

El Dr. Gilberto Ríos y el Prof. Adj. Fernando Alvaríño en España

# Una experiencia en Educación Médica Continua

POR FERNANDO BERAMENDI

La implementación en Uruguay de la acreditación en Educación Médica Continua (EMC) está dando pasos seguros. El viaje a España del Dr. Gilberto Ríos y del Prof. Adj. Fernando Alvaríño, avala esa certidumbre. Ellos tuvieron la oportunidad de conocer la experiencia catalana y madrileña en cuanto a la acreditación de la Educación Médica Continua.

**Dr. Gilberto Ríos (GR):** Hay que resaltar la actitud de la Facultad de Medicina que apoyó esta iniciativa de conocer "in situ" la realidad de Cataluña y de España. Creemos que los objetivos se cumplieron. Sobre todo en Cataluña, donde la experiencia es más prolongada.

El organismo responsable de la acreditación se llama Consejo Catalán de la Formación Médica Continuada (CCFMC). Nos entrevistamos con el Prof. Albert Oriol Bosch, presidente, y con el Dr. Hélios Pardell, secretario ejecutivo, entre otros integrantes del CCFMC.

Tienen una experiencia acumulada de varios años, y pudimos conocer no sólo sus aspectos conceptuales y el marco político sino también la operativa del sistema, los problemas que tuvieron al inicio y las correcciones que tuvieron que hacer sobre la marcha.

Pudimos palpar la dinámica una vez instaurado el sistema, que es un objetivo ambicioso y la actitud de los catalanes fue muy buena.

Nos dieron el marco político y conceptual, la estructura legal, la operativa del sistema, el contacto con los evaluadores y hasta vimos el funcionamiento interno administrativo.

Ellos formalmente empezaron en el año 1989, pero de hecho hace cinco años que largaron de lleno. Al principio les pasó algo que nos sucede a nosotros, la dificultad de operativizar. Nos presentaron, también, el soporte informático que ayuda enormemente al desarrollo del sistema.

Su estrategia es muy similar a la que hemos definido nosotros: **la acreditación de instituciones y de actividades de Educación Médica Continua.** Para eso formaron una estructura multi-institucional que fue creada a través de un decreto del gobierno de Cataluña y se maneja con los mismos criterios que estamos acá.

Se integra por las facultades de Medicina, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña (Ministerio de Salud Pública para

la Autonomía), los médicos –a través de los colegios médicos–, las sociedades científicas –a través de la Academia de Ciencias Médicas–. Estas son las cuatro grandes áreas que estamos estimulando acá, independientemente de que ellos también tienen previsto que se integren otras organizaciones como las instituciones asistenciales, las personalidades relevantes de la EMC, pero básicamente la estructura es la misma.

## Flexibilidad y escasa burocracia

**Prof. Adj. Fernando Alvaríño (FA):** El modelo español es muy similar, aunque se construyeron por caminos diferentes, pero son muy trasladables las experiencias de unos y otros.

Más que aportarnos puntos que señalaran que nos equivocamos, la gran virtud que tuvo este acercamiento es poder prever que nuestro sistema va a tener un desarrollo exitoso.

Un aspecto importante a tener en cuenta es la flexibilidad con que arman el sistema y lo descentralizado y poco burocratizado que es. Defienden no matar la creatividad que el sistema de EMC tiene. Lo que ellos no quieren hacer es decir "hay que hacer esto o lo otro". Definen un umbral mínimo por debajo del cual las actividades o instituciones no son acreditadas y por encima del cual sí lo son. Como sistema de acreditación de EMC, es de adhesión voluntaria.

## Con el profesional como centro

**FA:** Cuando se ponga en juego en nuestro medio llevará a completar una serie de cambios importantes: llevar nuevamente el punto de atención a donde originalmente se debería centrar: el profesional en actividad. Esto es jerarquizar el lugar que ocupa dentro de la EMC, lo que podríamos definir como el auditorio o los participantes, la gente que está sentada en el otro

lado que es a quien está dirigida la actividad. Muchas veces la realidad lleva a que sea el polo en el cual no siempre se pone el énfasis.

**GR:** En esta área de la EMC, el modelo de Cataluña es también el que desarrollan a nivel nacional. En realidad no tiene correlato en el resto de Europa, ya que la realidad todavía es muy heterogénea en esta área. Lo que están buscando es una equivalencia sobre el valor que otorgan las actividades, con el modelo de Estados Unidos, lo que también hacemos nosotros.

En América Latina el tema EMC está en plena efervescencia y cada país, de acuerdo a su realidad, está perfilando su estrategia.

