

EL PAPEL DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY EN EL DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO

Dra. Rosario Sica*
Dra. Laura Pereda*
Dra. Ida Decia*

1) INTRODUCCIÓN

El Sindicato Médico del Uruguay (SMU) históricamente le ha dado un lugar al desarrollo profesional de los médicos que se expresa estatutariamente en: *“El mejoramiento... del ejercicio profesional y de la situación del médico y del estudiante de medicina”*⁽¹⁾... *“Coadyuvar a la ampliación de la cultura general y el perfeccionamiento de la preparación técnica de los médicos”*⁽²⁾. *“Contribuir al permanente*

estudio y perfeccionamiento de las estructuras de salud del país⁽³⁾”.

Este estatuto es de 1930. Ha tenido modificaciones hasta el 2000. Pero es desde 1930 que manifiesta y mantiene su compromiso con la formación médica.

Entendemos por formativos no sólo aquellos aspectos científico-técnicos relacionados con la praxis médica, sino todos los aspectos culturales y sociales que atraviesan el ejercicio profesional enriqueciendo la vida de los médicos y de la sociedad, que se materializan en proyectos de leyes

(1) Sindicato Médico del Uruguay. Estatutos del Sindicato Médico del Uruguay. Art. 2, 2000:31. Obtenido de www.smu.org.uy 27/3/08

(2) Ídem.

(3) Ídem.

referidas a los más amplios espectros, desde la seguridad vial hasta la reproducción asistida, la promoción de las artes, deportes, etc.

El concepto de Educación Médica Continua (EMC) ha ido cambiando hasta nuestros días. Alfonso Mejía define la Educación Profesional Continua (EPC) como el *“conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permite al trabajador de salud, mantener, aumentar y mejorar su competencia para que esta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades”*. Para ello *“...debe responder a las necesidades de salud y ser congruente con los recursos de la comunidad y los planes para mejorarla”*⁽⁴⁾. La EPC se la ha homologado con la EMC. (Larre Borges U., Petruccelli D., Niski R. Fosman E. y col., 2003)

Influidos por trabajos de autores norteamericanos y europeos, este concepto pasa a denominarse Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC), incluyendo dentro del mismo lo que hoy se denomina EMC y Educación Permanente (EP). Actualmente, algunos autores de la escuela uruguaya de DPMC entienden por EMC aquellas actividades de formación como congresos, jornadas, etc. destinadas a la actualización de los médicos, con metodologías fundamentalmente pasivas, que *“contri-*

buyen muy poco a mejorar la competencia del médico”⁽⁵⁾.

Refiriéndonos específicamente al DPMC, reflexionando críticamente sobre el estatuto, nos preguntamos: ¿el aprendizaje de los médicos tendría que quedar remitido a la academia y a los académicos? ¿Por qué el SMU ha trabajado desde sus comienzos hasta nuestros días en la educación de los médicos de todo el país?

Recordamos que, cuando en el 2005 se presentó un póster sobre DPMC en la Conferencia Argentina de Educación Médica (CAEM)⁽⁶⁾, después de escuchar la presentación y realizar preguntas acordes al contenido de la misma, la interrogante que se impuso de parte del discutiador fue: *“¿Me podría explicar qué tiene que ver un Sindicato Médico con la Educación Médica?”*.

Hemos retomado la pregunta realizada por un académico de un país vecino. Evidentemente, la concepción del rol gremial de nuestro Sindicato no se remite exclusivamente a importantes intereses sobre reivindicación salarial, condiciones de trabajo, preocupación por el mundo del empleo, sino que se amplía en

(4) Mejía A. Educación Continua, Educ Med Salud 1986; 20 (1): 43-71.

(5) Petruccelli D. Exposición en la Academia de Medicina. Acta Agosto 2006, Montevideo.

(6) Sica R., Eulacio N. Acreditación Institucional de EMC en Uruguay: el concepto de calidad implícito, CAEM 2005, “Responsabilidad social de las entidades formadoras de los profesionales de los equipos de salud”. Programas Resúmenes AFACIMERA Córdoba: 2005, p. 127.

una concepción holística que atravesará al médico en su relación consigo mismo, con sus pacientes, con los integrantes del equipo de salud y con la sociedad.

