Dr. Jorge Torres

Dr. Gilberto Ríos - Dr. Walter Pérez - Dr. Alfredo Cerisola

Reflexiones Médicas

- Profesionalismo Médico
- Desarrollo Profesional Médico Continuo
- Hacia la Recertificación

Colegio Médico del Uruguay

Todos los derechos reservados.
Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni registrada ni trasmitida por ningún medio, sea mecánico, electrónico, magnético por fotografía o cualquier otro medio sin el permiso previo por escrito de los autores.

Diseño de tapa, maquetación y diagramación: Pablo Batista
Cuidado de la edición: Alexis Jano Ros

Dr. Jorge Torres

Dr. Gilberto Ríos - Dr. Walter Pérez - Dr. Alfredo Cerisola

Profesionalismo Médico
Desarrollo Profesional Médico Continuo
Hacia la Recertificación

Dr. Jorge Torres

Nació en Montevideo en 1937. Se formó en la Enseñanza Pública. Se graduó como Médico con Medalla por Escolaridad y como Especialista en Medicina Interna y en Endocrinología y Metabolismo en la Facultad de Medicina UDELAR. Culminó su carrera docente como Profesor Director de Clínica Médica, cargo que ocupó por 22 años, formando centenares de estudiantes y decenas de Internistas asi como docentes que más adelante fueron profesores en Medicina interna y otras especialidades. Una de sus más relevantes contribuciones de su cátedra en el plano asistencial, fue la creación y puesta en funcionamiento del 1er. Servicio de Cuidados Intermedios Médicos del país. Integró el Consejo de la Facultad Medicina, fue Presidente de su Comité de Ética, Directivo y Presidente del Cuerpo Médico del Hospital de Clínicas. En 2002 fue nombrado como Director de la Escuela de Graduados por la Asamblea del Claustro. En 2008 la Facultad le otorga el título de Profesor Emérito. Tuvo extensa y calificada actividad científica.

Autor o Coautor de 26 libros y 12 capítulos, más de 200 trabajos científicos publicados en Uruguay y en el Exterior, varios de ellos premiados. Integrante y Presidente de Sociedades Científicas nacionales y extranjeras. Director por 11 años de la Revista Archivos de Medicina Interna del Uruguay. Secretario de Redacción para América Latina de la Revista Española "Clínica e Investigación en Ateroesclerosis" 2002 - 2012. Conferencista en todos los países de America Latina, España y Portugal.

Distinciones: Maestro de la Medicina Nacional por la Sociedad de Medicina Interna del Uruguay, 2001. Profesor Invitado de Honor del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba 2000.

Distinción de la WORLD MEDICAL ASSOCIATION en el 2005 como uno de los 100 médicos distinguidos del mundo en la primera selección realizada por dicha organización. Académico de Honor de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay 2016. Luego de una vida dedicada a la docencia, asistencia e investigación clínica culminó su actuación como Primer Presidente del Colegio Médico del Uruguay del 2011 al 2015 realizando junto a sus compañeros una ímproba tarea en la construcción de un Organismo rector del Profesionalismo Médico asi como la aprobación por ley del Código de Ética Médica del Uruguay.

En palabras del Ac. Dr. Antonio Turnes "ante todo el Prof. Jorge Torres ha sido pionero, con una personalidad de enorme humanismo y calidad docente, asistencial, de investigación clínica, con altos valores éticos, destacado por su sabiduría, bondad y espíritu de cooperación, para llevar adelante obras de verdadera trascendencia para la Medicina uruguaya"

Dr. Gilberto Ríos

- Doctor en Medicina - Facultad de Medicina - Universidad de la República (UDELAR)
- Especialista Administración de Servicios de Salud - Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina - UDELAR - URUGUAY
- Master Politicas y Gestión en Salud: Europa - America Latina - Universidad de Bologna - Italia
- Especialista en Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS) - Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ - Brasil
- Diplomado Salud Pública - Facultad de Medicina - Universidad de la República - URUGUAY. 2014
- Investigador Responsable Perfil de Salud de Uruguay - Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud. 2012 - 2014
- Consultor Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) - Mapeo de la APS Argentina - Paraguay - Uruguay. 2013 - 2015
- Presidente Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva (SUSAC) 2012 - 2015
- Coordinador Comisión de Educación Profesional y Recertificación Médica (CEPREM) 2013
- Director Relaciones Internacionales y Cooperación Ministerio de Salud Pública. Uruguay
- Subdirector General de Salud - MSP
- Delegado MSP en la Junta Nacional de Salud - JUNASA
- Asistente Académico de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina - Universidad de la República - URUGUAY
- Presidente del Consejo Administrador Honorario del Sistema Nacional de Residencias Médicas. (Ley 19.301)

Dr. Walter Pérez

- Doctor en Medicina
- Especialista en Pediatría, Neonatología y Pediatría Intensiva
- Profesor de Clínica Pediátrica. Fac. de Medicina. UDELAR (2010 a la fecha)
- Director del Departamento de Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell (ASSE) (2011-2016)
- Integrante del Claustro de la Facultad de Medicina por el orden docente (2012 - 2015) Vicepresidente
- Presidente de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (2012-2013)
- Presidente de ADUR Medicina (2015-2017)
- Integrante de la Comisión la Comisión de Educación Médica y Recertificación Médica (CEPREM) (2015-2017)

Dr. Alfredo Cerisola

- Doctor en Medicina, Facultad de Medicina, UDELAR
- Especialista en Pediatría
- Especialista en Neuropediatría
- Profesor Agregado de la Cátedra de Neuropediatría, Facultad de Medicina, UDELAR
- Vice-Presidente de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP) (2011-2013)
- Presidente de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP) (2013-2015) (2015-2017)
- Presidente del Foro de Sociedades de Pediatría del Cono Sur (FOSPECS) (2016 - 2019)
- Secretario del Consejo Directivo de la Academia Iberoamericana de Neurología Pediátrica (AINP) (2015-2017) (2017-2019)
- Integrante de la Comisión de Recertificación Médica - Comisión de Educación Médica y Recertificación Médica (CEPREM) (2015-2017)

Prólogo

Con sumo beneplácito y elevado honor he realizado el prólogo a este libro que sin lugar a dudas será un referente sobre la historia y el trabajo realizado en nuestro país de cómo encarar el Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC) en el contexto del Profesionalismo Médico. Todos los países son diferentes en sus culturas y en sus organizaciones sanitarias por lo cual este tema debe ser tratado para el país en cuestión.

Si bien esta obra fue auspiciada por el Colegio Médico del Uruguay (CMU), porque no podía ser de otra manera, lo que aquí está plasmado es obra y pensamiento del autor.

El Profesor Jorge Torres, al cual me une una amistad de más de 40 años, era sin duda el indicado para escribir este libro ya que fue parte integrante en este período de varias de las instituciones que forjaron este desarrollo. Es un testigo activo de todo este proceso.

Todos sabemos la inteligencia, fuerza y tesón que tiene el Prof. Torres y los jerárquicos conocimientos y experiencia de sus colaboradores por lo que cuando me contó que estaba haciendo esta obra, no dude de su excelencia y que constituiría un texto de referencia para conocer todos los aspectos, no solo del DPMC, sino de lo que es el Profesionalismo Médico. Centrados en la evolución de la relación médico-paciente, y en el contexto de todos los hechos que cambiaron la práctica médica después de la II Guerra Mundial y la Declaración de los Derechos Humanos en 1948. Particularmente, se refiere a los vertiginosos cambios tecnológicos que se produjeron en la últimas décadas y que ello debe ir acompañado de un profundo humanismo, en la atención sanitaria, ya que el hombre sufriente no es solo una patología, sino que es una persona que siente, que tiene sus valores espirituales y la calidad de vida que él ha determinado para sí.

Desde el inicio de la lectura de la obra, advertimos que hace una división en los temas que tratará: 1) Profesionalismo Médico (PM), 2) Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC) y 3) Recertificación Médica.

A su vez, cada tema lo subdivide en varios aspectos de tal manera que hace un libro muy didáctico y por lo tanto, imprescindible para conocer el porqué de los cambios que han ocurrido en los últimos años del siglo XX y los que van corriendo del siglo XXI, de los temas principales que han repercutido en la relación médico-paciente, siendo esta en definitiva lo que buscamos lo médicos para tener a través de esa buena relación una medicina de calidad.

Subrayamos que tanto el DPMC como la recertificación, no es solo para que el médico mantenga sus conocimientos, sino que es imprescindible para realizar la práctica de una medicina asertiva y que la información que se le da al paciente sea veraz, adecuada, actualizada y sin sesgos, para que este tome la decisión que crea más adecuada de acuerdo a sus valores, sentimientos y calidad de vida que ha definido para sí mismo, por lo que el principio bioético de autonomía lo pueda ejercer de la mejor manera.

Todo lo que está escrito en este libro, además de las reflexiones del autor tiene una adecuada bibliografía, de casi un centenar de fichas, que permite al lector,

ahondar en algunos aspectos que se señalan y que acontecen tanto en el mundo más organizado y con más años en esta estrategia del DPMC y la recertificación, así como en otros países que están en caminos similares al nuestro.

Todo está documentado y con argumentaciones con alto contenido ético, lo que permite además esclarecer el porqué de muchas interrogantes que pueda hacerse un lector que no conozca mucho del tema, tanto del DPMC como de la recertificación o mantenimiento de las habilidades.

Me pareció importante en este prólogo, transcribir algunos pocos párrafos, para que el lector vea en este pantallazo, algunas reflexiones del autor que muestran su pensamiento, el que compartimos plenamente.

"En el contexto del incuestionable derecho de los pacientes a su decisión autonómica en lo que atañe a su salud, **deberíamos impulsar un compromiso en la toma de decisiones, que pasaría a ser cristalinamente compartidas, involucrando al paciente y al médico.** Haríamos la transición no ya de la medicina hipocrática, paternalista a una informativa, autonomista de cara al paciente, sino de esta a una de **responsabilidad compartida** a través de una respetuosa deliberación."

Refiriéndose a la recertificación dice: "Es indudable que **será diferente** por disciplina, por edades, áreas locativas de trabajo, necesidades asistenciales geográficas, etc…, aspirando obtener siempre la mayor excelencia, para alcanzar una calidad asistencial igualitaria."

Por último, señalo esta frase, la cual todos deberíamos compartir:
"Es que el ejercicio profesional médico es un largo recorrido además de científico-técnico, fundamentalmente ético."

Ac. Dr. Néstor Campos Pierri
Presidente Colegio Médico del Uruguay
2015-2018

Prefacio

Nace el libro

Pensé en difundir estos escritos como libro en fecha cercana, hace unos meses, atendiendo a la opinión de coautores y colegas.

Cuando ocupé la Dirección de la Escuela de Graduados asumí la relevante importancia de la Educación Profesional. En el largo período desde la obtención de nuestro título, hasta el fin de la nuestra actividad. Participamos junto a todos los integrantes del colectivo médico a través de sus organismos científico-académicos, gremiales, asistenciales de acciones tendientes a generar un sistema que la sustentara.

Al asumir como Presidente del Colegio Médico del Uruguay (CMU), colegio de profesionales, se daban en todos los medios deliberaciones sobre la viabilidad futura de nuestra profesión. ¿Tiene sentido hablar de la profesión médica hoy? "Desprofesionalización Médica", "Deshumanización de la Medicina", eran algunos de los títulos de los trabajos de grandes pensadores médicos.

Sentimos como tantos la necesidad de la recaracterización del profesional médico, a través de un ideario actualizado.

Sin duda, participar en la elaboración del Código de Ética Médica que nos rige, significó un gran impacto en lo personal, en la medida que se gestó bajo el paradigma de los Derechos del paciente y la Sociedad a la Salud, que irrumpieron en la segunda mitad el siglo pasado, en el contexto del hito histórico de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La profesión incorporó a los principios de Beneficencia, No Maleficencia, los de Autonomía del Paciente en lo concerniente a la toma de decisiones diagnosticas terapéuticas sobre su persona y Justicia Social una salud para todos sin distinciones, equitativa y justa. Sin duda, lo anterior debe y es reflejado en nuevas declaraciones.

No estamos solos, existen relevantes aportes en la misma dirección a nivel internacional y nacional. Nacieron propuestas de declaraciones de nuevos idearios que reflejaron los nuevos escenarios. Advertimos con toda nitidez que las nuevas declaraciones tenían como uno de sus pilares fundamentales el compromiso del médico de un aprendizaje profesional continuo y la exigencia que compartimos y comparte la población, de una evaluación periódica certificada. La ley 18.591 que crea el CMU nos confiere a los médicos autonomía formativa y auto regulación. ¿Estaremos a la altura de esa responsabilidad?

Reiterado lo que otros sostienen de la insoslayable e inevitable relación entre Profesionalismo Médico, la Educación Profesional y su Recertificación Periódica, nos planteamos dejarla consolidada en un escrito, que intenta abarcar el recuerdo histórico de los caminos recorridos. Particularmente en nuestro país, a lo que sumamos algunas reflexiones y eventuales propuestas.

Los contenidos

Abordamos sucesivamente: 1) Profesionalismo Médico (PM) 2) Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC) y 3) Recertificación Médica.

Profesionalismo Médico

Comenzamos analizando de cómo, los cambios históricos globales y los cambios históricos en salud, han generado contextos en los tiempos cercanos que influyeron sobre la concepción y acciones de nuestra profesión.

En salud jerarquizamos dos grandes cambios en las últimas décadas.

Por un lado, impresionantes avances científico-tecnológicos en lo biológico y por otra parte la asunción por parte del paciente y la sociedad a sus derechos en salud. Los pacientes, además de recibir asistencia benéfica y sin maleficencia, asumen autonomía en las decisiones sobre su salud. En este terreno, la sociedad gana el derecho a una salud igual para todos, justa y equitativa.

Los médicos no escapamos de la fascinación por los avances científico-tecnológicos. Nos convencimos de que el enfoque científico todo lo soluciona. Nos confiere un enorme poder que desvía hacia conductas soberbias. El médico ha debido adaptarse a nuevos retos que le imponen modificar o asumir nuevos roles. La población impactada con los avances no admite, la falta de solución a sus problemas. Se ha tornado más exigente. ¿Narcisismo del paciente? Nos gana la percepción de que nos hemos alejado del paciente. Además, crece la desconfianza y avanza la judicialización de las controversias. En definitiva, cambian las bases de las relaciones médico-paciente y médico-sociedad. Con ello se afectan los objetivos esenciales de nuestra profesión.

Se producen otros cambios significativos. La asistencia médica se realiza hoy día en grandes organizaciones públicas y privadas que facilitan el acceso a la salud y una medicina más eficaz y más eficiente en la utilización de los recursos. Otro tanto, la creciente especialización, pero ambas tienden a la despersonalización. Por otra parte, la mercantilización en la salud genera dilemas éticos.

Todo, discurriendo en un contexto histórico global crítico y un futuro marcado por profundas incertidumbres.

En los últimos años se suceden "Declaraciones sobre Profesionalismo Médico" que procuran reflejar los cambios, modificando su paradigma previo a otro elaborado desde el ángulo de los derechos del paciente, encare general que compartimos. Analizamos alguna por la amplia aceptación y difusión que ha tenido en EE.UU. y Europa. No nos parecen suficientes. De allí que proponemos una declaración nacional, que llenaría positivamente el vacío actual.

Desarrollo Profesional Médico Continuo

Nuestro mundo avanza a través del conocimiento y su capacidad para aplicarlo a la sociedad. Debemos saber pero además saber hacer, hacer y hacer bien.

Lo que todos coinciden es que una de las bases fundamentales para concretar lo anterior es el aprendizaje continuo durante toda la vida profesional.

Abordaremos en la segunda parte, una narrativa histórica del camino recorrido en nuestro medio con excelencias conceptuales y fácticas, culturalizando, en el cuerpo médico, la educación médica continua como una necesidad. Intenta aportar a la deliberación sobre el presente y su futuro.

Recertificación

Dejar librado al juicio del propio médico esa actualización presenta debilidades. De allí surge la Recertificación Periódica por sus pares. En un mundo que tiende a regular certificando, el DPMC no escapa al reto. El CMU lo pone en agenda. Debe vencer hechos culturales, entre otros, la confusión de la Recertificación con los exámenes clásicos de pre y postgrado. De allí que hemos procurado relatar reflexiones y acciones concurrentes, de la experiencia vivida desde el CMU.

Los autores

Tendrían que figurar los que no figuran como autores y fueron protagonistas de las bases conceptuales y de ir forjando realidades en torno a los temas que tratamos. Me refiero a ilustres personalidades médicas de nuestro medio y del exterior. Hemos recibido el apoyo con su participación en la génesis de estos escritos de los Dres. Gilberto Ríos, Walter Pérez, Alfredo Cerisola.

El Dr. Gilberto Ríos fue el primer Asistente Académico del Área de Desarrollo Profesional Continua de la Escuela de Graduados, fue Asistente durante mi Dirección y ha seguido vinculado sector durante los 25 años transcurridos desde su comienzo. En los últimos meses fue Coordinador del CEPREM. Sin él, no hubiera sido posible la precisión en el relato histórico sumariado del DPMC.

Los Prof. Dres. Walter Pérez y Alfredo Cerisola representan una disciplina mayor, la Pediatría, que se aventuró a iniciar una experiencia de Recertificación Voluntaria, la primera en el país. Ese pasaje de la doctrina a la acción potenció ambos cauces y nos mostró a todos que el camino es posible de recorrerlo en nuestro país. Su respaldo y trabajo fue enriquecedor.

Estos escritos recogen reflexiones del autor y sus colaboradores. No obstante en todos los casos además de aportar datos y análisis, agregamos propuestas para generar amplios diálogos. No tienen una intención predicadora ni normativa.

Índice

I) Profesionalismo Médico 21

1) Introducción 25
2) Profesionalismo.....27
3) Profesionalismo Médico 27
4) Nuevas Características del Profesionalismo Médico.....28
5) Contexto Histórico en Salud 28
6) Contexto Socio-Histórico-Universal. Algunos Aspectos.....31
7) Repercusiones de los antemencionados contextos en.....34
   - *Los pacientes*
   - *El Médico*
   - *La sociedad*

8) Relación Médico-Paciente y el Derecho a la Salud como un bien social en el centro de la redefinición del Profesionalismo Médico 37
9) Declaraciones.....39
10) Comentarios.....41
11) En Resumen 44
12) Derechos Médicos.....44
13) Consideraciones Finales 46

II) DPMC 49

1) Introducción 53
2) Bases Conceptuales 55
3) La interinstitucionalidad: Una señal de identidad del proceso 59
4) Antecedentes 60
- *Cronología inicial (1eros pasos)*
- *Comisión*
- *Análisis de situación*
- *Experiencias piloto. Seminarios/Talleres*
- *5 Documentos*

5) Acuerdos Marco (1999, 2002, 2004) Hacia un Sistema Nacional de DPMC 64
6) Actividades de EMC y EMP en todo el país 67
7) Sistema de Acreditación de la Escuela de Graduados 67
8) Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP) 68
9) Colegio Médico del Uruguay 74
10) CEPREM 2014 78
- *Plan de trabajo*
- *Organigrama Provisorio*
- *Comisión Central Provisoria*
- *Comisiones de Recertificación y de Educación*
- *Bases para Recertificación Médica Nacional Voluntaria*
- *Convalidación 31 Julio 2015*
- *Enseñanza de Bioética a Profesionales*
- *Acreditación*
- *Financiamiento, Estímulos*

11) Ceprem. 2016 84
- *2º Plan de trabajo*
- *Organigrama*
- *Acuerdo Marco. Octubre 2016*
- *Recertificación Médico General*
- *Educación: Revisión Acreditación*

12) Consideraciones Finales 91

III) Recertificación Profesional Médica 93

1) Fundamento.....97
2) Finalidad 106
3) Oportunidad.....106
4) Responsabilidad 107
5) De los Conceptos a las Acciones 112
6) Diseño e Implementación de un Programa de Mantenimiento de la Certificación en Pediatría. Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP). Programa pionero.....113
7) Programa Nacional de Recertificación Médica Voluntaria.....117
   - *Avances por la CEPREM en aspectos generales del programa.*
   - *La Comisión Nacional de Recertificación. Normativa. Un Paso Adelante.*
   - *Desafíos en el diseño de programas específicos.*
8) Programa Nacional de Recertificación Voluntaria en Medicina General..126
9) Consideraciones Finales 127

Referencias Bibliográficas.....131

Dr. Jorge Torres

Profesionalismo Médico

¿Un nuevo ideario?
Reflexiones

I) Profesionalismo Médico 21

1) Introducción 25
2) Profesionalismo.....27
3) Profesionalismo Médico 27
4) Nuevas Características del Profesionalismo Médico.....28
5) Contexto Histórico en Salud.....28
6) Contexto Socio-Histórico-Universal. Algunos Aspectos.....31
7) Repercusiones de los antemencionados contextos en.....34
- *Los pacientes*
- *El Médico*
- *La sociedad*

8) Relación Médico-Paciente y el Derecho a la Salud como un bien social en el centro de la redefinición del Profesionalismo Médico.....37
9) Declaraciones.....39
10) Comentarios.....41
11) En Resumen 44
12) Derechos Médicos.....44
13) Consideraciones Finales 46

Profesionalismo Médico

Introducción

La medicina nace con los seres humanos. Los primeros sufrientes tuvieron el apoyo de Sanadores (magos, sacerdotes, curanderos etc) que los cuidaban y apoyaban con herramientas que surgían de su concepción mágico-teocrática de la vida. En el siglo V AC, surge la escuela médica Hipocrática que sienta las bases de la medicina científica al intentar profundizar en el conocimiento de los enfermos y las enfermedades como hechos no sobrenaturales sino naturales. Sus aportes hasta hace dos siglos fueron escasos en lo científico. Dentro de los numerosos escritos que se les atribuyen, el más trascendente lo constituye el Juramento Hipocrático reconocido como el cimiento de la Ética Médica. Fue base de un acuerdo tácito con la sociedad en el mundo occidental y según muchos, la semilla de la medicina como profesión.

