consiste en una experiencia interprofesional en las comunidades, con medio día por semana en la comunidad en los primeros dos años, 1/3 de médicos, 1/3 otros médicos de atención a la salud y 1/3 organizaciones de servicios de salud y con un portafolio como parte de la evaluación.

The campus is all of Northern Ontario



En las comunidades aborígenes tienen una inmersión cultural de 4 semanas, el último módulo del primer año, con sesiones en pequeños grupos a través de teleconferencias y los estudiantes participan en actividades planificadas por las comunidades.

En las comunidades rurales participan también, en sesiones de pequeños grupos a través de teleconferencias, en sesiones de habilidades clínicas en la comunidad o a través de un programa de tele salud y el 50% de la semana lo pasan en un entorno clínico con un supervisor clínico.

La fase 2 de años clínicos se realiza en 13 comunidades donde además de la medicina familiar, están expuestos a la salud de la madre y el niño, medicina interna, cirugía general, salud mental y medicina de emergencia.

La fase 3 están anclados en la atención primaria, con sesiones de perfeccionamiento comunitario por áreas de especialidad y el aprendizaje interprofesional, con rondas académicas virtuales y sesiones tutoriadas.

Esta fase se realiza en los centros académicos de ciencias de la salud de Sudbury y Thunder Bay durante 12 semanas, con 6 rotaciones básicas en cirugía, medicina, salud de la mujer, salud mental, medicina de emergencia, y salud de los niños. En estas rotaciones se incluyen pacientes ambulatorios e ingresados. Es mandatorio tomar dentro de las elegibles la medicina familiar, permitiéndose seleccionar alguna área de particular interés y con práctica focalizada. También tienen en esta fase sesiones académicas rotatorias y evaluación crítica de literatura (*Journal Club*.)

4-Conclusiones

El Dr. George Thibault, presidente de Josiah Macy Jr. Foundation, en sus palabras de cierre de la reunión apuntó que la Educación Médica debe ser un instrumento para la misión social y que el compromiso con la comunidad une el esfuerzo de las universidades participantes en el movimiento sobre la misión social, constituyendo una voz nacional en favor de los determinantes sociales.

La misión de la Educación Médica debe incluir la definición de un área geográfica como parte de su responsabilidad, definir los canales de ayuda que den cuenta de esa misión y obtener resultados medibles. Los recursos para acompañar esta misión y los socios son fundamentales.

La admisión de los estudiantes también debe estar relacionada con la misión social y no debe olvidar a los estudiantes de zonas alejadas, para los cuales habría que mantener un pago de matrícula más bajo.

En cuanto al currículo queda bien impresionado de lo que se están haciendo las universidades participantes del movimiento, encontrando que lo que se está haciendo “hace la diferencia” para generar un mejor médico.

La reforma educativa debe estar conectada con la misión social del médico por lo que es muy importante exponerlo desde temprano a la experiencia clínica. No se puede entender sobre “pobreza” en las aulas; por tanto es necesario aprender y trabajar directamente en y con las comunidades.

En relación al tema de la “educación interprofesional” en salud se debe tener un conocimiento más profundo del tema, ya que existen evidencias de que el cuidado a la salud es mejor cuando se realiza en equipo.

Es necesario adoptar un nuevo modelo clínico, donde la enseñanza se realice en los centros de salud. Lo que está haciendo la universidad de Ontario es espectacular y sirve de ejemplo.

Es necesario seguir profundizando en los sistemas métricos y las modalidades de evaluación.

Los educadores deben ser personas simples, pensar en voz alta y ser gentiles.

El futuro: hay que preguntarse si estamos en este movimiento para unos pocos o para muchos?. La misión social es para todos?. Muchas de las innovaciones que en esta Conferencia se han presentado no representan a otros, que son muchos y no estuvieron presentes en la misma.

Se precisa un cambio cultural importante en la concepción del “médico como parte del equipo” y de la “educación global relacionada con las necesidades de la población”. No

cambiaremos el sistema si no cambiamos la educación de los jóvenes médicos profesionales.

Es necesario entonces ensanchar el círculo, ayudar a estudiar, profundizar en valores y metas, crear una plataforma de estas nuevas prácticas, obtener satisfacción en el sector salud con los profesionales que producimos e intercambiar con otros.

5- Nuestras impresiones

Actualmente existe un fuerte movimiento en algunas universidades de diferentes estados de USA y Canadá para la transformación de la Educación Médica, que rompe en gran parte el modelo tradicional biologista y centrado en la enfermedad. Este movimiento busca ir más allá de las propuestas elaboradas por Flexner hace un siglo, rompiendo con un ícono del pensamiento médico, que ha estado enquistado tanto en la cultura de la educación médica como de la misma práctica y la organización de los servicios.

La definición más importante de la propuesta es la adopción por parte de estas escuelas que forman parte de este movimiento, de una misión y un compromiso social con la salud de las comunidades en las cuales se insertan y particularmente con el acceso a la atención de los más necesitados, es decir, aquellos que no disponen de seguros de salud ni de personal calificado para su atención.

