

# EL APRENDIZAJE MÉDICO A LO LARGO DE SU EJERCICIO PROFESIONAL Y EL PROBLEMA DEL PROFESIONALISMO

Dres. José Blasiak,  
José Luis Peña y  
Dante Petruccelli-Romero\*

Rafael Barrett, 1920: *“El interés del médico es que haya enfermos, su diploma es el salvoconducto del asesinato. Si el médico fuese sólo un sabio, estaría perdido, pero es, además, un sacerdote. La función del médico es, sobre todo, religiosa”.*

Jean Hamburger, 1973: *“El poder y la fragilidad”. “Ha llegado el momento en que el hombre debe exigir que los descubrimientos prodigiosos de nuestro tiempo impongan una reflexión paralela sobre sus consecuencias. La medicina es un ejemplo modelo de esta necesidad”.*

A. Rossenberg, 1999; periodista de *La Opinión*, Buenos Aires, Argentina; reportaje en el semanario *Búsqueda*; Montevideo. *“Puede haber proyectos, pero si no tienen el equipo requerido para ponerlo en marcha no funcionan. La necesidad de un liderazgo firme en todos los puntos, capaz de armonizar los progresos en lo técnico y en lo político y, sobre todo, capaz de actuar en esa difícil zona gris que los une, donde se crean rispideces y malentendidos”.*

## I. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es hacer un informe general de la evolución de las ideas sobre el Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC) en nuestro país en el período 1975-2007 (sin perjuicio de referencias fuera del mismo), y de los esfuerzos realizados por distintos grupos médicos e instituciones, para concretar una propuesta de

un proyecto para crear un Organismo Coordinador Interinstitucional (público-privado) de un Sistema Nacional para el DPMC. Haremos también una introducción al tema del profesionalismo, que en los últimos años recibe cada vez más atención y creemos que es un concepto “sombrija” que puede incluir el DPMC y la colegiación.

Nos referiremos, entre otros aspectos, a la evolución de su conceptualización, los principales protagonistas, las fechas claves, las actividades desarrolladas y a desarrollar, las responsabilidades de los distintos actores, los organismos participantes y, finalmente, poniendo a disposición de los interesados en ampliar la información sobre el tema, una extensa lista de fuentes que refieren al problema y que contiene trabajos nacionales e internacionales, médicos y no médicos.

Basados en la experiencia de los autores, dividiremos el texto en tres partes:

- **Período 1975-2004.**
- **Período 2005-2007.**
- **El profesionalismo y el DPMC.**

## II. DESARROLLO

### A. Período 1975-2004

En las décadas de 1970 y 1980, varios editoriales de revistas médicas se ocuparon del tema (*Compendio, Noticias SMU, etc.*) firmados por Barrett Díaz, Roberto Avellanal, Ariel Rodríguez Quereilhac y Néstor Campos Pierri (Salto-FEMI). Hubo otros aportes de importancia a los que nos referiremos enseguida. En razón de nuestra participación directa en el tema a partir de 1990 (Comisión

Interinstitucional del SMU-1990) y luego en el Comité Honorario de la Escuela de Graduados, creado por el Prof. Em. Dr. Uruguay Larre Borges, comenzaremos en este momento de la historia que estamos relatando, haciendo las referencias correspondientes a los años anteriores en el momento necesario.

El trabajo iniciado en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (EG-FM) en 1995, en forma honoraria, duró 12 años. El Comité Especial Honorario fue creado por el entonces director Prof. Em. Dr. Uruguay Larre Borges, quien durante ocho años orientó y apoyó nuestra tarea, la que luego fue confirmada y apoyada por el nuevo director, Prof. Dr. Jorge Torres. Allí con las Dras. Rosa Niski y Elena Fosman y el Dr. Gilberto Ríos escribimos seis informes (documentos 1 a 6) con la colaboración de algunos funcionarios rentados y otros honorarios.

El trabajo se basó en algunos antecedentes muy importantes (que luego citaremos en el texto o en la bibliografía), iniciados en las décadas de 1970 y 1980, en especial la exposición del académico José M. Piñeyro, en el año 1987, en la Reunión Conjunta de las Academias del Plata en Buenos Aires, cuyas propuestas fueron confirmadas y perfeccionadas entre los años 1990 y 1993 por

el Claustro de la FM (1992) y por una Comisión Interinstitucional, propuesta liderada por el SMU, cuyo trabajo culminó con un excelente informe de los Dres. Irma Gentile y Carlos Gómez Haedo (1993), manteniendo el mismo marco conceptual e ideas operativas, lo que le dio mayor credibilidad y peso.

Luego del retiro de uno de nosotros (Petruccelli), continuaron trabajando en la EG las Dras. Niski y Fosman, el Dr. Peña, y otros distinguidos colegas, abordando el tema de la “acreditación” a modo de ensayo, según lo autorizado en oportunidad por el Consejo de la FM, cosa que continúa hasta hoy, con la colaboración de personal rentado G3 de la FM-DEM, los docentes Álvaro Margolis y Fernando Alvarino. El tema de la “acreditación” será tratado más adelante.

El Dr. Blasiak trabajó en el área, pero en la comisión del Hospital de Clínicas. La EG pretendía, de este modo, cumplir con el trabajo en las dos vías propuestas por el Dr. Larre Borges y confirmadas por el Dr. Torres: una conceptual y otra de ensayos prácticos (Blasiak). Siguiendo directivas internacionales se propició la reunión de instituciones comprometidas en el tema y se logró, gracias al apoyo de la FM, la firma de un Acuerdo Marco entre la FM, el Ministerio de Salud Pública (MSP),

el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) y la Federación Médica del Interior (FEMI), el 29 de diciembre de 1999, que se confirmó y amplió con otro documento similar, firmado en agosto del 2002, el cual creó un Grupo de Trabajo Interinstitucional para la elaboración de un anteproyecto de ley, para la creación de un Organismo Coordinador Interinstitucional (se agregarían luego otras instituciones, asistenciales, científicas, usuarios, etc.) encargado de crear y dirigir un Sistema Nacional para el Desarrollo Profesional Médico Continuo. Entonces predominaba el uso del nombre Educación Médica Continua (EMC) que luego pasó a segundo plano, englobado con el nombre Desarrollo Médico Profesional Continuo (DMPC – *v.i.*). Este grupo, luego de dos años de trabajo, entregó a las autoridades el anteproyecto de ley solicitado, en agosto de 2004.

Luego, el momento político (elecciones nacionales y departamentales, cambios de gobiernos, etc.) colocaron el problema en suspenso hasta agosto de 2006, hecho que retomaremos más adelante para relatar lo sucedido hasta la fecha (enero de 2008). Cabe destacar que el lapso referido, y a propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), luego del 3<sup>er</sup> Seminario – Taller se formó un grupo de trabajo con representantes de muchos departamentos, que se reunían casi mensualmente y que en-

riqueció mucho el trabajo del comité. En verdad esto fue una continuación y ampliación de los contactos con el interior, iniciados por el director Larre Borges, en especial con médicos de Florida, con el Dr. Raúl Amorín Cal y otros, con los cuales trabajamos en muchas jornadas de ensayo; luego se contactó con Salto, Flores y Artigas, hasta que la formación del grupo citado amplió el grupo a casi todo el país. Al final del trabajo, ofrecemos una lista de textos de consulta y una cronología sintetizada de los antecedentes fundamentales del trabajo iniciado por el Comité Honorario de la EG, para los lectores que quieran consultar las fuentes.

### 1) El aprendizaje continuo

**“La educación debe ser sin discriminación de clase”  
Confucio (a.C.) 551-497**

El tema del aprendizaje a lo largo de la vida tiene un sentido general en el cual no podemos entrar. Vale la pena señalar que Arango<sup>(1)</sup> (OPS; 1987) dice: *“El aprendizaje continuo de los seres humanos reconoce como premisa el carácter inacabado de los mismos y el carácter evolutivo de la realidad, lo que justifica la continuidad del acto educativo”*. Es pues fundamental para poder adaptarse a los cambios permanentes del entorno y para sobrevivir.

<sup>(1)</sup> Arango, Y. Cit. - Clasen y Casas - Ed. Med. Salud-21 (1): 1-10; 1987.

En el mismo sentido, en su texto: “Educación: la utopía necesaria”, Jacques Delors<sup>(2)</sup>, presidente de la Comisión Internacional creada por la UNESCO en 1993 para el tema “La educación del siglo XXI”, señala: *“No es una exageración decir que la supervivencia de la humanidad depende de ello”* y agrega: *“La educación es una expresión de afecto”... “se podría llegar a imaginar una sociedad en que cada individuo fuese, por turno, profesor y alumno”*. Por supuesto, concordamos plenamente con tan altos conceptos, pero recordamos que ello no debería anular el surgimiento de esas grandes figuras, referentes emblemáticos, que siempre surgen en los grupos de aprendizaje y que sirven de orientación y guía, de por vida, a los demás integrantes del grupo (medicina, ciencia y arte). Hace 35 años (1972) Fauré publicó el informe “Aprender a ser” de otra comisión que presidió sobre el desarrollo de la educación.

DPMC – El nombre DPMC (CPD of Phys.) ha denominado en los últimos años las referencias al tema del aprendizaje continuo de los médicos, relegando a un plano

<sup>(2)</sup> Las citas de Fauré y Delors son tomadas del libro “Enseñanza universitaria en el ámbito comunitario” de A. Canetti y S. Da Luz; FM-UDELAR – c.2003, citando a su vez el texto de las Comisiones Internacionales creadas por la UNESCO (1972 y 1993) para opinar sobre “Aprender a ser” y “Educación del siglo XXI”.

inferior la conocida EMC, que designa sólo actividades programadas y de menor valor educativo (clases, cursos, etc.) que el aprendizaje en la práctica, EMP, que se ha demostrado que es responsable del 80% o más de lo que aprende el médico actuante. Autores sajones llaman DPMC sólo al aprendizaje en la práctica. Nosotros nos mantenemos por ahora fieles a la terminología sugerida hace años por la OPS y otros autores, según la cual llamamos EMC a la educación programada y limitada en el tiempo, y EMP al aprendizaje indefinido en la práctica; ambas se apoyan naturalmente, pero con distinta apreciación de su valor educativo; ambas las cobijamos bajo el nombre más amplio DPMC.

Más recientemente, autores como Davis y Fox se refieren al Knowledge Translation (KT) como nombre más abarcativo y sobre todo más avanzando en cuanto pretende hacer intervenir más protagonistas y medir realmente los cambios ocurridos (Learning in Practice – BMJ – 327: July – 2003; p 33-35 “The case of Knowledge Translation: shortening the journey from evidence to effect”; Davis D, et al). Los autores consideran que si la educación y persuasión de los médicos no logran cerrar los hiatos entre la evidencia (lo demostrado) y la práctica (lo usado) es necesario buscar nuevas estrategias porque el hecho significa que no se

alcanza una verdadera educación (no hay cambio de conducta) y creen que el KT puede ser una herramienta importante al ampliar el campo que compromete, con intervención de más participantes.

En este sentido, nosotros creemos que la mayoría de los trabajos fallan al no introducir el factor “conducta del paciente”, que muy a menudo no concuerda con las indicaciones médicas, y al parecer el KT la incluye. Pero este es un campo en plena investigación y los mismos autores, aun expresando su confianza, advierten que las bases no son todavía firmes, por lo cual no nos extenderemos en él.