Es en los últimos dos siglos coincidiendo con una era caracterizada por enormes avances científico-tecnológicos y la obtención por la ciudadanía del derecho a la salud, que traen como consecuencia enormes complejidades, los gobiernos intentan ordenar estas áreas a través de normativas regulatorias. En lo laboral, aparecen las Profesiones en la cúspide de la estratificación de los trabajadores,

entre ellas: la Profesión Médica. Se suceden acuerdos a nivel internacional y nacional denominados: "Contratos Sociales". En ellos se fijan las atribuciones de las partes: los médicos y la sociedad. En el campo de los deberes, el médico asume compromisos y la Sociedad le concede Autonomía. Y además, en nuestro país, la autorregulación en Ética, en su Educación y en la toma de decisiones clínicas. Coexisten con una heteroregulación en lo sanitario y legal. La regulación sanitaria la ejerce el estado a través del MSP y la regulación legal, la Justicia. Además, se otorgaron derechos algunos de los cuales no tienen otros ciudadanos.

Consignemos que muchos de los denominados acuerdos a nivel nacional e internacional son declaraciones de parte o tomaban aspectos parciales de la relación del médico con el paciente y la sociedad, caso de los Códigos de Ética.

Siendo más precisos históricamente y a los efectos de mejor entendimiento de futuras consideraciones, precisamos que es en los últimos 70 años, desde la 2ª mitad del siglo anterior, en que se asiste a un progreso impresionante científico-tecnológico en Medicina. Consolidando el derecho del paciente a su autonomía en las decisiones sobre su salud y el derecho de la sociedad a una salud justa y equitativa, igual para todos. Esta fecha que no es coincidente con nuestra categorización laboral como profesionales, que lo fue hace alrededor de 200 años.

A pesar de los progresos en el campo de la salud que auguraban una rápida resolución de anteriores carencias, se asiste a una disconformidad entre médicos con los pacientes y la sociedad. Además, la sociedad ha comenzado a reclamar por un renovado sentido de la profesión médica, uno que posibilite avanzar hacia los mejores sistemas de salud.

En un contexto de cambios, se cuestiona al profesionalismo médico y se asiste a lo que se define como una etapa de desprofesionalización médica, compartimos la idea de que la elaboración de un ideario actualizado, que contemple los cambios históricos de los últimos 70 años, puede ser un aporte significativo para la Medicina. Este escrito intenta sumarse al dialogo entre los actores, desde el ángulo de los deberes del médico, no de sus derechos, en su devenir histórico. En él, tomaremos en consideración en su momento, alguna de las declaraciones más actualizadas, fundamentadas y difundidas a nivel internacional, que sirvan de base a la deliberación.

Profesionalismo

Hay consenso en que el **Profesional Médico o No Médico** es un trabajador con las siguientes características**:**
a) posesión de conocimientos específicos
b) certificados por organismos competentes
c) con participación protagónica en organismos vinculados a su formación y su quehacer, autonomía y autorregulación
d) con código de ética propio.
Todo ello ejercido**: a)** sin fines de lucro
b) compromiso de compatibilizar sus objetivos con los de las personas, organismos vinculados y la sociedad.

Profesionalismo Médico

En los dos últimos siglos se ha consolidado un consenso tácito que define a la **profesión médica** en base a elementos históricamente distintivos de las otras profesiones:
a) su **objetivo** que es el bienestar en salud del paciente y la población con un ejercicio en el cual es dominante l**a** relación médico – paciente y
b) los **compromisos,** que pueden no ser tan diferentes de los de otras profesiones, pero que los percibimos como **irrenunciables compromisos** del médico, de que debe actuar con

Hace alrededor de 200 años el médico se profesionaliza en el contexto de una nueva regulación laboral. Implica certificar saberes. Pero no cambia en lo sustancial sus caracteristicas con respecto a su perfil histórico desde la época hipocrática, medicina solidaria, compasiva, aliviando sufrimientos del cuerpo y de apoyo sicológico.

Los cambios en el ideario profesional suceden como consecuencia de los impresionantes avances científico - tecnológicos y de la consolidación de los derechos del paciente y la sociedad a la salud, dos grandes acontecimientos sucedidos a partir de la segunda mitad del siglo anterior. Con ellos, nace una medicina más sabia en el conocimiento de la enfermedad, curativa y respetuosa de los derechos del paciente y sociedad. Simultáneamente ¿redujimos el encare asistencial integral, con una mirada antropológica del paciente?

conocimientos y destrezas permanentemente actualizados, con veracidad y honestidad, estricto respeto a la confidencialidad, altruismo entendido en que deben predominar los intereses del enfermo sobre cualquier interés personal y de manera humanitaria, de ayuda compasiva.

Nuevas Características del Profesionalismo Médico

En las últimas décadas, dicha definición ha sido considerada insuficiente y se ha intentado en base a declaraciones médicas recaracterizarla, criterio que compartimos. Para un mejor entendimiento del problema planteado es importante que nos detengamos sumariamente, en los profundos cambios históricos que se han sucedido a nivel universal y en el campo de la Salud, particularmente en los 2 últimos siglos.

Contexto Histórico en Salud

Luego de la 2ª guerra mundial se asiste a impresionantes avances científico – tecnológicos en el campo de la salud.
La **biología crece** como ciencia naturalista, dura, en base al método experimental, lo que aporta más verdades al

conocimiento del hombre en lo somático y en la comprensión de la patología de las enfermedades.

Los métodos científicos desarrollan la anatomía patológica, fisiopatología y etiología a los que se suman los hallazgos de la biología molecular sobretodo en el campo de la genética, la nanotecnología, la inmunología, la neurociencia que profundiza en la inteligencia artificial. Como consecuencia, los avances científico-tecnológicos le permiten entender mejor la enfermedad y perfeccionar el diagnóstico.

Por otra parte, la profesión adquiere un rol **curativo** desconocido ante el impresionante crecimiento de la cirugía, la anestesia en lo quirúrgico y el surgimiento de la farmacología en Medicina Interna. Pasamos a una medicina curativa que desplaza la medicina hipocrática preventiva y de apoyo psicológico, vigente por más de 2.500 años.

Pero otros hechos acontecen. La **masificación asistencial** por la obtención del derecho a la Salud condujo al desarrollo, hoy día **de grandes organizaciones sanitarias** que pretenden mejorar la eficiencia y promover el trabajo grupal, interdisciplinario. No obstante, la burocratización aleja al paciente de su médico, disminuyendo tiempos de contacto y responsabilidades en su relación. **Burocratización.** Medicina Despersonalizada.

Surge la **Especialización y subespecialización** frente a la necesidad de abordajes más profundos de ciertos aspectos de la patología, así como por la imposibilidad de dar respuestas individuales precisas a todos los problemas. Pero se agregan problemas en cuanto al trabajo grupal y quien asume la responsabilidad frente al paciente.

Simultáneamente, hay una globalización de la economía y posicionamiento de grupos económicos en el campo de la salud ya no solo en la generación de nuevas tecnologías diagnostico-terapéuticas sino en la gestión de los sistemas de salud. El objetivo central ya no es el bienestar del paciente sino el logro de beneficios económicos. **Mercantilización.** Otro punto de dilemas éticos y de eventual desvío de los objetivos de la profesión.

Los problemas con el paciente y la familia, en el entorno de desconfianza, ya no se resuelven a través del dialogo, se **judicializan.**

Más tardíamente, con respecto a otros derechos humanos, el paciente y la población ganan el Derecho a la Salud.

En el caso del **paciente,** se instala el Derecho a su Autonomía en la toma de decisiones diagnosticas-terapéuticas que hasta ese momento eran decididas por su médico. Cae el Paternalismo Médico y comienza a desarrollarse una relación médico-paciente más horizontal, de igual a igual.

La práctica médica en grandes organismos, la especialización y la mercantilización aumentan la brecha en la relación del médico con el paciente y sociedad.

Por otro lado, se establece un hecho de fundamental trascendencia, el Derecho a la Salud de la **Sociedad** en el contexto de la Declaración de los Derechos Humanos Fundamentales, en 1966. La asistencia sanitaria es entendida como un **bien social**. Ya no hay un solo objetivo a lograr, el bienestar del paciente, sino que tienen que ser sopesadas las necesidades de la sociedad que busca protección a su salud, accesibilidad al sistema sanitario y atención médica no solo equitativa y justa sino además de eficaz y eficiente esto último en el sentido de una equilibrada y precisa distribución de los recursos sanitarios que cada sociedad dispone para salud.

Subrayemos que en este último punto, no son infrecuentes las discrepancias entre la opinión del paciente y la de la sociedad en su solución. Un ejemplo es el acceso a medicamentos y tecnologías de alto costo que en nuestro país muestran no pocas veces ópticas diferentes desde el enfermo que lo requiere y la sociedad representada por el gobierno que aduce no disponer de los recursos suficientes.

Contexto Socio-Histórico Universal. Algunos aspectos.

Particularmente, en el mundo occidental, la modernidad larga etapa que abarca los últimos cinco siglos, se caracterizó por la caída de un orden autoritario, verticalista, por otro con protagonismo de la población. Irrumpe la aceptación casi universal a los derechos humanos: a la vida, a la libertad, al trabajo, a la educación, a la salud, etc. Los súbditos se convierten en ciudadanos con derechos, ganan autonomía. Construyen lo social para vivir colectivamente. Aparecen los estados/nación, nace la democracia.

En el siglo pasado, se produce un enorme crecimiento económico basado en la aplicación tecnológica de los avances de la ciencia. La física en la primera mitad de siglo fue el pilar fundamental de las ciencias naturales y en la segunda mitad afrontó la dura competencia de la biología molecular que tiene como mojón paradigmático el ADN, su mayor descubrimiento. Se instala el Estado de bienestar que genera mejoras en vivienda, en seguridad social, en educación, etc. Todo ello condujo a la creencia en el progreso irrefrenable.

Sería una torpeza ignorar los avances de la ciencia y la tecnología. No obstante la incorporación en bienes materiales dentro de un consumismo alentado por el sistema económico prevalente, distintivo de nuestra civilización, no condujo a la felicidad perseguida. Se acentuó un desequilibrio con descaecimiento en los valores no materiales, los culturales: amor, amistad, paz, solidaridad. Más civilización, menos cultura.

Por otra parte, los progresos de la tecnología que marcaron la historia de las dos últimas décadas, que nos proporcionó en el campo de las ciencias físicas,

Complejiza el análisis y las soluciones el que la historia en salud sucede en estos días en sociedades con graves problemas, criticas, descreídas de los relatos históricos, iconoclastas, menos solidarias. Hay incertidumbre colectiva. Ello dificulta la solución de los problemas en salud, dado que los actores que los resolveremos, médicos y pacientes, no somos ajenos al devenir histórico.

inmensos beneficios en lo energético, como contracara, dio lugar a la bomba nuclear y en el campo de lo biológico por ejemplo: en lo genético, los avances generan grandes problemas y dilemas con los transgénicos, la clonación, ciertos medicamentos y otras aplicaciones de la ciencia. En la historia, no todo es lineal.

En los últimos años, reaparecen con fuerza grandes problemas no resueltos de la modernidad: seguridad alimentaria, calentamiento global, inmigración, fanatismo religioso, terrorismo, economía de la educación, desempleo etc. Se suma una crisis económica-financiera que trae pobreza y caída de derechos, al trabajo que se precariza, a la vivienda, a la seguridad, al respaldo en los años finales de la vida, a la educación y a la salud.

A diferencia de la crisis del año 1929 los estados, sus gobiernos, sus organizaciones políticas que regían el mundo y el mercado, que en un universo globalizado tomo la conducción económica en las últimas 3 décadas, se han visto hasta el momento, impotentes para solucionarla.

En los últimos años, la sociedad, sin respaldo, decrece en su adherencia a valores previos. Se descree en el relato histórico del pasado, sociedad ico-

noclasta. Cae la idea del progreso inevitable en base al estudio y el trabajo, motor y sostén del sistema. Se asiste a una "sociedad líquida" como la denominan pensadores como Zygmunt Baumann y otros, sin firmes valores que la sustenten alejada de la discusión de los problemas profundos. Crece el individualismo competitivo. Decae la solidaridad, el sentimiento comunitario. Inmersa en un presente sin pasado, transita un camino que no da respuestas. Hay disconformidad universal que no se ha canalizado en solidas propuestas para el futuro. Hay incertidumbre.

Por otra parte, la **informatización** de la sociedad nos otorga un enorme flujo de datos así como su capacidad de procesamiento, lo que implica un enorme avance en nuestro conocimiento de las enfermedades y en la toma de decisiones sobre un paciente en particular. La información no siempre es veraz y posible de analizar por su magnitud, por lo que no significa invariablemente más conocimiento. Pero es indudable que la digitalización en medicina nos proporciona hechos de gran valor en la práctica clínica: historia digital, biblioteca virtual, consultas inmediatas, nuevas modalidades docentes. Los tecnólogos trabajan en salud no solo para digitalizar el genoma sino en biosensores que nos permitan conocer información a distancia y al instante sobre el enfermo: su glucemia, su creatininemia, su presión arterial, su electrocardiograma, su radiografía de tórax, su gasometría, su enzimograma hepático, su electroencefalograma y otras variables biológicas. No obstante, no nos informa sobre sensibilidades, pensamientos, creencias del paciente ante un quebranto de salud las herramientas informáticas a veces nos alejan de ellos al cambiar las formas de comunicación de presenciales a reales.

Y la era digital avanza y genera desafíos, interrogantes. ¿Es posible que el médico se sienta tentado a tratar la vida virtual en lugar de la vida real de su enfermo? Aun presumiendo todo ello como un trabajo alcanzable y que incidirá en la relación médico-paciente, creemos que el contacto interpersonal, que no solo es somático, persistirá como inevitable ¿Cómo captar sentimientos, pensamientos, creencias que le surgen ante sus problemas en salud? ¿Qué método digital fija la mirada en el otro, le pone la mano solidaria, comprometida en el hombro, al paciente, a veces terminal?

En un contexto de incuestionable progreso, paradojalmente decae el Profesionalismo Médico. ¿Creímos que la ciencia lo solucionaría todo? ¿Deshumanización médica? Desprofesionalización.

En este pasado y este presente, incrédulo e informatizado, que nos incluye a todos pacientes y médicos, se desarrolla la parte de la historia que nos ocupa. Ha influido fuertemente a los que hoy a 30 años de nacer con un celular a su lado, son actores en salud. Cae la imagen del médico. Hay pérdida de confianza. La relación médico/paciente-sociedad se resiente. Esto incide en la mirada crítica sobre las bases del profesionalismo médico.

Repercusiones de los antemencionados contextos en:

Los Pacientes

Los pacientes inmersos en la sociedad de bienestar, fascinados por los avances científicos –terapéuticos, y por una información masiva en salud no siempre verdadera y desinteresada, no admiten la no solución de sus sufrimientos y a la misma muerte. ¿Narcisismo del paciente?

Desde otra perspectiva paradojal o contradictoria con lo anterior no sienten como suficientes las soluciones basadas solo en los conocimientos científicos –tecnológicos. Están vigentes las expresiones del gran pensador Karl Jaspers hace un siglo: "Cuanto mayor

es el conocimiento científico y más eficiente la tecnología del diagnóstico y la terapéutica más difícil será encontrar un buen médico, tan solo un médico".

El Médico

El médico trata de adaptarse al tránsito de una medicina hipocrática basada en la prevención, el cuidado compasivo a una medicina curativa con un rol informativo ante un paciente que decide. Esos avances generan cambios a los que el médico trata de adaptarse.

La Medicina tiende a consolidarse como una **ciencia** o sea como una rama del saber humano constituida por el conjunto de conocimientos objetivos y verificables sobre una determinada materia que son obtenidos mediante la observación y la experimentación, que intentan explicar sus causas, formulando y verificación hipótesis a través de una metodología sistematizada.

La Medicina se desarrolla a través de los tiempos como una **ciencia natural, biológica**. Nos permite conocer al hombre sano, su anatomía, su fisiología y como se modifica por etiologías variadas, anatomopatológica, fisiopatología (así como conocer el entorno histórico, social y geográfico en que discurre el binomio salud-enfermedad). Lo hace a través de metodologías: observacional, epidemiológica y experimental. Particularmente estas últimas, ofreciéndonos verdades verificables y reproducibles. Se instala con enorme fortalezas en la 2ª mitad del siglo XX. Su logro más impactante se da en el campo de la Genética con el descubrimiento de la secuencia del ADN.

Pero no es una ciencia exacta dado que surge de 2 variables, observador y paciente. Este último transformado en objeto de investigación, buscando a través de grandes poblaciones, cosificándolo, sus similitudes dejando de lado sus diversidades. Frecuentemente, utiliza herramientas de estudio como los E.C.A (Estudios Clínicos Aleatorizados) M.B.E. (Medicina Basada en la Evidencia), métodos probabilísticos que acercan a la verdad sobre las enfermedades, pero no eliminan por sus limitaciones las incertidumbres.

El Médico Clínico lleva a la práctica esa ciencia por lo que constituye el mayor ejemplo de lo denominado una Ciencia Aplicada. Todas sus acciones nacen en la relación médico-paciente, un ser que sufre y otro que busca eliminar o mitigar ese sufrimiento. Debe diagnosticar para con la terapéutica lograr sus fines. Utiliza el mejor conocimiento de la enfermedad que la ciencia médica en su faceta biológica le ofrece. Pero para que esta particular relación sea la mejor necesita compartir, implicarse en el sufrimiento del otro que desborda lo biológico o somático y que implica la vivencia de su enfermedad, en la que inciden sus creencias, sentimientos, historia personal, familiar, su situación social, laboral, el entorno geográfico etc.

Este abordaje integral, holístico le permite tratar no solo la enfermedad sino el enfermo. La concepción de la medicina no solo como Ciencia Biológica sino Ciencia Psico-Social, personaliza el acto médico, lo humaniza y permite acercarnos al logro del objetivo de la profesión: el bienestar del paciente. Decía el gran clínico William Osler: "La buena medicina clínica siempre mezclara el arte de la incertidumbre con la ciencia de la probabilidad".

Persisten otros problemas. **a)** el médico se resiste a aceptar cabalmente la autonomía del paciente, existen fuertes tendencias a un paternalismo "disfrazado" o a una resignada aceptación con resignación de responsabilidades o a la práctica de una medicina defensiva ante el temor del poder del paciente y la judicialización de los eventuales desencuentros. La medicina defensiva es una mala medicina dado que la no asunción plena de su responsabilidad implica no hacer lo mejor por su enfermo. **b)** se le dificulta integrar variables económicas en su gestión, que la sociedad le exige, por una larga tradición cultural de que consideraciones económicas interfieren indebidamente con una buena medicina. **c)** debe superar los problemas de las modalidades de su trabajo en grandes organizaciones sanitarias que habitualmente lo alejan de una mayor proximidad con su paciente. **d)** debe integrarse con los especialistas, estando atento a una posible fragmentación de la asistencia. **e)** debe atender a los problemas derivados de la mercantilización para no desviarse éticamente en los conflictos de intereses.

La sociedad

Se asiste a la exigencia de que los gobiernos generen las acciones necesarias para que el Derecho a la salud poblacional se cumpla, brindándole accesibilidad universal a los servicios sanitarios así como una atención equitativa y de la mayor calidad.

Pero en muchas sociedades se discute cuanto abarca este derecho y por otra parte, su aplicación no es universal. En otras, las autoridades manifiestan que los fracasos para obtenerla son consecuencia de la disparidad entre los recursos económicos disponibles y la magnitud de la oferta, particularmente en técnicas diagnósticas y terapéuticas.

Relación Médico - Paciente y el Derecho a la Salud como un bien social en el centro de la redefinición del PM

La sumaria versión de los contextos históricos que hemos referido, arrojó cierta luz para el análisis de los objetivos y rol actual de la profesión médica.

Hemos referido elementos relevantes a considerar: trabajo en grandes organizaciones con tiempos asistencia-

El médico que asiste es el prototipo del Profesional Médico. Practica una ciencia aplicada centrada en la relación médico - paciente que está afectada. Deberíamos iniciar en este punto nuestra deliberación.

les acotados y eventual despersonalización asistencial, mercantilización que persigue otros objetivos, tendencia creciente a la especialización que puede diluir responsabilidades, digitalización que disminuye relaciones personales, judicialización con pérdida de confianza en el médico que estimula una mala medicina defensiva.