La mayoría de ellas ha asumido un conjunto de retos para contribuir con sus propias comunidades a alcanzar un nivel de salud decente. Por todos es sabido que el sistema de salud de este país ha vivido en crisis por más de 6 décadas, por el alto costo de los servicios de atención, el número elevado de personas sin seguro de salud (32 millones actualmente) y la incapacidad del sistema político bipartidista de acordar una reforma que de cuenta ante todo de estos grandes problemas.

En este movimiento, las escuelas asumen un compromiso social con una población rural, urbana y sub-atendida en un espacio geográfico, que por las características del territorio nacional es amplio, donde están ubicados los distintos centros comunitarios de salud de cada estado, en los cuales se cumplen la fórmula idealmente concebida de aprender mientras se brinda un servicio, desde los primeros años de la carrera, en compañía de mentores supervisores de esa práctica de aprendizaje en los servicios y por un tiempo continuado donde el alumno se identifica con dicha comunidad, genera afectos, realiza investigación y comprende los elementos que determinan ciertas patologías y comportamientos. La experiencia clínica adquirida en estas localidades permite a los alumnos adquirir otros elementos culturales, sociales y clínicos muy distintos de los que podrían adquirir en un hospital de cualquier nivel y las evaluaciones muestran el nivel de satisfacción y compromisos de los alumnos.

El movimiento está consciente y comprometido con disminuir la escasez de los médicos en zonas rurales y sub- atendidas para lo cual trabajan con una serie de proyectos (*pipeline*) para atraer poblaciones de jóvenes para el estudio de la medicina y con

inclinación hacia el trabajo comunitario. Este trabajo de atracción lo inician con estudiantes de término de la escuela secundaria, quienes también tienen alguna inserción en el trabajo comunitario.

El compromiso social pasa por otras decisiones importantes y novedosas en la estructura y contenido de los currículos, en los que se cambian las prioridades de la enseñanza en función de las necesidades de salud y de atención de las comunidades, incorporando además los determinantes sociales como orientaciones fundamentales de los procesos de salud-enfermedad. De esta manera se rompe con el esquema de enseñanza basado en la enfermedad, con la segmentación de las disciplinas y el programa tradicional propuesto por Flexner. En algunas de las escuelas pudimos observar que los nombres de los departamentos se adecuan al nuevo modelo y a la nueva visión que se tiene del futuro médico.

Las grandes propuestas de cambio de este movimiento están centradas en la atención primaria y la medicina familiar y la propuesta de educación médica del pregrado va acompañada en la mayoría de los casos de ofertas de residencias en medicina familiar como un continuo de la práctica comunitaria, con la misma visión y el mismo compromiso.

Este movimiento, si bien está lejos de revertir todas las escuelas de medicina del país, por tratarse de la tierra del señor Flexner, representa un movimiento novedoso y atrevido, que está generando algunas olas en medio de discusiones encendidas sobre la reforma del sistema de salud, con discusiones paralelas de empresas de trabajadores de la salud que están tomando acciones decisivas para comprar paquetes de atención con enfoques de atención primaria y salud familiar.

La crisis del sistema, los costos de atención, las grandes inequidades del sistema de salud y la deshumanización de la atención son elementos que de manera significativa están influenciando a algunas escuelas a buscar nuevos parámetros de compromiso social para la formación del nuevo médico.

Nos ha llamado poderosamente la atención el nivel de innovación, creatividad, desarrollo metodológico, el alto nivel de pensamiento crítico sobre un sistema que no responde a las necesidades de la población. En este tenor, resaltamos la magnitud del significado del cambio, con resultados evidentes tanto en los cambios de la estructura curricular como en la práctica y la relación de acuerdos de trabajo con los servicios. Algunas propuestas presentadas son muy audaces y sin lugar a dudas significan un gran cambio para la salud de cada estado como para el propio aprendizaje del nuevo médico.

La discusión crítica sobre los aportes de Flexner resultó particularmente interesante. Algunos reconocieron su enorme contribución admitiendo que “si Flexner renaciera y evaluara de nuevo las escuelas se asustaría y pensaría que las escuelas no han avanzado desde su primer reporte”. Otros admitieron que “Flexner tiene una alta responsabilidad en la perspectiva de la educación médica actual y que la misma está equivocada”.

Finalmente, otros elementos a compartir como reflexión final son el imperativo de carácter “moral” y de “justicia social” inherente a la profesión médica que asumen algunas de las instituciones, que rompe en gran parte con la lógica del mercado y la medicina como mercancía; el argumento sobre la presión de nuevas fuerzas sociales que presionan por un nuevo modelo de atención que enfatice una relación costo/beneficio adecuada y la mejora de la información médica para la toma de decisiones en salud y; el uso de la nueva tecnología y su incorporación al servicio de la gente.