La UNESCO dice: “*La educación encierra un tesoro*” (1997) y su representante en un seminario de la EG, la Dra. María Paz Echeverriarza, expuso lo siguiente: “La educación permanente es una herramienta, un instrumento cognoscitivo. La educación a lo largo de la vida se basa en cuatro pilares:

1. Aprender a aprender, a conocer.
2. Aprender a hacer, una capacitación para hacer frente a un sinnúmero de situaciones y a trabajar en equipo.
3. Aprender a vivir juntos, a realizar proyectos comunes y prepararse para manejar los conflictos.
4. Aprender a ser, para que se expre-

se mejor la propia personalidad, tener autonomía de juicio y responsabilidad personal; no menospreciar, en la educación, ninguna posibilidad: *“Importa concebir la educación como un todo; ahí deben buscar orientación e inspiración las reformas educativas, para la elaboración de programas y nuevas políticas pedagógicas”*. La UNESCO, además, a partir de una encuesta mundial, señala que *“la nueva educación tiende a hacer del individuo maestro y agente de desarrollo cultural”*.

Paulo Freire en *“La naturaleza política de la educación”* (1995; Planeta) dice que *“enseñar exige comprender que la educación es una forma de intervención en el mundo”*.

De modo que la formación de los educadores y en especial de aquellos para el DPMC, debe tener muy en cuenta las nuevas funciones que habrán de desempeñar, como resultado de las nuevas técnicas educativas. Las condiciones de formación del personal docente deben modificarse profundamente a fin de que su misión sea más bien la de educadores que la de especialistas en transmitir conocimientos (la famosa y manida *“actualización de conocimientos”*). También debe recurrirse a técnicos, expertos, auxiliares, los mismos estudiantes, etc., que de este modo se educan a sí mismos mientras instruyen a otros (*“si*

*quieres aprender, enseña”*); este punto lo hemos oído siempre de nuestros docentes. Recordamos especialmente a los Profs. Larghero y Carlevaro; a este último le gustaba repetir la frase: *“La cadena del aprendizaje”*.

*“Es la enseñanza que debe adaptarse al educando y no éste a reglas pre-establecidas de la enseñanza. Los educandos, jóvenes y adultos, deben poder ejercer su responsabilidad como sujetos, no sólo de su propia educación, sino de la empresa educativa”*. (Citas tomadas de la UNESCO y de la conferencia de María Paz Echeverriarza en el citado seminario).

## **2) Los cambios**

El cambio es profundo y difícil. Debemos pasar, en esta tercera etapa de la EM, de la enseñanza al aprendizaje del adulto, del médico en su ejercicio profesional; el aprendizaje tomado como proceso activo, profundo y significativo.

El proyecto propuesto a las autoridades y que es la base del anteproyecto de ley que se ha elaborado, relativo a la creación de un Organismo Coordinador de un Sistema Nacional para el DPMC, proyecto que tiene sus raíces en múltiples documentos, pero sobre todo en el texto presentado por el Ac. José M. Piñeyro (Academia Nacional de Medicina, ANM) en la reunión de las Academias de

Medicina del Plata en Buenos Aires, en el año 1987, y luego en el informe de los Dres. Gentile y Gómez Haedo (SMU) y, por fin, en el material presentado por la EG-FM, elaborado entre 1995 y 2006 bajo las direcciones del Prof. Larre Borges (1994-2002), propone que dicho organismo, una vez en funciones, induzca cambios profundos en distintos planos:

- a) Aprendizaje a lo largo de todo el ejercicio profesional de todo el cuerpo médico nacional (universalización).
- b) Conceptuales. La responsabilidad central del mantenimiento de la competencia es del profesional y de las instituciones que los congregan (científicas, asistenciales, gremiales) apoyados por instituciones que siempre marcaron el eje estatal: la FM y el MSP y también otras Facultades de la Universidad de la República (UDELAR), ya mencionadas (Sociología, Ciencias de la Comunicación, gestión, etc.).
- c) Metodología. Cambio radical, enfocando el problema de la andragogía o aprendizaje del adulto, poniendo en primer plano el aprendizaje activo en la práctica y en el intercambio en el equipo; favorecer el trabajo en equipo interdisciplinario; reducir, pero sin eliminar, el clásico aprendizaje pasivo, programado, en clases, cursos, etc., que son útiles para una visión

global de los problemas, sobre todo si son seguidos de discusión y precedidos de preparación, pero que se ha comprobado producen pocos cambios en la conducta de los médicos (no aprenden). Para lograr esto es necesario formar expertos que guíen y aprendan junto con los demás médicos.

Los especialistas insisten en la necesidad de que haya tres niveles: el superior, el inferior de las tareas directas (*“el de la trinchera”*, decía el Prof. Herrera Ramos) y un nivel intermedio, de enlace, sin el cual, previenen, el sistema puede “disolverse”.

- d) Organizativos. Dijimos que hay que crear un organismo específico, coordinador, autónomo, multi-institucional; esta no es una tarea para una sola institución, porque se requieren tantos recursos de toda índole (conocimientos, recursos humanos, económicos, etc.) que ningún organismo sería capaz de asumir la tarea de modo aislado. Desde 1973 (Asamblea Mundial de la Salud) se estableció que esta tarea excede los límites de las funciones universitarias, aunque la Universidad debe integrar el organismo a crear. Como ya dijimos, estará centrado en las instituciones médicas (asistenciales, gremiales y científicas) y no se excluirán los usuarios, si estos presentan algún organismo ade-

- cuadramente representativo. Si se crea el Colegio Médico, deberá integrar el organismo central, pero es muy importante concebir la organización de la manera más descentralizada posible, con unidades departamentales en red, para desarrollar al máximo el interior. Que exista la mayor autonomía posible, que se irá adquiriendo progresivamente, pero sin independencia.
- e) Hay que iniciar el trabajo aceptando que el “armado” del sistema demandará entre cinco y diez años. La formación de recursos humanos idóneos, específicos, de acuerdo a lo dicho (RRHH) y definición de las fuentes de los recursos económicos (RREE), serán los dos pilares imprescindibles que le permitirán trabajar al organismo al nivel adecuado: relaciones nacionales, regionales (MERCOSUR) e internacionales (OPS, OMS, UNESCO, etc.)
- f) Un sistema de evaluación. La creación de un sistema de evaluación no punitivo (no un sistema para buscar los “malos doctores”, sino de “prevención” – Toghil) sin descartar reglas de sanción para los casos especiales, que siempre van a aparecer. Establecer las reglas para la RELICENCIA periódica (cada cinco años según la resolución 36/90 del MSP, que nunca se reglamentó, eliminando el término “recertificación”, que atañe al título y crea problemas legales; en cambio la “religencia” es lo que pide dicha resolución: renovación periódica del registro del título a médicos y odontólogos cada cinco años.
- g) El nuevo organismo. Su creación como organismo coordinador llenará un vacío, no desplazará a nadie, no interferirá en el funcionamiento específico de las instituciones en juego, las enriquecerá. Los grupos de trabajo (comisiones) a quienes se les ha solicitado el proyecto, han cumplido; su propuesta ha sido aprobada por unanimidad por las autoridades de las instituciones comprometidas, pero en 20 años (1987-2007), no hemos logrado pasar de la retórica a la práctica. Seguimos escribiendo y explicando el tema y aprobando los proyectos, pero no se concretan ni por ley ni por convenio. Hay que crear dicho organismo para que comience a trabajar y ponga en marcha el proceso que, como dijimos, demandará entre cinco y diez años. Los compromisos regionales no han tenido efecto. Ya en 1988, en Edimburgo se alertó: *“Se necesitan líderes con autoridad que se interesen en el tema, para pasar al plano ejecutivo”*. Nos parece que no se comprende que la educación está en la base, incluso económica, de un buen fun-



cionamiento de cualquier modelo asistencial nacional y aun de una sola institución asistencial, las que, sin embargo, no tienen en su proyecto de acción a la educación de su personal (no sólo médico), como un hecho trascendente para su mejor funcionamiento.

### 3) Algunas referencias nacionales e internacionales y comentarios

A. Mejía define a la EMC “como el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador de la salud mantener, aumentar y mejorar su competencia, para que esta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades; una EMC pertinente debe responder a las necesidades de salud (de la población) y ser congruente con los recursos de la comunidad y los planes para mejorarla”.

Creemos que esto encaja en las líneas generales del “aprendizaje del adulto” que aprende lo que necesita y lo que quiere y no lo que le impongan (Knowles, M.S. –The Modern Practice of Adult Education: from Pedagogy to Andragogy – 2<sup>nd</sup> Ed. N. York – Cambridge Books – 1980; id. The Adult Learner: Neglected Species. 4<sup>th</sup> Ed. Houston. Texas Goulf – 1990).

“A pesar de la solidez de los acuerdos doctrinarios establecidos ya en las décadas del 70-80, los beneficios prometidos no se han hecho realidad” (Ferreira –OPS– 1987), que agrega, “la estruc-

tura de la práctica médica representa el factor hegemónico, que es reproducido por la EM”. Nosotros compartimos plenamente estas afirmaciones y así las escribimos en nuestros trabajos: “Creemos que los esfuerzos para orientar la EM (no sólo el DPMC) en el sentido deseado chocan con un entorno político, económico, cultural, nacional y mundial, que se mueve en sentido opuesto”. (EG – Petruccelli – 1998).

Para no prolongar este texto, aconsejamos leer el material indicado al final, sobre todo “El libro azul de la EG” (aunque es de 1999 y ya exige cambios); el informe de la 8<sup>a</sup> Convención Médica (2004 - Petruccelli) y la exposición en la Reunión de las Academias del Plata (agosto 2004- Petruccelli): “El desafío del DPMC”, y el material enviado por esta comisión de la ANM, al reciente seminario internacional realizado por la EG (director A. Ginés), en Colonia del Sacramento (2007).

Los libros, ensayos y trabajos en general que se han escrito sobre estos temas son innumerables, pero creemos que para darle peso a nuestras afirmaciones vale la pena realizar algunas citas independientemente de su fecha:

Peter Toghil – BMJ – 316: 721; 98, director del CME del Royal College of Physicians de Londres dice:

*“Los doctores deben manejar su propia educación dado que las conferencias no son un vehículo ideal para el aprendizaje del adulto. ¿Qué otras iniciativas hay? Hay dos grandes reglas: 1- Cada médico tiene su responsabilidad personal de mantenerse competente. 2- Los profesionales deben ser entrenados y ayudados para ser responsables de dirigir su propio aprendizaje a lo largo de la vida. Para esta ayuda para enfrentar el prodigioso crecimiento de la información y los cambios sociales y laborales, las sociedades científicas y los colegas publican artículos e incluyen elementos de intercambio, educación a distancia, etc.”.*

En Canadá, el Royal College of Physicians and Surgeons dice: *“Debe enfocarse con énfasis todo lo que pueda aprenderse de la práctica diaria (portafolio)”.* *“El aprendizaje no debe centrarse solamente en la propia especialidad, sin extenderse al desarrollo profesional en su conjunto (ética, administración, computación, medicación basada en la evidencia, colaboración interprofesional); todo un verdadero desafío. Hacer del trabajo en equipo una verdadera realidad”.* Pero *“ningún sistema debe ser visto como una forma de identificar a los ‘malos doctores’, sino que debe ser una ‘prevención’”.*

Nosotros, en nuestros informes a la EG y a la ANM, hemos insistido en la necesidad, que adquirió fuerza después de las reuniones de Banff

(1989) y Beaver Creek (1991), de la integración de la sociología, psicología, relaciones humanas, antropología y algo que no suele aparecer en la mayoría de los trabajos internacionales y que a nosotros nos parece vital: la necesidad de mantener un contacto permanente con las ciencias básicas. En nuestro medio hemos hecho esfuerzos en este sentido, a veces contando con la ayuda del Prof. Caldeyro-Barcia, pero hemos fracasado.