El prototipo del profesional médico es el médico clínico. Su actividad ha estado centrada históricamente en la relación médico-paciente. Es el distintivo de nuestra profesión. Esta relación ha cambiado en los contextos antes mencionados. La realidad nos muestra que estamos alejándonos, los médicos de los pacientes. Hay malestar, las críticas abundan sobre una medicina deshumanizada. Esto afecta la imprescindible base de confianza mutua en la relación.

Deberíamos comenzar nuestra deliberación sobre la relación médico-paciente afectada y que repercute sobre los objetivos y compromisos de la profesión.

Desde otro ángulo, la sociedad exige una salud equitativa y justa cuestionando entre otros a los médicos, en los que destaca valores negativos. Ansias de poder social y económico, corporativismo, falta de compromiso, soberbia, hechos que afectan el imaginario social de las características del profesional médico, desviándolo de uno de sus objetivos, la defensa de medicina como bien social.

La sumaria visión de los contextos históricos que hemos referido arrojan cierta luz para el análisis de los objetivos y rol actual de la profesión médica.

Creo que en los desencuentros hay responsabilidad de ambas partes. De todas formas, en la búsqueda de un nuevo equilibrio, debemos tener presente que el paciente es la parte vulnerable.

En estos contextos, entendemos la preocupación de ilustres pensadores y la colectividad médica en plasmar en declaraciones actualizadas nuevos idearios. Reitero, es una labor procedente y merece nuestra reflexión crítica.

Declaraciones

En los últimos años han aparecido declaraciones que tienden a dar respuesta a los reclamos de la Sociedad. De que el ideario de la profesión médica contemple los cambios anteriormente reseñados particularmente para que den soporte al éxito de los Sistemas de Salud que distintas sociedades procuran. Intentan tomar en cuenta los cambiantes contextos que se han surgido en los últimos años. Una muy difundida a partir de la Medicina Norte Americana y Europea es la Declaración conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, el American College of Physicians, American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) y el American Board of Internal Medicine. Nos detendremos en la antedicha declaración como base a consideraciones dada su amplia difusión y aceptación en EEUU y Europa.

Otros documentos de H. Pardell y col. 2003, Cruess y Cruess 2012, American Board of Medical Specialities (ABMS), 2012, General Medical Council 2013-2014 no se apartan sustantivamente de la Declaración a la que aquí nos referimos. Excelentes aportes han constituido en nuestro país los trabajos de A. Diaz, L. Briozzo, H. Correa, A. Turnes, B. Aguilar asi como desde otras disciplinas los de J. P. Barran, M. Viñar, ente otros.

Esta Declaración basa el PM en Principios y Compromisos.
La transcribimos con ligeras modificaciones formales que intentan agrupar temas con el fin de una lectura crítica más precisa.

En primer lugar propone como **Principios Fundamentales**: **a)** Principio de primacía de bienestar del paciente, por sobre cualquier interferencia. **b)** Principio de autonomía del paciente, que serán debidamente informados, respetando sus decisiones como soberanas. **c)** Principio de Justicia Social, que debe promoverlo en los sistemas de salud, incluyendo la distribución equitativa de los recursos asistenciales. Y en segundo lugar enuncia un conjunto de **Compromisos**:
1)1a - Compromiso de mantener relaciones apropiadas con el paciente, sin influir sobre sus valores o creencias. **1b** - de brindarle una información veraz que incluya el reconocimiento de errores cometidos. **1c** - Compromiso de Confidencialidad de los datos que los enfermos le hayan trasmitido.

2) Compromiso con la Competencia Profesional que implica la responsabilidad del aprendizaje permanente para mantener conocimientos, habilidades y destrezas durante la larga vida profesional.

3) Compromiso con el saber científico actuando en base a las mejores evidencias disponibles.

Nuevas Declaraciones Médicas intentan revertir la desprofesionalización. Se destaca en ellas una caracterización del médico desde el paradigma de los derechos de los pacientes y la población. ¿Son suficientes?

4) Compromiso con la investigación e innovación médica.

5) 5a - Compromiso con el acceso a la atención, derribando las barreras hacia una equitativa atención en salud. **5b** - Compromiso de perfeccionar la Calidad de Atención aumentando la seguridad asistencial y propiciando el trabajo intra e interdisciplinario con otros colegas. **5c** - Compromiso con una distribución justa de los finitos recursos disponibles evitando exámenes y procedimientos superfluos.

6) Compromiso de ejercer la profesión sin afán de lucro y explicitar con transparencia los conflictos de interés.

7) Compromiso con las responsabilidades profesionales que incluyen el debido respecto a los colegas y una participación activa en la autorregulación educacional y ética.

Comentarios

Esta declaración es una caracterización del médico en lo referente a sus deberes. Es de interés subrayar que la declaración se ha elaborado, como otras de los últimos años, dando preferente atención a los derechos de los del paciente y la sociedad en salud. De cara a sus derechos. No explicita sus derechos.

Se expresan elementos sustantivos:
1- a) Deja establecido desde las primeras líneas que **el objetivo de la Medicina es el Bienestar del Paciente y la Población. b)** Se recogen los **principios de Autonomía** del paciente en las decisiones sobre su salud **y de una salud como bien social equitativa** y **justa.** Se suman a los viejos principios de Beneficencia y No Maleficencia, los de Autonomía y Justicia. **c)** Se mantienen las vigentes responsabilidades de un trato honesto, veraz y el estricto respecto a la confidencialidad.

2- Se hace énfasis en la **mejoría de la Calidad Asistencial y la Seguridad del paciente**, esto último con la finalidad de disminuir los errores que la compleja atención médica genera**.**

3- a) Se recoge la preocupación del paciente y la sociedad por la **Competencia Profesional** que a su vez impulsa la actualización continua de conocimientos médicos así como su traslado a la práctica médica**; b)** En base a los estudios que han confirmado que la competencia declina a través de los años y que la autoevaluación es insuficiente, se plantea en los países desarrollados la necesidad de deliberar sobre la **Evaluación Periódica Certificada** de la competencia del médico.

4- Se sigue sosteniendo la **ausencia de fines de lucro** y la transparencia cuando surjan **conflictos de interés de declararlos**.

Incorporaría y enfatizaría otros contenidos
1) La declaración antedicha contempla aspectos sanitarios vinculados a la calidad asistencial de los Sistemas de Salud, pero no es lo suficientemente enfática en su referencia al compromiso con los valores humanísticos de la profesión. Si bien admitimos que las urgencias en una salud para todos, no puede

ejercerse con la misma excelencia en la relación médico-paciente que exige los antedichos compromisos, deberíamos ser claros en rescatar de los viejos valores hipocráticos por los cuales todos los compromisos o responsabilidades deben ser ejercidos con Humanismo, hoy día acechado por concepciones asistenciales limitadas a una solución científico-tecnológica de los problemas en salud. Sabemos que otros pensadores diferencian Profesionalismo y Humanismo con sólidos argumentos, por lo que no incluyen a este último concepto dentro de la caracterización del Profesionalismo Médico, por el carácter más normativo que implica su definición. En diversos medios, incluso en nuestro país algunos adhieren a esta postura y se enseñan en pregrado como dos materias diferentes de su currícula, lo que constituye un invalorable aporte en la formación del futuro médico, pero creemos que esta posición si la trasladamos al plano de la discusión de una declaración generaría confusión, dado que es visualizado por la propia sociedad el ejercicio médico humanitario como un elemento distintivo y casi excluyente de un buen acto médico.
Pellegrino, uno de los más destacados e influyentes pensadores médicos destaca entre las siete características fundamentales del profesional médico:
"La compasión y el cuidado: las dimensiones sentimentales como lo dijo Aristóteles, forman parte ineludible del buen hacer del virtuoso. La empatía, simpatía o compasión, en el sentido de ser receptivo, nunca indiferente al sentir del paciente, es también una virtud fundamental. Cuidar es tratar, atender integra y particularmente, en cuerpo y alma". Y como una declaración de partes no es una normativa, sino que implica el deseo de darle a nuestra profesión las bases ideológicas que creemos debería tener en las actuales circunstancias nos inclinamos a sumar el Humanismo como una de las características que debe tener el profesional médico.

Lo anterior se inscriben la concepción de la medicina no solo como una ciencia biológica sino antropológica que atiende a su el contexto psico-socio-laboral y geográfico del paciente.

2) Es muy relevante a nuestro juicio en que dado que uno de los puntos centrales del porqué de las Declaraciones, es la mejoría de la relación médico-paciente, la búsqueda de nuevos equilibrios. En el contexto del incuestionable derecho de los pacientes a su decisión autonómica en lo que atañe a su salud, **deberíamos impulsar un compromiso en la toma de decisiones, que pasaría**

a ser cristalinamente compartidas, involucrando al paciente y al médico. Haríamos la transición no ya de la medicina hipocrática, paternalista a una informativa, autonomista de cara al paciente, sino de esta a una de **responsabilidad compartida** a través de una respetuosa deliberación. Evitaríamos la caída de la responsabilidad del médico, revirtiendo una tendencia a una medicina defensiva que crece en el momento actual.

3) Es débil el compromiso con la salud en lo referente al necesario conocimiento del ambiente social de la población en vivienda, trabajo e incluso expectativas en su asistencia. Ello mejoraría las medidas de promoción y prevención en salud. La mención que hace la declaración es breve y algo genérica:…"el compromiso con la igualdad ha de apoyarse en la promoción de la medicina preventiva y la sanidad pública así como en la defensa d la sociedad por cada facultativo"…

4) No se detiene **en el compromiso con la defensa frente a la agresión ambiental**.

5) La Escuela Española a través de H. Pardell, A. Oriol Bosch, A. Jovell y otros ha hecho valiosísimos trabajos respecto al Profesionalismo Médico. Es así que Pardell se detiene en los factores externos e internos que acechan a nuestra profesión. Dentro de los factores externos consideran que derivados del sistema económico predominante y el concomitante estado de bienestar se derivan: disminución de la autonomía médica en salud, planteos de disminución del gasto, prevalencia de la tecnología sobre el perfil humanístico, incidencia de la informática en la comunicación médico-paciente-sociedad y proletarización del médico en su trabajo en grandes organizaciones sanitarias. Estos temas que hemos considerado en el análisis de los contextos. ¿Lo son también en las Declaraciones propuestas?
A su vez A. Jovell insiste en las transiciones sanitarias: a) cambios epidemiológicos por ej. prevalencia de enfermedades no trasmisibles por razones ambientales y etareas, b) cambios comunicacionales propios de la era digital, c) cambios jurídicos por el creciente incremento de juicios, d) cambios políticos por mayor incidencia gubernamental en organización y control en salud que limitarían la necesaria autonomía médica. ¿Son consideradas en el análisis y discusión de la propuesta declaratoria previa?

En Resumen

1. Esta declaración ampliamente difundida a nivel universal constituye un avance. **Se trata de una declaración actualizada de cara a los derechos del paciente y la sociedad, contemplando adecuadamente una atención equitativa, justa, de calidad y segura. Atendiendo a una racional utilización de los recursos del medio y subrayando la necesaria capacitación del médico a través de su educación permanente debidamente evaluada.**

2. No obstante desde que las declaraciones reciben el fuerte influjo de quienes en distintas regiones persiguen resultados en sus sistemas de salud, tienen tendencia a atender más a ese final que el proceso que lo genera. Debería enfatizarse más en las declaraciones a los contenidos que permitan no solo mejorar los resultados sino también el proceso, particularmente a los modelos de la relación médico-paciente, no en el plano biológico-somatista, sino desde una visión integral, antropológica. Retomaríamos nuestro camino hacia una medicina más personalizada, menos despersonalizada. Científico-curativa pero además humanitaria. Por otra parte, nos conduciría a una toma de decisiones diagnósticas-terapéuticas, que en el respecto de las autonomías de ambos, fueran responsablemente compartidas.

3. Que quede claro en las declaraciones nuestro respaldo al Derecho a la Salud de la población a través de su promoción, el acceso equitativo y la mayor calidad asistencial. No se trata solo de mejorar la salud de un paciente a través de una medicina personalizada y humanitaria, sino que todos reciban los beneficios.

Derechos médicos

Deliberaría sobre inclusión de los Derechos del Médicos si la Declaración fuera concebida para un Acuerdo con los pacientes y la sociedad.

Por lo anterior, repaso aspectos vinculados a los **Derechos del Médico**, en vistas a si esta declaración o la que se convenga, conduzca a acuerdos consensuados con los pacientes y la sociedad.

Se puede considerar que estos derechos están implícitamente incluidos en los derechos universales de todo trabajador, pero algunos de ellos tienen particularidades en la profesión médica.
Señalamos que en nuestro país, se les han concedido a los médicos importantes Derechos:

a) Autonomía formativa en Pregrado Postgrado certificado a través de facultades.

b) Monopolio Profesional con Autonomía en decisiones diagnosticas: define que un sujeto está enfermo.

c) Autonomía formativa y autorregulación en Educación profesional.

d) Autonomía y autorregulación Ética.

La autorregulación asistencial está bajo la egida de las autoridades sanitarias y jurídicas. Detengámonos en segundo lugar en los derechos que aparecen no ya en Declaraciones sobre Profesionalismo sino en nuestro Código de Ética Médica, que es Ley:
1-) 1a- El médico tiene derecho a ejercer su profesión con autonomía e independencia, de manera digna y libre de toda forma de coacción. 1b- Si el médico es coaccionado en su práctica por médicos que ocupen cargos de dirección, tendrá derecho a denunciarlo. 1c- El médico tiene derecho a prescribir el medicamento que considere más conveniente y el procedimiento diagnóstico y terapéutico que crea más acertado, en armonía con las prácticas reconocidas por la comunidad médica. 1d- Si el paciente exigiera del médico un procedimiento diagnostico o terapéutico que este, por razones médicas juzgase inadecuado o inaceptable, el médico deberá explicar debidamente su posición. En caso de no ser aceptada su explicación, podrá excusarse de actuar.

2-) El médico tiene derecho a disponer de instalaciones dignas para él y para la atención de sus pacientes, así como de los medios técnicos suficientes en su lugar de trabajo. En caso de que no existan dichas condiciones, tiene derecho a ser amparado en sus reclamos.

3-) El médico tiene derecho de abstenerse de hacer prácticas contrarias a su conciencia aunque estén autorizadas por ley. La decisión debe ser individual, no colectiva. En este caso tiene la obligación de derivar el paciente a otro médico.

4-) El médico tiene derecho a suspender su atención si ha llegado al convencimiento de que no existe la relación de confianza y credibilidad indispensables con su paciente, con excepción de los casos de urgencia y de aquellos en que pudiera faltar a sus obligaciones humanitarias, documentándolo debidamente en la historia clínica y explicitándole al paciente que debe continuar haciendo.

5-) El médico tiene derecho a. 5a) Asociarse libremente para defender sus derechos ante personas e instituciones públicas o privadas. 5b) Exigir una retribución justa, tanto cuando actúa en relación de dependencia como cuando ejerce en forma privada individual. En esta última, se informará de los honorarios previamente a la consulta. 5c) Recibir la solidaridad de sus colegas en caso de ser tratado injusta o indignamente.

6-) El médico tiene derecho a recurrir a la huelga como el recurso mayor de reivindicación. Una huelga médica será éticamente admisible cuando se avise a la sociedad con antelación suficiente y se le asegure la continuidad asistencial, así como la asistencia de los pacientes internados y las consultas urgentes e inaplazables.

Consideraciones finales

Persisten en mí las dudas, en cuanto a si una declaración sería insuficiente y lograríamos avanzar mucho más en un amplio acuerdo con la sociedad tal cual lo adelantamos en la introducción. Pero puede ser una buena base.

Nuestro Código de Ética Médica es un buen ejemplo de que un acuerdo es posible. Fue elaborado y refrendado por el voto de los médicos y tras lo cual el Parlamento en representación de la población lo aceptó y lo hizo Ley. Es decir, concluyó como un gran acuerdo de los médicos con la sociedad. Es interesante destacar en sus contenidos, que no solo varios de sus artículos coinciden con los antes postulados para una Declaración de Profesionalismo Médico, lo que es congruente, sino en su cuantía numerosa. **Es que el ejercicio profesional médico es un largo recorrido además de científico-técnico, fundamentalmente ético.**

Propongo que el Colegio Médico del Uruguay, Facultades, Academia Nacional de Medicina, Sociedades Científicas, Gremios Médicos, Ministerio de Salud Pública, Organismos Sanitarios dialoguen con la sociedad dando pasos hacia una Acuerdo Nacional que actualice deberes y derechos, en función de los cambios históricos y proyectándonos al futuro. De no ser así, me inclino por hacer una declaración en el marco solo de los deberes del médico de cara a los derechos del paciente, respaldando los objetivos, valores y características actuales de nuestra noble profesión.

Participamos de la idea que debe reabrirse un amplio diálogo nacional sobre el Profesionalismo Médico, para intentar lograr consensos médicos y necesarios acuerdos con la población.

Un punto reiterativo, sustantivo, una de las fortalezas de las Declaraciones de Deberes del Médico y de sus Códigos de Ética lo constituye el irrenunciable compromiso de mantener actualizados e incrementar sus conocimientos y capacidades. El saber con el saber hacer, el hacer y el saber ser.

Esa estrecha relación, coincidente con los esfuerzos históricos individuales y colectivos en Uruguay. En este plano, nos conduce a detenernos en los dos próximos capítulos en la narrativa histórica del Desarrollo Profesional Médico Continuo. Más conocido por una de sus modalidades, la Educación Médica Continua y a su vinculación con la Recertificación Médica, punto de propuestas y acciones en el momento actual, a nivel universal.

Dr. Jorge Torres

Dr. Gilberto Ríos

Desarrollo Profesional Médico Continuo

Consolidación de la Educación Médica Profesional como un aprendizaje continuo a lo largo de la vida

II) DPMC 49

1) Introducción 53
2) Bases Conceptuales 55
3) La interinstitucionalidad: Una señal de identidad del proceso 59
4) Antecedentes 60
- *Cronología inicial (1eros pasos)*
- *Comisión*
- *Análisis de situación*
- *Experiencias piloto. Seminarios/Talleres*
- *5 Documentos*

5) Acuerdos Marco (1999, 2002, 2004) Hacia un Sistema Nacional de DPMC 64
6) Actividades de EMC y EMP en todo el país 67
7) Sistema de Acreditación de la Escuela de Graduados 67
8) Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP) 68
9) Colegio Médico del Uruguay 74
10) CEPREM 2014 78
- *Plan de trabajo*
- *Organigrama Provisorio*
- *Comisión Central Provisoria*
- *Comisiones de Recertificación y de Educación*
- *Bases para Recertificación Médica Nacional Voluntaria*
- *Convalidación 31 Julio 2015*
- *Enseñanza de Bioética a Profesionales*
- *Acreditación*
- *Financiamiento, Estímulos*

11) Ceprem. 2016 84
- *2º Plan de trabajo*
- *Organigrama*
- *Acuerdo Marco. Octubre 2016*
- *Recertificación Médico General*
- *Educación: Revisión Acreditación*

12) Consideraciones Finales 91

Desarrollo Profesional Médico Continuo

Introducción

El largo proceso que comienza en Uruguay en la década de 1990 va generando pilares sobre los que se sigue construyendo esta última etapa educacional médica. Consignemos algunas ideas y hechos que se han ido consolidando a través de los años.

El Profesionalismo Médico implica tener conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes actualizados. Saber, saber hacer, saber ser, hacer y hacer bien para cumplir con los objetivos de la profesión: el bienestar del paciente y la población en salud.

Mantener conocimientos y capacidades en el mayor nivel, implica asumir la Educación Médica como un continuo hasta el fin de la actividad profesional. **La estrategia** para el mantenimiento de la competencia profesional (conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes) para mejorar la calidad de asistencia a través de la educación la hemos denominado Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC) e incluye a: A) Educación Médica Continua que se sustenta en actividades con finalidades restringidas de actualización, de duración definida y con metodología tradicionales (cursos, conferencias, jornadas, publicaciones); B) Educación Permanente es la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo, con una clara intención de conciliar el saber

teórico con la práctica y C) Educación Permanente en Salud es la que surge del intercambio educacional de los grupos de trabajo asistenciales médicos y no médicos en sus aéreas de trabajo.

Estos conceptos están en concordancia con lo que el usuario y la población pretenden en el marco de la obtención de sus derechos en salud.
El proceso, visto globalmente desde su inicio, ha culturalizado los fundamentos antedichos, que constituyen en estos días valores incorporados por los médicos y la sociedad. La Educación Médica es un "continuum" hasta el fin de la actividad Profesional.

Desde su aproximación inicial al tema, los médicos han sostenido la idea que debe pasarse de una educación individual, complaciente, no evaluada, a un proceso educacional continuo, sostenible en el tiempo, que abarque las necesidades de los médicos, y su correlato con el avance científico-técnico y un adecuado respaldo académico. En dicho proceso, los médicos tendrán un rol protagónico a través de sus organizaciones: académicas, científicas, gremiales, en el marco de un sistema de alianzas con los otros actores del sector salud: instituciones formadoras, organismos reguladores, etc. Asimismo, el marco legal debería asegurar que sea regulado mayoritariamente por los propios médicos: Autorregulación.