Nuestra impresión fue altamente gratificante y esperanzadora!

Anexo 1: Agenda de la Conferencia

AGENDA

beyond
FLEXNER
Social Mission in Medical Education

Sponsored by

The W. K. Kellogg Foundation

The George Kaiser Family Foundation

The George Washington University

The University of Oklahoma School of Community Medicine

The University of Tulsa

Conference Co-chairs:

Fitzhugh Mullan, MD

Professor of Medicine and Health Policy, The George Washington University

Gerard Clancy, MD

President, University of Oklahoma-Tulsa

MAY 15-17, 2012

beyond
FLE XNER

7:00-7:55am	Breakfast	Promenade C&D
8:00-8:30am	Welcome Gerard Clancy, MD President, University of Oklahoma-Tulsa	Promenade C&D
8:30-9:00am	The Social Mission and the Dimensions of Ethical Leadership in Medicine David Satcher, MD, PhD Director, Satcher Health Leadership Institute Morehouse School of Medicine; Pousaint-Satcher-Cosby Chair in Mental Health; 16th US Surgeon General	Promenade C&D
9:00-9:30am	Rudolph Virchow, Where Are You Now When We Need You? H. Jack Geiger, MD, M.Sci.Hyg. Professor of Community Medicine, Emeritus City University of New York Medical School	Promenade C&D
9:30-10:00am	Beyond Flexner: Why and How? Fitzhugh Mullan, MD Murdock Head Professor of Medicine and Health Policy The George Washington University	Promenade C&D
10:00-10:15am	Discussion	Promenade C&D
10:15am	Break	
10:30-11:00am	The Beyond Flexner Study: Modalities and Highlights Malika Fair, MD, MPH Assistant Professor of Emergency Medicine The George Washington University	Promenade A&B
11:00-12:00pm	Plenary: Social Mission Modalities Moderator: Malika Fair, MD, MPH Assistant Professor of Emergency Medicine The George Washington University Panelists: Daniel Blumenthal, MD, MPH Associate Dean for Community Health Morehouse School of Medicine Ross Silverman, JD, MPH Chair, Department of Medical Humanities and Chair, Admissions Committee, Southern Illinois University School of Medicine Arthur Kaufman, MD Vice President for Community Health University of New Mexico Lisa Graves, MD, FCFP Associate Dean Undergraduate Medical Education Northern Ontario School of Medicine Gerard Clancy, MD President, University of Oklahoma-Tulsa Thomas McWilliams, DO, FACFP Interim Dean, AT Still University School of Osteopathic Medicine in Arizona	Promenade A&B
12:00-1:00pm	Lunch	Promenade C&D
1:00-3:00pm	Plenary: The Movement for Social Mission in Medical Education Moderator: Robert L. Phillips, Jr., MD, MSPH Director, Robert Graham Center	Promenade A&B

3:00-3:30pm	Break
3:30-5:00pm	Modality Break-out Session I MISSION Moderator: David Wayne, Ph.D. Special Assistant to the Senior Vice President - Academic Affairs, AT Still University Panelists: Daniel Blumenthal, MD, MPH Associate Dean for Community Health Morehouse School of Medicine Ross Silverman, JD, MPH Chair, Department of Medical Humanities and Chair, Admissions Committee, Southern Illinois University School of Medicine Jonathan S. Appelbaum, MD Associate Professor and Education Director, Internal Medicine Florida State University College of Medicine LOCATION OF CLINICAL EXPERIENCE Moderator: David C. Kendrick, MD, MPH Assistant Provost for Strategic Planning, University of Oklahoma School of Community Medicine Panelists: Frederick Chen, MD, MPH Associate Professor, Department of Family Medicine University of Washington Mara Hovey, DO Associate Chair, Department of Family and Community Medicine, AT Still University School of Osteopathic Medicine in Arizona Lisa Graves, MD, FCFP Associate Dean Undergraduate Medical Education Northern Ontario School of Medicine
5:30pm	Buses depart for tour of John Hope Franklin Center for Reconciliation
6:30pm	Picnic Buffet and a Baseball Game: Tulsa Drillers vs. Northwest Arkansas Naturals Cash bar

Panelists:
AAMC-CDC COLLABORATIONS: Integrating public health into medical education
Rika Maeshiro, MD, MPH
Director of Public Health and Prevention Projects, AAMC
A HEALTHIER WORLD: Addressing Social Determinants of Health
Claire Pomeroy, MD, MBA
Dean, UC Davis School of Medicine; Chief Executive Officer
UC Davis Health System; UC Davis Vice Chancellor for Human Health Sciences

COMMUNITY AS CLASSROOM: the Urban Health Initiative Experience
Eric Whitaker, MD, MPH
The University of Chicago Medicine Urban Health Initiative
BEYOND FLEXNER: The End of the Master Builder
Paul Grundy, MD, MPH
IBM's Global Director of Healthcare Transformation
President, Patient-Centered Primary Care Collaborative