El Dr. Barrett Díaz⁽⁷⁾, baluarte de la EMC dentro y fuera del SMU, recordaba al profesor Abel Chifflet (1938) que fue fundador de la “*división científica dentro del SMU*”, creó la biblioteca, promovió “*reuniones médicas periódicas*” y utilizó metodologías como la educación a distancia, en aquel momento a través de la radio, con el objetivo de la puesta al día de los médicos (Díaz B., 1997).

La doctora Irma Gentile⁽⁸⁾, otro puntal en materia de DPMC, escribía en la Revista Médica en 1995: “*No hay título habilitante, por bien ganado que haya sido, que asegure la competencia profesional*” para siempre, fundamentando la necesidad de aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Pero, ¿cuál es la importancia del SMU trabajando en la **formación de recursos humanos**, en el **aprendizaje continuo** de los médicos y en el **desarrollo** de políticas de educación, específicamente en **políticas de DPMC**, que se articulen con las políticas de Salud? Es necesaria la consideración de aspectos contextuales, que determinarán nuestras

propuestas; los iremos planteando y pensamos que darán respuesta a nuestras preguntas.

2) ASPECTOS CONTEXTUALES

Nos interesa destacar:

Cambios en diferentes esferas y particularmente la velocidad de los mismos en los últimos tiempos.

Cambios en políticas estatales de salud, con la instauración del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Cambios en la importancia de la calidad y el aprendizaje organizacional.

2 a. Cambios en diferentes esferas y la rapidez de los mismos

Dice Edgar Morin⁽⁹⁾

“... Magallanes necesitó 3 años para dar la vuelta al mundo por mar (1519-1522). Se necesitaron sólo 80 días para que un intrépido viajero del siglo XIX utilizando carreteras, ferrocarril y navegación a vapor diera la vuelta a la Tierra. A finales del siglo XX, el jet logra el bucle en 24 horas. Y más aún, todo se presenta de manera instantánea de un punto a otro del planeta por televisión, teléfono, fax, Internet”.

Muchos han sido los cambios científicos, tecnológicos, económico-sociales, políticos, culturales que, unidos a la concientización creciente sobre los derechos del paciente, derecho a ser bien atendido, derecho al aseguramiento de la calidad en el

(7) Barrett D. Gremio Médico y EMC. Presencia necesaria y permanente. Noticias 1997; 86:73-4.

(8) Gentile I. Educación Médica Continua. Rev Med Uruguay 1995; 11:79-80.

(9) Morin E. Los siete saberes necesarios de la educación del futuro: Buenos Aires, Nueva Visión 2002; p. 64-5.

campo de la salud y en el educativo, han caracterizado la última etapa del siglo XX y llegan hasta nuestros días, primera década del siglo XXI.

Han cambiado las características de la relación médico-paciente, pilar fundamental de la práctica médica.

Han cambiado las relaciones laborales. Coexiste el multiempleo médico con el desempleo y el subempleo, o ambos. Encontramos a veces un médico multiempleado que lo podemos visualizar como corriendo de un lado a otro, creando en el imaginario colectivo la llamada “visita médica”, que alude a un contacto fugaz y despersonalizado con el paciente. No tienen o son pocas las instancias de reflexión acerca de sus dudas, incertidumbres, vivencias y desafíos, que le presenta cada encuentro con un paciente y cada intercambio con un colega. El sentimiento de pertenencia institucional es difícilmente apreciado. El médico se siente hoy temeroso del riesgo de una demanda judicial, que modifica su vida y su ejercicio profesional.

Las posibles actividades de actualización muchas veces se sienten como una exigencia más, ausente del disfrute, de la curiosidad que representa la experiencia del aprendizaje cooperativo con colegas.

Por otro lado nos encontramos con un médico desocupado o subocupado, con sentimientos de fracaso frente a su elección profesional, con

pérdida de su referencia profesional e institucional generando un terreno fértil para la frustración, obstáculo para la motivación en el aprendizaje, que lo aleja de la posibilidad de reciclaje e incorporación laboral en el sistema de salud.

El factor motivacional es determinante para el aprendizaje en general y particularmente para el del adulto. Como señala Knowles⁽¹⁰⁾, el adulto elige qué, cuándo y dónde quiere estudiar; es un aprendizaje fundamentalmente autodirigido. Tenemos que conocer el nivel, el terreno del que partimos en nuestro público objetivo, para desarrollar nuestra gestión en la Comisión de EMC.