En el año 2010, el Parlamento vota la Ley N° 18.860 que crea el Colegio Médico del Uruguay en la que le confiere entre otras potestades, la responsabilidad de la Educación Profesional al nuevo organismo: Autonomía Formativa y Autorregulación. En el Reglamento de la Ley agrega que cumplirá sus cometidos con otros organismos que trabajan en DPMC.

En suma, el Colegio Médico del Uruguay debe asumir las responsabilidades que la Ley y su Reglamento le confiere.

En este nuevo contexto, el CMU mantiene la histórica línea de trabajo en torno al DPMC: marco interinstitucional, responsabilidades compartidas, mejora de la calidad asistencial para una mejor salud de la población y realiza un fuerte planteo en cuanto a que se incorpore la formación los profesionales en Bioética disciplina novedosa, escasamente recorrida por los médicos en

etapas de Pre y Postgrado así como el inicio de un debate sobre la Recertificación Médica, que todavía no estaba incluida en la agenda del DPMC.
Expresado lo anterior, a modo de síntesis de los pilares sobre los que se transitó hasta el momento actual, repasemos algo más detenidamente los hechos.

Bases Conceptuales

La educación como proceso social es en esencia, un mecanismo de supervivencia para el individuo y la sociedad, que permite adaptarse a continuos cambios generados por el quehacer individual y colectivo. Es un instrumento indispensable para el desarrollo del ser humano y el progreso de la humanidad.
En el área de la salud, espacio laboral y social complejo, se han sucedido en las últimas décadas cambios profundos e importantes en lo científico-tecnológico, en el perfil demográfico de la población y en lo epidemiológico, en las condiciones laborales y otros aspectos.

Se ha culturalizado entre los médicos que la Educación Profesional es un "continuum" hasta el fin de su actividad.

Por otra parte, el objetivo es el bienestar de los individuos de una sociedad consciente de sus derechos e informada.

En este escenario, el "aprendizaje continuo", durante toda la vida no se discute debiendo incluir a todos los médicos. Su obligatoriedad ética por

lo expuesto anteriormente no está en duda. Los médicos conscientes del papel que juegan en los equipos de salud, han asumido, desde siempre, el compromiso de mantener su competencia y el desempeño profesional en el mejor nivel de calidad posible y en el marco ético adecuado. En el contexto descripto, los cursos de grado y de postgrado, no garantizan el mantenimiento de dicha competencia en forma indefinida.

En este largo período de trabajo profesional aprende el "saber médico", el "saber hacer", el "hacer"y el "saber ser", aprendizaje adaptado a su especialización y el medio en que actúa.

Existe consenso, en la casi totalidad de las escuelas médicas, en el ámbito internacional, sobre la necesidad de un cambio conceptual en el modelo de Educación Médica, poniendo énfasis en una tercera etapa, que sigue a los cursos de grado y postgrado y se prolonga hasta el cese del ejercicio profesional. Esta 3ª etapa no debe confundirse con los ciclos anteriores (pre y postgrado) ni con las maestrías y doctorados que son formas de aprendizaje formal, curricular que culminan con la obtención de un título certificado por instituciones universitarias públicas o privadas.

Esta etapa post-curricular presenta desafíos para el cumplimiento de los objetivos por ser la más larga (30 a 40 años), con una población heterogénea desde el punto de vista etario y de sus conocimientos y capacidades, en un adulto con experiencia y responsabili-

dad profesional, empleado y/o multi empleado de organizaciones complejas, distribuidos en todo el territorio nacional, muchas veces alejado de los centros docentes.

La estrategia para el mantenimiento de la competencia profesional (conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes) para mejorar la calidad de asistencia a través de la educación la hemos denominado Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC) e incluye:
A) Educación Médica continua que se sustenta en actividades con finalidades restringidas de actualización, de duración definida y con metodología tradicionales (cursos, conferencias, jornadas, publicaciones etc.); B) Educación permanente es la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo, con una clara intención de conciliar el saber teórico con la práctica y C) Educación permanente en salud es la que surge del intercambio educacional de los grupos de trabajo asistenciales médicos y no médicos en sus aéreas de trabajo. La educación profesional médica se inscribe dentro del marco del "Aprendizaje del adulto", disciplina denominada Androginia que toma como base las particularidades de enseñanza-aprendizaje en esta etapa de la vida, a diferencia de la de las etapas iniciales.

De ahí, la necesidad de reparar en **los aspectos metodológicos** para obtener los mejores resultados. Un análisis crítico de esas actividades en nuestro medio, permite afirmar que estas actividades desarrolladas bajo las metodologías tradicionales en pre y post grado, aun significando un gran esfuerzo logístico y económico, han tenido una efectividad limitada en el mantenimiento de las competencias. Es importante que el médico reconozca la necesidad de aprender a partir de algo que en su práctica, lo inquieta. El aprendizaje estará centrado en el que aprende y debe ser predominantemente activo. Los métodos son variados, formativos-informativos a diferencia de los de los años iniciales, sobre todo informativos. En estos años, se ha profundizado en métodos no presenciales, sistemas "on line" de educación a distancia, así como en el aprendizaje grupal. Y el docente más que trasmisor de conocimientos como en los años iniciales, actúa como facilitador del aprendizaje. Queremos subrayar la importancia que en el momento actual se le da a los conceptos desarrollados por Davis y col. en cuanto a la aplicación de los conocimientos a la práctica, utilizando el término "knowledge translation" para referirse a como estos se

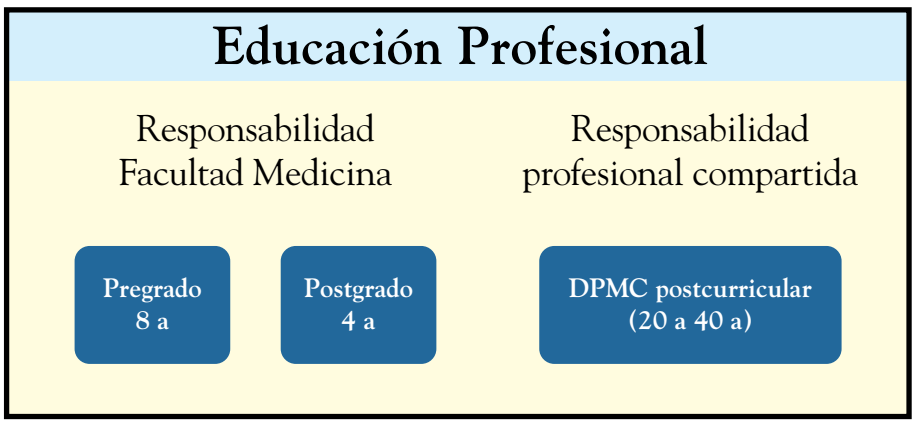
aplican en la actividad médica diaria. Peter Toghill, director del CME del Royal College of Physicians de Londres decía en 1998 (BMJ-316:721) decía: "Los doctores deben manejar su propia educación dado que la conferencia no son un vehículo ideal para el aprendizaje del adulto". Y agregaba: "hay 2 grandes reglas. 1) Cada médico tiene la responsabilidad personal de mantenerse competente, 2) Los profesionales deben ser entrenados y ayudados para ser responsables de su propio aprendizaje a lo largo de la vida."

En Canadá, el Royal College of Physicians and Surgeons propone: "Debe enfocarse con énfasis todo lo que puede aprenderse de la práctica diaria. El aprendizaje no debe centrarse solamente en la propia especialidad, sino extenderse al desarrollo profesional en su conjunto (ética, administración, informática, medicina 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 los "malos doctores", sino que debe ser una prevención".

En este largo período, a diferencia de la etapa curricular previa en que fundamental mente aprende el "saber médico", aprende el "saber hacer" y el "hacer "que le permitirán asistir con calidad y de cara a las necesidades sanitarias de la población. Naturalmente, incluirá contenidos temáticos adaptados a las particularidades del ejercicio profesional de cada médico. Lo que creemos y hemos propiciado es que cualesquiera sean las disciplinas en que actúe el médico se le debe enseñar a trabajar en Grupo, a saber realizarlo en forma interdisciplinaria, a mejorar técnica y humanísticamente la comunicación con el paciente, la familia y la comunidad, a conocer la Epidemiologia de su medio, la Organización Sanitaria en que esta insertado, el marco Médico-Legal establecido, metodologías para la adquisición del conocimiento (como Medicina Basada en la Evidencia con sus alcances y limitaciones), metodologías para la creación de conocimientos (Metodología de la Investigación clínica y epidemiológica), Informática y Bioética que le permitirá abordar adecuadamente los innumerables y complejos dilemas que hoy enfrenta. En nuestra etapa como Director de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, al resolver actualizar los Programas de todas las Especialidades, incluimos un módulo transversal para todas las disciplinas que recogía los puntos antes mencionados.

La interinstitucionalidad: Una señal de identidad del proceso

La responsabilidad de la organización de un DPMC rebasa la competencia de las Instituciones Académicas (Facultades de Medicina), lo que es fácil entender por lo antedicho. La Asamblea Mundial de la Salud en 1973 plantea: "... Trasciende los tradicionales marcos de trabajo de la Universidad." La particularidad es que nuestra Facultad de Medicina, a través de la Escuela de Graduados asumió la conducción inicial del proceso, teniendo hasta el día de hoy el rol protagónico más importante. Y ha sido desde el inicio la propulsora de una activa participación del M.S.P., Gremios Médicos, Sociedades Científicas, Instituciones Asistenciales Privadas y Públicas, Academia Nacional de Medicina.



Por otra parte, el escenario donde se desarrolle esta etapa de la formación médica no debe estar reducido a los ámbitos universitarios clásicos, sino será tan amplio como el país, allí donde exista un centro asistencial o un único médico trabajando en la comunidad. Es importante que las Instituciones Asistenciales participen, exigiendo, facilitando y no obstaculizándo la educación de sus médicos.

Hay acuerdo que las instituciones que participen en el proceso de aprendizaje profesional estén debidamente acreditadas. En la Esc. de Graduados se creó un Sistema de Acreditación de Instituciones como proveedores de DPMC y también de actividades, avanzando en su ponderación a través de la adjudicación de créditos.

Antecedentes

Desde fines de los años 70, y con mayor énfasis, en las décadas de los 80 y 90, y promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se desarrolló a nivel internacional, regional y nacional, un interés creciente en el estudio de las formas de mejorar los servicios de salud a la población.

Se planteó el desafío que significaba para los médicos el *problema del mantenimiento de su competencia profesional* frente a los profundos y constantes cambios científicos tecnológicos, socio-económicos, etc. característicos de la época histórica actual.

Este proceso de aprendizaje fue concebido como de responsabilidad y discurriendo en todos los ámbitos médicos. La Interinstitucionalidad fue su sello distintivo.

En el mismo sentido, se dirigen los postulados que surgen de la II Cumbre Mundial de Educación Médica (Edimburgo/93) y la declaración de Uruguay en el encuentro Continental de Educación Médica (Punta del Este 1994).
En el año 1990, una resolución del MSP (Resolución 36/90), establece la obligación para médicos y odontólogos, a partir de la generación de estudiantes que ingresen en el año l991 de "renovar cada 5 años los registros del título… que habilita para el ejercicio de las respectivas profesiones, en el territorio nacional."
Si bien esa resolución no fue reglamentada ni se puso en práctica, moti-

vó la preocupación del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), que inició el estudio del problema, junto a la Federación Médica del Interior (FEMI), la Facultad de Medicina (FM) a través de la Escuela de Graduados (EG) y el Departamento de Educación Médica (DEM), así como del propio Ministerio de Salud Pública (MSP).

Se formó una Comisión integrada por miembros de estas instituciones, coordinada por los Prof. Dres. Carlos Gómez Haedo e Irma Gentile que estudiaron el problema y presentó un extenso informe sobre el mismo, que fue elevado al Comité Ejecutivo del SMU, en diciembre de 1993, en el cual se proponen importantes directivas generales para el desarrollo del tema en nuestro país.
En el año 1992, la Asamblea del Claustro de la FM toma posición sobre el tema y expresa la necesidad de crear procedimientos que evalúen en forma continua, el nivel de los conocimientos de los graduados y especialistas:… "los controles en sus aspectos normativos y educacionales se harán a través de una Comisión Nacional de Educación Médica continua (EMC), integrada por la FM, MSP, la FEMI y el SMU, además integrada también por las Sociedades Científicas, y otros integrantes que se consideren necesarios."
En el año 1993, durante la Dirección del Prof. Muzzio Marella, se aprueba una nueva Ordenanza de la EG, que incorpora entre sus cometidos la EMC para e permitan adaptarse a los nuevos desafíos.

En el año 1995, al asumir el Prof. Dr. Uruguay Larre Borges la dirección de la EG, se jerarquiza el numeral 1.6 del artículo 1 de la nueva ordenanza, que reconoce, como uno de los fines de la Escuela de Graduados, la "educación médica continua".

Se crea un **Comité Honorario (febrero/95)** cuya formación es aprobada por el Consejo de la Facultad de Medicina (UDELAR), en julio del 95. Se encomendó a la Escuela de Graduados la responsabilidad de la nueva área. Estuvo integrado al inicio por los Dres. Dante Petruccelli, Benito Amoza, y Conrado Bonilla y desde el año 1997 se incorporan las Dras. Elena Fosman y Rosa Niski. Desde su conformación se le asignó para dedicación exclusiva un asistente académico, cargo ocupado por el Dr. Gilberto Ríos. En los últimos años, se integraron como apoyo al trabajo del Comité Honorario, el Dr. Álvaro Margolis en calidad de Asistente Interino (grado III) y Fernando Alvariño

también como grado III. La incorporación de 2 docentes Grado III traducen el grado de compromiso de la Facultad de Medicina y la EG con la planificación propuesta.

Desde el inicio de sus actividades, **se trabajó en 2 planos: en lo teórico-conceptual y actividades prácticas.**
En lo teórico-conceptual se realizó análisis de la bibliografía nacional e internacional sobre el tema, se organizaron seminarios con expertos nacionales y extranjeros y se propició la concurrencia de integrantes del área a centros de referencia como Canadá, España, etc.

En el plano práctico, se realizó un análisis de las actividades llamadas de EMC como congresos, jornadas científicas, cursos que se desarrollaban en nuestro medio, que significaban un gran esfuerzo de movilización de recursos humanos docentes y recursos económicos, cuyo impacto en el mantenimiento de la competencia profesional y en la calidad de los servicios de salud era difícil de calificar.

En un trabajo publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública, por la Escuela de Graduados, se reseñaban las características de las actividades de educación médica continua "tradicionales" en Uruguay como se muestra en la tabla siguiente.

Grandes esfuerzos institucionales.
Contenidos temáticos elegidos arbitrariamente por los organizadores.
Metodologías educacionales pasivas.
Escasa oferta educativa a los médicos generales.
Escasa interdisciplinariedad.
Sin evaluación de las actividades y de los participantes. De difícil acceso.
No universales.
Escaso valor como mérito.
Falta de estructuras educativas estables y programas.

Experiencias Piloto-Seminarios / Talleres
Como forma de encontrar un espacio de debate y reflexión, se programaron seminarios talleres con participación de expertos nacionales y extranjeros.

En ellos, los actores locales presentaron sus experiencias en EMC. Significaron un gran esfuerzo organizativo y económico, que siempre estuvo facilitado por el trabajo interinstitucional que caracterizaba a ésta área.

Se realizaron experiencias piloto en el Interior (Florida, Salto, Flores y Artigas) y en Montevideo (CASMU y Centro de Salud Jardines del Hipódromo-RAP-ASSE). Se probaron modos de selección de contenidos, metodologías educativas activas, participación interdisciplinaria y formas de evaluación. Significaron un gran aporte en las definiciones a favor de conformar un Sistema Nacional de DPMC.

En este proceso fueron un significativo aporte los **cinco documentos** elaborados por el Comité Honorario.

Documento N° 1: Los antecedentes de la creación del comité, análisis crítico de la situación actual de la EMC en el país, esbozo de las propuestas para mejorar las actividades de EMC y planteo de estrategias para estimular los cambios.
Documento N° 2: Descripción del nuevo marco conceptual en el que se basaran las actividades de EMC promovidas por el Comité Honorario, con énfasis en la participación interinstitucional y su aplicación práctica desarrollando experiencias piloto.

Documento N° 3: Base conceptual para la creación de un grupo de trabajo permanente (GTP) integrado por representantes de todas las instituciones que participan en la EMC como espacio para promover la conformación de un Sistema Nacional de EMC.
Documento N° 4: Propuesta de un mecanismo de acreditación de instituciones y de actividades de EMC. En diciembre de 1998 el Consejo de la FM

aprueba los documentos respectivos, para iniciar un proceso experimental de acreditación del DPMC.

Documento N° 5: Propuesta para la organización de un Sistema Nacional de DPMC. Marco general y conceptual de la propuesta, su estructura y organización; recursos económicos necesarios y diseño de una etapa de transición.

Acuerdos Marco (1999, 2002, 2004). Hacia un Sistema Nacional de DPMC.

Los Acuerdos Marco de 1999, 2002 y 2004, reflejo de Interinstitucionalidad persiguieron una sistematización del proceso así como darle mayor respaldo jurídico.

En diciembre de 1999, se firmó el primer Acuerdo Marco entre cuatro instituciones para la conformación de un Sistema de Nacional de DPMC.

Básicamente, en los AM las instituciones se comprometían a promover la conformación de un Sistema Nacional de Educación Médica Continua y Educación Médica Permanente (Desarrollo Profesional Médico Continuo), con participación interinstitucional, sumando las capacidades de cada uno de los protagonistas y como contribución al mejoramiento de la calidad asistencial.

El 29 de agosto del 2002, estando la Esc. de Graduados bajo la Dirección del Prof. Jorge Torres, las mismas instituciones ratifican el Acuerdo Marco de 1999 y avanzan en un compromiso de elaboración de un marco legal que le de sustento al sistema propuesto y explorar alternativas para la transición.

Asimismo, cada institución, a través de sus órganos competentes, gestiona individualmente el aval institucional para participar del sistema de DPMC y se involucraron activamente en el proceso.
A fines del 2004, ya habían tomado posición los colectivos gremiales (SMU, FEMI), también el Consejo de Facultad de Medicina, ya estaba informada el área salud de la UDELAR y en conocimiento del Rector y de los órdenes universitarios representados en el CDC.

En función de los acuerdos, se integran grupos de trabajo que avanzan en la elaboración de un borrador del 1er. Anteproyecto de Ley. El Grupo de Trabajo Permanente, en octubre del 2004, presenta una propuesta de anteproyecto de ley de Creación del Sistema Nacional de DPMC.

Tomó fuerza en este período la convicción de que para lograr los objetivos esta etapa educacional, era una prioridad la formación de recursos humanos idóneos que lideren el proceso. Con la participación de expertos nacionales e extranjeros de diversas disciplinas, la Escuela de Graduados de la FM, organizo distintas actividades tipo seminario-taller, cursos breves de capacitación de líderes y además se estimuló la concurrencia de médicos a encuentros en el exterior, siendo relevante el apoyo de los grupos de Calgary (Canadá), Barcelona (España) así como algunos regionales.

Formación Recursos Humanos

Conformar grupos humanos idóneos para liderar procesos autónomos de DPMC en instituciones de todo el país. Actividades educativas anuales (seminarios, cursos, talleres) con expertos nacionales y extranjeros:

- 1er Seminario Taller "Aprendizaje del adulto en grupos", 1997
- 2do Seminario Taller "Bases conceptuales de la EMC", 1998
- 3er Seminario Taller "Evaluación y acreditación", 1999
- Taller "Prácticas sobre evaluación y acreditación", 1999
- 4º Seminario Taller "Acreditación de la EMC", 2000
- 1er curso internacional de Educación Médica Continua "Capacitación de Líderes en EMC", 2001
- Taller "Introducción pedagógica a los planes de desarrollo profesional", 2001
- Curso "Fundamentos sobre elaboración de programas de EMC", 2001
- 2º curso internacional de Educación Médica Continua "Capacitación de Líderes en EMC", 2002
- 1as Jornadas Nacionales de Experiencias Educativas en DPMC, 2002
- 5º Seminario Taller "¿Cómo y dónde aprende el médico en actividad", 2003
- 6º Seminario Taller "Evaluación del DPMC", 2004
- 7º Seminario Taller "Hacia la universalización del DPMC en el primer nivel de atención - Metodologías educativas", 2005
- 8º Seminario Taller y 2as Experiencias Educativas en DPMC, a realizarse en octubre de 2006

Formación Recursos Humanos

Contactos internacionales, en particular con el Área de Desarrollo Profesional de la Facultad de Medicina de la Universidad de Calgari - Alberta, Canadá; y con el Sistema de Formación Continuada de España y de Cataluña. Se listan visitas desde 2003 a la fecha:

- Profs. Adjs. Alvaro Margolis y Fernando Alvariño, Facultad de Medicina de la Universidad de Calgari en 2003
- Asistencia del Prof. Dr. Helios Pardell (España) al 6º Seminario Taller
- Asistencia del Prof. Dr. John Toews (Canadá) al 5º, 6º y 7º Seminario Taller
- Asistencia de la Prof. Dra. Jocelyn Lockyer (Canadá) al 7º Seminario Taller
- Asistencia del Dr. Iván Batista Coelho (Brasil) al 7º Seminario Taller
- Visita de autoridades de la Facultad de Medicina de Calgari, a fin de discutir posibles líneas de colaboración en impulso del DPMC, 2004
- El Dr. Pedro Brito, Director del Área de Recursos Humanos de la OPS ha visitado el Área de DPMC en distintas oportunidades

Actividades de EMC y EMP en todo el país

Fue relevante en este período 2002-2006 la múltiple actividad no acreditada que simultáneamente se desarrollaron en todo el país, organizadas por instituciones públicas y privadas, Soc. Científicas, gremios médicos y Cátedras de Facultad de Medicina. Ello quedó debidamente relevado a través de una encuesta realizada por la Esc. de Graduados.