7:30-8:25am	Breakfast	Promenade C&D	
8:30-9:00am	Why, How and How Not to Prepare Student Physicians to Save the World: A Curricular Experience	Promenade C&D	
	<p>Pedro José "Joe" Greer Jr., MD Assistant Dean of Academic Affairs and Chair of the Department of Humanities, Health and Society Florida International University College of Medicine</p>		
9:00-10:30am	Plenary: GME Accountability	Promenade C&D	
	<p>Moderator: Kathleen Klink, MD Director, Division of Medicine and Dentistry, HRSA Bureau of Health Professionals</p> <p>Panelists:</p> <p>WHAT IS GME'S RESPONSIBILITY TO SOCIETY AND HOW CAN WE FULFILL IT?</p> <p>Debra Weinstein, MD Vice President for Graduate Medical Education Partners HealthCare System, Boston, MA</p> <p>TEACHING HEALTH CENTERS AND THE FUTURE OF GME</p> <p>Frederick Chen, MD, MPH Associate Professor, Department of Family Medicine University of Washington</p> <p>GRADUATE MEDICAL EDUCATION ACCOUNTABILITY: OPPORTUNITIES FOR A NEW PARADIGM</p> <p>Candice Chen, MD, MPH Assistant Professor of Pediatrics and Health Policy The George Washington University</p>		
10:30-11:00am	Break		
11:00-12:30pm	Modality Break-out Session II		
	TUITION MANAGEMENT	Promenade B	
	<p>Moderator: Monica Basu Program Officer for Community Health and Higher Education, George Kaiser Family Foundation</p> <p>Panelists:</p> <p>Joseph P. Grande, MD, PhD Dean of Academic Affairs, Mayo Medical School</p> <p>Daniel Duffy, MD Dean, University of Oklahoma School of Community Medicine</p> <p>Betsy Jones, EdD Professor and Vice Chair for Research & Education Texas Tech University</p>		
	ADMISSIONS	Promenade C&D	
	<p>Moderator: Stephen Shannon, DO, MPH President, American Association of Colleges of Osteopathic Medicine</p> <p>Panelists:</p> <p>David Muller, MD Dean for Medical Education, Mount Sinai School of Medicine</p> <p>Daniel Blumenthal, MD, MPH Associate Dean for Community Health Morehouse School of Medicine</p> <p>Thomas McWilliams, DO, FACOPP Dean for Community Campuses, AT Still University</p>		
	PIPELINE		Diplomat
	<p>Moderator: Joan Reede, MD, MPH, MS, MBA Dean for Diversity and Community Partnership Harvard Medical School</p> <p>Panelists:</p> <p>Wes McNeese, MD Executive Assistant to the Dean for Diversity, Multicultural and Minority Affairs, Southern Illinois University</p> <p>Robert Sapien, MD Associate Dean for Admissions and Director of the Combined BA/MD, University of New Mexico</p> <p>Jonathan S. Appelbaum, MD Associate Professor and Education Director, Internal Medicine Florida State University College of Medicine</p>		
12:30-1:30pm	Lunch		Promenade C&D
1:30-3:00pm	Modality Break-out Session III		
	POST-GRADUATE ENGAGEMENT		Diplomat
	<p>Moderator: Mark Fox, MD Associate Dean for Community Health and Research Development, University of Oklahoma School of Community Medicine</p> <p>Panelists:</p> <p>Paul H. Rockety, MD Director, Division of Graduate Medical Education American Medical Association</p> <p>Harry S. Strothers III, MD, MMM Professor and Chair, Department of Family Medicine Morehouse School of Medicine</p> <p>Phillip Davis, PhD Associate Provost, External and Health Affairs Southern Illinois University School of Medicine</p>		
	CURRICULUM		Promenade B
	<p>Moderator: Sheila M. Crow, PhD Assistant Dean for Curriculum & Evaluation University of Oklahoma School of Community Medicine</p> <p>Panelists:</p> <p>Lisa Graves, MD, FCFP Associate Dean Undergraduate Medical Education Northern Ontario School of Medicine</p> <p>Arthur Kaufman, MD Vice President for Community Health University of New Mexico</p> <p>Daniel Duffy, MD Dean, University of Oklahoma School of Community Medicine</p>		
	MENTORING		Promenade C&D
	<p>Moderator: Donald L. Weaver, M.D., Chief Medical Officer National Association of Community Health Centers</p> <p>Panelists:</p> <p>Kohar Jones, MD Clinical Assistant Professor, Department of Family Medicine The University of Chicago</p> <p>Mara Hover, DO Associate Chair, Department of Family and Community Medicine, School of Osteopathic Medicine in Arizona, A.T. Still University</p> <p>Charles P. Mouton, M.D., M.S. Senior Vice President for Health Affairs and Dean Meharry Medical College School of Medicine</p>		

beyond
FLE NER

3:00-3:30pm

Break

3:30-5:00pm

**Plenary: Applied Social Accountability
in Medical Education**

Promenade C&D

Moderator: Henry Sondheimer, MD
Senior Director, Student Affairs and Student Programs
Association of American Medical Colleges

