



◇ Artículo original

Evaluación de la competencia para el tratamiento de la artritis reumatoide por médicos de primer contacto

Carlos Enrique Cabrera-Pivaral,^{1,2} Carlos Alonso-Reynoso,³ María Luisa Vázquez-Villegas,³ Mario Salazar-Páramo,^{1,2} Guillermo Julián González-Pérez,² María Guadalupe Vega-López,² Jorge Iván Gámez-Nava,¹ Arnulfo Nava.^{1,2,4}

¹Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS, Guadalajara, México.

²Centro de estudios en salud, población y desarrollo humano. Departamento de Ciencias Sociales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.

³Dirección de Investigación Decanato Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Guadalajara.

⁴Departamento de Inmunología y Reumatología, Hospital General de Occidente, SSJ.

PALABRAS CLAVE:

Competencia clínica, Reumatología, médico familiar México.

Resumen

Las enfermedades reumáticas se encuentran entre las primeras veinte causas de consulta en medicina familiar y por ello requiere de una oportuna identificación y manejo por parte de los médicos familiares. El propósito del presente trabajo fue medir la competencia clínica del médico, para identificar y manejar la artritis reumatoide. Con este fin se utilizó un instrumento estructurado y validado, en una muestra representativa de 144 de 450 médicos familiares en cinco de veintitrés Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, México.

La principal variable de estudio fue la competencia clínica de los médicos definida como la capacidad de interpretación, evaluación y propuestas que éste realiza en la práctica de su profesión. Los niveles de competencia se definieron a través de una escala ordinal y se relacionaron con el resto de variables utilizando la mediana, el estadígrafo de Kruskal Wallis, y la χ^2 . La mediana de la competencia clínica fue de 47.3 con rango de -6 a 90, sin diferencias al relacionar entre las unidades de atención médica. Con el resto de variables de estudio no se demostró diferencia estadísticamente significativa. Se concluye que el 15.3% de los médicos familiares reúne la competencia para el manejo de las principales enfermedades reumáticas.

Correspondencia: Dr. Carlos Enrique Cabrera Pivaral. San Juan Bosco 3782, C.P. 1000, Guadalajara, Jalisco, México. Teléfono-fax: (013 33) 121 0345.
Correo electrónico: carlos_cabrera@prodigy.net.mx, navazava@yahoo.com.mx.

KEYWORDS:

Clinical competence, rheumatology, family physician, Mexico.

Assessment of the ability of first contact physicians in the treatment of rheumatoid arthritis

Abstract

Rheumatic Diseases (RD) are part of the 20 most frequent reasons for consultation in family medicine, therefore, it is mandatory that family physicians perform an oportune recognizement and therapeutic approach of RD. The aim of this study was to measure the clinical competence for identification and therapeutic approach of rheumatoid arthritis (RA) of 144 from 450 family physicians by using a structured and validated instrument. The FP Sample was obtain from 5 randomly selected from 23 Family Medicine Units of the Instituto Mexicano del Seguro Social in the city of Guadalajara, México.

Main outcome measure was the clinical competence of FP, defined as the capacity to interpretate, to evaluate and proposals realized in its clinical practice. Competence levels were expressed in an ordinal scale and its association with other variables was assessed by using Kruskal-Wallis test or Chi square test.

Clinical competence median value was 47.3, ranking from -6 to 90, and no statistical difference was found when comparing by Family Medicine Unit, neither when comparing by other variables.

We conclude that 15.3 % of FP met clinical competence for identification and therapeutic approach of rheumatoid arthritis (RA).