Esa multiplicidad de actividades es una expresión de la asimilación por parte del colectivo médico de la necesidad de mantener sus competencias en forma permanente.

Más allá que las actividades acreditadas tenían un aval académico y por ello eran las que más se estimulaban, ésta variedad en cantidad y calidad de actividades no acreditadas, nos parecía un paso adelante en la determinación de los médicos a su formación y un interesante insumo hacia la descentralización, ya que siempre entendimos permitiría programas mejor adaptados a las necesidades del médico, de las comunidades bajo su asistencia y de las organismos sanitarios en que discurría sus tarea.

Sistema de Acreditación de la Escuela de Graduados

Comienza sus actividades en Octubre del 2001, primero acreditando instituciones como proveedoras de DPMC. Pueden ser acreditadas desde Instituciones Asistenciales, Sociedades Científicas, Servicios de Facultad, Gremios Médicos y/o instituciones complejas como asociaciones de prestadores en un territorio (consorcio Hospital ASSE - IAMC) entre otros.

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS

FACULTAD DE MEDICINA MONTEVIDEO 1875

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

Los criterios exigibles están previamente definidos:

Institución jurídicamente constituida
Contar con un Comité de EMC
Antecedentes en EMC
Tener programa de EMC
Independencia de patrocinadores

Un segundo paso significó la acreditación de actividades, también sobre la base de requisitos previamente definidos:

Objetivos educativos.
Selección de contenidos en base a las necesidades institucionales, de los médicos y de la población.
Metodologías educativas activas, de alto impacto, participativas.
Capacidades de organización y logística.
Evaluación de participantes (asistencia y resultados).
Patrocinadores (declaración de independencia).

Esta herramienta es voluntaria, se puede renovar cada dos años, pudiendo ser auditada y revocada su aceptación si se apartan de los términos de los acuerdos.

Un hecho relevante, fue la experiencia de asignar créditos a cada una de las actividades acreditadas en función de la aplicación de un baremo.

Desde un inicio, se pensó que esos créditos podrían integrar el portafolio del profesional en un eventual proceso de recertificación.

Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP):

El jueves 14 de setiembre de 2006, la Academia Nacional de Medicina (ANM) convocó a todas las instituciones firmantes de los AM, con el propósito de retomar el trabajo en el marco del proceso de reforma del sector salud.

La vinculación de la Academia Nacional de Medicina con la Educación Profesional Médica habían nacido años atrás los Académicos Prof. Dres. A. Chifflet, J. M. Piñeyro en extenso documento y A. Navarro se habían detenido en el tema. Su preocupación tomo nuevo impulso con la incorporación a Academia del Prof. Dr. D. Petruccelli. Con la presencia de las máximas jerarquías de las instituciones firmantes del AM y autoridades de la ANM se toman dos decisiones:

- Incorporación de la ANM adhiriendo a lo establecido en los AM.

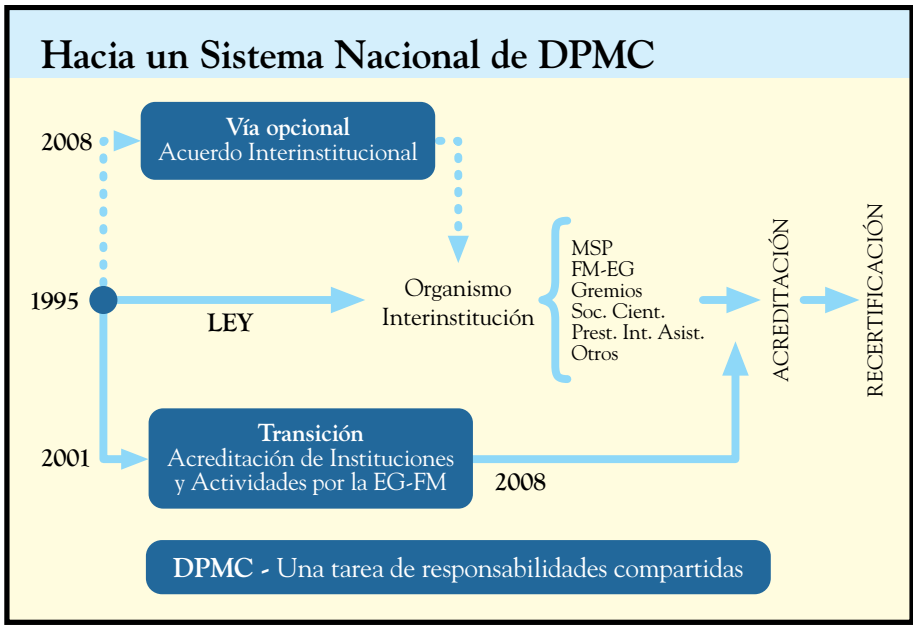
- Reinstalación del Grupo de Trabajo Interinstitucional (GTI), con dos delegados titulares y dos alternos por institución.

Define como propósito cumplir con los cometidos que surgen de los AM, en un proceso que será permanente en el tiempo y que tendrá como vía final común la constitución del Sistema Nacional de DPMC. Al conceptualizarlo como un proceso, se considera como condición para funcionar establecer alguna forma de CONVENIO INTERINSTITUCIONAL que de respaldo a las acciones del GTI hasta tanto se consagre la ley.

1. Siempre sobre la base del concepto de proceso se decide adoptar el nombre de Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente (GTIP).

2. Se incorporan en forma plena los delegados titulares de la ANM: Prof. Em. Dr. Dante Petruccelli y Prof. Dr. José Luis Peña. MSP designa sus delegados titulares: Dres. Silvia Da Luz y Gilberto Ríos, como alternos a las Dras. Marisa Buglioli y Leticia Rieppi. Facultad de Medicina como titulares al Prof. Dr. Jorge Torres y a la Prof. Laura Viola, como alternos la Prof. Dra. Rosa Niski y Dr. Alvaro Margolis. FEMI como titulares a los Dres. Marta Moraes y Uruguay Russi, como alternos los Dres. Arturo Altuna y Gonzalo de León. El SMU a la Dra. Rosario Sica y al Dr. Francisco Coppola como titulares.

Modelo orgánico-funcional del GTIP. Hoja de ruta hacia el Sistema Nacional de DPMC.



Áreas de Trabajo:

Se identificaron las siguientes áreas de trabajo:
Marco legal incluye tanto lo referente al anteproyecto de ley como la transición vía Convenio Interinstitucional.

Conformación de la Red: Establecer contacto con todos los actores del Desarrollo Profesional Médico Continuo, a nivel institucional, por ubicación geográfica, acreditados y no acreditados por la Escuela de Graduados en primer término para conocer la realidad sobre la que trabajar.

Capacitación de Recursos Humanos: promoviendo planes de capacitación optimizando las capacidades de cada institución en las áreas vinculadas a la educación del adulto, el aprendizaje en el lugar de trabajo, metodologías activas de aprendizaje, evaluación del DPMC, etc.

Educación Médica Permanente - Educación en servicio: Abordar la vertiente más compleja del DPMC, que es la educación permanente en el lugar donde el médico desempeña su profesión. (la vertiente EMC ya tiene una experiencia acumulada). Incorpora el componente multi e interdisciplinario y por ende abierto al equipo de salud. Analizar los aspectos económicos: se trata de determinar que recursos se necesitan para el desarrollo de este proceso y como se financian. El eje determinante de esta área es garantizar la sustentabilidad y la idoneidad técnica del sistema.

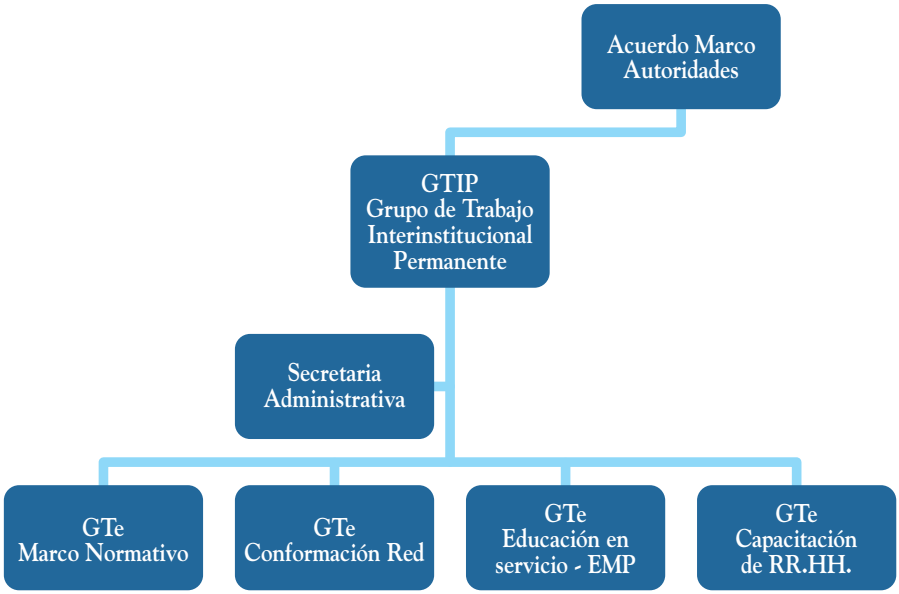
Seguimiento y evaluación de la experiencia de acreditación de la Escuela de Graduados: se trata de evaluar dicha experiencia, sacar conclusiones e insertarlas en el proceso general de desarrollo del Sistema.

Incorporación de nuevas instituciones al GTIP: en la esencia de los AM y los antecedentes nacionales y las referencias internacionales está la participación multiinstitucional. El GTIP en consonancia con ello tiene en la agenda definir criterios para el ingreso de nuevas instituciones.

Metodología de Trabajo

- Se crea una estructura central (GTIP) con funciones de seguimiento, monitoreo, evaluación y contacto con las autoridades de las respectivas instituciones.
- Se agregan Grupos de Trabajo específicos (GTe) que se focalizan en cada una de las áreas de trabajo definidas.
- Se acuerda que el MSP ejerza la Coordinación General del GTIP. Queda a cargo del Dr. Gilberto Ríos y Dra. Silvia Da Luz como alterna.

Estructura



Resultados:

En esta etapa, se priorizan y quedan en el marco del GTIP central las 4 áreas enmarcadas. Cada GTe define su metodología de funcionamiento, y el plan de trabajo con: objetivos, actividades, plazos, evaluación y cronograma. Cada GTe tiene como coordinador un integrante del GTI.

El trabajo de la Comisión de Red permitió una visión más global del EMC en todo el país.

A través de la literatura internacional y de experiencias nacionales se conceptualizó la denominada Educación Permanente en Salud como nueva modalidad educacional.

Asimismo, se ratificó la necesidad de capacitación de recursos humanos como formadores o facilitadores del sistema.

Simultáneamente, el proceso de Acreditación de Instituciones y Actividades mantiene su funcionamiento, ya con una experiencia acumulada.

En Agosto del año 2011 aparece el libro: **El Médico y su continuo aprendizaje** de las Dras. Elena Fosman, Teresita Ceretti y Rosa Niski sobre Conceptos Generales del Aprendizaje, Aprendizaje del Adulto y Aprendizaje del Médico durante su Actividad Profesional que constituye un excelente aporte en lo metodológico para todos los que trabajan en el área.

ANTEPROYECTO DE LEY

Creación de un SISTEMA NACIONAL DE DESARROLLO PROFESIONAL MEDICO CONTINUO

INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL *

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
Prof. Em. Dr. Uruguay Larre Borges

FACULTAD DE MEDICINA – ESCUELA DE GRADUADOS:
Prof. Dr. Jorge Torres
Prof. Em. Dr. Dante Petruccelli
Dr. Gilberto Rios

SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY
Dra. María Rosa Remedio

FEDERACIÓN MEDICA DEL INTERIOR
Dr. Uruguay Russi

* Creado por el 2do. Acuerdo Marco de fecha 29 de agosto de 2002

Se elabora un **nuevo Ante Proyecto de Ley** para la creación de un Sistema Nacional Desarrollo Profesional Médico Continuo, adaptado al nuevo escenario del Sistema de Salud, a partir de la profunda reforma en curso.

El mismo es elevado al Poder Ejecutivo. La Sra. Ministra de Salud Pública lo estudia y solicita informe a Comisión integrada por Prof. Dres. Jorge Torres, Carlos Gómez Haedo, Eduardo Touya, Gloria Ruocco, Luis Carriquiry y Dr. Di Genova quienes aportan en cuanto a la precisión de ciertos puntos y particularmente insisten en transitar el camino de la Recertifica-

ción Profesional Médica Obligatoria y aconsejar a JUNASA utilice el sistema de créditos en su meta Capacitación.
El anteproyecto lo toma el Poder Ejecutivo, que primero lo eleva al Ministerio de Economía, para estudio de su financiamiento, pero se superpone el año electoral 2009 que termina impidiendo su tratamiento y eventual aprobación.

La Ley de creación del Colegio Médico del Uruguay refrenda la Autonomía y Autorregulación de los médicos en su formación profesional.

COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY

Colegio Médico del Uruguay. Sus Campos de Acción: La Ética y la Educación Profesional

El Colegio Médico del Uruguay (CMU) en el inicio de sus actividades, procedió al análisis de las potestades que le confiere la Ley 18.591 entre las cuales le otorgaba atribuciones en la Educación Profesional.

En el Art. 4º, se establecen como cometidos: "…5. Establecer los deberes del médico para mantener actualizado su conocimiento"; 7) "Organizar actividades de educación médica continua

y desarrollo profesional médico continuo, vinculados al ejercicio profesional los preceptos éticos aplicables" y 8) "Procurar la mejora continua de la calidad en el ejercicio profesional de los médicos colegiados".

En definitiva, la población a través de su organismo representativo, el Parlamento, les concede a los profesionales médicos a través de la Ley 18.591 su Autonomía y Autorregulación no solo Ética sino Educacional, en la etapa profesional.

El Código de Ética, aprobado por el Parlamento, a fines del 2014 como Ley No. 18.826, establece como deberes del médico: En el Cap. II, Art. 3, inciso3.6:2 "Mantenerse al día en los conocimientos que aseguren el mejor grado de competencia profesional en su servicio específico a la sociedad".

Y en el Cap. III, Art.9: "La colectividad médica velará por una adecuada EMC de calidad reconocida siendo deber del médico cumplir con ella. Ese proceso educacional deberá incluir necesariamente lo formación en ética médica".

El CMU impuesto de las responsabilidades legales sobre el tema Ético que debía resolver en su 1er. año, se vio impuesto a dedicar la mayor parte de sus energías y tiempos a todo lo referente a la elaboración, discusión y aprobación plebiscitaria por el colectivo, de un Anteproyecto de Ley de Código de Ética Médica para su envío al Parlamento.

El GTIP, ante el nuevo escenario, determina un receso en sus funciones y en el mes de agosto de 2012 envía nota al CMU con la propuesta de iniciar un trabajo conjunto en todo lo referente al DPMC. Previamente, se había presentado ante las autoridades del CMU un extenso informe sobre el proceso de desarrollo del DPMC en Uruguay.

De esa descripción se pueden visualizar las fortalezas y debilidades del Sistema. Como fortalezas, el carácter interinstitucional, un programa de pasos sucesivos que comenzaba con un trabajo sobre la mejora de la oferta de DPMC, en calidad y cantidad y una vía final, a futuro marcada por la recertificación y donde cada institución aportaba según sus capacidades, evitando la segmentación generando condiciones para una verdadera política de Estado.

Entre las debilidades, se destaca la falta de universalidad de la oferta, la anarquía en objetivos generales y específicos, contenidos temáticos y metodologías, la escasa evaluación sistémica así como la ausencia de evaluación individual. Esto era compartido por la mayor parte de los actores hasta ese momento comprometidos. De allí las propuestas históricas de superar éste estado de cosas, a través de un Sistema sustentado por Ley.

Manteniendo una larga tradición de coordinación interinstitucional, se comienza a fines del 2012 un diálogo con el GTIP (Grupo de Trabajo Interinstitucional Permanente), integrado por Facultad Medicina (Udelar), Escuela de Graduados (Udelar), MSP, SMU, FEMI, Academia Nacional de Medicina quienes a través de Acuerdos Marcos Jurídicos de los años 2000, 2004 y 2006, coordinaban todas las acciones relacionadas con el Desarrollo Profesional Médico Continuo. (DPMC).

Se conforman grupos de estudio de Red de Instituciones vinculadas, Organización, Acreditación de Instituciones y Actividades, Programas, Metodología Educacional, Evaluación, Formación de Recursos Humanos Docentes para este momento Educacional, Financiamiento, Incentivos. Se elaboran extensos y precisos informes de situación del DPMC y se visualizan propuestas de mejoría.

A mediados de **octubre del 2013** se hace por la Comisión CMU- GTIP una **Propuesta** para el año 2014 que contempla la mejoría de los aspectos organizacionales y educacionales y plantea abrir un amplio dialogo nacional con todos los actores del sector sobre la Recertificación Médica.

Las autoridades plantean la Propuesta y se realiza su lanzamiento el 3 de diciembre en el marco del Día del Médico y con la presencia de las máximas autoridades de las instituciones involucradas: Ministra de Salud Pública, Decano Facultad de Medicina, Directora de la Escuela de Graduados, Presidente de FEMI, SMU, presidente de la ANM y Presidente del Colegio Médico del Uruguay.
En **marzo del 2014** la Revista Médica del Uruguay publica su **editorial sobre Recertificación Médica del Prof. Jorge Torres** con obstinada determinación de instalar el tema dentro del Dialogo Nacional propuesto en Diciembre del 2013.

La **9º Convención Médica del Uruguay (2014)** abrió un debate sobre Calidad Asistencial, que en su capítulo formación de Recursos Humanos incluyó el tema recertificación significando un importante estímulo al desarrollo de la Recertificación Médica en el marco de la calidad asistencial y el profesionalismo médico.

En una Encuesta preparatoria de la Convención encargada a la empresa Equipos MORI y realizada sobre la opinión de médicos, dio como resultado que un 86% reconoce a la recertificación como "necesaria o imprescindible".

El grupo de trabajo destinado al tema establece hacia la Convención: "…que un Programa Nacional de Recertificación Médica es una reforma impostergable para avanzar en la formación de recursos humanos de excelencia".

La Convención Médica, por el 99% de los integrantes aprueba en su plenario, que se recorra ese camino. Se propone que se avance en la elaboración de un programa de Recertificación garantice la implementación de las mejores prácticas sustentadas en la evidencia científica universal, en un principio voluntario más adelante obligatorio. Con una periodicidad de 5 años, a cargo de un Comité Nacional Interinstitucional, que velara por una oferta educacional adecuada y de la mejor calidad, impartida por instituciones acreditadas, con un costo asumido no solo por el médico sino también por las instituciones en las que trabaja.

A partir de la incorporación en el temario de la 9ª. Convención, su discusión y las ulteriores resoluciones tomadas, se promovieron **reuniones colectivas** mantenidas en todas las Regionales del CMU en el país y en otros ámbitos, confirmando el amplio acuerdo sobre los planteos antedichos y agregando insumos conceptuales y facticos para su concreción. Fue de particular interés la reunión realizada en Colonia con la Academia de Medicina de Bs. Aires así como la que tuvo lugar en el Congreso Nacional de Pediatría con participación de los países de la región en que nos trasmitieron las experiencias que venían desarrollando en los últimos años, que significaron importantes aportes. El CMU plantea al GTIP, la inserción en las actuales circunstancias de la Educación de Bioética para Profesionales, y trabajar sobre la Recertificación ausente en las etapas anteriores, para transitar una nueva etapa en el recorrido de la Educación Profesional.

Es en ese marco, que en setiembre - octubre de 2014, comienzan a reunirse el CMU, a convocatoria de éste; la FM, ANM y MSP para coordinar acciones permanentes en torno a la Recertificación Médica. Quedando conformada de esa manera una nueva institucionalidad (diferente al GTIP) ya que la representación del colectivo médico es asumida por el CMU.