Panelists:

**Furthering the Social Mission
through Interprofessional Education**

DeWitt C. Baldwin, Jr., MD
Scholar-in-Residence, Accreditation Council
Graduate Medical Education

**Grassroots Advocacy in Academic
Medical Education: Empowering Learners,
Teaching New Skills, and Accelerating Reform**

Andrew Morris-Singer, MD
President and Principal Founder, Primary Care Progress

Getting to Health Equity

Marc Nivet, EdD
Chief Diversity Officer, Association of American Medical Colleges

6:00pm

Buses Depart for Gilcrease Museum

6:30-7:20pm

Reception and tours at Gilcrease Museum

7:30pm

Dinner at Gilcrease Museum
Complimentary wine and beer, cash bar

**Preparing the Stewards
of the Public's Health**

Karen DeSalvo, MD, MPH, MSc
Health Commissioner, City of New Orleans

beyond
FLE NER

7:30-8:25am

Breakfast

8:30-10:00am

**Plenary: Social Mission
Perspectives**

Promenade C&D

Moderator: John Schumann, MD
Associate Professor of Medicine; Associate Program Director;
Internal Medicine Residency, University of Oklahoma
School of Community Medicine

Panelists:

**A Student's Perspective on Social Accountability
in Medical Education**

Elizabeth Wiley, JD, MPH
National President Elect, American Medical Student Association

**What We Learn about the Social Mission
from Developing Countries**

Arthur Kaufman, MD
Vice President for Community Health, University of New Mexico

**Osteopathic Medicine:
Leadership in Social Mission**

Barbara Ross Lee, DO
Vice President for Health Sciences and Medical Affairs
New York Institute of Technology

10:00-10:15am

Break

10:15-10:45am

Conference Reflections

Promenade C&D

George Thibault, MD
President, Josiah Macy Jr. Foundation

10:45 - 12:00pm

Town Hall/Next Steps

Promenade C&D

Gerard Clancy, MD
President, University of Oklahoma-Tulsa
Fitzhugh Mullan, MD
Murdoch Head Professor of Medicine and Health Policy
The George Washington University

Anexo 2- Lista de Participantes:



Conference Participant list

Amy Addams
Association of American Medical
Colleges
aaddams@aamc.org

Jeffrey Alderman
The University of Oklahoma
jalderma@ouhsc.edu

Leeland Alexander
The University of Oklahoma-Tulsa
leeland-alexander@ouhsc.edu

Jon Appelbaum
Florida State University
Jonathan.Appelbaum@med.fsu.edu

Christine Arenson
Thomas Jefferson University
christine.arenson@jefferson.edu

DeWitt C. Baldwin, Jr.
Accreditation Council Graduate
Medical Education
DBaldwin@acgme.org

Shipra Bansal
A.T. Still University
sbansal@northcountrychc.org

Monica Basu
George Kaiser Family Foundation
monicab@gkff.org

Ruth Berggren
The University of Texas Health
Science Center - San Antonio
berggren@uthscsa.edu