Federico Mayor, director general de la UNESCO en 1999, considera la educación como “*la fuerza del futuro*”⁽¹¹⁾, en la medida en que la describe como uno de los instrumentos más poderosos para producir transformaciones. Jerarquiza el cambio mental interno que tiene que realizar el sujeto para asumir las incertezas, las paradojas, las modificaciones permanentes que caracterizan esta época (Morin, 2002).

En esta atmósfera de cambios necesitamos ser flexibles, escuchar

(10) Knowles MS. Adult learning. In: Craig RL. Ed. The ASTD Training and development handbook: A guide to human resources development. New York: Mc Graw Hill, 1996.

(11) Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Buenos Aires, ed. Nueva Visión, 2002. Prólogo p. 9.

las demandas y tener una actitud pro activa tratando de adelantarnos a las realidades que van a surgir. Es esta actitud anticipadora la que marcará nuestra propuesta en relación con la política en DPMC del SMU.

2 b. Cambios en políticas estatales de Salud

El Sistema Nacional Integrado de Salud fue y es una propuesta que nace y se perfila desde el SMU. Este cambio en la política estatal de Salud, instalado desde comienzos del 2008, considera a la salud como un derecho de todos los ciudadanos. Toma en cuenta criterios de equidad, justicia y solidaridad.

Jerarquiza la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), el desarrollo del primer nivel, con el consecuente incentivo de la prevención y la promoción de salud.

El cambio del modelo en políticas de salud tiene que ser articulado con cambios en las políticas de formación de **recursos humanos** para la salud. Tendremos que terminar de definir un sistema nacional integrado de educación para la salud que considere Grado, Postgrados y DPMC.

En relación con las políticas de formación de recursos humanos, María Cristina Davini, Laura Nervi y María Alice Roschke⁽¹²⁾ subrayan

la necesidad de conocer los fundamentos que sustentan los diferentes abordajes educacionales.

Plantean una nueva propuesta técnica sobre educación que denominan Educación Permanente en Salud (EPS). Surge unida a contextos de reformas de políticas de salud. Busca la mejora de los servicios de salud, tanto a nivel de las prestaciones como en la gestión de los mismos (p. 20).

La EPS es una estrategia de educación, que según estas autoras tiene como antecedente próximo la EP de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que amplía el escenario educativo llevándolo al ámbito del trabajo, en el lugar del trabajo y con el equipo de trabajo. En la EPS la formación se realiza en el contexto laboral, cerca de donde vive el paciente. Tiene como objetivos “...producir cambios en las concepciones, actitudes y desempeños de todos los actores... involucrados, con especial énfasis en el personal de los niveles operativos”. (p. 35)

Los criterios que la definen son:

a) Aprender en y desde el trabajo, problematizando la tarea, para incidir sobre los problemas que surgen en la misma.

b) La participación y el protagonismo de todo el equipo de salud, incluyendo los técnicos, administrativos, etc., “...personal de todos los niveles

(12) Davini M, Nervi L, Roschke M. La capacitación del personal de los Servicios de Salud en pro-

yectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Ecuador: OPS/OMS, 2002. 91 p.

y roles, ya que cada uno es portador de un saber particular” (p. 37). Implica la participación del usuario considerándolo “...sujeto de transformación en los cambios a realizar... llegando a tener las habilidades necesarias en la mejora del modelo...” (p. 51). No se capacita “...desde unidades centrales... a grupos acotados...” como lo hace la estrategia de EMC (p. 7). La estrategia de EPS toma supuestos teórico-prácticos provenientes del aprendizaje del adulto, del aprendizaje organizacional, de la psicología social y de los círculos de calidad.

Estas autoras plantean la Educación Continua (EC) como una estrategia que, tomando en cuenta la obsolescencia del conocimiento, busca fundamentalmente la continuidad de la capacitación, la actualización. Tiene un objetivo individual, a diferencia de la EPS. La EC apunta a mejorar la competencia profesional. El contexto de aprendizaje es escolar, en lugares separados del ámbito de trabajo, en general aulas, donde expertos, en general de diferentes disciplinas, comunican conocimientos esperando que los *cursantes* los incorporen, para después utilizarlos en su práctica.