CEPREM (2da. mitad 2014-2015)

Se conforma de esa manera la Comisión de Educación Profesional y Recertificación Médica (CEPREM) con representantes de todas las instituciones y con el apoyo de un Coordinador General CEPREM

Se elabora un plan de trabajo del CEPREM (2a.mitad del 2014) sustentado en 5 pilares:

A. Estructura organizativa:

a. Participación institucional
b. Organización
c. Coordinación ejecutiva
d. Soporte administrativo
e. Proceso gradual en etapas

Primero, una organización mínima de sostén a una primera etapa de difusión, sensibilización y desarrollo de experiencias piloto.
En una segunda etapa, una estructura organizacional más desarrollada, ya diseñada para la fase de ejecución de la recertificación.

B. Institucionalización de la CEPREM (4° Acuerdo Marco)
Elaboración de un documento de contenido ilustrando el nuevo escenario y el objetivo final.
Consulta con las jerarquías máximas de todos los organismos involucrados. (pautar los tiempos políticos: transición y/o nuevas autoridades)
Firma y lanzamiento público de un nuevo acuerdo marco con adhesión expresa al proceso de recertificación.

C. Definición de la Agenda de la Recertificación:
Consulta e intercambio con actores claves.
Profundización en el conocimiento de experiencias similares.
Diseño del proceso hacia la recertificación.
Estímulo al desarrollo de experiencias pilotos.
Conocimiento y difusión de experiencias de nivel regional e internacional.
Análisis de los criterios básicos:

1. Obligatoria - voluntaria
2. 100 % de colectivo o futuras generaciones.
3. Medicina general y/o sociedades científicas.
4. Contenido del portafolio.

D. Rol del Desarrollo Profesional Médico Continuo y el sistema de acreditación en ese contexto:
Diagnóstico de situación.
Perspectivas de desarrollo.
Expansión y universalización de la oferta.
Incorporación de todas las modalidades de enseñanza al sistema de acreditación.
Definición créditos individuales.

E. Financiación:
De la estructura organizativa responsable de la Recertificación.

De la oferta de actividades de DPMC con criterios de calidad, accesibilidad y universalidad.

F. Comunicación:
Desarrollo de una estrategia de comunicación.
Difusión de los antecedentes sobre recertificación.
Difusión de opiniones de actores claves.
Programación de actividades regionales y/o departamentales de difusión, sensibilización y recopilación de información sobre realidades locales.

Para encauzar el trabajo: se planteó un organigrama provisorio para el comienzo de las tareas que comprendía:
Por un lado, un Organismo Central Académico-Ejecutivo, la CEPREM integrado por representantes del CMU, de la Facultad de Medicina; del Ministerio de Salud Pública y de la Academia Nacional de Medicina.
Por otro lado, 3 Subcomisiones de Educación, de Recertificación y de Acreditación (Escuela de Graduados de la FM) y Organismos Ejecutores de Programas de perfil variado, como las Sociedades Científicas, Instituciones privadas de asistencia, Instituciones públicas, etc.

Y finalmente, un espacio para garantizar el derecho de los médicos al mantenimiento de sus competencias conformado por los gremios médicos trabajando en estrecha relación con las instancias para lograr incentivos y garantizar la financiación sustentable del DPMC.
Se conforma una comisión central provisoria.
La FM designa para la CEPREM a los Prof. Daniel Varela y Lucía Delgado; la EG – FM a las Prof. Adriana Belloso e Ivonne Rubio, el MSP a la Dra. Silvia Da Luz; la ANM, a los Prof. José L. Peña y Carlos Romero y el CMU a los Prof. Jorge Torres, Oscar Balboa y Oscar Cluzet.

Se elige en forma provisoria como Coordinador al Dr. Gilberto Ríos, por su participación en casi todas las etapas de este momento educacional.
Se solicita apoyo económico al CMU que se hará cargo de sus honorarios así como pone a disposición sus locales y secretarias en todo el país así como apoyo logístico y jurídico.

Se generan 2 comisiones de trabajo:

- Comisión de recertificación integrada por los Prof. Oscar Noboa, Alejandro Cerisola, Cesar Canessa, Mario Llorens, Stella Bocchino, José Enrique Pons, Clara Niz y a las Dras. Silvia Da Luz e Ivonne Rubio como Coordinadoras.
- Comisión de educación integrada por Prof. Luis Ruso, Laura Viola, Mabel Goñi, Walter Pérez, Irene Petit, Carlos Romero, Nieves Campistrus, José C. Cuadro y Dra. Elena Fosman y Prof. Dr. José Luis Peña como Coordinadores. A los efectos de comenzar con los cometidos asignados en el documento de Julio.

  En el proceso de trabajo a la comisión de Recertificación se integra el Prof. Alvaro Huarte en sustitución del Prof. Mario Llorens y asume la coordinación el Dr. Oscar Cluzet y en la Comisión de Educación la Dra. Mabel Goñi.

En el marco antedicho la CEPREM elabora las bases para la recertificación médica nacional voluntaria, sobre un documento borrador presentado por el Prof. Torres en Febrero del 2015 tras extensas deliberaciones.

Presenta a fines de Julio ese documento final, en una reunión con más 300 representantes de todas las organizaciones médicas, académicas, gremiales, sociedades científicas, instituciones asistenciales públicas y privadas de todo el país y la presencia del MSP.

En ese encuentro nacional, el Presidente del CMU Prof. Dr. Jorge Torres, el Decano de la Facultad de Medicina (UDELAR) Prof. Dr. Fernando Tomasina, la Directora de Escuela de Graduados Prof. Dra. Adriana Belloso, el Presidente de la Academia Nacional de Medicina Prof. Dr. Guido Berro y el Ministro de Salud Pública Dr. Jorge Basso firman una declaración de aspiraciones y propósitos acerca del desarrollo profesional médico continuo y recertificación como jerarcas de los organismos que integran la CEPREM, refrendando lo actuado por el CEPREM y sus planes del futuro.

En ella, tras una introducción histórica, acuerdan un propósito general definiendo para el logro del mismo; los siguientes objetivos:

- *Conformar un Programa Nacional de Recertificación Médica.*
- *Propiciar el desarrollo de una oferta amplia de actividades de DPMC, accesible al universo del colectivo profesional médico.*
- *Garantizar la calidad de la oferta educativa, con la participación activa de los servicios de la Facultad de Medicina, Sociedades Científicas, instituciones asistenciales públicas y privadas, gremios médicos y expertos según corresponda.*
- *Profundizar los procesos de acreditación de instituciones proveedoras de DPMC y acreditación de las actividades de DPMC culminando con una definición sobre adjudicación de los créditos individuales.*
- *Mantener la coordinación interinstitucional, definiendo los roles y competencias de cada una de las instituciones involucradas.*
- *Promover la investigación de los procesos educativos relacionados con el médico en el ejercicio de su profesión.*
- *Definir una estructura organizacional de alcance nacional que sustente este proceso con la correspondiente capacidad técnica y un presupuesto que garantice su funcionamiento.*

El CMU a través de su Comisión de bioética (Dres. O. Cluzet, N. Gateño, R. Lombardi, Y. Bespali y J. Minarrieta) emprende acciones para la enseñanza de bioética a profesionales en cumplimiento de la Ley de creación del CMU. Estas acciones se dirigen a:

1) Ampliar la base de Bioeteticistas, deficitarios numéricamente en el país, enviando a Chile, en 2 años 12 becarios a la Cátedra de Bioética del Prof. J. P. Beca, reconocido internacionalmente y con amplia disposición a colaborar, para una pasantía breve que tiene como objetivo el conocimiento de los aspectos básicos de la disciplina.

2) Introducir al colectivo médico en la temática a través de un Curso On-Line dirigido a todos los colegiados: **¿Sabía Ud.?** en que repasa aspectos de la bioética más importantes y con invitados nacionales y del exterior.

3) Organizar coloquios para profundizar en la consideración de problemas de amplia vigencia en el momento actual: Conflicto de intereses, consentimiento informado, investigación con seres humanos, objeción de conciencia, relación médico-paciente, bioderecho, conductas disruptivas, fin de la vida.

A su vez, la Facultad de Medicina a través de la Escuela de Graduados, prosiguió con la acreditación de instituciones y actividades.
La CEPREM se abocó además del trabajo a temas organizacionales y económicos. Se re-editó una vieja discusión sobre quien solventaría el Sistema: ¿los médicos?, ¿las Instituciones?

En el caso de aportes médicos, surgió la posibilidad de que ese apoyo proviniera del CMU. No obstante en función de la deliberación planteada en parágrafo anterior y dado que esa solución implicaría que serían los médicos los financiadores, en la medida de que faltaban estudios económicos presupuestarios actualizados y en razón de que se estaba sobre el fin del mandato del CMU, este organismo entendió que en dicho momento no correspondía tomar resoluciones. En el transcurso de la deliberación, nos impusimos de resoluciones previas a tener en cuenta: Decreto 7.8.986 (art.7) reglamentado, sobre Licencia para concurrir a eventos científicos (10 días anuales), Resolución del Consejo de Salarios del 23 de agosto del 2007 (clausula XII) sobre aporte institucional a un fondo que tendrá como única finalidad la Educación Médica Continua así como el presupuesto adjunto al Ante Proyecto de Ley que enviamos al Poder Ejecutivo para la creación de un Sistema Nacional de DPMC.

El CMU siguió brindando en esta etapa el apoyo logístico (locales, secretaria), así como el económico, como ejemplos la contratación de un Coordinador General así como para algunas actividades vinculantes.

Al fin de mi mandato, en cartas dirigidas conjuntamente con los otros representantes del CMU en la CEPREM enviamos notas a dicha comisión y a las nuevas autoridades del CMU, manifestando que en el futuro inmediato, entre otros temas, deberían culminar los estudios preparatorios respecto a:

1) Organigrama Definitivo ubicando a todos los actores de acuerdo a sus mejores roles y responsabilidades.

2) Acuerdo Marco Jurídico que respalde con más fortaleza la función la estructura tomando como base la Declaratoria de Autoridades de Julio del 2015 ampliándola a otros actores.
3) Financiamiento del sistema y facilidades en incentivos para su realización por los médicos.
4) Involucramiento de otras especialidades que han manifestado su interés en la Recertificación de sus miembros con forma de crear una masa crítica, para análisis de futuros pasos.

CEPREM 2016
Plan de Trabajo

Introducción
Este plan tiene como referencia el primer plan elaborado por CEPREM en 2015, y se ajusta a los avances alcanzados, las dificultades que surgieron en el camino y apunta al logro de objetivos factibles.

El plan fue tomando forma, luego que el CEPREM retomara sus funciones en marzo 2016, a partir del cambio de autoridades del CMU, y de la delegación de ésta institución en la CEPREM.

En éste proceso, todas las instituciones integrantes del CEPREM, participaron regularmente, excepto la Facultad de Medicina. (Tuvo representación de hecho por la Escuela de Graduados de la FM).

Asimismo, se acordó una planificación que se concentra en el segundo semestre de 2016.

Se hicieron algunos cambios en las comisiones, en el caso de la Comisión de Educación se integraron a 2 médicos de la Regional Norte, para dar una visión desde la perspectiva del médico general y sus necesidades de actualización para el ejercicio de la profesión.

El plan se concentró en 4 objetivos que se detallan a continuación:
Institucionalización de la CEPREM.

Elaboración de un anteproyecto de Acuerdo Marco ajustado al nuevo escenario y el objetivo final.
Como primera etapa, se avanzó en un borrador de propuesta elaborado en CEPREM, y posteriormente; comenzar las entrevistas calificadas con las autoridades de los organismos integrantes del CEPREM. Habría que determinar los tiempos políticos adecuados y pensar en una fase de transición, hasta llegar a la planificación de la firma y lanzamiento público del Acuerdo Marco.
En ese proceso era imprescindible la ratificación, de los delegados de las instituciones al CEPREM.

1. Estructura organizativa:
Sobre el particular, se acuerda trabajar sobre la base de una organización mínima para la etapa de difusión, sensibilización y desarrollo de experiencias piloto. Y en una segunda etapa, ir una estructura organizacional más desarrollada, ya diseñada para la fase de ejecución de la recertificación voluntaria.
Asimismo, se ratifica la necesidad de garantizar un adecuado soporte: administrativo – contable – pedagógico – legal a la organización.
Además, se acuerda el fortalecimiento de las 2 comisiones técnicas dependientes de CEPREM:
- ✓ *Comisión de Educación Profesional. (CEP).*
- ✓ *Comisión de Recertificación Médica. (CRM)*

Simultáneamente, se propone conformar una Red Nacional de DPMC: siguiendo el modelo organizacional del CMU, armando en cada Regional y Departamental una base operativa de referentes en educación como protagonistas y portavoces a nivel regional y departamental. Para ello, se realizan presentaciones del plan en reuniones nacionales del Colegio Médico donde participaron todos los regionales.

2. Agenda de la Recertificación**:**
Se comienza un proceso de consultas e intercambio con actores claves (sociedades científicas, cátedras, etc.) y se mantiene el criterio de estimular la realización de experiencias piloto, tomando como antecedente lo realizado por la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP).
Para poder profundizar en el conocimiento de experiencias similares, se programa una actividad central que puedan presentarse experiencias nacionales e internacionales. Se fija como fecha probable 4º trimestre del año.

Se orienta a la Comisión de Recertificación Médica, para que avance en la definición de una propuesta del portafolio médico general para la recertificación.
Y a la Comisión de Educación Profesional, se la instruye para que avance en las conceptualizaciones para mejora la calidad de la oferta de DPMC para supera las debilidades detectadas.

3. Comunicación y difusión:
A pesar de los avances, se reconoce que sobre el tema recertificación no hay una adecuada información en el colectivo médico. Es necesario optimizar las capacidades de comunicación que tienen los médicos e ir incorporando información al respecto.
También es importante la comunicación intra - CEPREM, por lo que se estimulará la comunicación entre las comisiones dependientes y el CEPREM; entre las comisiones entre sí y del CEPREM con toda la red nacional en construcción.
Finalmente, se establece un cronograma de trabajo para la planificación de las actividades que se expresa en el siguiente Diagrama de Gant.

	2º trimestres	3er trimestres	4º trimestres
Institucionalización CEPREM	Redacción de Anteproyecto de Acuerdo Marco	Firma AM	Firma AM
Estructura organizativa	Comenzar comunicación con Regionales y Departamentales	Continuar impulso organizativo	Funcionamiento estructura
Agenda de la Recertificación	Estímulo a experiencias piloto	Consulta con actores claves Conocimiento experiencias similares	Encuentro nacional regional y/o internacional Avances en EP Avances en RM
Comunicación			

Resultados

Esta etapa, a pesar de las dificultades iniciales, permitió avances enmarcados en el plan referido anteriormente.

Acuerdo marco:

El aspecto más destacado fue sin duda, la firma de un nuevo Acuerdo Marco. El último, se había firmado en 2006, y 11 años después se logra una nueva firma que tiene como elemento sustantivo la firme adhesión al proceso de recertificación.

El primer punto del AM, es elocuente en ese sentido al establecer:
"…Respaldar a CEPREM como organismo interinstitucional integrado por el Colegio Médico del Uruguay, el Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Medicina de la UDELAR y la Academia Nacional de Medicina, con el objetivo de coordinar el proceso de desarrollo de la educación profesional y la recertificación médica en nuestro país…"

Pero el punto siguiente avanza con mayor profundidad al expresar con más detalles las líneas de acción:
"…Asumir en función de dicho objetivo general y de los avances en el trabajo

de la CEPREM expresados en la presentación de las "Bases para un Programa Nacional de Recertificación Voluntaria" en Montevideo, 31 de julio de 2015, los siguientes compromisos, sustancia del presente Acuerdo Marco:
a) Implementar un Programa Nacional Progresivo de Recertificación Médica voluntaria.
b) Garantizar una oferta amplia de actividades de DPMC, de calidad, accesible al universo del colectivo profesional médico y con la participación activa de los servicios de la Facultad de Medicina, Sociedades Científicas, instituciones asistenciales públicas y privadas, gremios médicos y expertos, según corresponda.
c) Profundizar los procesos de acreditación de instituciones proveedoras de DPMC y acreditación de las actividades de DPMC.
d) Elaborar una propuesta sobre adjudicación de créditos individuales en función del tipo de actividades realizadas.
f) Promover la investigación de los procesos educativos relacionados con el médico en el ejercicio de su profesión.
g) Definir una estructura organizacional de desarrollo gradual que tenga alcance nacional, con la correspondiente capacidad técnica y el respaldo presupuestal que garantice la sustentabilidad del proceso. Dicha estructura deberá comprender:

- Dos áreas de apoyo técnico, a saber: la Comisión de Educación Profesional y la Comisión de Recertificación Médica.
- Un servicio de asesorías o apoyaturas centrales de carácter contable, legal, pedagógico y administrativo.
- Una Red Nacional de Educación Profesional y Recertificación Médica de carácter regional y/o departamental que reproduzca la organización del Colegio Médico del Uruguay, con el cometido de diseminar en todo el territorio nacional los avances de este proceso.

Comisión de Recertificación Médica:

Otro de los productos del período, fue la propuesta elaborada por la Comisión de Recertificación siguiendo la instrucción de CEPREM, sobre un **portafolio para la recertificación del médico general**, también presentada en la actividad de la torre de ANTEL del 21 de octubre de 2016 y que a grandes líneas explicitaremos en el capítulo sobre Recertificación.

Comisión de Educación Profesional:

La comisión de educación profesional, también avanzó en sus conceptualizaciones en esta etapa, que se sintetizan en las siguientes consideraciones:
La Comisión de Educación entiende necesario crear una **Comisión Nacional de Acreditación**, con amplia representación de los diversos actores involucrados en el proceso de educación y recertificación en medicina.

Considerando los antecedentes de la Escuela de Graduados (EG) de la Facultad de Medicina en DPMC, se cree conveniente integrar esta nueva Comisión sobre la base de la Comisión de Acreditación de Actividades de DPMC de la EG.

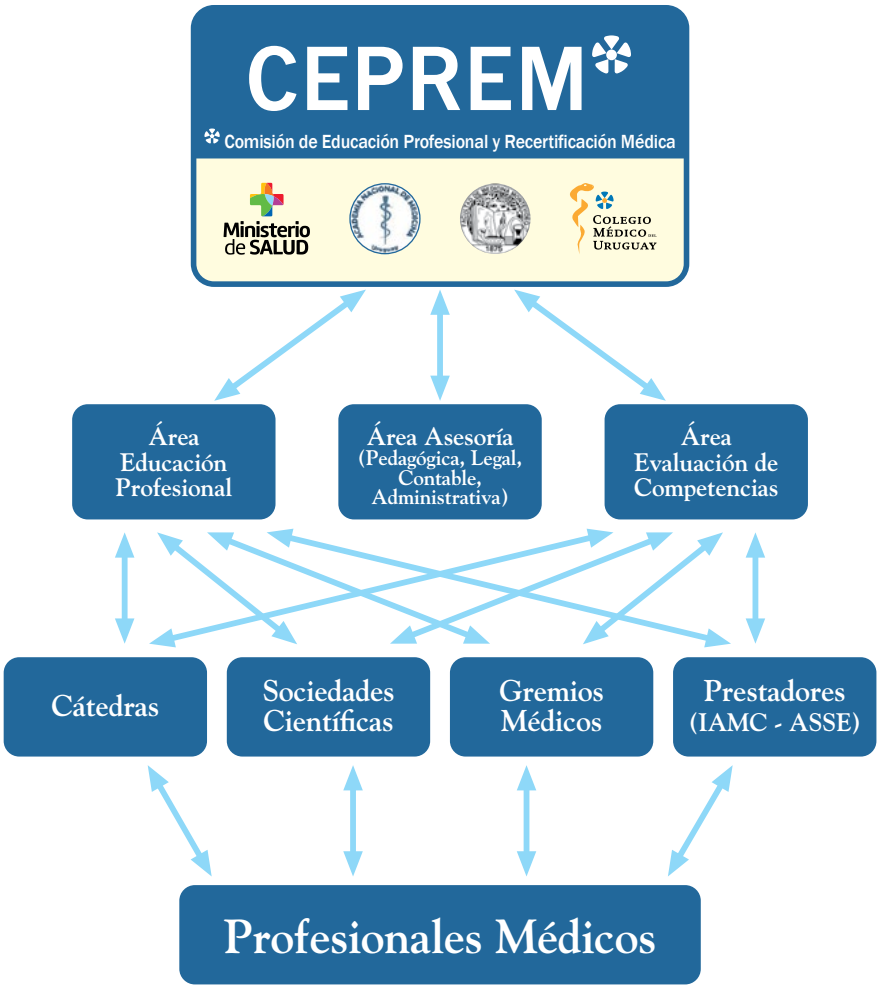
Contando con la aceptación de la EG, la mencionada Comisión debería:
Ampliar su integración con representantes de las entidades que constituyen CEPREM, de las sociedades científicas, de las instituciones asistenciales, de las cátedras y eventualmente otros que se considere conveniente

Actualizar sus requisitos de acreditación de instituciones y actividades de DPMC ante la realidad y necesidades actuales.
Aportar su infraestructura, aunque **reforzada,** tanto en recursos humanos como financieros.

Funciones:

- Acreditar instituciones.
- Acreditar actividades.
- Definir evaluación en base a créditos de los individuos participantes.