John Blebea
University of Oklahoma-Tulsa
jblebea@ouhsc.edu

Daniel Blumenthal
Morehouse School of Medicine
dblumenthal@msm.edu

Rosa Maria Borrell
Pan American Health Organization
borrellr@paho.org

James Boulger
University of Minnesota Duluth
jboulger@d.umn.edu

Joan W. Brown
National Medical Fellowships, Inc.
JoanWinerBrown@aol.com

John Bryant
Johns Hopkins School of Public
Health
jbryantwchr@gmail.com

Kevan Buck
The University of Tulsa
kevan-buck@utulsa.edu

Alan Burgener
Burgener Consulting
alan-burgener@mchsi.com

Patrick Burkhardt
Kaiser Permanente
Patrick.W.Burkhardt@kp.org

Elizabeth Burpee
University of New Mexico
marcandsibby@gmail.com

Boyd Buser
University of Pikeville-Kentucky
BoydBuser@upike.edu

Leigh Anne Butler
The George Washington University
msdlag@gwumc.edu

Jacqueline Caldwell
The University of Tulsa
jacqueline-caldwell@utulsa.edu

Todd Capistrant
Pacific Northwest University
Todd.capistrant@gmail.com

Ida Castro
The Commonwealth Medical
College
icastro@tcmedc.org

Lisa Chamberlain
Stanford University
lchamberlain@stanford.edu

Marguerite Chapman
University of Tulsa
marguerite-chapman@utulsa.edu

Candice Chen
The George Washington University
Candice.Chen@gwumc.edu

Frederick Chen
University of Washington
fchen@u.washington.edu

Timothy Chow
Committee of Interns and
Residents/SEIU
tchow@cirseiu.org

Raymond Christensen
University of Minnesota
rchriste@d.umn.edu

Nahrie Chung
Holland Hall School
nahrie.chung@gmail.com

Gerard Clancy
The University of Oklahoma-Tulsa
gerard-clancy@ouhsc.edu

Crystal Clark
Revera Institute
clarkcmd@gmail.com

Matthew Clark
University of Oklahoma
matthew-clark@ouhsc.edu

Genevieve Clavreul
NRNPA
raconte@aol.com

Sheila Crow
The University of Oklahoma-Tulsa
Sheila-Crow@ouhsc.edu

Princess Currence
University of Illinois
currence@uic.edu

Gary Davis
University of Minnesota Duluth
gdavis1@d.umn.edu

Phillip Davis
Southern Illinois University
pdavis@siu.edu

Waukiea Dennison
Florida International University
wdenniso@fiu.edu

Karen DeSalvo
Health Commissioner, City of New Orleans
kdesalvo@nola.gov

Sarah Diamond
The George Washington University
sarah.diamond@gwumc.edu

Leila Diaz
Texas A&M Health Science Center
ldiaz@medicine.tamhsc.edu

Daniel Duffy
The University of Oklahoma-Tulsa
Daniel-Duffy@ouhsc.edu

Brian Ebersole
Wright Center for Graduate Medical Education
ebersoleb@thewrightcenter.org

Pyser Edelsack
Sophie Davis School of Biomedical Education
pyser@med.cuny.edu

Julia Edwards
The University of Oklahoma-Tulsa
julia-edwards@ouhsc.edu

Katherine Ellington
St. George's University
ellington.kate@gmail.com

Clese Erikson
Association of American Medical Colleges
cerikson@aamc.org

Malika Fair
The George Washington University
malikafair@gmail.com

Jennie Faulkner
Conroe Medical Education Foundation
jfaulkner@lonestarfamil.org

Andy Fosmire
Rural Health Projects/NW AHEC
ahccadmin@nwosu.edu

Charles Foulks
The University of Oklahoma-Tulsa
charles-foulks@ouhsc.edu

Mark Fox
The University of Oklahoma-Tulsa
Mark-Fox@ouhsc.edu

Brandi Freeman
University of Pennsylvania
freeb@upenn.edu

Joshua Freeman
University of Kansas Medical Center
jfreeman@kumc.edu

H. Jack Geiger
City University of New York Medical School
jgeiger@igc.org

Marin Gillis
Florida International University
mmgilli@fiu.edu

Meagan Ginyard
Prince George's Community College/ University of Maryland-College Park
mginyard@terpmail.umd.edu

Ondria Gleason
The University of Oklahoma-Tulsa
ondria-gleason@ouhsc.edu

Charles Godue
Pan American Health Organization
goduecha@paho.org

Michael Gomez
The University of Oklahoma-Tulsa
michael-r-gomez@ouhsc.edu

Joseph Grande
Mayo Medical School
Stoyles.Kelly@mayo.edu

Lisa Graves
Northern Ontario School of Medicine
lgraves@nosm.ca

Rose Green Thomas
Black Women Physicians Educational & Research Foundation, Inc.
drthomas@sbcglobal.net

Pedro José "Joe" Greer
Florida International University
greerp@fiu.edu

Paul Grundy
IBM
rmicuch@us.ibm.com

Juan Guerra
Kaiser Permanente Northern California
juan.j.guerra@kp.org

Janet Haggerty
The University of Tulsa
janet-haggerty@utulsa.edu

John Hale
The University of Tulsa
john-hale@utulsa.edu

Jennifer Hays-Grudo
The University of Oklahoma-Tulsa
jennifer-bays-grudo@ouhsc.edu

George Hill
Vanderbilt University Medical Center
george.c.hill@vanderbilt.edu

Juell Homco
University of Oklahoma
Juell-Homco@ouhsc.edu

Mara Hover
A. T. Still University
mhover@atsu.edu

Ryan Huey
The University of Oklahoma-Tulsa
Ryan-Huey@ouhsc.edu

Marium Husain
Ohio State University
marium.husain@osumc.edu

Debbie Indyk
Mount Sinai School of Medicine
debbie.indyk@mssm.edu

Loretta Jackson-Williams
University of Mississippi
ljackson@umc.edu

Yumi Jarris
Georgetown University
yj33@georgetown.edu

Lane Johnson
University of Arizona
lpj@email.arizona.edu

Jonathan Joiner
The University of Oklahoma-Tulsa
jonathan-joiner@ouhsc.edu

Emily Jones
The George Washington University
emilybjones@gmail.com

Kohar Jones
The University of Chicago
kjones1@bsd.uchicago.edu

Betsy Jones
Texas Tech University
betsy.jones@ttuhsc.edu

Lauren Katkish
The George Washington University
laurenkatkish@gmail.com

Arthur Kaufman
University of New Mexico
akaufman@salud.unm.edu

Wil Kaufman
Greater Lawrence Family Health
Center
wkaufman@glfhc.org

David Kendrick
The University of Oklahoma-Tulsa
david-kendrick@ouhsc.edu

Lorene King
University of Illinois College at
Peoria
ljking@uic.edu

Kathleen Klink
Health Resources and Services
Administration
dmiller@hrsa.gov

Donald Kollisch
Sophie Davis School of Biomedical
Education at The City College of
New York
kollisch@med.cuny.edu