*“Desde 1998 a la fecha mucho se ha avanzado en los métodos de transmisión, pero es sobre todo información y no abarca el amplio campo del DPMC – Profesionalismo o sea la enseñanza-aprendizaje para el buen desempeño profesional, ya que se puede tener el conocimiento pero aplicarlo mal”.*

En cuanto a los créditos, Toghill cree que las propuestas alternativas a los créditos otorgados por el “College”, son poco realistas. Toghill dice algo que nos parece de extrema importancia y que suele no ser considerado: *“Si estimulamos a los doctores a la educación permanente, es indispensable que tengan TIEMPO DISPONIBLE y RAZONABLE DINERO, particularmente aquellos que trabajan en los ‘desatendidos grados de no consultantes’”,* expresión del autor que suponemos corresponde a nuestros conocidos y numerosos médicos generales. Urge, dice Toghill, *“que la EMC comience a*

*moverse; aquellos que digan que no hay necesidad de cambiar (‘nosotros lo hacemos bien para qué cambiar’) deben ser dejados de lado”.*

Concordamos plenamente con el autor, sin poder evitar ser pesimistas, conociendo nuestro médico y su *“síndrome de Maracanã”*.

Phil R. Manning dice: *“Un problema que se busca solucionar conceptualmente y en la práctica es la ligazón entre el mundo del experto educativo y el educando y por tanto la ligazón entre el mundo del educador y el mundo del médico práctico”*. Como veremos más adelante, otro hiato a cerrar es el que existe entre la evidencia y la práctica.

Davis, Dave y colaboradores y la mayoría de los investigadores sostienen que la educación pasiva provoca pobres cambios en los comportamientos de los médicos. La mayoría ve a la EMC como conferencias, clases, cursos, proyecciones, diapositivas, con poco efecto educativo (aprender), hecho señalado claramente ya en trabajos de la década de 1960 (George Miller. *J. Med.*-1967; 42:320-326). Es importante para todos los autores que los nuevos modelos utilizados en esta área incorporen todo lo posible de la teoría y práctica del aprendizaje del adulto, del aprendizaje autodirigido, de la práctica reflexiva y otros modelos y que ofrezcan la inclusión de tópicos, otros que los tradicionales

de la EM (bioética, gerenciamiento, destrezas de comunicación, etc.).

En nuestro país, imponer el aprendizaje de por vida es fundamental, formando a los estudiantes para ello, explicándolo y justificándolo, rompiendo la fantástica idea de una formación-información perenne lograda a lo largo de los ocho años de pregrado. Esto supone tratar el problema de cuánto debe informarse en el pregrado, de los problemas que abordará el estudiante cuando se inicie en la práctica profesional.

En la Reunión de las Academias del Plata de agosto de 2004 en Montevideo, uno de nosotros (Petruccelli) expuso: *“Estamos hablando de la tercera etapa del aprendizaje en medicina, visto como un ‘continuum’, el aprendizaje durante la actividad profesional. Entre los factores que se citan habitualmente para justificar la importancia del tema, no suele destacarse, como creemos debería, el factor económico, de enorme peso (recordar cita de Toghil: tiempo y dinero). El alto costo de la salud preocupa a los gobiernos nacionales, a las instituciones y a los médicos y a todo administrador del área, lo que ha llevado al ‘managed care’ y a la ‘medicina basada en la evidencia’ (ver editoriales de Carlos A. Gómez Haedo y Roberto Avellanal en la revista *Compendio* –Montevideo– citados en la bibliografía). Todo esto provoca tensiones,*

por ejemplo entre los pacientes, la sociedad y los médicos.

En el Congreso de Medicina del año 2000, expresamos (Petruccelli): “*Hay preocupación mundial en el control de la calidad de la mayoría de las actividades humanas. La medicina no puede (no debe) escapar al control de calidad y debe ser, como siempre lo fue, pionera en mejorar constantemente su desempeño, continuando el aprendizaje en la tercera etapa de la EM (etapa profesional)*”.

La principal causa de interés en el tema se debe a la explosión mundial de los conocimientos en el área científico-tecnológica (ingenieros Jorge Grunberg y Juan Grompone –reportaje TV– 2006): “*Nuestra época se caracteriza por la desorientación y pérdida del marco de valores (técnicos, éticos, etc.) por la avalancha de nuevos conocimientos y los cambios provocados*”. Esto ocasiona incertidumbre en los seres humanos, lo que el economista Lester Thurow del MIT (Vergara Ed. 1996) compara con “*la inestabilidad de las placas tectónicas después de un terremoto*”. Sin duda, se necesita un nuevo paradigma en la EM para adaptarse a los cambios a veces vertiginosos (Pardell) que ha soportado el médico de la segunda mitad del siglo XX y aún más el del siglo XXI.

Ajustes en el pre y postgrado no son suficientes, la tercera etapa es la más compleja, no sólo por su exten-

sión, sino también por la heterogeneidad y por ende la complejidad de la población que aprende (edad, especialidad, medio de trabajo, economía, etc.). Es fundamental tener en cuenta que se trata del aprender de un adulto, que debe facilitarse, recordar que Davis y Fox dicen que “*sabemos algo de cómo aprende un adulto, pero es mucho más lo que desconocemos*”.

En Uruguay, creemos que se trasladó de modo simplista e ingenuo el modelo de pre y postgrado a la enseñanza del médico en actividad, siendo que este es un aprendizaje no curricular, que no otorga títulos, pero que puede ser evaluado. Se adaptó un modelo pedagógico (*Paidós* = niño) en base a clases y conferencias en las que el docente es hegemónico, activo, monologa y el discente es un sujeto pasivo, que pronto olvida todo, aspectos estos ya señalados en el plan 68 de la FM.

Después de las reuniones de Banff (1989-Canadá) y Beaver Creek (1991-Estados Unidos), se inicia con fuerza desde esos países centrales un enfoque moderno que centra el modelo en el que aprende, que debe tener un papel activo y no recibir pasivamente información, moviéndose en cambio en el marco de un modelo andragógico (*andra* = adulto), que varios trabajos pusieron en primer plano, en particular el ya citado de Knowles.

Los expertos de Banff y Beaver Creek proporcionan un área en la que debe producirse un modo imprescindible e ineludible, la confluencia de diversas disciplinas hasta ahora independientes, con sus enfoques y respuestas, con sus verdades y dudas, que deben esforzarse en tender puentes entre ellos, buscar una visión sintética, consensuada, de los problemas en juego. Se trata, dicen, de una “nueva ciencia”, que debe llenar el vacío del conocimiento de las relaciones que existen entre el que aprende (discente), la práctica profesional y el sistema educacional. (Comentario: este intento de enlazar el sistema educacional y la práctica preocupa a muchos autores y ya lo hemos visto, señalado, en otros artículos; lo importante es captar la naturaleza intersectorial y expansiva del proceso).

Por último, Paulo Freire dice que *“toda práctica educativa implica una concepción del hombre y del mundo”*, y que (ya citado) *“la educación tiene una naturaleza política”* (1985), y agrega *“la tarea de propiciar un cambio, siempre de algún modo resistido, es compleja y difícil”*.

En efecto, en nuestra experiencia ya extensa, los jefes dicen siempre que sí y acuerdan y firman los acuerdos, pero después nada se concreta. *“Para emprender una tarea así, se requiere una tarea de acción transforma-*

*dora, basada en el conocimiento de la realidad”* (Freire). Consideramos este punto fundamental.

#### 4) El plan 68

Ya en 1941, Saucier WA decía –en “Conceptos modernos sobre educación” – Uteha – XIII p. 285– que *“existe el peligro de que los maestros ejerzan una vigilancia tan completa que los alumnos no se sientan impulsados a ir más lejos”* ... (hay que) *“mantener el foco sobre el individuo, pero de modo que se sienta como un trabajador que es capaz de comprender y descubrir por él mismo”*. Setenta años después, no parece que hayamos avanzado mucho, al menos en el área del DPMC, que sigue dominado por la enseñanza pasiva en nuestro país, visto más bien como EMC recibiendo sus clases, conferencias, cursos, etc., con docentes “monologantes”.

En el área de la discusión, seguimos escribiendo lo mismo, sin avanzar en el plano ejecutivo, por falta de líderes con poder y capacidad ejecutiva, interesados en el tema, que comprendan y acepten la importancia y gravedad del problema y su responsabilidad para resolverlo.

Solamente los que generaron el Plan 68 de la FM para el pregrado en la década de 1960 e intentaron ponerlo en marcha, proyecto frustrado en gran parte por la dictadura cívico-militar que nos golpeó entre 1973 y

1985 y desmanteló el plan, sólo ellos, decimos, pasaron a la práctica.

En el poco tiempo que funcionó dicho plan (1969-1973) y más allá de las notorias y previsibles dificultades para ponerlo en marcha, los docentes pudimos apreciar profundos cambios en el comportamiento de los estudiantes de esas generaciones. Su sólida base conceptual está aún vigente y sus postulados son los mismos que hoy se plantean en los países centrales. Lamentablemente, dicho Plan 68 no tomó suficiente difusión internacional, no se publicó en revistas en inglés y fue presentado sólo en alguna reunión regional internacional.

No es nuestra intención profundizar en el tema, pero queremos destacar el “Relato a la Conferencia Regional Latinoamericana de Educación Médica”, La Paz, Bolivia, octubre de 1970, entre cuyos autores se contaban los Dres. José B. Gomensoro, Pablo V. Carlevaro, Obdulia Ébole, Carlos A. Gómez Haedo, Marcelo N. Viñar, Héctor Puppo-Touriz, Juan Carlos Rey Tosar, Hugo Villar, Jaime Gofin y Horacio Mirabal. Ahí se expuso “La adaptación de la Escuela Médica a su medio” y “El proceso de formación del técnico”. Citamos este trabajo para destacar el esfuerzo de esa generación que tanto aportó a la teoría y a la práctica y luego ha sido olvidada, sin valorar la riqueza y trascendencia de su trabajo.

El grupo estuvo apoyado por el Prof. Edward Bridge, distinguido experto en educación médica, quien en Uruguay dictó muchos cursos y coordinó muchos talleres; su libro sobre educación médica es de consulta. El Dr. Rey colaboró mucho con él y lo acompañó en visita a otros países de América Latina, impulsó la creación del DEM en nuestra Facultad y fue su primer director.

Transcribiremos unos pocos conceptos de los fundamentos del plan, para apoyar nuestras aseveraciones: *“Evitar el divorcio entre el quehacer del aula y la tarea profesional”*; *“mejorar la formación en psicología”*; *“cambiar la metodología: actualmente se ofrece una formación típicamente académica con su inevitable complemento: la pasividad”*; *“mejorar la formación en el área social”*: *“el estudiante anónimo y deshumanizado, sufre al final una defectuosa evaluación”*; *“en la formación de los docentes se destaca la carencia de formación pedagógica”*; *“en los sistemas tradicionales, el centro de gravedad del proceso está puesto en el enseñar, en el maestro que educa monologando”*; *“sigue hoy (1970) vigente una concepción enciclopedista del saber y del aprender, no debe ser así, el centro de gravedad debe estar en el alumno, en el que aprende; el protagonista es el alumno”*, etcétera.

Nosotros preguntamos hoy ¿qué médico podemos esperar para trabajar en el DPMC proveniente de un alumno “anónimo y deshumanizado”, que luego “sufrir una defectuosa evaluación”. Esto fue escrito en el año 1970, pero son postulados válidos hoy día para todo un proceso de enseñanza - aprendizaje en todo el “continuum” de la educación médica, reglas que rigen para todos los períodos, aunque algunas tengan en unas etapas más peso que otras. Por ejemplo, la necesidad de aprendizaje activo en el adulto. Así pues, en este tercer período de DPMC, el médico debe ser el protagonista, aprendiendo por iniciativa propia y ayudado por sus colegas y las instituciones vinculadas a la salud, según principios de andragogía o aprendizaje del adulto (Knowles).

A partir del retorno democrático se pretendió reinstalar el plan y ahí colaboramos con el decano Carlevaro en la recuperación del ciclo clínico-patológico (CiCliPa), constituyendo un grupo de trabajo con los Dres. Roberto Avellanal, Victoriano Rodríguez De Vecchi, Walter Venturino y Gloria Ruocco, que trabajó tres años y llevó la enseñanza a algunos puntos del interior (Salto, Paysandú, Maldonado).