En Uruguay se viene llevando adelante, en la Policlínica de Jardines del Hipódromo del MSP, una experiencia piloto de EPS, coordinada por la Dra. Silvia Da Luz, que al ser presentada a expertos regionales e internacionales ha generado gran des-

lumbramiento por el grado de innovación en materia de educación que lleva implícito. La educación se da en el lugar del trabajo, centrada en la resolución de problemas que surgen en la tarea y en la interdisciplinaridad con la participación de todos los que están involucrados con el servicio, incluso el paciente. Todos aportan en la resolución de los problemas de la salud. **Se aprende de todos y entre todos.** Si bien son los individuos los que aprenden, el aprendizaje no es individual sino organizacional⁽¹³⁾.

En esta etapa pensamos que debemos caminar con ambas estrategias: la EC basada en la rapidez de la obsolescencia del conocimiento y de la innovación e ir progresivamente desarrollando y evaluando las experiencias de EPS que aparecen más articuladas con el cambio en la política actual de salud.

No podemos desconocer la variación de los distintos escenarios de trabajo que existen en el país, que nos obliga a ser creativos, respetuosos, considerando el valor y la riqueza de la diversidad.

2 c. Importancia de la calidad

Se ha constatado en el ámbito de instituciones internacionales, regionales y nacionales, la necesidad

(13) Senge PM. La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. México DF: Granica, 1998. 490 p.

del aprendizaje para toda la vida (UNESCO, 1998), en el caso de los médicos el DPMC. En este contexto se ha producido un aumento muy grande de las ofertas educativas, lo que debe generar la preocupación por la calidad de las mismas.

La Acreditación es uno de los instrumentos que da respuesta a esta preocupación, ya que introduce un proceso de evaluación (autoevaluación, evaluación externa) que puede culminar con el reconocimiento público de la calidad de las instituciones y de las actividades de DPMC que se realizan.

El glosario de la Red Iberoamericana de Acreditación de la Educación Superior (RIACES)⁽¹⁴⁾, que Uruguay integra, señala una larga definición de la que tomamos sólo el comienzo. Dice *“Acreditar: proceso para reconocer o certificar la calidad de una institución o de un programa educativo...”*.

Al hablar de Acreditación estamos manejando conceptos como calidad, garantía de calidad, organismo acreditador, que varían en sus definiciones y alcances según el marco teórico que manejemos y según los contextos de aplicación. Si bien en Acreditación, específicamente de instituciones y actividades de DPMC en

Uruguay, venimos caminando desde el 2000, hay un componente de la calidad que hasta el momento no está considerado y es su dimensión internacional.

El artículo 11 de la Declaratoria final de la Conferencia Mundial sobre Educación Superior de UNESCO, denominado “Evaluación de la calidad”⁽¹⁵⁾, que fue votado por unanimidad por los diferentes países, dentro de los que estaba Uruguay, establece en el inciso a) la definición de calidad de la UNESCO: *“La calidad de la enseñanza superior es un concepto pluridimensional que debería comprender todas sus funciones y actividades...”*; en su inciso b) hace alusión a que *“la calidad requiere también que la enseñanza superior esté caracterizada por su dimensión internacional: el intercambio de conocimientos, la creación de sistemas interactivos, la movilidad de profesores y de estudiantes y los proyectos de investigación internacionales, aun cuando se tengan debidamente en cuenta los valores culturales y las situaciones nacionales”*.

Como expusieron Rosario Sica y Néstor Eulacio en un póster presentado en la CAEM en el 2005⁽¹⁶⁾, titu-

(14) Red Iberoamericana para la Acreditación de la Calidad de la Educación Superior. Glosario Internacional RIACES de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Obtenido de www.riaces.net/glosario 30/3/08

(15) UNESCO. Proyecto de Declaración mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y acción. París: UNESCO, 1998. Obtenido de <http://www.rau.edu.uy/docs/paris1htm> 30/3/08

(16) Sica R., Eulacio N. Acreditación Institucional de EMC en Uruguay: el concepto de calidad implícito, CAEM 2005, “Responsabilidad social de las entidades formadoras de los profesionales de los equipos de salud”. Programas resúmenes AFACIMERA, Córdoba: 2005, p. 127.

lado *Acreditación institucional de EMC en Uruguay: el concepto de calidad implícito* y en otro trabajo titulado *Movilidad académica, aseguramiento de la calidad y la identidad institucional y nacional*⁽¹⁷⁾, presentado en el IV Coloquio Pensamiento y Actualidad: Teoría de la Universidad, en el 2007, es muy importante esta dimensión internacional de la calidad. Ésta abre dos caminos: por un lado la acreditación internacional de la calidad, en el sentido de reconocimiento de lo que se hace y, por otro, rescatar diferentes experiencias que nos enriquecen.