Gretchen Kolsky
Association of State and Territorial
Health Officials
gkolsky@astho.org

Kelli Komro
University of Florida
komro@ufl.edu

Kristen Konopka
The George Washington University
kristen.konopka@gmail.com

Chad Landgraf
Oklahoma State University
chad.landgraf@okstate.edu

Joe Langley
Cameron University
jlangley@cameron.edu

Michael Lapolla
The University of Oklahoma
lapolla@swbell.net

Sonia Lazreg
Mount Sinai School of Medicine
sonia.lazreg@mssm.edu

Rosa Lee
Sophie Davis School of Biomedical
Education
rlee@med.cuny.edu

Barbara Ross Lee
New York Institute of Technology
brosslee@nyit.edu

Wanda Lipscomb
Michigan State University
Lipscom3@msu.edu

Helen Livingston
Florida State University
helen.livingston@med.fsu.edu

Svetlana Lozo
Maimonides Medical Center
SLozo@maimonidesmed.org

Bob Lunn
Springfield-Greene County
Regional Health Commission
bob.lunn@thehealthcommission.org

Rika Maeshiro
Association of American Medical
Colleges
rmaeshiro@aame.org

Crystal Mainiero
Associated Medical Schools of
New York
crystalmainiero@amsny.org

Risha Manchanda
Charles R Drew University of
Medicine and Science
RishiManchanda@cdrewu.edu

Luis Manriquez
University of Wisconsin
lmanriquez@gmail.com

Shawn Martin
American Osteopathic Association
smartin@osteopathic.org

Kathryn Martin
Georgia Health Sciences University
/ Medical College of Georgia
katmartin@georgiahealth.edu

→ Lindsay Martin-Engel
American Medical Student
Association
Martin.lindsay.1@gmail.com

Colin McCluney
University of Washington
colin@mccluney.net

Christine McFarlin
Florida International University
cmcfarli@fiu.edu

Stephen McKernan
Conroe Family Medicine
Residency
vfowlkes@lonestarfamil.org

Meryl McNeal
Morehouse School of Medicine
mncneal@msm.edu

Wesley McNeese
Southern Illinois University
dkassube@siuimed.edu

Thomas McWilliams
A.T. Still University
tmcwilliams@atsu.edu

Andrew Morris-Singer
Primary Care Progress
andrew@primarycareprogress.org

Charles Mouton
Meharry Medical College
cmouton@mmc.edu

Fitzhugh Mullan
The George Washington University
fmullan@gwu.edu

Beyond Flexner 2012
Conference Participant List

David Muller
Mount Sinai School of Medicine
david.muller@mssm.edu

Bryce Murray
The University of Oklahoma-Tulsa
bmurray@ouhsc.edu

Laurel Murrow
GHSU/UGA Medical Partnership
lmurrow@uga.edu

Mohan Nadkarni
University of Virginia
mmn9y@virginia.edu

Marc Nivet
Association of American Medical
Colleges
mnivet@aamc.org

Jessica O'Babatunde
Children's National Medical Center
obaba83@hotmail.com

Carlos Irwin Oronce
Tulane University
carlos.oronce@gmail.com

Daniel Ostergaard
American Academy of Family
Physicians
dosterga@aafp.org

Robin Paetzold
University of Iowa
robin-paetzold@uiowa.edu

Geoffrey Pechinsky
Tufts Family Medicine Residency
gpechinsky@challiance.org

Steven Pejuan
Wayne State University
spejuan@med.wayne.edu

Richard Perry
Oklahoma State University
richard.r.perry@okstate.edu

Craig Phelps
A.T. Still University
ckaye@atsu.edu

Robert L. Phillips, Jr.
Robert Graham Center
BPhillips@aafp.org

Rachelle Pierre-Mathieu
The George Washington University
rpierremathieu@mfa.gwu.edu

David Pole
Saint Louis University
poledc@slu.edu

Claire Pomeroy
UC Davis School of Medicine
claire.pomeroy@ucdmc.ucdavis.edu

William Potter
The University of Tulsa
william-potter@utlsa.edu

Joan Reede
Harvard Medical School
joan_reede@hms.harvard.edu

Douglas Reifler
Chicago Medical School
douglas.reifler@rosalindfranklin.edu

Penny Rembolt
University of Iowa
penny-rembolt@uiowa.edu

T. Wayne Rentz, Jr.
Georgia Health Sciences University
trentz@georgiahealth.edu

Paul Rockey
Accreditation Council for Graduate
Medical Education
prockey@acgme.org