El plan, insistían sus autores, pretendía “restituir la medicina al campo

de las disciplinas antropológicas”; se estimuló la participación del alumno en el equipo de salud y se aplicó el aprendizaje por problemas, en un esquema que ya se practicaba de modo no regulado en las “clases para grupos en la preparación para el Internado”. Si meditamos un poco, creemos no equivocarnos si decimos que esta “restitución al campo de las disciplinas antropológicas” es algo muy similar a la propuesta como novedad de los grupos que trabajaron en Banff y Beaver Creek y que, por cierto, tanto aportaron en estos últimos 20 años en el campo del aprendizaje a lo largo de la vida.

## **5) La Academia Nacional de Medicina y la Educación Médica**

En el año 2004, buscando antecedentes sobre el tema DPMC, para presentar en Buenos Aires, tuvimos la fortuna de encontrar un extraordinario trabajo del académico J. M. Piñeyro, realizado en 1987 y presentado en la Reunión Conjunta de las Academias del Plata en Buenos Aires, junto con otros trabajos de Caldeyro-Barcia y otros académicos.

El trabajo de Piñeyro se refiere a la llamada entonces EM, y en él dice conceptos fundamentales, aún vigentes, al igual que su propuesta organizativa:

*“Las actitudes que debe cultivar al máximo el médico consisten en conocimientos, habilidades, actitudes, destrezas y capacidad de juicio, manteniendo su competencia dirigida a la salud de la comunidad. Luego de obtener su título, debe continuar su formación por dos modalidades: a) cursos, otras actividades programadas, especialmente en la formación de especialistas y b) actividades no programadas que usufructúa, sobre todo el médico generalista”.*

*“La EMC debe considerarse como algo vocacional; utiliza cualquier forma o modalidad de aprendizaje, no se ajusta a ningún método o procedimiento establecido, sino que varios se complementan; debe valorarse el autoaprendizaje”.*

*“Para estimular el cambio de conducta, es necesario el perfeccionamiento en servicio”.*

*“Tener presente que los conocimientos no constituyen un aprendizaje, sino su aplicación reiterada, los transforma en hábitos de trabajo” (cambio de conducta = aprendizaje) y reitera “favorecer las interconsultas, las visitas de sala, los ateneos, los contactos directos en el equipo, todo lo cual no significa descartar un aporte razonable en forma de clases y conferencias”.*

*“Deben ser las instituciones de salud, universitarias o no, las asociaciones médicas, los organismos de gobierno, las que captan los problemas sanitarios y las carencias del personal para ayudarlo”.*

Sugiere la creación de un organismo interinstitucional liderado por la FM-EG, apoyado por el MSP y todas las instituciones médicas y sociedades de Montevideo y del interior. Esta comisión, dice, debe orientar la organización, los métodos, la estructura y los programas.

En 1994, otra vez la ANM se ocupa en profundidad del problema de la EM y un comité presidido por el Ac. Navarro, quien escribió el informe final, reitera su preocupación por la EM, refiriéndose sobre todo al pre-grado y a las especialidades. (“Grandes problemas médicos”- Bol – XIII –1994). Considera que existe una decadencia que atribuye en especial a la masificación del alumnado y propone soluciones.

Por último, (2004) la ANM se ocupó de nuevo de la EM, pero ahora en la fase del aprendizaje a lo largo de toda la actividad profesional, lo que llamamos ya en ese momento DPMC, en una exposición en la reunión de las Academias del Plata realizada en Montevideo, en agosto de 1994, en la cual el Dr. Petruccelli se refirió al problema del DPMC y del profesionalismo y luego advirtió sobre la necesidad de reenfocar el asunto dentro del concepto de profesionalismo (Archivos Ac. Med. y FEMI). Al final dice: *“Creo firmemente que la ANM puede y debe ofrecer un aporte sustancial en este campo,*



*más aún si se busca la cooperación de otras Academias (sociología, economía, etc.) o grupos especializados a nivel gremial o de gobierno, ya que la Academia ocupa un lugar privilegiado. Aparte del prestigio de sus miembros, como institución, está por encima de intereses corporativos, políticos, económicos y de cualquier otra naturaleza, que suelen sesgar en sentido negativo los estudios y sus conclusiones en cualquier campo”.*

## **6) La resistencia a los cambios necesarios**

La acción del SMU, con el apoyo de la FM, la FEMI y el MSP fue fundamental a partir de 1990, en que se realiza el informe Gentile-Ramos – Gómez-Haedo, y luego la orientación del director de la EG, Prof. Larre Borges, con los seminarios anuales y su insistencia por la conexión con el interior. Actitud que siguieron los directores sucesivos, Profs. Jorge Torres y Ángel Ginés. El apoyo del SMU y la FEMI fue fundamental para la realización de los Seminarios-Talleres anuales organizados por la EG de la FM.

La resistencia al cambio es un hecho bien conocido y, como vimos, destacada por Paulo Freire. Es natural que en medio de estas poderosas fuerzas tecnológicas, económicas y de gobierno, el médico se sienta temeroso, desorientado, inseguro, desbordado para cumplir su tarea específica,

colocado entre su código de ética y la realidad que domina su quehacer y lo impulsa a las soluciones personales o grupales y, por tanto, aparezca ambivalente, solicitando, por un lado, apoyo y, por otro, resistiéndose a controles que pueden afectar sus posibilidades y aun su compromiso ético con el paciente y la sociedad a la que debe servir. Pero son, sobre todo, las autoridades de las grandes instituciones de la salud las que están en falta, ya que teniendo un proyecto con bases conceptuales unánimemente aceptadas y un esbozo organizativo también aprobado, habiendo firmado luego dos Acuerdos Marco (1999 y 2002), aprobando las grandes líneas del proyecto y su necesidad en el campo de la salud nacional, de acuerdo con la idea mundial, no asumen el liderazgo ejecutivo que les compete, no ponen en juego su poder para crear algo útil y necesario para la comunidad y no pasan de la teoría a la práctica, cometiendo a nuestro juicio una grave omisión.

## **7) 8ª Convención Médica Nacional –7.08.2004– Montevideo <sup>(3)</sup>**

El problema del aprendizaje continuo del médico a lo largo de toda su etapa laboral es parte imprescindible de cualquier modelo asisten-

---

<sup>(3)</sup> Se expuso la posición de la FM-EG y en especial la del Comité Honorario correspondiente (Petruccelli, Niski y Fosman).

cial, sobre todo si es nuevo o está en proyecto, porque mantener la competencia profesional a nivel adecuado para brindar una buena asistencia a la población es una obligación ética de los médicos (ver Toghil). Pero también hoy día, de las instituciones en las que aquel es funcionario o sociogremial o científico.

Esto es válido para todo el equipo de salud, incluida la parte administrativa, económica, etc., pero por motivos obvios, en este texto nos referimos básicamente a los médicos, sin olvidar que integran un equipo, que es en general un funcionario técnico en algún servicio asistencial público o privado. Este punto, que no admite discusión, no es sin embargo considerado en general en la práctica diaria ni en los proyectos propuestos o puestos en marcha. Así, no aparece la educación, en el excelente trabajo que sobre acreditación de instituciones asistenciales presentó hace diez años una comisión interinstitucional (FEMI, MSP, etc.), que integraba el Dr. Silvio Ríos, y tampoco ha sido objeto de especial interés (en realidad ha sido olvidado) por los creadores del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que acaba de ponerse en marcha.

Esto supone eliminar de los proyectos un componente básico del trabajo del personal de salud, su

aprendizaje permanente, que es algo así como el combustible de un automóvil, que está en la raíz del proceso, y más aún, tiene o puede tener una importante influencia en la economía del sistema.

Así pues, los educadores y los propios servicios asistenciales y sociedades gremiales y científicas deberían exigir que el aprendizaje continuo del personal de salud sea un componente no negociable y hay que hacer comprender esto a los que gobiernan el país y a las instituciones de salud y docencia. Un breve intercambio que tuvimos con el Ec. Daniel Olesker, en ocasión de una conferencia sobre el SNIS que dictó en el ANM, nos permitió saber que estaba de acuerdo, pero que veía difícil solucionar el problema económico, cosa que creemos no negociable.

## 8) Claustro FM

- Año 1992 - crear una Comisión Nacional Interinstitucional para coordinar la EMC.
- Abril 1995 –médico a formar– pone tres puntos básicos y diez secundarios, entre estos: educar y educarse siempre, para lo cual debe ser preparado; interactuar con los demás miembros del equipo entrenado para un sistema que priorice la APS. Pero lo más importante: *“La FM debe participar en definir la organización y los pla-*

*nes de salud, coordinando con los organismos públicos y privados, con frecuencia poco sensibles a la opinión universitaria independiente”.*

## **9) Conferencias de Edimburgo**

- 1988 – necesidades de liderazgo fuertes y ejecutivos para pasar de la teoría a la práctica.
- 1993 – *“No preocuparse exclusivamente de la calidad intrínseca de la EM”; “considerar como muy importante la necesaria vinculación con la realidad de la atención de la salud en el país”.* Véase la propuesta hecha en 1968 por el Nuevo Plan de Estudios de la FM.

## **10) Encuentro Continental de Educación Médica: Punta del Este (decano Eduardo Touyá) – Octubre, 1994**

*“La calidad se construye organizando procedimientos de control; tiene que ser formulada por todos los protagonistas y con amplia participación de los destinatarios”. (¿Médicos o pacientes?) “Demanda la participación de la UDELAR para cumplir con el control social, que reconstruya las bases solidarias del ejercicio profesional, favoreciendo la cobertura universal y la justicia social”.*

En realidad, nosotros creemos que toda la UDELAR debe participar en

salud (sociología, administración, comunicación, etc.), como ya hemos dicho, y es opinión universal.

*“El impacto de los aportes de la revolución científico-tecnológica y el propósito de favorecer la presencia del mercado como propulsor de las actividades, produjeron una severa alteración de las bases teóricas sobre las que se apoyaba nuestra medicina y desarrollaba su trabajo social; se pretendió que la competitividad fuese el motor, así, la atención de salud como derecho y servicio, cedieron frente a la atención de salud como consumo (clientes) y motor de la tecnología aplicada a la medicina. Esta pugna de concepciones explica algunos de los obstáculos encontrados para los cambios”. “Debemos propiciar una organización de un servicio, una medicina científica, pero humanizada, hacia la sociedad, sin distinciones y con un fuerte compromiso ético”.*

En el informe se pide tiempo y recursos, igual que Toghil, y reconoce que *“hoy sabemos que los docentes no estaban preparados”* (nosotros creemos que es un viejo error en el que se recae y que debe ser evitado; ya se sabía esto en 1970 y eso fue una grave falta del Plan 68, que repitió al intentar reinstalarse en 1985 y pretender trabajar en el interior). En un futuro sistema para el DPMC, habrá que preparar expertos específicos para el aprendizaje del adulto

(Secuencia de Carvajal: de Dreyfus y Novato – principiante – competente – proficiente y experto), La internalización progresiva del conocimiento y su democratización son algunos de nuestros compromisos.

### **11) Reunión en el MSP – Ministra Ma. Julia Muñoz y Dr. Gilberto Ríos y Acs. Celso Silva y Roberto Quadrelli**

Se conversa sobre temas como colegiación y DPMC. Se acepta que se ha tomado un sendero acordado, que no excluye ni frena los trabajos sectoriales, al contrario, los estimula, pero hay acuerdo en que TIENE QUE HABER UN ORGANISMO, UNA ESTRUCTURA, que tenga autoridad como para impulsar el proceso.