Introducción

La competencia clínica es el conjunto de capacidades¹⁻³ que se expresan en la identificación de signos y síntomas, en el uso de recursos de diagnóstico, el uso de recursos terapéuticos y la observación de las conductas iatrogénicas por omisión y por comisión la cual se logra mediante la educación de pregrado y posgrado.⁴⁻⁶ En consecuencia, la identificación de las enfermedades reumáticas por el médico familiar requiere de una competencia clínica que permita reconocer la enfermedad, evaluar los factores de desenlace y las estrategias terapéuticas;¹ en este proceso, el médico familiar debe efectuar una reflexión crítica de los casos con el propósito de capitalizar su experiencia y así construir su propio conocimiento respecto del manejo clínico de la enfermedad reumática y evitar la progresión del daño.^{7,8} La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad reumática inflamatoria más frecuente en la atención ambulatoria y por lo tanto el médico de primer contacto debe contar con las herramientas que le permitan adquirir la competencia para la atención integral de estos pacientes en

su nivel de atención. Idealmente, debe desarrollar la capacidad para:

- Comprender los factores de riesgo o la indagación de los mismos.
- La integración diagnóstica más apropiada con los datos clínicos.
- Guiar el estudio diagnóstico, con una visión totalizadora del paciente; en hacer uso racional de las pruebas diagnósticas lo cual contrasta con el uso discriminado y orientador.

La toma de decisiones representa una de las capacidades de mayor complejidad. Comprende la elección de cierto recurso propedéutico o preventivo a partir de su mayor efectividad comparado con otros recursos, su menor riesgo de morbilidad, su mayor disponibilidad y su menor costo o su mayor facilidad de administración. La información existente acerca del grado de competencia del médico de primer contacto en resolver casos clínicos problematizados de pacientes con AR es limitada y en México pocos estudios han abordado esta temática, evidenciando la necesidad de contar con mayor información sistematizada al respecto.

Objetivo

Identificar la competencia clínica del médico familiar frente a casos clínicos problematizados más frecuentes de AR.

Métodos

El diseño es transversal y comparativo. El universo de estudio se conformó de un total de 450 médicos de primer contacto del primer nivel de atención de Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Se incluyeron a médicos de primer contacto con contratación definitiva y temporal, de los turnos matutino o vespertino, de sexo femenino o masculino que aceptaron participar en el estudio y contestaron a la totalidad de preguntas del instrumento aplicado. Se excluyeron del estudio los médicos de primer contacto que: laboraban en los servicios de urgencias, del turno nocturno, de vacaciones, con permiso o becados al momento de la recolección de información. La unidad de análisis fue: la competencia clínica para identificar la enfermedad reumática.

Unidades de Medicina Familiar seleccionadas: se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple a cinco de las Unidades de Medicina Familiar de la región estudiada. De éstas, mediante muestreo aleatorio simple se incluyeron a 144 de 450 médicos de primer contacto potencialmente elegibles. *Variables de desenlace:* Competencia clínica del Médico de primer contacto para la identificación de la AR. *Variables independientes:* Sexo, edad, antigüedad de la práctica profesional y tipo de contratación.

Instrumento para medición de la competencia clínica: El instrumento consta de casos clínicos reales condensados, ajustados y divididos en fragmentos a los fines del estudio a los que les siguen preguntas con tres opciones de respuesta: 'verdadero', 'falso' y 'no sé'. Los dominios evaluados para identificar aptitud clínica fueron: factor de riesgo, datos clínicos, integración diagnóstica, medidas diagnósticas, medidas terapéuticas y puntaje Global.

La versión final después de la validación por expertos fue de 110 reactivos (35 para cada indicador), con respuesta coincidente en cuatro o más de los jueces (4/5 y 5/5). Se balancearon los enunciados que corresponden a la opción 'verdadero'

y a la opción 'falso'. Se estandarizó por médicos con especialidad de medicina familiar. El índice de confiabilidad de Kuder - Richardson es de 0.94. Cada respuesta vale un punto, una respuesta incorrecta resta un punto y la respuesta no sé es igual a cero. El resultado final se obtiene de la suma de las respuestas correctas a las que se resta las incorrectas. Posteriormente se realizó el cálculo de respuestas por azar.^{9,10}