Con esos elementos, ser presentó la hoja de ruta hacia un sistema nacional de recertificación voluntaria.
Finalmente, se presentó además, un nuevo *organigrama* de este proceso que se expresa en el siguiente cuadro:



Quedaron además definidos los pasos futuros para seguir avanzando:
Profundizar la institucionalidad del CEPREM.
Consolidar una estructura organizativa.
Avanzar en los mecanismos de financiación.
Fortalecer bases conceptuales de los procesos educativos relacionados al mantenimiento de las competencias.
Pasar de la teoría a la práctica.
Estimular el lanzamiento de experiencias pilotos, probando modelos de portafolios.

Ponderar los componentes del portafolio en función de créditos.
Ampliar la capacidad de acreditación de instituciones y de actividades.
Estimular el uso de plataformas on line.
Acordar contenido del básico común.
Evaluar.

Consideraciones Finales

Hoy dia, se ha culturalizado que el aprendizaje de la medicina discurre durante toda la vida médica y cesa con el fin de su actividad.

Los médicos han generado un sistema educacional interinstitucional para mejor cumplimiento de dichas finalidades, cuyo denominador común ha sido la coordinación de dichas actividades con los actores relevantes del proceso: Facultad de Medicina, Escuela de Graduados, Ministerio de Salud Pública, Gremiales Médicas, Academia Nacional de Medicina, Sociedades Científicas, Instituciones Asistenciales. Esta Interinstitucionalidad persistente en el tiempo ha sido uno de los factores claves para los avances logrados.

La población, a través de su órgano representativo, el Parlamento, crea por Ley 18.591 el Colegio Médico del Uruguay la cual le otorga a los médicos autonomía y autoregulación en su educacion profesional.

Es fundamental la consolidación de la Interinstitucionalidad, creando una estructura que posibilite la Sustentabilidad Académica (expertos en elaboración de planes y ejecución de programas así como en la promoción de formación de recursos docentes para esta etapa educacional) y Sustentabilidad Económica para superar la falta de universalidad endémica del proceso En el Uruguay, se recorrió por 25 años el camino con determinación, logros y total autonomía.
Debe asumirse el compromiso sin claudicaciones.

Dr. Walter Pérez

Dr. Gilberto Ríos

Dr. Alfredo Cerisola

Hacia la Recertificación

III) Recertificación Profesional Médica 93

1) Fundamento 97
2) Finalidad 106
3) Oportunidad.....106
4) Responsabilidad 107
5) De los Conceptos a las Acciones 112
6) Diseño e Implementación de un Programa de Mantenimiento de la Certificación en Pediatría. Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP). Programa pionero.....113
7) Programa Nacional de Recertificación Médica Voluntaria.....117
- *Avances por la CEPREM en aspectos generales del programa.*
- *La Comisión Nacional de Recertificación. Normativa. Un Paso Adelante.*
- *Desafíos en el diseño de programas específicos.*

8) Programa Nacional de Recertificación Voluntaria en Medicina General..126
9) Consideraciones Finales 127

Referencias Bibliográficas.....131

Recertificación Profesional Médica

Fundamento

El DPMC que ha funcionado en estos últimos 20 años y en los que hemos estado involucrados, presenta debilidades. Particularmente hemos señalado anarquía en objetivos, programas, metodologías así como falta de universalidad, no participan todos y fundamentalmente es escasa o nula la Evaluación Individual.

Todo proceso se convalida con una etapa final de evaluación cualquiera sea la modalidad que se adopte y el DPMC no debiera escapar a esa premisa.
Y esta evaluación tiene fundamental importancia en el aprendizaje, dado que no solo nos permite conocer los resultados individuales deficitarios sino porque también a través de la auto evaluación se transforma en sí mismo en un proceso formativo para el evaluado.

Por lo mismo, trasciende lo individual e incorpora valiosos elementos a los sistemas de salud y las organizaciones en las que el médico ejerce.

El contexto histórico recoge opiniones en el mismo sentido: 1) del Médico en cuanto a que el DPMC no se proyectaba en reconocimientos que influyeran en su carrera profesional (adecuado destaque a su esfuerzo formativo) y en lo laboral económico (todo es igual). 2) de la población que ha asumido sus derechos en Salud exigiendo no solo una medicina más equitativa sino además de mayor calidad, por lo tanto, con médicos actualizados a los avances científico-tecnológicos. 3) de los sistemas de Salud basados en grandes organizaciones que requieren mayor calidad, seguridad y el buen uso de recursos económicos finitos en gran parte consecuencia del nivel educativo de los médicos.

Todo lo anterior respaldaba la evaluación individual del DPMC como una herramienta valiosa máxime ante: 1) Los evidentes, fascinantes y continuos avances científico-tecnológicos de las últimas décadas que hacían ineludible el mantenimiento y profundización de los conocimientos y destrezas del médico y 2) La comprobación confirmada en trabajos iniciales, de su obsolescencia, a través de los años de actividad profesional.

Desde la óptica de quienes iniciaron el DPMC en nuestro país se advertía que el eslabón final del proceso educacional seria la recertificación Médica entendiendo por tal lo repetido a nivel internacional: **La recertificación Médica es el resultado de un acto por el cual una entidad médica acreditada y aplicando criterios preestablecidos asegura a través de un proceso de evaluación que un profesional previamente certificado mantiene actualizados sus conocimientos y destrezas y ha desarrollado actitudes dentro del marco ético y científico adecuado con el progreso del saber y del hacer propio de su especialidad, en un periodo determinado.** Según la OMS, la recertificación se refiere a cualquier iniciativa de una organización profesional orientada a exigir periódicamente a sus miembros algún tipo de requerimiento para mantener su status en el seno de la misma.

La certificación profesional es un prerrequisito ineludible para el ejercicio profesional y la recertificación. Valen como ejemplo los otorgados en nuestro medio al fin de los procesos de formación en Pregrado y en Postgrado. Otros términos como relicencia o revalidación no agregan más significación al tema que estamos tratando. Nos manejaremos con los de certificación y recertificación.

No obstante reiteramos en la historia del DPMC, en la que estuvimos involucrados, los esfuerzos estuvieron dirigidos a consolidar el proceso educacional, base inicial necesaria en el camino a recorrer, no adquiriendo el suficiente valor jerárquico la evaluación como final y menos la recertificación como su homologación formal. Vale como ejemplo el excelente trabajo del Comité de Acreditación, que funcionó en la Escuela de Graduados, dirigido a la Acreditación de Instituciones y Actividades, que refleja parte de lo realizado, con comparativamente escasísimos tiempos dedicados en su tarea a la acreditación personal.

Debemos detenernos en aclarar sobre terminologías que según algunos encierran diferencias conceptuales en lo referente al alcance de la evaluación. Es así que por ej. En España, se habla de acreditación de Competencias. En EE.UU., Canadá y Reino Unido, de Mantenimiento de Certificación.

En España, el tema es subsidiario de la Carrera Profesional en su Sistema de salud. En dicha carrera, periódicamente los médicos pueden Acreditar Competencias a los efectos de pasar a niveles superiores con implicancias laborales y económicas. Diferencian la recertificación de la capacitación, en cuanto a que la primera evaluaría el hacer en un proceso de causalidad lineal con el saber. Si se sabe lo que se hace, se hace bien. En tanto, en la evaluación de las competencias se evalúan por un lado sus capacidades: el saber (conocimientos), el saber hacer (habilidades), el saber ser (actitudes), el querer hacer (motivación), el poder hacer (recursos disponibles, lo favorable del medio) y el hacer y por otro parte su integración con las buenas prácticas. Esto permitiría evaluar con más profundidad y precisión.

En EE.UU., Canadá y Reino Unido se desarrollan Programas de Mantenimiento de Certificación (MOC) que están fuertemente impulsados a las mejorías de los sistemas de salud. Incluyen de diferentes modos los mismos objetivos, pero tienden a agregar la evaluación de los resultados: -la performance-

Naturalmente, este paso incluye la evaluación de otros factores que los del profesional médico como p.ej. los contextos del acto médico: ambiente, tecnología, otros técnicos, condiciones psico-laborales del médico, etc.

Aun así ¿qué impide que la recertificación incluya todos los elementos requeridos en la capacitación o mantenimiento de competencias?, como lo desarrollamos y explicitaremos más adelante, lo que si debemos valorar si es posible dada la mayor la complejidad de la labor evaluativa.

Exigiría detenerse en aspectos de diseño de los modelos de evaluación en concordancia con los objetivos y programas, que desbordarían la una evaluación que lo fuera solamente del resultado de alguna de las herramientas utilizadas por el DPM, por ejemplo: la evaluación en el médico de las actividades de EMC. La Recertificación no se detendría solo en la repercusión individual de tareas educacionales sino que sería más abarcativa. Esto no deja de lado la evaluación de la participación y consecuencias de actividades de EMC en su portafolio, simplemente lo hacen más rico en datos para certificar al postulante.

La conferencia de la Dra. Elena Gonzalo, experta de la escuela andaluza en la temática, dictada durante el encuentro en Montevideo, en mayo del 2014 la denominó: "Acreditación por competencias. Un camino para la recertificación", lo que es elocuente en cuanto a su posición sobre lo anteriormente analizado. O sea que hay diferentes caminos para la recertificación. **¿O habrá un solo recorrido con diferentes grados de profundización en lo que queremos conocer del candidato a recertificarse?**

Grandes referentes nos dicen respecto a este primer aspecto en que abordamos: "… los médicos debemos prepararnos para enfrentar la introducción de requerimientos exigibles para mantener el estatus profesional y recuperar el prestigio de la profesión médica perdido frente a la opinión pública. Esto supone hablar de recertificación y a pesar de que puede parecer impopular tarde o temprano debe ser asumido por los médicos y sus organizaciones profesionales" (Helios Pardell, España).

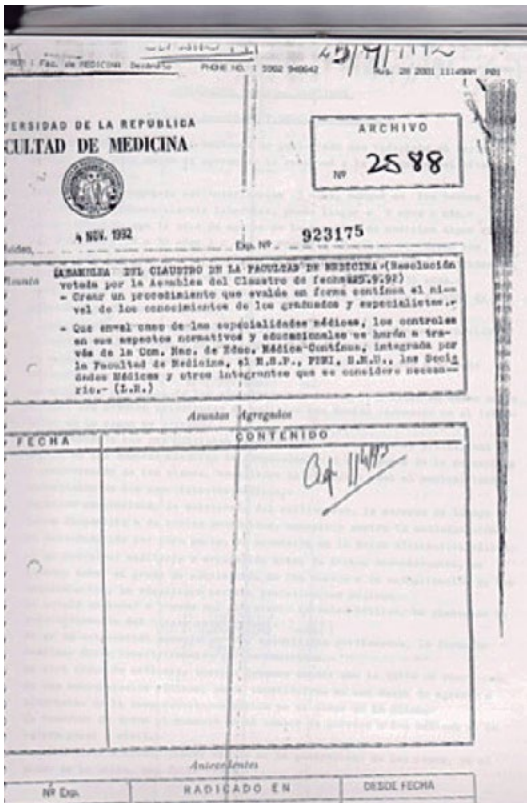
"La obtención de un título vitalicio parece ingenua en esta era. La reválida periódica será introducida en la mayoría de los países aun antes que los sistemas hayan probado mejorar la atención de los pacientes". (John Parboosingh, Canadá).

Douglas Irvine, ex presidente del General Medical Council del Reino Unido, una de las grandes figuras europeas, experto en educación médica, sitúa el problema actual en Europa, la recertificación (revalidación) vinculada a la certificación es un proceso en marcha en diferentes países del mundo desarrollado. La cuestión no es si ese sistema se establecerá, sino cuando y como. Lo que principalmente guiara el proceso será la presión que ejercerá el público sobre los gobiernos y las autoridades licenciadoras médicas para insistir en que, en cuestión de acreditación, cualquier paciente futuro este tratado por un médico que cumpla, a todos los efectos, los estándares profesionales del momento. La opinión pública, articulada a través de los medios de comunicación, se verá reforzada y a veces liderada por médicos socialmente comprometidos, que ven la recertificación como una expresión necesaria de la responsabilidad colectiva para la seguridad y el bienestar de los pacientes.

La escuela médica norteamericana se expresa a través de sus referentes haciendo especial hincapié en la repercusión del proceso en la calidad asistencial. Una de sus mayores referentes, Lois Margaret Nora lo explicita en su artículo: Advancing Quality Health Care through Continuing American Board of Medical Specialities Board

Los avances científicos tecnológicos son incesantes. La obsolescencia de capacidades a través de los años se ha confirmado. El médico debe mantenerse actualizado y es necesario evaluar si la educación continua revierte el proceso.
La sociedad también advierte los hechos y exige la recertificación.
Perseguimos una mayor calidad asistencial.

Certification (JABFM, Journal of the American Board of Family Medicine 2013, vol. 26 No.6) así con R. Van Harrison en la misma publicación. Escribe Lois Margaret Nora: "Los miembros de la profesión tienen conocimientos y destrezas que otros miembros de la comunidad no tienen siendo requeridos en situaciones de incertidumbre para que las resuelvan. La comunidad hace a menudo sustanciales inversiones para respaldar al profesional a desarrollar esa experiencia y los gobiernos otro tanto para sustentar la salud y la educación profesional. Los miembros de la profesión están comprometidos a sus conocimientos y destrezas sirvan los mejores intereses de los pacientes, sus familias y la comunidad toda, tomando la responsabilidad por la calidad de su educación y de su práctica profesional. Esta responsabilidad y privilegio de velar por ellos debe ser gratificado por la población y permitir que las asuman.


VERSIDAD DE LA REPUBLICA
CULTAD DE MEDICINA

ARCHIVO
Nº 2588

4 NOV. 1992 Exp. Nº 923175

ASAMBLEA DEL CLAUSTRO DE LA FACULTAD DE MEDICINA (Resolución votada por la Asamblea del Claustro de fecha 25.9.92)
- Crear un procedimiento que evalúe en forma continua el nivel de los conocimientos de los graduados y especialistas,
- Que en el caso de las especialidades médicas, los controles en sus aspectos normativos y educacionales se hagan a través de la Com. Nac. de Educ. Médica-Continua, integrada por la Facultad de Medicina, el M.S.P., FEMI, S.M.U., los Sociedades Médicas y otros integrantes que se considere necesario. (I.M.)

Asuntos Agregados

FECHA | CONTENIDO

Oct 1992

Antecedentes

Nº Exp. | RADICADO EN | DESDE FECHA

Los rápidos cambios en conocimientos y el desarrollo de nuevos procedimientos y tecnologías sobre los que exista evidencia reconocida son advertidos por la población que demanda que los profesionales los incorporen a través de rigurosos y transparentes programas para continuar otorgándoles su autorregulación. El programa de Maintenance of Certification (MOC) otorgado para su instrumentación a la American Board of Medical Specialities (ABMS) es una de las mejoras herramientas para concretar comunes aspiraciones."

Asamblea del Claustro de la Facultad de Medicina (1992)
-Crear un procedimiento que evalúe en forma continua el nivel de los conocimientos de los graduados y especialistas.

Tiene para el caso de Uruguay particular relevancia que **en el año 1992 la Facultad de Medicina (UDELAR**) aprobó resolución de Asamblea de Claustro para **"Crear un procedimiento para evaluar en forma continua el nivel de los conocimientos de los graduados y especialistas".** Allí se desencadeno el DPMC y reitero ya **se dejaba constancia de la relevancia de la evaluación,** para el caso en forma continua.

Estudios internacionales muestran el declinar científico-técnico médico a través de los años de su actividad.

Trabajos publicados en los últimos años, en EE.UU., desde la puesta en práctica de su programa, demostraron que la Recertificación **mejora la calidad asistencial:**

- En Pensilvania, se ha referido una mejor evolución y menor mortalidad de pacientes con infarto de miocardio asistidos por médicos recertificados. (J. J. Norcini, Health Aff, Millwood, 2010).
- Médicos recertificados utilizaron mejor la aspirina y los betabloqueantes que los no certificados, en enfermos con infarto de miocardio, en tres diferentes especialidades: medicina familiar, medicina interna y cardiología. (J. Chen, J. Gen. Intern.Med., 2006).
- Un estudio muestra mejor descenso de la hemoglobina A1C en pacientes recertificados. (H. H. Pham, JAMA, 2005).
- Otro reporte refirió disminución de mortalidad y complicaciones en cirugías colónicas y ulceras pépticas en los certificados del American Board Of. (J. B. Prystowsky, Surgery, 2002).
- Recertificados cardiólogos electrofisiologistas tiene menos complicaciones con cardiodesfibriladores implantables. (J. P. Curtis, JAMA, 2009).

- Otro estudio mostró que los anestesistas no certificados tenían tasas mayores de mortalidad y de fallo en los rescates. (J.H. Silber, Anesthesiology, 2002.
- Otra referencia reveló en médicos internistas y cardiólogos certificados mejores tasas de cumplimiento de medidas preventivas para enfermedades cardiovasculare.s (R. S. Lipner, AdvHealth Sci Edu. Theory Prct., 2013).

Hay además referencias a nivel internacional (ABMS) que demuestran la **satisfacción de la población** con la recertificación (T.A. Brennan, JAMA 2004, G. L. Freed J. Pediatris, 2010), y en Uruguay se obtuvieron similares resultados en encuesta reciente, febrero del 2014, para 9ª. Convención Médica Nacional, realizada por equipos Mori. Por otra parte, estudios diversos demuestran disminución de juicios en lo médicos recertificados (Sutherland California, Ohio, Oklaoma).

En el mismo sentido debemos tomar en **cuenta las experiencias internacionales y nacionales** en ejecución.

En efecto, la recertificación ha comenzado en los últimos años en gran parte de los países. Comenzó en EE.UU. y Canadá y se expandió en Europa y América Latina. En términos generales, han tratado de dar respuestas a los problemas anteriormente reseñados adaptándolas a las características geográficas, demográficas, sociales, laborales y políticas de cada país. La diversidad de las experiencias es múltiple p.ej. en algunos países es obligatorio en otros no, los organismos responsables son distintos, las modalidades en la evaluación no similares, la periodicidad exigida otro tanto así como una financiación e incentivos variables.

Algunos con 10 a 15 años de puesta en marcha ya han podido realizar evaluaciones críticas que les han permitido ajustar los diversos aspectos antemencionados. Hemos hecho previamente referencia a aspectos destacados de lo sucedido en EE.UU. Dichos aportes han sido valiosos a esta etapa educacional, no solo en lo evaluativo sino en el soporte inicial e ineludible, el formativo.
En nuestro país, el Prof. Dr. Walter Pérez escribía en el 2009 un Editorial en los Archivos de Pediatría del Uruguay: "La certificación y recertificación periódica sin duda han sido una preocupación de la Escuela de Graduados a lo largo de los años. Si bien la educación médica continua se ha fortalecido, de acuerdo con informe de OPS sobre Uruguay, 2007, no se han establecido mecanismos formales y sistemáticos para verificar la actualización de conocimientos de los profesionales de la salud con el riesgo de que conlleva para los usuarios del sistema".

Por otra parte, subraya que desde el inicio se tuvo la convicción explícita de que este camino debía ser recorrido en diálogo con la comunidad médica nacional y se concibió como una etapa transitoria hasta que entrara en vigencia un "Plan Nacional de Recertificación Médica".

Finalmente, señalamos que uno de los compromisos médicos infaltables, en las **Declaraciones del Profesionalismo Médico** más difundidas a nivel universal en estos años y de los **Códigos de Ética** vigentes, es mantener los conocimientos y destrezas actualizados durante los 30 años o más de actividad profesional regulando sus resultados. Nuestro Código de Ética Médica consigna que la educación durante toda la vida profesional es un deber ético.

Finalidad

Este proceso tiene consecuencias

1- **Para el Médico**:
Mantiene e incrementa sus conocimientos y destrezas.
Mejora su autoestima y su reconocimiento institucional.
Importancia en juicios médico-legales.

2- **Para el paciente y la población**:
Mayor confianza en sus médicos.

3- Mejora la **relación médico –paciente** base de la medicina clínica.
Como consecuencia: **Mayor Calidad Asistencial**.

Con la Ley de creación del CMU, se nos otorga autonomía y autorregulación en nuestra formación profesional. Debemos corresponder a esa responsabilidad con rigor, transparencia y cristalinidad.

Oportunidad

En el momento actual, así como se ha culturalizado una fuerte convicción médica de la necesidad de fortalecer el sistema educacional formativo, el DPMC, va impregnándose en nuestro ideario profesional, en el mismo sentido de lo que sucede a nivel universal de la necesidad de dar pasos, en lo referente a la evaluación periódica certificada del mantenimiento e incremento de nuestros conocimientos y destrezas a través de toda la vida profesional.

Por otra parte, los pacientes y quienes dirigen los sistemas de salud piensan que ésta herramienta asegurará la calidad asistencial. Por lo tanto, visto el problema de Recertificación desde el paradigma de los derechos del paciente y la sociedad es un elemento fundamental en la obtención de los fines antedichos.

Es nuestra responsabilidad echar a andar el camino. Si bien recorrimos en lo previo, un camino secuencial sustentado en acciones de EMC, EMP y educación en salud dejando para más adelante la evaluación creemos que instalar en este momento su instrumentación reforzaría y optimizaría el proceso del DPMC dándole un empuje ante cierto enlentecimiento en los últimos años.