Hay que tener presente los estándares globales de la WFME (Federación Mundial para la Educación Médica –Global Standards for Quality Improvement y su revista en español desde 2004– “Ed. Med. Cont.”). La WFME es una organización “*sombrilla*”, que unificó seis organismos regionales distribuidos en el planeta y es una ONG con fuertes vínculos con la OMS y la UNESCO.

### **12) Otras opiniones dignas de ser citadas**

*“Lo que oigo lo olvido, lo que veo lo recuerdo, lo que hago lo aprendo”.*

Luchar contra la masificación y el paternalismo, esto puede ser aplicado en el DPMC. Aprender a aprender, a hacer y a ser (UNESCO).

Falta de dedicación de los docentes y formación de los docentes (solicitado ya a fines de la década de 1960). Ahora, para el DPMC, afirmamos que los docentes actuales de medicina no están preparados o deben ser preparados para el cambio del apoyo al aprendizaje del adulto.

Necesidad de descentralización a nivel nacional; creación de una red interdepartamental (unidades departamentales); hay que elevar progresivamente el nivel del interior y hacerlo cada vez menos dependiente, sin que ello signifique separación ni competencia negativa.

Destacamos como muy importante algo que nunca es señalado y es la necesidad de establecer obligatoriamente, de modo programado y permanente, un aprendizaje continuo de las materias básicas (cosa nunca lograda). Puede haber cursos oficiales y otros no, como opciones, en el DPMC.

Incorporar casi todas las disciplinas (a la medicina “nada le es ajeno”). Estas disciplinas deben, a su vez, desarrollar este perfil médico en su área. La medicina debe apoyarse en todo

el conocimiento humano, en medidas variables.

Algunos puntos a recalcar para insistir en estimular su desarrollo.

- Incidir en el plan salud. La FM no puede verse relegada, en tanto es la formadora del principal recurso humano del sistema.
- Propender al máximo desarrollo posible del interior en los aspectos educativos o de enseñanza - aprendizaje.
- Profesionalizar al docente o experto. Para el DPMC, formar expertos en tres niveles: dirección - de campo y enlace. Sin estos últimos, el sistema corre serios riesgos de disolverse (Soler).
- Intervenir con fuerza y convicción en la creación del Organismo Coordinador del Sistema para el DPMC y su puesta en marcha; reponer en primer plano la resolución del Claustro de 1992, que dio directivas precisas, aún válidas y recordar la ordenanza de la EG de 1993.
- Desarrollar conceptualmente el profesionalismo y su práctica y decidir el comienzo de la enseñanza del DPMC y las bases del profesionalismo, en sus premisas básicas, en el pregrado.

## Fuentes de información

### A) Por orden cronológico

- 1) William Osler (cita no textual)  
- La EMC como una obligación ética. 1900 - Nueva York.
- 2) Berro, Roberto - Conferencia en el SMU, siendo presidente de la institución - 1924.
- 3) Cursos SMU - décadas de 1930 y 1940 - Abel Chifflet y Pablo Purriel.
- 4) Década de 1950 - Desarrollo plan pregrado 45 y esbozos Plan 68.
- 5) Década de 1960 - Producción del Plan de Estudios 68 (pregrado) - Rey, Carlevaro, Nowiski, Viñar, et al. - FM.
- 6) Década de 1970 - Editorial *Noticias* - SMU - Barrett Díaz - 1975-. Luego otros editoriales - Roberto Avellanal (*Compendio*), Ariel Rodríguez Quereilhac (*Compendio*), Néstor Campos Pierri (Salto, *Revista FEMI*).
- 7) Década de 1980 - Académico José M. Piñeyro - Delegado Ac. Nacional de Medicina Uruguay - Bol. Ac. Nal. Med. Uruguay y 6:85 - 91; 1987. Primera propuesta orgánica sobre EMC - bases conceptuales y organizativas - Otros disertantes sobre EM, (pregrado) - Roberto Caldeyro-Barcia (lectura aconsejable).
- 8) Década de 1990: 1990 - Resolución 36/90 del MSP sobre "obligación de los odontólogos y mé-

- dicos de renovar periódicamente su registro de título” (nunca reglamentada).
- Comisión Interinstitucional iniciada por el SMU en respuesta a la Resolución 36/90 (FEMI, FM-EG, MSP, SMU – Gentile, Gómez Haedo, Avellanal, Petruccelli, et al).
- 1992 – Claustro FM – Resolución – Crear una organización interinstitucional para coordinar un Sistema Nacional para la EMC.
- 1993 – Entrada al Comité Ejecutivo del SMU del *Informe de la Comisión* – Irma Gentile-Ramos y Carlos Gómez-Haedo.
- 1993 – El director Marella introduce en la nueva Ordenanza de la EG su obligación de actuar en EMC – art. 1º, inc. L, 1993.
- 1994 – 2002 – Actuación del Prof. Em. Uruguay Larre Borges como director de la EG. Creador del Comité Honorario para el estudio de fuentes, organización y propuestas en EMC (luego DPMC). Iniciador de contactos con el interior (Dr. Amorín – Florida); firma del 1er. Acuerdo Marco (29.12.99); comienzo de Acreditación (ensayo); producción de seis documentos básicos; publicación libro azul y trabajo revista OPS sobre EMC (luego DPMC).
- 9) 2000 – Conferencia Congreso Nacional de Medicina (Petruccelli) en la EG – FM.
- 2002 – 2006 – Actuación del Prof. Dr. Jorge Torres – Continuación del impulso al área de EMC y en acreditación. Firma 2º. Acuerdo Marco, agosto de 2002, donde se crea el GTI para producir un Anteproyecto de Ley.
- 2003 – Trabajo “DPMC en Uruguay” Larre Borges y col. revista OPS.
- 2002 – 2004 – Trabajo del GTI en FEMI. Entrega a las autoridades de las cuatro instituciones firmantes de los AM (FM, MSP, SMU, FEMI) del 1º. Anteproyecto de Ley para la creación del Organismo Coordinador de un Sistema Nacional para el DPMC (agosto 2004).
- 2004 – 2006 – Receso total. Causas: elecciones nacionales y departamentales, cambio de gobierno.
- 2006 – setiembre – Reanudación de actividades interinstitucionales – Integración del Ministerio de Educación y Cultura representado por la Academia Nacional de Medicina, que fue promotora del reencuentro. Presidente Ac. Celso Silva.
- 1ª Reunión 14.09.2006 – Academia Nacional (MSP, SMU, FEMI, FM, EG, ANM, MEC).
- 2ª Reunión octubre 2006 – 8º Seminario EG – Punta del Este.
- 3ª Reunión diciembre 2006 – MSP – Se oficializa el ingreso del MEC – ANM. Creación del Grupo de

Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP) – Organización de los grupos para estudio de los distintos temas. Coordinador general, Dr. Gilberto Ríos.

2007 marzo – Entrega del 2º Anteproyecto de Ley al cuerpo de abogados. Asunción de la Dirección de la EG por el Prof. Ángel Ginés. A lo largo de todo este tiempo la EG siguió trabajando en acreditación, sobrepasando la etapa de ensayo y oficializándola en la práctica (Petruccelli discrepa con esto – ver cita Maestro Soler en primera parte).

De marzo-abril a la fecha no se han producido aportes importantes de información, fuera del ya programado Seminario - Taller anual de la EG, que se realizó en Colonia del Sacramento y fue regional, con aportes de Canadá y España (Parboosing, Pardell, Toews y otros invitados extranjeros.)

## **B) Otras referencias específicas**

### **1er. Período 1995 – 2004**

- a) A propósito del DPMC (*Noticias SMU*) M.R. Remedio – marzo 2004.
- b) Informe a la 8ª Convención Médica Nacional – Montevideo, Uruguay – agosto 2004 – Dante Petruccelli.

- c) El desafío del DPMC y el Profesionalismo – Reunión Académias del Plata – D. Petruccelli – noviembre 2004 – Montevideo.

### **2do. Período 2006 – 2007**

- d) ANM – Creación de la Comisión para el Estudio del DPMC y Profesionalismo (Peña, Blasiak, Bonifazio, Petruccelli).
- e) Ingreso al Grupo Interinstitucional del Ministerio de Educación y Cultura representado por la Academia Nacional de Medicina – setiembre – diciembre 2006.
- f) La Academia frente al problema del DPMC – Petruccelli – agosto 2006.
- g) Texto tentativo para la 1ª reunión de este período el 14.09.2006 en la Academia Nacional de Medicina – Petruccelli.
- h) Tres textos A – B – C para informe interno de la Academia Nacional de Medicina – 2006 – Petruccelli.
- i) Información básica para el 8º Seminario Taller de la EG – Hotel San Marcos, Punta del Este, octubre 2006 – Petruccelli, Peña, Blasiak y Bonifazio.
- j) Asistencia de nuestra Comisión a la 3ª Reunión en diciembre de 2006 en el MSP (creación del GTIP).
- k) Trabajo enviado por esta Comisión al 9º Seminario Taller de la

EG, esta vez de carácter internacional, Colonia del Sacramento, octubre de 2007.

Este material puede obtenerse en la EG, en FEMI o en la Academia Nacional de Medicina.

### C) Otras referencias generales

- a) La Sociedad de Medicina Interna y la Educación Médica Continua (EMC), meta incluida en sus estatutos. Ver, además, *Cuadernos de Medicina Interna* y Publicación del XXIX Congreso de Medicina Interna, p. 17, trabajos Dra. Rosa Niski.
- b) Recommendations – The World Summit on Medical Education, Edinburg, 12 august 1993.
- c) V Congreso Asociación de los Estudiantes de Medicina – Minas – Uruguay – Mesa Redonda, Dante Petruccelli-Romero, Rosa Niski, Gilberto Ríos, Fernando Alvarión, Álvaro Margolis (Cté. H. EG-FM, 28-29 julio, 2001).
- d) Asamblea del Claustro de FM – Claustro abierto, 11.10.97 – Petruccelli y col.
- e) Los desencuentros de la Salud, Medicina y Calidad. A. Toledo Ivaldo – agosto 2003, p. 88.
- f) La experiencia del FNR. Un modelo de gestión inspirado en la calidad – H. Bagnulo y col., junio 2004.
- g) El poder y la fragilidad – Jean

Hamburger, Empecé, Buenos Aires – 1973.

- h) Los médicos (fragmentos) – Rafael Barrett – 1920.
- i) Reportaje a A. Rosenberg – Seminario *Búsqueda* – 1999. Uruguay.
- j) La creciente importancia del Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC). Dres. Elena Fosman, Rosa Niski y Dante Petruccelli-Romero. *El Diario Médico*: Año 9, Nro. 76, junio 2006, pág. 5.

### B. Período 2005 - 2007

En este período se desencadenaron una serie de hechos que promovieron el reinicio de las actividades en relación con el DPMC, que, como fue citado, entraron en una etapa de suspenso luego que se entregó a las autoridades de las cuatro instituciones el anteproyecto de ley en agosto de 2004.

El DPMC por sus características propias (período prolongado, población heterogénea en edades, especialidades y lugares de trabajo, desarrollo en un escenario complejo, población objetivo potencialmente numerosa, etc.) no es una tarea que pueda desarrollar una sola institución, sino que requiere un ámbito de responsabilidades compartidas por varios organismos públicos y privados que incluyan la participación activa de los profesionales. El desarrollo de actividades coordinadas y mantenidas



en el tiempo, con liderazgo asumido por las mismas, es indispensable para desarrollar el proceso necesario que lleve a la organización del Sistema Nacional de DPMC.

Refiriéndose a esta situación en reunión de APEX, Ciclo “La Universidad de la República. Ayer y hoy”, en febrero de 2005, en relación con “La Universidad en el Desarrollo Profesional Médico Continuo”, el Ac. Petruccelli señala: *“Estamos sorprendidos por la disociación entre los avances conceptuales y lo concretado. Hoy sigue avanzando la Escuela de Graduados y los avances políticos y organizativos son prácticamente nulos. Hay una inexplicable falta de voluntad política que tiene adormecido el proyecto”*.