Vivimos en un mundo globalizado donde la libre circulación de profesionales se ve en el horizonte y el aseguramiento de la calidad de lo que se ofrece será un requisito más.

3) POLÍTICA DE DPMC DEL SMU Y EL APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA DE LOS MÉDICOS

“Mi convicción profunda es que el futuro no está escrito en ningún sitio, será lo que nosotros hagamos de él. ¿Y el destino?... para el ser humano el destino es como el viento para el velero. El que está al timón no puede decidir de dónde sopla el viento, ni con qué fuerza, pero sí puede orientar la vela. Y eso supone a veces una

enorme diferencia. El mismo viento que hará naufragar a un marinero poco experimentado o imprudente, o mal inspirado, llevará a otro a buen puerto. (...) Sería absurdo tratar de ponerle trabas, pero si navegamos con destreza, manteniendo el rumbo y sorteando los escollos, podremos llegar ‘a buen puerto’” ... Amin Maalouf⁽¹⁸⁾.

En este contexto, ¿para dónde direccionamos y desplegamos la vela? ¿A qué puerto queremos llegar?

3 a. Política de DPMC

Nuestro *destino* político en DPMC es contribuir a la creación y consolidación de un sistema de DPMC de **cobertura nacional**, ampliamente **participativo y representativo** de todos los médicos del Uruguay.

Los gremios médicos son el portavoz del cuerpo médico nacional. Si bien en el SMU está incluida la generalidad de los profesionales médicos, el SMU, por su entidad, tiene la capacidad de poder recoger las demandas, necesidades, intereses de aquellos profesionales que trabajan, aprenden o *desaprenden* en las más variadas condiciones laborales. Esta es una de nuestras grandes fortalezas para la contribución al sistema de DPMC.

Este sistema debería:

a) **adaptarse a las características de nuestro país**, tomando en

(17) Eulacio N., Sica R. *Movilidad académica, aseguramiento de la calidad e identidad institucional y nacional*. Presentado en IV Coloquio Pensamiento y Actualidad, IV. Montevideo, 2007.

(18) Morin E., Ciurana ER, Motta RD. *Educación en la era planetaria*. Barcelona: Gedisa 2003, p. 78.

cuenta sus diferencias culturales, económicas, etc.;

b) ser **equitativo**, en el sentido de que tengan oportunidad de acceso al DPMC todos los integrantes de los equipos de salud, de todos los *rincones* del Uruguay;

c) ser **solidario**;

d) ser **flexible**, capaz de adaptarse a las distintas realidades;

e) ser **dinámico**, capaz de adaptarse a los cambios que van surgiendo en los distintos momentos;

f) incorporar la continua **evaluación del sistema** como uno de los mecanismos tendientes a la mejora continua;

g) estar abierto a la **interdisciplina** generando enriquecimiento en el intercambio;

h) establecer la necesidad del **relacionamiento internacional** y fundamentalmente **regional**, realizando contactos con agentes de DPMC de la región, previendo escenarios futuros.

Como antecedentes tenemos los planteos de Alfonso Mejía en 1986. Refiriéndose a la Educación Continua⁽¹⁹⁾ mencionaba la necesidad de crear un Sistema de Educación Continua con “... *el fin de aumentar la probabilidad de que la Educación Continua se traduzca en acciones de salud eficaces... la Educación Continua abarca una diversidad de aspectos y decisiones en diferentes*

sectores y requiere tal cantidad de apoyo, pericia y recursos (políticos, técnicos, educativos, económicos, administrativos) que a menudo rebasan lo que cualquier entidad aisladamente puede contribuir en el país.” (p. 63)

Pasaron 22 años y estos planteos siguen teniendo actualidad.

3 b. Trabajo interinstitucional en DPMC

3 b. 1. Antecedentes desde el SMU

El tema de EMC “... fue tratado por primera vez por un integrante de la Academia Nacional de Medicina, el Ac. José M. Piñeyro, hace casi 30 años, en una conferencia en Buenos Aires...”⁽²⁰⁾ y publicada en nuestro país en 1987.