El nivel de medición de la competencia clínica se integró con los siguientes grados: nivel I. Definidos por el azar <20 puntos; II. Nivel muy bajo de 21 a 38 puntos; III. Nivel bajo de 39 a 56 puntos; IV. Nivel regular de 57 a 74 puntos; V. Nivel alto de 75 a 92 puntos; VI. Muy alto 93 a 110 puntos.⁹ *Análisis de la información:* Para la descripción estadística se emplearon: media, moda, mediana, varianza, desviación estándar y porcentaje. En la sección inferencial se utilizaron pruebas no paramétricas; de Kruskal-Wallis para hacer comparaciones entre tres o más grupos independientes, la U de Mann Whitney para dos grupos y *Ji cuadrada* para dos grupos con medición nominal. *Consideraciones éticas:* De acuerdo con el "Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud" de la Ley General de Salud, el presente trabajo se considera investigación sin riesgo (Artículo 17). Se contó con el consentimiento informado del participante en la investigación (Artículo 14).¹⁰

Resultados

La muestra incluyó a 144 médicos familiares, predominantemente con categoría de médicos de base, otras características generales pueden observarse en la **Tabla 1**.

Respecto a la competencia clínica para la identificación de la AR en el adulto según la Unidad Médica, al relacionar los valores entre las unidades médicas y los indicadores de la competencia, no existieron diferencias significativas (KW: $p = > 0.05$) (**Tabla 2**).

En la **Tabla 3** se muestra los niveles de la competencia clínica. Se observa que 16.7% logra respuestas por azar, 20.1% registra un nivel de competencia clínica muy baja; 27.7%, una competencia clínica baja; 20.1% una competencia regular; 15.3% una competencia alta y no se registra ningún médico con una competencia muy alta. Los resultados globales reflejaron una mediana de 47.3 puntos con un rango de -6 a 90. Al relacionar

♦ Tabla 1. Datos generales de 144 médicos familiares.

| Categoría laboral | Frecuencia | % |
|--|------------|------------|
| Base | 107 | 84 |
| Eventual | 37 | 16 |
| Total | 144 | 100 |
| Sexo | | |
| Masculino | 76 | 53.5 |
| Femenino | 68 | 46.5 |
| Total | 144 | 100 |
| Especialidad en MF | | |
| Sí | 80 | 58 |
| No | 64 | 42 |
| Total | 144 | 100 |
| Edades | | |
| 28 - 40 | 54 | 37 |
| 41 - 54 | 73 | 57 |
| 55 - 67 | 21 | 6 |
| Total | 144 | 100 |
| Tiempo de ejercer como médico familiar (años) | | |
| 1 - 9 | 42 | 26 |
| 10 - 19 | 66 | 48 |
| 20 - 28 | 40 | 26 |
| Total | 144 | 100 |

la competencia clínica para la identificación de la patología reumática, según la categoría laboral, no se muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los médicos y su contratación, (U; $p = 0.25$). En la competencia clínica según la antigüedad laboral como médico familiar no se observa una diferencia estadística (KW; $p = 0.59$). En la competencia clínica con o sin especialidad en medicina familiar, se muestra un mejor nivel en los médicos con especialidad; sin embargo, esta diferencia no es suficiente para considerarse estadísticamente significativa (U; $p = 0.36$). Según el sexo, los resultados no muestran una diferencia estadísticamente significativa (U; $p = 0.14$).

Discusión

La competencia clínica es el conjunto de capacidades y competencias de los médicos familiares para la identificación de signos y síntomas, de indicadores, en la integración diagnóstica, en el uso de recursos de diagnóstico, el uso de recursos terapéuticos, las conductas iatrogénicas por omisión y las conductas iatrogénicas por comisión.^{3,11}

En la época actual, las enfermedades crónicas¹² y los accidentes ocupan un lugar central para la disposición de una estrategia de la salud pública y la educación sanitaria.^{13,14} Las enfermedades reumáticas en México y Jalisco para el año 2000, ocuparon el cuarto lugar como motivo de los dictámenes de invalidez en el Instituto Mexicano del Seguro Social.^{15,16}

En el Instituto Mexicano del Seguro Social en Jalisco¹⁷ para el 2000 reporta más de 6463 consultas de medicina familiar de primera vez por estos padecimientos. Estos datos muestran la magnitud y trascendencia social e institucional. Entre las ventajas del diagnóstico y manejo oportuno para el médico familiar a partir de la competencia están el prevenir las complicaciones y secuelas, reducir la morbilidad o en su caso, facilitar el inicio de la terapia integral.³ Sin embargo, sólo 10.57% de los médicos reúne la competencia clínica alta para el manejo inicial y oportuno de la enfermedad reumática.