Rene Rodriguez
Leon Medical Center
rr@icps.org

Beth Roemer
Kaiser Permanente
beth.roemer@kp.org

Robert Sapien
University of New Mexico
rsapien@salud.unm.edu

David Satcher
Morehouse School of Medicine;
16th US Surgeon General
anjackson@msm.edu

Keya Sau
Albany Medical College
saukeya@gmail.com

Steven Scheinman
Upstate Medical University
scheinms@upstate.edu

Robert Red Schiller
Institute for Family Health
Rschiller@institute2000.org

Dale Schoenefeld
The University of Tulsa
schoend@utulsa.edu

Heidi Schumacher
Children's National Medical Center
HSchumac@childrensnational.org

John Schumann
The University of Oklahoma-Tulsa
john-schumann@ouhsc.edu

Cristine Serrano
Erie Family Health Center
ahosack@eriefamilyhealth.org

Milan Shah
SUNY Downstate College of
Medicine
milan.shah@downstate.edu

Anuj Shah
Northwestern University
ahosack@eriefamilyhealth.org

Steve Shannon
American Association of Colleges
of Osteopathic Medicine
sshannon@aacom.org

Robert Sheaff
The University of Tulsa
robert-sheaff@utulsa.edu

Derri Shtasel
Massachusetts General Hospital
dshtasel@partners.org

John Silva
Morton Comprehensive Health
Services, Inc.
amalveaux@mortonhealth.org

Ross Silverman
Southern Illinois University
rsilverman@siu.edu

Jeanne Sinkford
American Dental Education
Association
sinkfordj@adea.org

Beyond Flexner 2012
Conference Participant List

Susan Skochelak
American Medical Association
susan.skochelak@ama-assn.org

Henry Sondheimer
Association of American Medical
Colleges
hsondheimer@aamc.org

Janice Spalding
Northeast Ohio Medical University
jmspaldi@neomed.edu

Shepard Splain
Brookdale Hospital University and
Medical Center
ssplain@brookdale.edu

David Squire
Utah Medical Education Council
dfsquire@utah.gov

Rick Streiffer
University of Alabama
rstreiffer@cchs.ua.edu

Peter Stromberg
The University of Tulsa
peter-stromberg@utulsa.edu

Harry Strothers
Morehouse School of Medicine
hstrothers@msm.edu

Gabriel Suarez
Florida International University
gsuar004@fiu.edu

Chris Sudduth
The University of Oklahoma-Tulsa
christopher-sudduth@ouhsc.edu

Kevin Taubman
The University of Oklahoma-Tulsa
kevin-taubman@ouhsc.edu

Kent Teague
The University of Oklahoma-Tulsa
kent-teague@ouhsc.edu

George Thibault
Josiah Macy Jr. Foundation
gthibault@macyfoundation.org

Linda Thomas
The Wright Center for Graduate
Medical Education
thomasl@thewrightcenter.org

Kirsten Thomsen
UNE
kthomsen7@gmail.com

John Tipton
The University of Oklahoma-Tulsa
john-tipton@ouhsc.edu

Janet Townsend
The Commonwealth Medical
College
jtowndsend@tcmedc.org

Alan Trachtenberg
Indian Health Service
atrachte@hqe.ihs.gov

Connie Trantham
The University of Oklahoma-Tulsa
connie-trantham@ouhsc.edu

Patricia Turner
NE Area Health Education Center
pturner@tulsacc.edu

Adela Valdez
UTHSCSA
valdeza@uthscsa.edu

Justin Van De Wiele
The University of Oklahoma-Tulsa
justin-vandewiele@ouhsc.edu

Leonel Vela
UT Health Science Center San
Antonio
velal@uthscsa.edu

Amy Waldner
The George Washington University
amy.waldner@gmail.com

Erik Wallace
The University of Oklahoma-Tulsa
erik-wallace@ouhsc.edu

David Wayne
A.T. Still University
dwayne@atsu.edu

Donald L. (Don) Weaver
National Association of
Community Health Centers
dweaver@nache.com

Weldon Webb
University of Missouri
webbw@health.missouri.edu

Debra Weinstein
Partners HealthCare System,
Boston, MA
dweinstein@partners.org

Michael Weisz
The University of Oklahoma-Tulsa
michael-weisz@ouhsc.edu

Toney Welborn
University of Oklahoma Health
Sciences Center
tony-welborn@ouhsc.edu

Alan Wells
Florida International University
alwells@fiu.edu

Ted Wendel
A.T. Still University
twendel@atsu.edu

Mary Wetherall
The Wright Center for Graduate
Medical Education
wetherallm@thewrightcenter.org

Eric Whitaker
The University of Chicago
Medicine Urban Health Initiative
Colette.Gurin@uchospitals.edu

Elizabeth Wiley
American Medical Student
Association
ewiley@gwmail.gwu.edu

Wendy Wilson
Northern Ontario School of
Medicine
wwilson@nosm.ca