En 1990, el Comité Ejecutivo del SMU nombró una comisión integrada, entre otros, por la profesora Irma Gentile y el profesor Gómez Haedo, para estudiar el problema creado por la Resolución 30/90 del MSP sobre la renovación del registro de títulos (Petrucelli, 2006). Esta comisión reconoce, recomienda e impulsa el trabajo interinstitucional. Se constituye así un grupo de trabajo interinstitucional formado por la Facultad de Medicina (UDELAR), el Ministerio de Salud Pública y los gremios médicos FEMI y SMU, que culmina con una propuesta para la

(19) Mejía A. Educación Continua. Educ Med Salud, Vol 20 N° 1 (1986).

(20) Petrucelli D. Desarrollo Profesional Médico Continuo. Academia de Medicina del Uruguay. Setiembre de 2006.

creación de un Sistema Nacional de DPMC.

Nace en este contexto el Grupo de Trabajo Permanente (GTP), participando en el mismo, como delegada del SMU, la Dra. María Rosa Remedio. Se elaboró un informe y una propuesta para la creación de un sistema de DPMC. Se firman dos acuerdos marcos en 1999 y 2002 y se realizó otro acuerdo marco en el 2004 con la elaboración de un anteproyecto de ley para la creación de un Sistema Nacional de DPMC

A partir del 2006 se integra al grupo de trabajo interinstitucional la Academia Nacional de Medicina (ANM), dependiente del Ministerio de Educación y Cultura (MEC). Se constituye el Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP) que elaboró otro anteproyecto de ley donde se *pule* la propuesta realizada en el 2004 del Sistema Nacional de DPMC.

3 b. 2. Características del trabajo interinstitucional

Mucha agua ha corrido bajo el puente desde hace casi 20 años a raíz de este trabajo interinstitucional. Se ha creado un Organismo Acreditador de Instituciones y Actividades de EMC en el departamento de DPMC de la Escuela de Graduados (EG) de la Facultad de Medicina de la UDELAR, que viene ejerciendo esta función desde el 2001. Instituciones gre-

miales, científicas, académicas, etc. proveedoras de DPMC han creado en su seno un **Comité de EMC**, requisito imprescindible para la acreditación de una institución. La acreditación de instituciones y actividades de DPMC implica planificar programas, realizar actividades con metodologías participativas, reflexionar, planificar, evaluaciones de aprendizaje y hasta prepararse para la reacreditación. Todo este movimiento comporta la voluntad de realizar una autoevaluación institucional, pasar por una evaluación externa, recapacitar sobre programas, metodologías, recursos materiales y humanos, que enriquece a las instituciones.

La educación para la salud, específicamente el DPMC, nos compromete a todos desde nuestros diferentes roles. El DPMC no es terreno exclusivo de educadores, ni de direcciones institucionales, sino que involucra a todos los médicos “estudiosos” de los que hablaba el profesor Abel Chifflet.

Promovido desde el GTP en el año 1997⁽²¹⁾, liderado por la EG de la Facultad de Medicina de la UDELAR, se comenzaron a realizar talleres de formación de recursos humanos en DPMC, llegando hasta la fecha al 9º Seminario Taller y 1^{er} Encuentro Regional. Participantes de

(21) Sindicato Médico del Uruguay. Documento de la Comisión de EMC 2000 [SN]

diferentes instituciones de la capital y del interior del país han colaborado en la planificación, ejecución y evaluación de los mismos. Se han realizado presentaciones orales, póster y otro tipo de producciones gatillados por estos encuentros.

Destacamos la importancia del trabajo interinstitucional, la participación comprometida de las direcciones institucionales académicas, gremiales, científicas, estatales, etc., pero también la movilización que se ha dado y se da en los participantes de dichas instituciones para materializar la formación del Sistema Nacional de DPMC. Es un **área compartida en un amplio sentido**.

Apuntamos con esto a rescatar: por un lado, el trabajo comprometido de las direcciones institucionales y, por otro, la movilización que se da y se sigue dando en los participantes de dichas instituciones.

Hay un cuerpo médico que se está movilizándolo en materia de DPMC. Es justo reconocerlo para afianzarlo.

Estamos caminando hacia la materialización de un Sistema Nacional de DPMC.

3 c. 3. Propuestas del SMU para el aprendizaje a lo largo de la vida de los médicos

Creemos que la política del SMU en relación con el DPMC debería ser:

Bregar para la creación y consolidación de un Sistema Nacional de DPMC, trabajando comprometidamente desde la dirección institucional y teniendo un gremio movilizado alrededor del mismo, dando el soporte necesario que dinamiza las jerarquías institucionales.