Con una competencia clínica favorable de los médicos familiares se puede implementar medidas efectivas para retardar la progresión del daño y sus secuelas a partir de las herramientas que dispone el especialista de la medicina.^{18,19}

El médico familiar en su práctica médica del primer nivel de atención a la salud atiende en general a los pacientes con las enfermedades más comunes. Al igual que en otras especialidades, su formación médica de pregrado y de postgrado^{5,6,20} se ha basado predominantemente en una educación pasivo receptiva consistente en clases teóricas y prácticas controladas. Tiene sus experiencias prácticas con frecuencia en hospitales donde el tipo de enfermos y el enfoque de su tratamiento es muy diferente a lo que encontrará posteriormente en su práctica clínica primaria; lo cual condiciona una práctica más biomédica de consumo de información y reflexiva de la realidad social.¹¹

Esta deficiente formación inicial podría subsanarse mediante una actualización de conocimientos y una educación médica continua adecuada. Para ello, el médico deberá realizar: a) el análisis constante de la literatura médica respecto de esas enfermedades comunes y una confrontación de la misma con la práctica clínica; b) la discusión crítica con los demás médicos, especialmente sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento o pronóstico de un paciente con base en las evidencias clínicas, la información de la literatura y la experiencia de

♦ **Tabla 2.** Indicador de competencia clínica para identificar/manejar artritis reumatoide en médicos familiares según Unidad Médica, IMSS. Jalisco, México.

| Indicador | Global | Factor de riesgo | Datos clínicos | Integración diagnóstica | Medidas diagnósticas | Medios terapéuticos | <i>p</i> * |
|---------------|----------------------|--------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| Unidad médica | Valor teórico 110 | Valorteórico 20 | Valor teórico 25 | Valor teórico 20 | Valor teórico 25 | Valor teórico 20 | |
| A (n = 27) | 38** (- 6 a 75) | 8 (2 a 16) | 4 (-6 a 22) | 12 (-10 a 20) | 7 (-6 a 22) | 8 (-4 a 17) | 0.43 |
| B (n = 29) | 50 (- 24 a 90) | 10 (0 a 18) | 9 (-8 a 20) | 13 (-12 a 20) | 11 (-12 a 22) | 8 (-4 a 17) | 0.19 |
| C (n = 11) | 59 (26 a 74) | 10 (2 a 14) | 12 (6 a 20) | 16 (2 a 20) | 10 (2 a 17) | 12 (6 a 19) | 0.65 |
| D (n = 25) | 62 (13 a 85) | 12 (4 a 18) | 13 (-2 a 22) | 12 (-6 a 20) | 12 (-2 a 20) | 11 (-6 a 20) | 0.89 |
| E (n = 40) | 40 (3 a 74) | 7 (3 a 14) | 5 (2 a 21) | 10 (2 a 21) | 8 (4 a 17) | 7 (3 a 17) | 0.37 |
| <i>p</i> * | 0.023 | 0.38 | 0.049 | 0.37 | 0.49 | 0.13 | |

*Prueba de Kruskal – Wallis. **Valores expresados como mediana (valor mínimo a valor máximo).

♦ **Tabla 3.** Nivel de competencia clínica para identificar/manejar AR de los médicos familiares, IMSS. Jalisco, México.

| Valoración de la aptitud clínica | Frecuencia | % |
|----------------------------------|------------|-------|
| 1. Azar (0 – 20 puntos) | 24 | 18.26 |
| 2. Muy bajo (21 – 38 puntos) | 29 | 20.19 |
| 3. Bajo (39 – 56 puntos) | 40 | 30.76 |
| 4. Regular (57 – 74 puntos) | 29 | 20.19 |
| 5. Alto (75 - 92 puntos) | 19 | 10.57 |

cada uno de los participantes; c) actividades de investigación clínica, con una revisión sistemática y consistencia metodológica de estudios transversales (encuestas) o estudios longitudinales. Buena parte de las actividades clínicas cotidianas son susceptibles de ser recuperadas para realizar investigación.^{7,21}

Sin embargo, la realidad para la mitad de los médicos familiares es muy diferente. Las unidades médicas donde laboran tienen el propósito predominante de dar respuesta a la demanda de servicios. La estructura y el funcionamiento de estas unidades no los estimulan y sí en cambio les dificulta en gran medida, la realización de las actividades básicas para el desarrollo de la competencia clínica. Las pocas actividades académicas corresponden al tipo clásico de la enseñanza teórica pasiva receptiva y la norma para su actualización es de tipo vertical mediante una orden o mandato.