En el Plenario de la Academia Nacional de Medicina en agosto de 2006, el Ac. Petruccelli, exponiendo sobre “La ANM frente al problema del DPMC”, señala: *“Creo firmemente que las Academias de Medicina pueden y deben ofrecer un aporte sustancial en el campo del DPMC”*. El Plenario, por unanimidad de sus integrantes, decide convocar a las instituciones firmantes de los dos Acuerdos Marco, para plantearles la importancia de la reiniciación de las actividades regulares relacionadas al mismo e interrumpidas en 2004.

En setiembre de 2006 se realiza en la sede de la ANM la reunión planeada con la presencia de la ministra de Salud Pública, del decano de la

Facultad de Medicina, del presidente de FEMI, del representante del presidente del SMU, del presidente de la ANM y otros miembros de las instituciones presentes y la ANM.

En octubre del mismo año, en el marco del 8º Seminario - Taller de DPMC realizado en Punta del Este, se reúnen las mismas autoridades y toman dos decisiones:

- Incorporación de la ANM a las instituciones firmantes, adhiriendo a lo establecido en los Acuerdos Marco (AM) y como representante del Ministerio de Educación y Cultura.
- Reinstalación del Grupo de Trabajo Interinstitucional (GTI), que se decide sea permanente, denominándose Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP), integrado por dos delegados titulares y dos alternos por cada institución.

El GTIP se reúne regularmente en la sede de FEMI (Cufré 1781) que también aporta la Secretaría, definiendo como propósito:

*“Cumplir con los cometidos que surgen de los Acuerdos Marco, en un proceso que será permanente en el tiempo y que tendrá como vía final común la constitución de un Organismo Coordinador del Sistema Nacional de DPMC”*.

Al conceptualizarlo como un proceso, se considera como condición para su implementación establecer alguna forma de convenio interinstitucional que dé respaldo a las acciones del GTIP hasta que se consagre la ley de creación del sistema. El grupo estableció cuatro áreas de trabajo asignadas a cuatro grupos de trabajo específico (GTE) integrados por miembros del GTIP y otras personas con actividad destacada en el tema y con la coordinación del Dr. Gilberto Ríos (MSP).

Las áreas de trabajo se refieren a:

### **Marco legal**

Incluye lo referente a la actualización del proyecto de ley elaborado en 2004, así como la elaboración de una propuesta de un convenio interinstitucional.

### **Conformación de la red**

Establecer contacto y elaborar nómina de actividades docentes realizadas a nivel nacional, con el fin de considerar la posibilidad de incluirlas en el sistema. El objetivo es conformar una red base del futuro del sistema.

### **Capacitación de recursos humanos**

Promover planes de capacitación optimizando las capacidades de cada institución en las áreas vinculadas a la capacitación del adulto, el aprendizaje en el lugar de trabajo y evaluación del DPMC. Organizar cursos

a fin de formar recursos específicos para la educación del adulto como una metodología centrada en el que aprende.

### **Educación permanente en salud**

Abordar una de las vertientes más complejas del DPMC, que es la educación permanente en el lugar donde el médico y el equipo de salud desempeñan su actividad. En diciembre de 2006, el GTIP se reúne con las máximas autoridades de las cinco instituciones aprobándose el plan de trabajo citado y se fija nueva reunión para 2007, que no se realizó.

Durante el año 2007, los GTE desarrollan actividades que se resumen en:

- Elaboración del Anteproyecto de Ley de Creación del Sistema de DPMC a elevar al Poder Legislativo, previa aprobación por las cinco instituciones.
- Relevo a nivel nacional de actividades docentes para médicos a nivel público y privado.
- Propuesta de curso introductorio para la capacitación de recursos humanos.
- Experiencia de EPS en Jardines del Hipódromo.

**Actividades de la Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, Universidad de la República, en relación con el DPMC.**

Como fue citado, por resolución del Consejo de la Facultad de Medicina de la UDELAR, se inicia una experiencia piloto de acreditación de instituciones y actividades en octubre de 2001, que se mantiene hasta el presente.

Siguiendo criterios preestablecidos e incluidos en formularios de solicitudes de acreditación de instituciones y actividades docentes, se desarrolla una actividad regular, que ha mantenido latente el interés y aportado experiencia para actividades de DPMC.

Para ello se constituyó en el año 2002, dentro del área de DPMC de la Escuela de Graduados, una Comisión de Acreditación<sup>(1)</sup> integrada por ocho miembros honorarios, todos ellos ex docentes y docentes de nivel superior de la Facultad de Medicina y dos docentes Grado III rentados que integran la secretaría técnica.

Los criterios para acreditación de instituciones incluyen fundamentalmente.

- Existencia de un componente docente en los estatutos (opcional).
- Integración de un Comité de Educación Médica Continua que incluya preferentemente docentes de la Facultad de Medicina.
- Antecedentes de actividades docentes.

- Elaboración de un programa docente para dos años con metodologías participativas por lo menos en el 50% de la actividad.
- Independencia de los integrantes del comité con empresas comerciales patrocinadoras de las actividades docentes.
- Información a los participantes del patrocinio y separación del área de promoción comercial del área docente.

A octubre de 2007 se acreditaron 39 instituciones integradas por 20 sociedades científicas, 8 instituciones asistenciales, 3 gremios médicos, 4 servicios de FM, 2 núcleos del Interior del país y 2 instituciones<sup>(2)</sup>.

De la misma manera se elaboraron criterios para la acreditación de actividades docentes, por las instituciones acreditadas que incluyen:

- Objetivos educativos (generales y específicos) bien definidos, que los participantes deben conocer.
- Población objetivo bien definida.
- Metodologías participativas en el 50% de la actividad.
- La organización y logística deben responder a los objetivos y metodología educativa.
- Sistemas de evaluación de la actividad, los participantes y metodología docente.

La realización de actividades docentes de DPMC acreditadas en el

período 2002 a 2006, llega a 245 eventos, mostrando un incremento anual superior al 50%<sup>(1)</sup>. Este aumento se relaciona con el incremento de instituciones acreditadas y el número de actividades realizadas por las mismas. También permite plantear que el interés del cuerpo médico por las actividades de DPMC es creciente y que las metodologías interactivas son bien recibidas por los mismos.

En reciente Jornada de Evaluación de la actividad de acreditación por la Comisión de Acreditación, se ha propuesto y fue aprobado por el director de la Escuela de Graduados, Prof. Ángel Ginés, continuar con la experiencia, mejorar el cumplimiento de los propósitos de la acreditación, actualizar los sistemas de evaluación, estimular la comunicación entre los Comités de Educación y la comisión y entre los mismos e implementar el aumento de las auditorías de las actividades acreditadas por parte de la Comisión<sup>(1)</sup>.

Desde el acceso a la dirección de la Escuela del Prof. Larre Borges se han organizado nueve Seminarios - Taller que, entre otros, trataron temas referidos a planificación, acreditación y evaluación, así como cursos cortos de metodologías educativas. En ellos han participado docentes nacionales dedicados al tema y expertos internacionales provenientes de la Universidad de Calgary (Canadá), Consejo

de Acreditación de CME (España) y de OPS. Los mismos se han continuado realizando bajo la dirección de la Escuela por los profesores Jorge Torres y Ángel Ginés.

Conjuntamente con el 9º Seminario - Taller realizado en octubre de 2007 en Colonia del Sacramento, se realizó el 1º Encuentro Regional. En el mismo participaron 175 profesionales provenientes de 72 instituciones de todo el país y de Argentina, Brasil, Chile y Perú. Contó con la participación especial de expertos internacionales, entre los que se señala a los Dres. John Parboosingh, Helios Pardell y John Toews, estos dos últimos frecuentes participantes en los citados Seminarios Taller<sup>(3)</sup>.

Los temas tratados fueron:

- Marco conceptual del DPMC.
- Situación del DPMC en la región.
- Herramientas para incidir en el DPMC (acreditación, recertificación).
- Aprendizaje en el lugar de trabajo y educación permanente del equipo de salud.
- Avances en la coordinación del DPMC y contexto político.

Al igual que el anterior Seminario-Taller realizado en Punta del Este en noviembre de 2006, se realizó al final del encuentro un panel de cierre, que

contó con la presencia de autoridades políticas, educativas y gremiales, con la coordinación del director de la Escuela de Graduados, Prof. Ángel Ginés. Participaron la ministra de Salud Pública, Dra. María Julia Muñoz, el decano de la Facultad de Medicina, Prof. Dr. Felipe Schelotto, el presidente del SMU, Dr. Alfredo Toledo, la representante de FEMI, Dra. Nilsa Iriondo, el representante del Ministerio de Educación y Cultura, Prof. Dr. Celso Silva (presidente de la Academia Nacional de Medicina), y el intendente de Colonia, Dr. Walter Zimmer. En el mismo se reiteró el compromiso de continuar apoyando y coordinando esfuerzos para la implementación del Sistema Nacional de DPMC en el país.

En noviembre de 2007 se realizó en Buenos Aires la Reunión Conjunta de las Academias de Medicina del Plata. La ANM participó en el tema “Desarrollo Profesional Médico Continuo” al que aportó aspectos de la experiencia uruguaya en relación con la historia, conceptualización, relación con la calidad de atención y la reforma del sistema de la salud (Ac. Peña).

También se consideró el tema profesionalismo, refiriéndose el Ac. Blasiak al ideario del profesionalismo en la Antigüedad y en el presente, y su relación con la Educación Médica

y el Desarrollo Profesional Médico Continuo.

Por considerar ambos temas de especial interés para ambas Academias, se decidió desarrollar actividades en conjunto referentes al mismo, para lo cual se designará una comisión bilateral.

El 29 y 30 de noviembre se realizó en Piriápolis el 4º Encuentro Regional de FEMI <sup>(4)</sup>. El primer punto del programa fue la consideración de la ley para la creación de un Sistema de Desarrollo Profesional Médico Continuo. La propuesta del anteproyecto de ley, elaborada por el GTIP, fue presentada por el Dr. Uruguay Russi aprobada por la Asamblea de Integrantes de FEMI.

En el mismo encuentro el director de la Escuela de Graduados, Prof. Dr. Ángel Ginés, realizó una conferencia sobre el tema “Hacia una presencia comprometida y calificada de los médicos en el Sistema Integrado de Salud”. En una conceptualizada exposición se refirió reiteradamente al DPMC, señalando, entre otros aspectos, *“como un desafío que merece especial atención para lograr avanzar en la reforma que significa el SNIS, la formación continuada y permanente del equipo de salud”*.

## Bibliografía

1. Continuing Professional Development of Physicians in Uruguay Lessons From a Countrywide Experience. Alvaro Margolis, MD, et al. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 27(2):81-85, 2007.
2. Experiencia de Acreditación de la Educación Médica Continua en Uruguay. Escuela de Graduados. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Prof. Adj. Fernando Alvariano. Presentado en el 1<sup>er</sup> Encuentro Regional y 9<sup>o</sup> Seminario - Taller de Desarrollo Profesional Médico Continuo. Colonia del Sacramento, Uruguay. Octubre de 2007.
3. Informe. 1<sup>er</sup> Encuentro Regional y 9<sup>o</sup> Seminario - Taller de Desarrollo Profesional Médico Continuo. Colonia del Sacramento, Uruguay. Octubre 2007.
4. 4<sup>o</sup> Encuentro Nacional. FEMI Piriápolis, Uruguay; 29-30 de noviembre de 2007.