**FA:** Es bueno volver aquí al porqué nace este sistema de EMC. Que España lo impulse, que Canadá lo haya hecho hace 30 años, Estados Unidos hace 20, y que nosotros lo trabajemos hace cinco años no significa que la globalización te lleve a eso: es una forma de dar respuesta a un problema real. Los costos de la salud aumentan, la información que se genera en salud, los medios tecnológicos y los medicamentos avanzan llamativamente, el profesional que se recibe ahora, si no actualiza sus conocimientos, en cinco o diez años se va a encontrar con una medicina que no es para la que fue formado. La oferta en el área de la EMC es también múltiple y algunos aspectos de la calidad de estas actividades es dispar.

Las desigualdades en el área de la salud también se van haciendo patentes. Todo esto es lo que impulsa a desarrollar sistemas de EMC.

La realidad se complejiza cada vez más. Hay que abordar la capacitación de los recursos humanos. Con estos sistemas nacionales de EMC, que se pretenden que sean similares, se trata de asegurar que el profesional mantenga los conocimientos y aptitudes necesarias para poder hacer un correcto ejercicio de la medicina.

## La evaluación no es punitiva

**GR:** El sistema no es muy estricto. Busca que al médico se le transmitan conocimientos, sobre todo, hacen mucho hincapié en la metodología con la cual se abordan los temas, tratando de darle herramientas para que pueda razonar solo.

En Cataluña tuvieron una actitud por la positiva: cuando planteaban los requisitos solían encontrarse con que los organizadores no podían cumplirlos al no tener los elementos para hacerlo. Entonces el sistema periódicamente organiza cursos y seminarios dirigidos a los organizadores y les da, por ejemplo, un seminario sobre cómo evaluar a un adulto. Les da herramientas para que elijan la que les viene mejor.

Sra. Helena Segura i Badia,  
Dres. Gilberto Ríos, Albert Oriol Bosch, Hélios Pardell y Prof. Adj. Fernando Alvariño



**FA:** Al cabo de la visita confirmamos que estamos en el camino correcto, que los españoles y catalanes aceptan establecer una relación sistematizada por la vía de convenios para el intercambio de experiencias y la capacitación de recursos humanos.

## La compleja realidad española

**GR:** Allí hicimos el contacto con el sistema nacional español a nivel de la Comisión Nacional de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud. Su objetivo es más ambicioso porque abarca todo el país y engloba no sólo a los médicos sino a todas las profesiones de la salud.

Incluye Medicina, Farmacia, Enfermería, Odontología, Veterinaria, etcétera.

En la reunión de trabajo participaron el presidente de la Comisión, Dr. Jesús Ramírez, y el secretario técnico, Luis Pallares. Funciona en el Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Salud Pública). Es una experiencia más nueva, de un año y medio, es más lenta y la estrategia es la misma. Pero por tener que abarcar la complejidad de todo el país comenzaron con la acreditación de actividades solamente. El área

médica es la más desarrollada y recibió el aporte de la experiencia catalana asumiendo los mismos criterios. Esto necesitó, obviamente, de un gran consenso político, en un país que tiene autonomías y comunidades que tienen mucho peso a la hora de la decisión.

## El camino del consenso

**FA:** El consenso es el único camino también para nosotros. Por ejemplo, hacemos esta entrevista sentados en la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina porque en nuestra realidad, la Facultad ha emprendido este camino. Pero siempre en esta mesa se trabaja con el resto de los actores porque sabemos que la EMC la llevan adelante las sociedades científicas, las instituciones gremiales, las instituciones asistenciales, entre otros. Es el mismo camino de los catalanes, no se pretende matar la creatividad. Se trata de reordenar algunos aspectos como **recentrar estas actividades en el participante, el profesional en actividad**, de ahí que se insiste en la metodología educativa y la forma de selección de contenidos temáticos.

**GR:** Tanto para el sistema catalán como para el español lo importante es el factor cualitativo de la actividad. Y ese es el gran cambio porque hasta ahora se medían las actividades por el valor en horas. En nuestra región se usan los créditos-hora. Pero eso es un resultado estrictamente cuantitativo y no se ve el factor cualitativo.

El sistema español adjudica los créditos en función de los aspectos cuantitativos más un factor cualitativo que tiene en cuenta cómo se detectó la necesidad, cuál es su objetivo, qué metodología van a aplicar y cómo se evalúa.

**FA:** La evaluación no es punitiva, no significa que el médico pasa examen siempre. La evaluación es una forma de retroalimentación de lo hecho, evaluación de los docentes, del contenido, de los conocimientos previos y posteriores a la actividad. No se trata de salvar o perder.

**GR:** El sistema catalán se da en el marco de la reforma de todo el sistema sanitario. El financiamiento del sistema es multi-institucional. Cada actor aporta algo, a lo que se suma el cobro de aranceles por cada solicitud de acreditación. 📍

# AVISO