En cuanto a la falta de una competencia clínica alta del médico para el manejo de la artritis reumatoide,^{6,21} señalaremos que en el ambiente laboral del médico familiar, se reconocen factores culturales, sociales, antropológicos (currículo oculto) y hasta de tipo comercial, que en cierto grado convierte al médico en un expendedor de recetas. Los médicos trabajan con una alta demanda de atención a pacientes, escasez de recursos y exceso de trámites burocráticos. Este ambiente no propicia el interés de los médicos familiares por participar en actividades educativas y de investigación. En consecuencia, toda la riqueza de la práctica clínica no se documenta.

La propuesta de solución estará basada en una educación médica participativa que favorezca la recuperación de experiencias con sentido reflexivo sobre aspectos relacionados al diagnóstico y al tratamiento médico familiar en el primer nivel de atención a la salud.

Así, el modelo educativo de formación y educación continua debe propiciar la participación de los médicos familiares, reconocida ésta como una forma de que se conviertan en protagonistas de la elaboración de su conocimiento. Debe procurarse que ellos mismos desencadenen y orienten sus iniciativas promoviendo el desarrollo de una experiencia mediada por la crítica.

El modelo de atención a la salud, actualmente hegemónico, hace una interpretación más

biologicista de la problemática de la salud-enfermedad. Este hecho contribuye a que la práctica clínica se oriente a reconocer factores de orden biológico primordialmente, sin tomar en cuenta otros factores de índole familiar y social, lo cual da una visión distorsionada de la artritis reumatoide al paciente y no permite ir más allá al momento de realizar propuestas de manejo. En consecuencia la práctica clínica no resulta integradora del enfoque psicosocial del individuo como parte de una familia y una sociedad.

Desde la perspectiva del estudio se propone para un mediano plazo reorientar la formación de los recursos humanos para la salud de pregrado y posgrado en atención familiar del adulto mayor; y ofrecer servicios de salud con un replanteamiento de la función del médico general y del especialista de la medicina familiar.²²

El desarrollo de la competencia clínica requiere de ambientes que propicien la reflexión del médico, así como la crítica de los contenidos temáticos y de la propia experiencia, en la elaboración de su conocimiento. Esta condición no se refleja en los resultados obtenidos, antes bien, es abrumador el nivel de la competencia clínica bajo y regular que refleja limitaciones para la identificación y manejo de las enfermedades reumáticas más frecuentes en el adulto.

La utilización de instrumentos^{19,23-25} de medición para la competencia, la competencia y el desempeño laboral es cada vez más frecuente, tanto para procesos formativos de recursos humanos¹⁵ como en educación continua para el trabajo. Estos instrumentos buscan discriminar la competencia clínica, a partir de reunir un proceso de confiabilidad en su construcción, el cual permita evitar sesgos de información.

El instrumento aplicado en este trabajo es capaz de discriminar la competencia clínica alta (>75 puntos) del médico familiar en la identificación de las enfermedades reumáticas. Sin embargo, no consideró otras variables relacionadas a la exposición educativa de otros contenidos temáticos y metodológicos potencialmente relevantes, en el sentido de lograr valores importantes en la competencia clínica. Por lo tanto, en este momento no se puede evaluar la incidencia de las actividades de educación continua relacionadas con el consumo de información, y no con la creación de conocimiento a partir de su experiencia.

Conclusiones

El presente estudio identifica en médicos de primer contacto, un nivel subóptimo en la competencia clínica para el manejo de la artritis reumatoide, siendo relevante el aporte de un instrumento específico para medición de la competencia. Es recomendable explorar en estudios posteriores, el papel que juegan las variables socioculturales.