### C. Profesionalismo y Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC)

Es conveniente hacer un poco de historia sobre dos palabras que vamos a usar mucho durante la exposición y que son profesión y profesionalismo. Un trabajo publicado por José Láza-

ro en la revista The Lancet –354: diciembre 1999– dice lo siguiente:

*“En sentido sociológico, un profesional es tradicionalmente un miembro privilegiado que ha aceptado (profesed) por medio de un voto (oath) un definido conjunto de tareas (deberes) y recibido un conjunto de derechos... Cuida (guarda) secretos que recoge en su actividad y goza de cierta impunidad judicial, porque su conducta es gobernada por el código ético de su profesión. Originariamente había sólo tres profesiones que expresaban las únicas tres formas de poder:*

- Los sacerdotes: el poder del universo (macrocosmos).
  - Los jueces: el poder de la nación (mesocosmos).
  - Los médicos: el poder sobre el cuerpo (microcosmos).
- Por ello las universidades medievales tenían sólo tres disciplinas: teología, leyes y medicina”.*

### Profesión - Profesionalismo

Profesión (ver professio – onis – y otras, en texto Ac. del Plata – 2004) (Petruccelli) (ver diccionario, diferencias con artesano y similitudes).

Significa un contrato social, un compromiso entre lo profesional y la sociedad, por el cual esta le otorga ciertos privilegios a cambio de determinados servicios y compromisos.

Según Lázaro, “*al comienzo había sólo tres profesiones: la religiosa, la abogacía y la medicina*” (Ver texto adjunto - cita de Lancet).

Dicho pacto, por un lado, nos parece simple y, por otro, en la práctica, de extrema complejidad y supone un marco ético muy severo. El profesional médico se rige sobre todo por un código de ética en todos los casos, puede hasta estar eximido de leyes generales del pueblo, por otro lado debe ser muy reservado en secretos que conoce, sobre todo a nivel íntimo (secreto profesional).

El estudio del profesionalismo es de extrema complejidad porque, como dijimos antes, la medicina abarca, de algún modo, todo el quehacer humano y sus consecuencias y se apoya en todos los conocimientos humanos en mayor o menor grado.

Por eso creemos que el término podría o debería constituir una “*sombrilla*” bajo la cual puedan estar comprendidos y estudiarse como parte de él, el DPMC, la colegiación médica y en cierto sentido toda la educación médica (*ut supra*). Hay acuerdo en que los elementos básicos del profesionalismo deben ser presentados de modo simple y progresivo ya en el pregrado, cosa que de hecho ocurre. Es nuestra opinión que en el gran círculo del profesionalismo

se debería incluir el DPMC y la colegiación con mayor o menor solapamiento de éstas.

Definir profesionalismo tiene sus dificultades, son muchos los aspectos que entran en juego. Una de las definiciones posibles: “*Profesionalismo es el ideario sobre el que reposa el estatus de la profesión médica*”, (Pardell).

Las características del ideario del profesionalismo desde la Antigüedad hasta los alrededores de la década de 1970 son los siguientes. El médico poseía:

- a) Un conocimiento profundo de la medicina, adquirido después de un largo período de formación universitaria y de ejercicio profesional y eso le permitía aplicarlo en el trabajo profesional e intervenir en su organización.
- b) El liderazgo del conocimiento y de las autoexigencias.
- c) Contaba con un código ético propio, básicamente autogenerado, con la potestad exclusiva de aplicarlo. Todo esto favorecía el tratamiento correcto de los pacientes.
- d) Se destacaba como ser humano, trataba bien al enfermo y a sus familiares. Su dedicación era muy grande, la atención era altamente cualificada; trataba de ser eficaz y solucionar el problema del paciente, con lo cual lograba su confian-

za y la de los familiares, quienes creían en él y lo apoyaban.

De ese modo el médico trabajaba con tranquilidad, sin tensiones y hacía su trabajo correctamente y con competencia, logrando un estatus satisfactorio y no discutido ni por el paciente ni por la sociedad.

Todavía podemos citar algunos valores que caracterizaban al profesionalismo de ese momento, que son:

- El altruismo: servicio a los demás por encima de los intereses propios.
- Disciplina: autorregulación.
- Eficacia: solución a los problemas de los clientes.
- Compromiso: saber mantener el compromiso con la sociedad que le reconocía el estatus.

Vemos que en esta primera etapa del profesionalismo varios eran los ítems que formaban su ideario, pero es importante recordar que los médicos se destacaban por ser autónomos, autoexigentes y autorregulables.

Existen trabajos en las bibliotecas nacionales y extranjeras que hablan de las características que deben tener los médicos al tratar a sus pacientes. Queremos recordar al Dr. Roberto Berro, quien dictó una conferencia, siendo presidente del SMU, el día 5

de julio de 1924, desarrollando, entre varios puntos, uno de los cuales se titula “Perfeccionamiento del médico”. En ese punto considera tres aspectos:

- a) Por su ciencia.
- b) Por su corrección profesional.
- c) Como hombre.

Con respecto al aspecto a) dice que el médico no debe olvidar nunca que tiene que ser toda su vida un estudiante y un estudioso. Cuando se refiere al aspecto b) señala, con claridad, que los médicos tienen deberes para con el enfermo y deberes interprofesionales. *“Debemos preocuparnos de ser correctos entre nosotros mismos a objeto de no desprestigiar la conducta de la clase médica”*.

Mencionó la conducta a seguir frente a ciertas situaciones en el llamado “campo neutral” que es el trabajo en nuestro propio consultorio. Si allí se ve un paciente en consulta, que ya ha visto a otro médico, para dar una segunda opinión debe tener cuidado de no hacer daño al colega que ya ha visto al paciente.

Hablando del aspecto c) explica que, para él, debe reunir por lo menos tres condiciones esenciales:

- Franqueza con el enfermo, salvo las reservas naturales que impone un criterio humanitario.



- Honestidad de conducta, el médico que entra en una casa no sólo ve y trata al enfermo, sino que se entera de cosas y se transforma en un confidente de graves problemas familiares, debe tener un carácter suficiente para mantenerse inalterable frente a ellos.
- Desinterés, cuidando que los intereses económicos no empañen el prestigio de la clase médica. También insiste en que el médico debe estar muy bien informado en lo que se refiere al conocimiento médico y a las cualidades humanas y morales que siempre debe preservar.

Los complejos y cada vez más rápidos cambios científico-tecnológicos que comenzaron a producirse a partir de la Segunda Guerra Mundial, ocasionaron y llevaron a cabo cambios de toda índole, económicos y organizativos. Por este motivo en la década de 1970, las organizaciones médicas internacionales comenzaron a preocuparse del aprendizaje del médico en el marco de su actividad profesional. Esto generó una progresiva crisis del profesionalismo.

Dentro de la tecnología se utilizaron diferentes aparatos, como ser microscopio de uso clínico-quirúrgico, microscopio electrónico, tomografía computada, resonancia magnética, ecografía, fibroscopios y otros apa-

ratos, todos ellos excelentes para mejorar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las diferentes enfermedades, pero de muy alto costo.

Estos altos costos de los diferentes aparatos originaron graves dificultades económicas que se reflejaron en desajustes económicos de las instituciones, entre otras cosas importantes, en problemas salariales con los trabajadores de la salud. Todas estas dificultades iban creciendo y, al no haber solución, se comenzaron a alterar los ánimos entre los trabajadores privados y públicos de la salud. Hubo quiebras de algunas instituciones médicas. Todos estos desajustes ponían a la gente más y más tensa y las rispideces aumentaban.

Aparecieron otros problemas laborales. Uno de ellos fue la mala praxis, con las consecuencias legales inevitables. Lo que estaba ocurriendo no era exclusivo de Uruguay, sino que se desarrollaba en todo el mundo. La preocupación era general y se manifestaba en las publicaciones de la época.

El Dr. Helios Pardell y sus colaboradores estudiaron el problema, encontrando factores interiores y exteriores que producían el acoso a la profesión médica en muchos países desarrollados, incluido España; expresaban que se tiene una sensación

de deterioro y de pérdida progresiva de la influencia social y del estatus (también económico) que se traduce en un profundo descontento e insatisfacción que llevan a una preocupante desmotivación.

Este proceso, que bien puede ser encuadrado en una tendencia a la desprofesionalización, no es igual en todas partes del mundo. En España presenta los perfiles que ha tratado de compendiar en la tabla 1 (Pardell).

#### **Dr. Helios Pardell - Tabla 1**

**Indicios de desprofesionalización de la profesión médica en España. Limitaciones de la autonomía + -**

**Deterioro de la credibilidad oficial social -**

**Debilitamiento del reconocimiento oficial + -**

**Baja autoestima +**

**Disminución del componente ético + -**

**Limitado ejercicio de la autorregulación +**

**Sindicalización de los temas profesionales +**

**Primacía de los intereses económicos + -**

**Aumento de la normatización del trabajo +**

**Crecimiento – aparición de otros profesionales limítrofes +**

**Protagonismo del papel de no profesionales + -**

---

Leyenda: + presente; + - relativamente presente; - prácticamente inexistente

Dijimos que en el primer profesionalismo los médicos se destacaban por ser autónomos, autoexigentes y autorregulables. Vemos en la tabla 1 la limitación que existe en la autorregulación y en la autonomía. Existe la primacía de los intereses económicos y un protagonismo del papel de no profesionales, nombrando sólo algunos de los cambios en el profesional, que están llevando a la desprofesionalización, sobre todo en el plano ético. Existe una preocupación constante de este problema y la preocupación es mundial.

Transcribiremos dos párrafos de la exposición que realizó como panelista en la Mesa Redonda de Apex: ciclo “La Universidad de la República ayer

y hoy”, coord. Prof. Pablo V. Carlevaro, el Ac. Dante Petruccelli, en febrero de 2005:

*“El interés por mantener la competencia profesional del médico a lo largo de su carrera es mundial y es un grave problema actual en virtud de la profundidad de los cambios que ha sufrido la humanidad y por ende la profesión médica en todo sentido (científico, tecnológico, laboral, social, ético, etc.) siendo obviamente el fin último de este esfuerzo por mantener la competencia, brindar a la población una correcta asistencia. No se trata solamente de los conocimientos científicos, que por supuesto son esenciales, sino de corregir las fallas en el ejercicio profesional, que ocurren en todo el mundo, que muchas veces se refieren más a la relación médico paciente, al arte médico, que al perfil científico”.*

Ludmerer (en EE.UU.) realizó una encuesta a pacientes y presenta conclusiones. El descrédito de los médicos aumenta desde hace 30 años, son vistos como impersonales, deshonestos, codiciosos y egocéntricos.

Swick (en el mismo número JAMA) expresa al respecto: *“Muchas quejas sobre cambios en las actitudes de los médicos en la práctica diaria (...) la transformación corporativa del sistema de salud de EE.UU., amenaza socavar el profesionalismo de los médicos”.*

Analizando el segundo profesionalismo y teniendo *“in mente”* la tabla del Dr. Helios Pardell, vemos que el primer profesionalismo, el ideario, ha cambiado, se han limitado dos características y disminuido tres.

- Limitación de la autonomía.
- Limitación del ejercicio de autorregulación.
- Debilitamiento del reconocimiento oficial.
- Disminución del componente ético.
- Baja autoestima.

Las cinco últimas características son novedades en el nuevo ideario.

- Sindicalización de los temas profesionales.
- Primacía de los intereses económicos.
- Aumento de la normatización del trabajo.
- Crecimiento - aparición de otros profesionales limítrofes.
- Protagonismo del papel de no profesionales.

Y, por último, debemos recordar que en el momento actual, en lugar del antiguo profesional liberal, el médico hoy día es en su gran mayoría un funcionario público o privado, con bajos sueldos, lo que ha promovido el multiempleo, y más recientemente el empresarismo médico (ver cita anterior de la exposición del Prof. Ángel Ginés en FEMI, diciembre 2007).

Analizando la encuesta de Ludmerer que hizo a los pacientes y sus conclusiones, destacamos que el descrédito de los médicos aumenta desde hace 30 años y los médicos son vistos como impersonales, deshonrados, codiciosos y egocéntricos, y, agrega, sin quejarse de la falta de conocimientos.