Continuar trabajando interinstitucionalmente en la materialización del Sistema Nacional de DPMC.

Capacitar recursos humanos que puedan llevar adelante la reforma en DPMC.

Difundir y concientizar las ventajas de la creación del Sistema de DPMC en un intercambio formativo, que aleja fantasmas y que evita confusiones.

Dar respuestas a través de la educación médica a situaciones sociales que involucran al médico como catalizador de cambios.

Difundir y promover experiencias de la estrategia de EPS.

Instrumentar desde los propios recursos materiales y humanos del SMU formas innovadoras de aprendizaje como es la **educación a distancia, la educación semipresencial**, etc. Esto es el desarrollo de una estrategia que va a sectores que se ven impedidos de concurrir a actividades presenciales de DPMC por diversos motivos (dificultades de horario, distancia geográfica) operativizando el criterio de universalidad, flexibilidad, equidad y solidaridad.

Promover, efectivizar, intercambiar sobre políticas de DPMC en la región y a nivel internacional.

En definitiva, como planteábamos al principio de este escrito, contribuir a través del DPMC a "*El mejoramiento... del ejercicio profesional y de la situación del médico y del estudiante de medicina*"⁽²²⁾... "*Coadyuvar a la ampliación de la cultura general y el perfeccionamiento de la preparación técnica de los médicos*"⁽²³⁾. "*Contribuir al permanente estudio y perfeccionamiento de las estructuras de salud del país*"⁽²⁴⁾ a través del afianzamiento institucional e interinstitucional contribuyendo a crear una sociedad más justa, responsable y solidaria.

***Miembros de la Comisión de Educación Médica Continua del Sindicato Médico del Uruguay.**

(22) Sindicato Médico del Uruguay. Estatutos de Sindicato Médico del Uruguay. Art. 2, 2000:31
Obtenido de www.smu.org.uy 27/3/08

(23) Ídem.

(24) Ídem.

Bibliografía

Díaz B. Gremio Médico y EMC. Presencia necesaria y permanente. Noticias 1997; 86:73-4

Davini M, Nervi L, Roschke M. La capacitación del personal de los Servicios de Salud en proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Ecuador: OPS/OMS, 2002. 91 p.

Escuela de Graduados. Facultad de Medicina (Uruguay). Educación Médica Continua. Educación Médica Permanente. Montevideo: Caligráficos, 2003. 110 p.

Gentile I. Educación Médica Continua. Rev Med Urug 1995; 11:79-80.

Knowles M. S. Adult learning. In: Craig RL. Ed. The ASTD Training and development handbook: A guide to human resources development. New York: Mc Graw Hill, 1996.

Larre Borges U, Petrucchelli D, Niski R, Fosman E, Margolis A, Alvaríño F, et al. El desarrollo profesional médico continuo en el Uruguay de cara al siglo XXI. Rev Panam Salud Pública 2003; 13 (6): 410-8.

Mejía A. Educación Continua. Educ Med Salud 1986; 20(1): 43-71.

Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002, p. 65.

Morin E, Ciurana ER, Motta RD. Educar en la era planetaria. Barcelona: Gedisa, 2003. 144 p.

Petrucelli D. Desarrollo Profesional Médico Continuo. Montevideo: Academia de Medicina del Uruguay, Acta agosto 2006. (SN)

Red Iberoamericana para la Acreditación de la Calidad de la Educación Superior. Glosario Internacional RIACES de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Obtenido de www.riaces.net/glosario 30/3/2008.

Senge PM. La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. México DF: Granica, 1998. 490 p

Sica R, Eulacio N. Acreditación Institucional de EMC en Uruguay: el concepto de calidad implícito, CAEM 2005, "Responsabilidad social de las entidades

formadoras de los profesionales de los equipos de salud". Programas Resúmenes Córdoba: AFACIMERA, 2005. p. 127.

Sica R, Eulacio N. Movilidad académica, aseguramiento de la calidad y la identidad institucional y nacional. Coloquio Pensamiento y Actualidad, 4. Montevideo, 2007.

Sindicato Médico del Uruguay. Estatutos del Sindicato Médico del Uruguay. Art. 2, 2000: 31. Obtenido de: www.smu.org.uy. 27/3/08

UNESCO. Proyecto de declaración mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y acción. París: UNESCO, 1998. Obtenido de <http://www.rau.edu.uy/docs/paris1htm> 30/3/08