Con la información recabada, se identifica la necesidad de diseñar de una propuesta de intervención educativa que incluya un programa de actualización de conocimientos y de educación medica continua adecuada, siendo conveniente la participación de médicos especialistas en reumatología, así como otros profesionales de la salud con formación en intervención educativa.

Referencias

- Schumacher HR. Classification of rheumatic diseases. In: Klippel JH, Dieppe PA, editors. *Rheumatology*. St. Louis; Mosby; 1994.pp.7.1-7.4.
- Mercado BJL, Viniestra VL, Leyva GA. Aptitud para la lectura crítica de informes de investigación clínica en médicos residentes del IMSS en Jalisco. *Revista Médica del IMSS* 2001;53:413-421.
- Amor B. What competence does a rheumatologist need?: An international perspective. *Ann Rheum Dis* 2000;59:580-2.
- Sabido SMC, Viniestra VL. Competencia y desempeño en la evaluación del médico: estudio con pacientes diabéticos en el primer nivel de atención. En: *IMSS: La investigación en la educación: papel de la teoría y de la observación*. México, D.F. Editorial del IMSS; 1999.
- Woolfe AD. Undergraduate medical education in rheumatology--aims. *J Rheumatol* 1999;55:29-30.
- Edmonds J, Bertouch J. The core curriculum: history and examination. *J Rheumatol Suppl* 1999;55:33-4.
- Doherty M, Lanyon P. Rheumatology: what should all doctors know? *Ann Rheum Dis* 2000;59:409-13.
- Alvarez Nemegeyi J, Nuño Gutiérrez BL, Alcocer Sánchez JA. [Rheumatic diseases and labor disability in adult rural population]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2005;43:287-92.
- Pérez-Padilla JR, Viniestra Velázquez L. [Method for calculating the distribution of randomly expected scores in a false-true-do not know-type of test]. *Rev Invest Clin* 1989;41:375-9.
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México, D. F. Editorial SSA; 1990.
- Viniestra Velázquez L. La crítica, aptitud olvidada por la educación. Primera edición, IMSS. Agosto 2000.
- Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, et al. EPISER Study Group. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology (Oxford)* 2002;41:88-95.
- Quirantes Hernández A, López Granja L, Curbelo Serrano V, et al. Programa piloto municipal "mejorar la calidad de la vida del diabético". Resultados sobre mortalidad, complicaciones y costos en la diabetes mellitus. *Rev Cubana Med Gen Integr [online]* 2000;16:227-232.
- Shopa F. Socioantropología médica. Educación Sanitaria: Concepto, campos de acción, agentes y las bases científicas de la modificación de los comportamientos de salud. Paidós editorial; 1988.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín estadístico y epidemiológico. México D. F. 2000.
- Secretaría de salud M. Boletín estadístico. México, D. F. 2000.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Boletín estadístico y epidemiológico. México, D. F.
- Secretaría de salud M. Boletín estadístico, México, D. F. 2005.
- Fraser A, Veale DJ. What practical skills do rheumatologists of the future need? *Baillieres Clin Rheumatol* 2000;14:635-48.
- Dequeker J. Undergraduate education in rheumatology: challenges for the millennium. *J Rheumatol Suppl* 1999;55:3-5.
- Viniestra L, Jiménez JL. [New approaches to the measurement of clinical competence]. *Rev Invest Clin* 1992;44:269-75.

22. Larios MH, Trejo MJA, Cortés GT. Evaluación de la competencia clínica. *Revista Médica del IMSS* 1998;36:77-82.
23. Gutiérrez GSN, Aguilar ME, Viniegra VL. Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. *Revista Médica del IMSS* 1999;37:201-210.
24. Rothman AI, Blackmore D, Cohen R, Reznick R. The consistency and uncertainty in examiners' definitions of pass/fail performance on OSCE (objective structured clinical examination) stations. *Eval Health Prof* 1996;19:118-24.
25. Dequeker J, Rasker JJ, Woolf AD. Educational issues in rheumatology. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol* 2000;14:715-29. Review.