El carácter de los médicos ha cambiado con la crisis. Con la crisis ha desaparecido la tranquilidad en la vida del médico. Con los problemas laborales vive tenso, hay inseguridad y ese estado de ánimo seguramente repercute sobre su aprendizaje y le dificulta actuar correctamente frente al enfermo y le resulta más difícil mantenerse competente.

Según Pardell, *“el ejercicio de la profesión médica (hoy) poco tiene que ver con el de hace unas décadas”* ... (el médico está sometido a tensiones de todo tipo en el contexto social caracterizado por el cambio incesante), podemos agregar la incertidumbre y el individualismo.

La preocupación en Europa y en EE.UU. es cada vez mayor por promover la “correcta conducta profesional” aparte de la preparación científica de los alumnos, ya desde las escuelas de medicina.

Es importante señalar que a pesar del descrédito que la gente tiene en los médicos y la proliferación de las llamadas “medicinas alternativas” mágicas y religiosas, se continúa pensando que la salud es necesario cuidarla y que para eso se necesita buena asistencia médica. Para lograrla es imprescindible que exista:

- a) Una buena relación médico-paciente-familia.
- b) Que la conducta del médico sea en todo momento correcta.
- c) Que el médico mejore su conocimiento para estar siempre competente.

Describiremos ahora las características del ideario del nuevo profesionalismo. Las dos primeras se mantienen del primer ideario:

- 1) Estimular la buena relación médico-paciente-familia.
- 2) Capacitar al médico para una actuación correcta y competente.
- 3) Capacitar a los médicos a trabajar en equipo (difícil hacerlo por la falta de tiempo debido al multitempleo).
- 4) Colaborar con la institución con la cual se trabaja.
- 5) Lograr conocimientos necesarios de ética y bioética.
- 6) Lograr conocimientos de los problemas médico-legales y de sus posibles soluciones.

- 7) Desarrollar los conocimientos y las relaciones con la sociología y la antropología.
- 8) Tener conocimiento de administración y ayudar en los problemas de ese orden.
- 9) Tener conocimientos de economía y así saber ordenar los gastos y aprender a ahorrar en la institución.
- 10) Valorar las fuerzas del mercado.
- 11) Saber actuar cuando los enfermos por su enfermedad requieren: un medicamento, un examen o un acto quirúrgico muy caro, y las instituciones asistenciales insisten en que es muy difícil pagarlo.

El nuevo ideario tiene materias nuevas, ética y bioética, sociología y antropología, administración y economía, fuerzas del mercado, legales y otras, que el médico no las utilizaba y debe informarse para saber analizar los problemas de cada materia cuando aparezcan y proponer soluciones; a su vez, esas disciplinas deben sobre-desarrollar la vertiente médica de la especialidad (ver DMPC).

El nuevo profesionalismo es pues un asunto de alta complejidad y sus soluciones escapan a los objetivos de ese trabajo. A pesar de ello y como base para la reflexión, nos atrevemos a plantear los principales problemas que salen a la luz y que pueden ser:

¿Cómo se van a aprender a integrar estas materias en el equipo?

¿Los programas?

¿Quién dirigirá el sistema proyectado y propuesto para el DPMC?

¿Cómo se consigue el dinero y cómo se administra?

Para finalizar, diremos que este nuevo profesionalismo es muy complejo y muchas cosas debemos aprender para entenderlo y llevarlo a la práctica, generando las nuevas normas. Esperemos que todo el esfuerzo que se haga sirva también para rescatar la profesión del descrédito actual y reubicarla en un nuevo nivel, que nos proporcione un estatus social y económico digno y satisfactorio, y que nos dé tranquilidad y seguridad para actuar, que es lo que se necesita.

### **Bibliografía**

- 1) Lázaro, J.: Lancet: 354, diciembre 1999.
- 2) Pardell H. Profesionalismo, formación continuada y recertificación, una visión desde la perspectiva médica. Gestión y evaluación de costes sanitarios. Vol. Nº 3 – 75-85, julio - setiembre 2002.
- 3) Abbott A. The System of Profession. An easy on the division of expert labor. Chicago, III. The University of Chicago Press. 1998.
- 4) Berro, Roberto: Conferencia del 5.07.1924, versión taquigráfica.

Edición del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo. Tipografía La Industrial – 634 – Reconquista 640, 1924.

- 5) “La Universidad en el Desarrollo Profesional Médico Continuo”. Mesa Redonda sobre Educación Médica. 18.02.2005. Coord. Prof. Dr. Pablo V. Carlevaro. Apex – Ciclo: “La Universidad de la República ayer y hoy”. Panelistas: Ing. Jaso, Dr. Carro, Br. Estable, Ac. Petruccelli. Exposición del Ac. Dante Petruccelli - Romero.
- 6) Ludmerer. Encuesta a pacientes con sus conclusiones. JAMA 1999. “El descrédito de los médicos aumenta desde hace 30 años, son vistos como impersonales, deshonestos, codiciosos y ego-céntricos”, (cita completa)
- 7) Petruccelli D. “El desafío del Desarrollo Profesional Médico Continuo” (DPMC). Reunión de las Academias de Medicina del Plata. Montevideo, 4-5 de setiembre de 2004.

### III. COMENTARIOS FINALES

Hemos querido exponer algo de los aspectos que consideramos de mayor importancia en el problema actual del DPMC, en vez de hacer una exposición del tema, que puede encontrarse en varios textos citados en la bibliografía.

En cuanto a terminología, nos mantenemos dentro de lo propuesto por la OPS y por otros autores (DPMC, englobando a la EMC programada y a la EMP), en la práctica aceptando que hay zonas de solapamiento en la que ambas se pueden reforzar.

Más recientemente, Davis D. y colaboradores abogan por el término Knowledge Translation (KT) que propone una terminología más avanzada. Nosotros pensamos que el término profesionalismo, tema cuya importancia ha crecido mucho en los últimos diez años, puede perfectamente englobar todas estas otras formas del quehacer en el área del aprendizaje continuo del médico en su profesión, e incluso englobar el área de la colegiación, ya que esta es, también, inherente al profesionalismo.

Sobre este punto de gran complejidad (el profesionalismo), sin embargo sólo hemos esbozado el problema final del trabajo porque creemos que exige un tratamiento especial y multi-inter-disciplinario; por algo, una gran parte de los trabajos mundiales sobre el tema corresponde a los sociólogos.

Nosotros intentamos abrir el campo para una futura discusión, como

una advertencia a los colegas y a sus instituciones, para que formen grupos de estudio y reflexión interdisciplinarios estables, permanentes, para ir avanzando en el tema y tomar posiciones fundamentadas, lo que es muy importante para la ubicación del futuro médico en su profesión.

Por último, volviendo al DPMC, hace años que decimos que de acuerdo al enfoque actual del mismo, centrado en los profesionales y en sus instituciones, es necesario crear Departamentos para el estudio de la EM en toda su extensión, pero en especial el DPMC y el profesionalismo, con personal especialmente preparado en cursos específicos, nacionales e internacionales, rentado y con facilidad de contactos internacionales, ya sea regionales o más lejanos (Canadá, España), aprovechando los contactos que ha hecho la EG-FM.

Ese personal, ingresado por concurso, debe estar apoyado y supervisado por comisiones honorarias, gremiales, científicas, asistenciales, etc., según la institución en juego. Las viejas comisiones de enseñanza, en general, pertenecen a un pasado que no volverá, están perimidas.

Hasta ahora, la respuesta de las instituciones, en general, ha sido de indiferencia, aun habiendo estado en los niveles directrices colegas muy conocedores y aparentemente intere-

sados en el problema (Barrett Díaz, presidente del SMU, y Conrado Bonilla, ministro de Salud Pública, por ejemplo).

Es justo destacar que las sociedades científicas, al menos algunas de ellas, se han mostrado muy proclives al cambio, lo han comprendido y aceptado y lo aplican en sus actividades. Los servicios asistenciales han respondido con menos entusiasmo. Con ambos grupos hemos tenido, desde el comienzo en 1996, varias reuniones generales y particulares que, en general, han funcionado muy bien en lo informativo.

En un sentido positivo, cabe destacar la persistente actividad de la EG-FM bajo las sucesivas direcciones de los profesores Uruguay Larre Borges, Jorge Torres y actualmente Ángel Ginés, manteniendo un nivel de trabajo en este campo con Seminarios. Talleres anuales y acreditación, etc., con el persistente apoyo honorario de las profesoras Niski y Fosman y del Prof. Peña.

En este segundo período de trabajo, 2006 en adelante, se ha recuperado el entusiasmo a nivel de los grupos de trabajo, pero la mayoría de dirigentes han olvidado nada menos que la educación continua en procesos tales como el manual de acreditación de servicios asistenciales y el actual SNIS.

A este respecto nos parece importante destacar la opinión de un pedagogo catalán-uruguayo, el Maestro Miguel Soler-Roca, quien en un reportaje que le realizara el semanario *Brecha*, en julio de 2006, decía:

*“Las grandes leyes de la educación en América Latina siempre han coincidido con momentos de intensos cambios políticos. No es conveniente un divorcio entre las políticas educativas y las nacionales y sociales de un país. La educación tiene funciones que se vinculan directamente con la problemática social, pero sería antihistórico esperar que sean las instituciones docentes las que resuelvan todos los problemas; ningún problema económico o social puede ser resuelto por la vía educativa (comentario: cosa que parece haber creído la OPS y nuestra FM en algún momento en las décadas de 1970 y 1980), pero al mismo tiempo estos tampoco pueden ser resueltos excluyendo el aporte educativo”.*

*“Cada vez que queremos actuar como agentes de cambio, actuando fuera de nuestras posibilidades, llevamos los procesos educativos a callejones sin salida”<sup>(4)</sup>.* Es fundamental contar con

---

<sup>(4)</sup> Esto es lo que uno de nosotros cree que va a suceder o le está sucediendo a la EG-FM, al embarcarse en un compromiso de acreditación a nivel nacional, sobrepasando las intenciones iniciales de hacer un ensayo, que fue lo aprobado inicialmente por el Consejo de la FM. Inevitablemente van a llegar a un “*cul de sac*” sin soluciones, si no se combina con el GTIP y se crea el organismo proyectado.

los recursos presupuestales y profesionales necesarios. El país necesita, a nuestro juicio, mejores recursos humanos, con formación apropiada al aprendizaje del adulto en funciones profesionales.

Hasta que no aparezca un líder interesado en el problema, que lo comprenda en profundidad, le interese y asuma las responsabilidades de su ejecución, no avanzaremos, aun si se vota una ley. Aconsejamos releer con atención las opiniones del Maestro Soler.

Al final hemos demostrado algunos aspectos del profesionalismo, tema cuya complejidad nos impide profundizar en él en este trabajo; lo dejamos planteado como nuevo estímulo para su estudio, renovando el interés ya manifestado en el tema por otros integrantes del SMU.

---

**\*Comisión de la Academia Nacional de Medicina para el Estudio de la Educación Médica y el Profesionalismo, delegado al Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP). (El GTIP está integrado por el Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior, el Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Medicina de la UDELAR [Escuela de Graduados y Departamento de Educación Médica] y la Academia Nacional de Medicina]. Integra además esta comisión el Ac. J. Bonifazio (ausente).**



*Los autores agradecemos al Dr. J. Lorenzo la distinción que nos ha hecho al invitarnos a presentar este trabajo en el Centro de Estudios de la Salud del SMU, del cual es Miembro Responsable.*

Quien desee ampliar información sobre el tema desarrollado en este artículo puede comunicarse con el CES del SMU: [ces@smu.org.uy](mailto:ces@smu.org.uy); o con el Dr. Dante Petrucelli-Romero: [sgrego@adinet.com.uy](mailto:sgrego@adinet.com.uy)