Responsabilidad

En el mundo la Regulación de la Profesión Médica muestra una marcada disparidad.
En el Uruguay, hay una heteroregulación de la actividad médica en el plano asistencial por el gobierno a través del MSP y en el plano médico-legal por la Justicia,
La regulación profesional ética y educacional profesional se les concedió a los médicos a través de la Ley 18.591 que crea el Colegio Médico del Uruguay.

En países como Estados Unidos, Inglaterra y Canadá, la regulación educacional profesional lo es por un acuerdo implícito con la población y no explicito bajo forma de Ley como en el Uruguay. Otros países latinoamericanos y europeos han tratado y resuelto el problema de una u otro manera. La otra particularidad en Uruguay es que por la Ley de creación del CMU, se le confieren a este organismo, responsabilidades no solo en lo ético sino en educación profesional. Más adelante, el Código de Ética sancionado como Ley subraya en 2 de sus artículos que la Educacional Profesional durante toda la vida es una obligación ética. Quedan bajo la responsabilidad del CMU el cumplimiento de sus deberes ético –educacionales.

La 9ª Convención Médica Nacional en el 2016 nos respalda a recorrer el camino de la recertificación.

No obstante, esa responsabilidad está mediatizada por la reglamentación de la Ley que aclara sobre una…"necesaria cooperación con los organismos encargados de atender la educación médica continua". Más allá de inconsistencias, debilidades y errores conceptuales que podemos atribuir a la Ley y al Reglamento, el CMU apostó a avanzar no solo en el proceso jurídico sino en el proceso histórico atendiendo a un trabajo interinstitucional de más de 25 años, sustentados en acuerdos que lo convalidaban, como fue reseñado anteriormente. Es que hay alguien o algún organismo que en el país pueda pensar en llevar adelante por si solo este sistema que engloba más de 14.000 médicos, que constituyen una masa con una profunda heterogeneidad, proceso de alta complejidad y con instancias en todos los ámbitos del trabajo médico en el país. Excepto que se acepte su realización a través de organismos médicos y no médicos múltiples, lo que a nuestro juicio implicaría dificultades mayores derivadas de un eventual corporativismo médico sectorial o estar expuestos como en algunos países a que los programas que surjan, no solo sean sustentados sino ejecutados a punto de partida de la industria farmacéutica o tecnológica, que tienen objetivos en salud distintos de los del profesionalismo Médico.

Por otra parte, la SUP (Sociedad Uruguaya de Pediatría) subraya "que desde el inicio se tuvo la convicción explicita de que este camino debía ser recorrido en dialogo con la comunidad médica nacional y se concibió como una etapa transitoria hasta que entrara en vigencia un Plan Nacional de Recertificación Médica".

Trabajamos inicialmente a través de la **Comisión CMU-GTIP**, que comenzó a trabajar en diciembre del 2012, la que dedico la mayor parte de sus esfuerzos al estudio de la situación de lo que denomino etapa formativa del DPMC. Hacia énfasis en lo educacional no deteniéndose en la certificación individual, la recertificación.
En Diciembre del 2013, lanza sus iniciativas de cambios en la etapa formativa y **plantea un amplio dialogo sobre la recertificación** y el comienzo de la educación de los profesionales en Bioética.

El diálogo con los involucrados se inició en reuniones en todas las regionales del CMU, en encuentro con las academias del Uruguay y de Bs. Aires y el CMU, así como en mesas de Congresos dedicadas al tema. De particular relevancia las realizadas en el Congreso Nacional de Pediatría con representantes de Brasil y Argentina, en el Congreso Latino Americano de Medicina Familiar y Comunitaria con diversos países exponiendo lo avanzado en por ellos en Recertificación.

Diálogo con Regionales del Colegio Médico del Uruguay

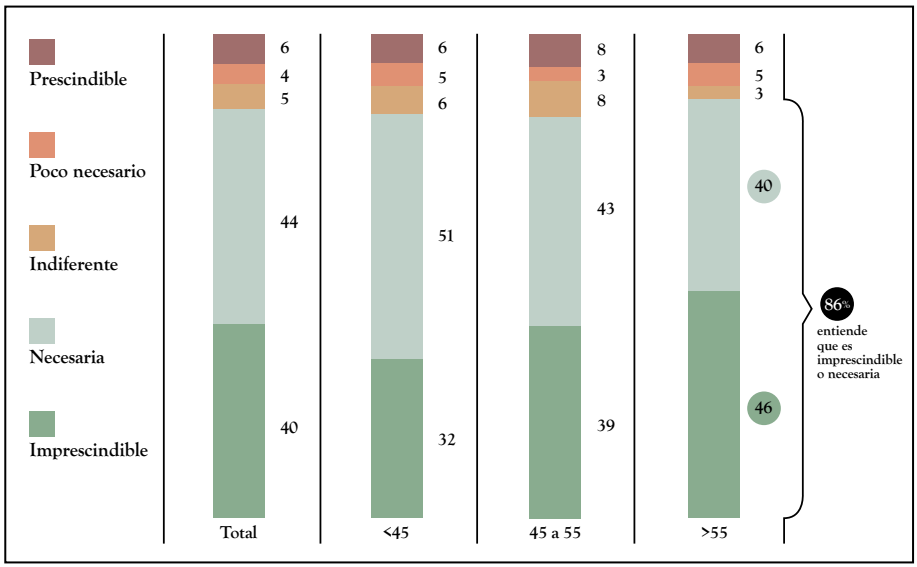
Diálogo en Congresos (Medicina Interna, Medicina Familiar, Pediatría)

Encuentro de las Academias y el Colegio Médico del Uruguay

Marcó un hito significativo la incorporación de la Recertificación a la deliberación de **la** 9ª Convención **Médica Nacional que resolvió por casi total unanimidad (99%) instar al cuerpo médico especialmente a elaborar un Programa de Recertificación Voluntaria**.

Resolucion Final

Dialogos en la 9ª. Convencion Médica Nacional sobre recertificación



Para más del 80 % de los médicos encuestados la Recertificación es imprescindible o necesaria.

Encuestra previa Equipos Mori

De los Conceptos a las Acciones

Con la finalidad de darle más fortaleza al camino a recorrer en esta etapa histórica de la Educación Médica en el país se crea la **CEPREM** (**C**omisión de **R**ecertificación **P**rofesional y **E**ducación Médica). Es generada de común acuerdo por CMU, Facultad de Medicina y Escuela de Graduados (UDELAR), MSP y Academia Nacional de Medicina.

Su labor, en un corto periodo de meses puede visualizarse en el Programa de Trabajo elaborado en que se avanzó en: 1) - un Organigrama Provisorio 2) - la Comisión Central Ejecutiva-Académica: a- elaboro un Proyecto de Recertificación Médica Voluntaria b- puso en funciones dos Subcomisiones: de Recertificación y de Educación para trabajar sobre aspectos más específicos del Programa c- mantuvo a través de la Escuela de Graduados la continuidad de la labor de Acreditación d- a través del CMU da comienzo a la enseñanza de Bioética e- se abocó al estudio de la financiación e incentivos del sistema. Para elaborar un Programa Nacional de Recertificación Voluntaria, nos detu-

vimos en un análisis de la experiencia nacional en Pediatría, dado que constituyo el acontecimiento pionero en la materia en nuestro país. Creemos de enorme valor ideológico y testimonial la referencia actual a su iniciativa pionera por lo que haremos una referencia sumaría a su proceso.

Diseño e Implementación de un Programa de Mantenimiento de la Certificación en Pediatría. Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP). Programa pionero.

Nos narran los Dres. Walter Pérez y Alfredo Cerisola:
"En el año 2002, la SUP logra la acreditación de la Escuela de Graduados para la realización de actividades acreditadas (EMC), siendo una de las primeras instituciones societarias en lograrlo. Desde ese momento, la SUP ha desarrollado un número muy importante de actividades acreditadas destinadas a pediatras y otros técnicos que trabajan con niños en todo el país."

En 2010, se comienza a trabajar en el tema de Recertificación en una pequeña comisión creada para estos fines y en agosto 2012, se modifican los esta-

El modelo de Recertificación de Pediatría nos mostró que es un proceso no solo deseable sino posible en nuestro país.

tutos por Asamblea y se crea la Secretaría de Recertificación, de manera que este grupo de trabajo dependiera directamente de la Comisión Directivas marcando así sus principales líneas estratégicas. Sus objetivos principales fueron:

1. Apoyar el desarrollo profesional del pediatra durante toda su vida laboral, motivando su actualización permanente.
2. Implementar un Programa de mantenimiento voluntario de la certificación, destinado a Pediatras en coordinación con la Escuela de Graduados y el CMU.

Las primeras medidas de la secretaría consistieron en la búsqueda de material bibliográfico y su discusión en el seno de la secretaría. Se coordinaron además múltiples visitas a diferentes Sociedades Pediátricas de la región que tenían mayor experiencia en recertificación: Paraguay, Argentina, Brasil, y Chile. Como consecuencia de la visita a la secretaría de recertificación de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), coordinamos la visita de expertos en el tema, destacando la presencia en nuestro país del Presidente del Consejo Evaluador Profesional Dr. J. Valli en dos oportunidades.

El tema fue considerado como uno de las líneas estratégicas de las organizaciones gremiales de América Central y del Sur (ALAPE) que en ese momento estaba presidida por el uruguayo Gonzalo Giambruno, lo que integró a nuestra Sociedad a las discusiones sobre este tema a nivel regional. Concomitantemente se creó en 2012 el Foro de Sociedades de Pediatría del Conosur (FOSPEC) integrada por varios países de América del Sur que también consideró a Recertificación como uno de sus principales objetivos y que en momento actual está presidido por el Prof. Cerisola.

En nuestro país, mantuvimos contactos permanentes con SMU, GTIP, Escuela de Graduados y Colegio Médico. Desde el principio entendimos que nuestra iniciativa constituía un ejercicio que debía integrarse al programa de recertificación de alcance nacional que definieran las instituciones nombradas. En los primeros pasos tuvimos el firme apoyo del Prof. Torres, primer presidente del Colegio que en todo momento entendió que esta iniciativa sería de utilidad como un insumo para la implementación de la recertificación a nivel nacional.

En 2012, se realizó una encuesta diseñada y llevada a cabo por Equipos Mori a instancias de la SUP con el fin de obtener información sobre las "Condiciones laborales y aspectos formativos de los Médicos Pediatras en Uruguay" a nivel nacional, con la finalidad del diseño del programa.

En lo laboral, se destaca que entre 51 y 73% tienen 3 o más empleos y el promedio de horas trabajadas oscilan entre 47 y 70 hs.

En lo referente a la recertificación opinaron: a) Mayoritariamente, alrededor del 70%, en su repercusión en una mejor calidad asistencial por más eficiencia y seguridad, b) Más de la mitad respondió que la responsabilidad debía recaer en el propio médico y en las instituciones en las que ejerce, c) Solo el 5% apoyaba la evaluación por pruebas clínicas presenciales, el resto 95% era partidario de la evaluación por el Portafolio y no a los "exámenes". Los cuadros siguientes grafican lo mencionado. Estos insumos fueron tenidos en cuenta en la elaboración del programa.

En este contexto, se crea el formulario que sería utilizado en el programa que fue validado mediante la consulta a una muestra seleccionada de 100 pediatras. Se definió calificar con Créditos al Portafolio presentado que atiende a su labor asistencial, a su formación educacional en actividades del DPMC u otras, por asistencia y participación en actividades científico-académicas, por generación de conocimientos.

Paralelamente, la secretaría de EMC tuvo un importante desarrollo hacia la profesionalización de sus tareas y coordinación de sus actividades con el perfil del pediatra en el que se estaba trabajando desde varios frentes.

La primera convocatoria del Programa de Mantenimiento de las Competencias 2015-2020, fue realizado en junio de 2015 y luego de su evaluación fueron publicados en la página web y en el Boletín de la SUP. Previo a la convocatoria se creó el Consejo de Evaluación que estaría encargado de evaluar las futuras postulaciones. Este Consejo estuvo integrado por los delegados propuestos por el SMU, FEMI, Escuela de Graduados y la propia Comisión Directiva de la SUP.

Los pediatras recertificados recibieron su diploma en oportunidad del XXX Congreso de Pediatría que conmemoró los 100 años de la sociedad.

Programa Nacional de Recertificación Médica Voluntaria

Un hito fundamental significó la elaboración de las bases de la Recertificación Médica Voluntaria, dirigida a médicos generales y especialistas, por una Comisión Interinstitucional Nacional.

La CEPREM tuvo como **uno de sus objetivos, en el Área de Recertificación** la creación y puesta en marcha del **Programa Nacional de Recertificación Médica Voluntaria.**

Destacaré tres aspectos fundamentales del trabajo del CEPREM en su documento del Programa:

1) Funciones del CEPREM en lo referente a sus competencias en dicha área.

2) Avances en aspectos generales del programa.

3) Constitución y funciones de la Comisión de Recertificación

Funciones de CEPREM en el Área de Recertificación

a. **Elaborar y administrar el programa de RM.**

b. **Definir estrategias para su implementación:**

Los programas deben incluir lineamientos comunes a todos los programas:

- Promoción y Prevención para las áreas clínicas.
- Epidemiología.
- Habilidades comunicacionales.
- Análisis de Literatura Médica.
- Gestión Clínica.

- Bioética y humanismo.
- Aspectos médico legales.
- La promoción de la autoformación y otras modalidades educacionales
- (ejemplo: plataformas virtuales)

c. La **coordinación multiinstitucional** para viabilizar los procesos.
d. El cumplimiento de **programas educacionales.**
e. **Aprobar normas de funcionamiento del programa.**
f. **Designar la Comisión de Recertificación Médica.**
g. **Coordinar sus acciones con las Comisiones de Recertificación, Educación Profesional y Asesora en Bioética del CMU.**
h. **Aprobar la Recertificación individual en caso de solicitud fundada.**
i. **Llevar el registro de las recertificaciones y el archivo de la documentación correspondiente.**
j. **Evaluar periódicamente el programa de recertificación.**

Avances por la CEPREM en aspectos generales del programa

• La población objetivo estará constituida por **todos** los colegiados.
• Al inicio del programa, será de carácter **voluntario**.
• Se propenderá a que sea obligatoria a través de una ley.

Comienzo:

• Se podrá solicitar la recertificación a partir de los 5 años de la obtención del título correspondiente o una nueva recertificación a partir de los 5 años de lograda la previa.
• Quienes tengan más de 5 años de la titulación correspondiente, podrán iniciar la solicitud de recertificación una vez iniciado el programa.
• **Requerimientos:** el solicitante deberá presentar el título a recertificar y la documentación que acredite la realización de actividades mediante las que pretende obtener la recertificación.
• **Vigencia:** la recertificación tendrá una vigencia de 5 años a partir del momento de su obtención. La solicitud de recertificación o de una nueva recertificación, acompañada de los documentos requeridos, deberá presentarse como mínimo 3 meses antes de que se cumpla el plazo de 5 años a partir de la expedición del título o de la recertificación.

• Si al vencimiento de ese plazo, no se hubiera obtenido una respuesta, se considerará tácitamente prorrogada hasta que se notifique el fallo.
• En caso de rechazo de la recertificación el colegiado dispondrá de dos opciones no excluyentes:
• Presentar nueva solicitud ante la CEPREM, en un plazo no menor de 1 año.
• Solicitar ante la CEPREM la intervención de un Tribunal de Alzada Ad Hoc, y en caso de eventual fallo favorable la recertificación tendrá vigencia a partir del momento en que fue rechazada.

La Comisión Nacional de Recertificación. Normativa. Un Paso Adelante.

Estará constituida: por representantes de las áreas de medicina, pediatría, ginecotocología y cirugía, de reconocida solvencia técnica, docente y ética.
Tendrá como funciones:
Estará constituida: por representantes de las áreas de medicina, pediatría, ginecotocología y cirugía, de reconocida solvencia técnica, docente y ética.
Tendrá como funciones:
a) Promover la creación de programas específicos para los títulos a recertificar con la colaboración de quienes se estime necesario (Autoridad Sanitaria, Escuela de Graduados, Cátedras, Sociedades Científicas, Expertos nacionales o extranjeros).
b) Detallar las características del programa de recertificación:
b1) Describir el contenido del portafolio:
Cursos, actividades educativas de DPMC acreditadas, otros Posgrados finalizados, Becas, participación en Congresos y Jornadas, producción científica, Tesis, Monografías, actividad Docente, Asistencial y de Autoformación, etc.
b2) Estudiar créditos de cada una de las antedichas actividades.
c) Delinear el enfoque para Medicina General y las Especialidades. Se definirán los contenidos correspondientes a Medicina General.
d) Solicitar opinión del programa a la Comisión de Educación.
e) Elevarlo a CEPREM para su aprobación definitiva.

f) Proponer criterios para la aprobación de la Recertificación.
g) Dirigir operativamente el funcionamiento del Programa.
h) Proponer la aprobación o rechazo de recertificaciones solicitadas al CEPREM.
i) Informar periódicamente al CEPREM de la marcha del programa.
j) Presentar propuestas en CEPREM sobre el programa.
k) Informe anual de actividades. La población objetivo estará constituida por **todos** los colegiados.

El programa fue presentado en evento realizado el 31 de julio de 2015 en el Hotel Sheraton.

Desafíos en el diseño de programas específicos

La CEPREM también incursionó en lo que podríamos denominar: Un avance en los **desafíos** que deberían enfrentar quienes elaboraran y pondrán en práctica los programas.

La deliberación que género en la CEPREM el documento general, se enfrentó a algunos **desafíos,** en parte resueltos de acuerdo a lo anteriormente expresado. En efecto, todos los que se abocan al tema, deben responder a una serie de interrogantes como fue esbozado al referirnos al Programa de Pediatría, por otra parte para hacerlo **posible** en cada contexto. Los abordaremos sumariamente

1- ¿Voluntaria? ¿Obligatoria?
   Se consideró que en una primera etapa debería ser voluntaria. A través de los años en la medida que se profundice la experiencia, revele su transparencia y su repercusión sobre la calidad asistencial, podrá abordarse su carácter obligatorio.

2- ¿A quiénes del colectivo médico se recertificará?
   ¿A todos? ¿A algunos? Por ejemplo ¿los que se perciban como más débiles en lo formativo? En principio, consideramos que debe serlo a todos, sin perjuicio de que las metodologías evaluativas específicas puedan ser diferenciadas, circunstancialmente personalizadas, atendiendo sobre todo a la mejoría de aquellos con mayores debilidades.

3- ¿Qué se recertificará?
   Adherimos a que se evalúen todos las conocimientos y competencias, desde el saber (lo cognitivo) hasta el resultado del hacer, hacer bien (performance). Para ello, son aún de utilidad la evaluación por niveles que comenzó Kilpatrik en 1959, popularizada por Miller que en los niveles inferiores evalúan conocimiento y en las superiores conductas. Es indudable que será diferente por disciplina, por edades, áreas locativas de trabajo, necesidades asistenciales geográficas, etc. Aspirando obtener siempre la mayor excelencia, para alcanzar una calidad asistencial igualitaria.

Debemos precisar que estos aspectos trascienden a los tradicionales objetivos de evaluación de actividades de EMC, que busca conocer cambios en el médico más que la repercusión de los mismos en los ámbitos de trabajo aspiración incompleta de los años anteriores**.**

4- ¿Quién recertifica?

Si bien se aspira a estimular los métodos de autoevaluación reflexiva, deberá constituirse un Organismo Re certificador, que analice y convalide todos los elementos que aspirante a la recertificación presente ¿Quiénes lo integran?: ¿Cátedras? ¿Sociedades Científicas? ¿El Gobierno? ¿Expertos? ¿Sus pares en el trabajo? ¿Los usuarios?

¿Qué valor tendrán sus resoluciones? A los efectos de darle uniformidad a los criterios de evaluación específicos, evitar desvíos, en suma seguridad y transparencia para el recertificado, la CEPREM ratificaría el proceso.

Se reforzó la idea de comenzar la recertificación como voluntaria, con partipación en la evaluación de facultativos y expertos de sociedades científicas.

5- ¿Cómo?

Existen varios instrumentos, ninguno perfecto y superior al resto por lo que debemos utilizar todos en la medida que pueden complementarse.

Lo mejor, a mi juicio, es que estén centradas en el que aprende, en la autorreflexión y en la propia responsabilidad, que la evaluación sea preferentemente formativa frente a la sumativa, tutorizadas, flexibles, adaptables a cada situación (especialidad, edad, entorno de actuación) así como funcionales para los organismos sanitarios en los cuales el médico trabaja. Las más conocidas son el Portafolio, el ECOE, el Assesment.
El Portafolio es una herramienta preferentemente formativa, a veces sumativa en la que el profesional recoge de forma inteligente documentos registros de su trabajo sobre los que inicia (puede ser un observador externo) un proceso reflexivo (autoevaluación) que le ayuda a identificar que competencias tiene y cuales necesita, para ir generando por sí mismo un plan de aprendizaje. Dirigiremos nuestra atención en un principio a su trabajo asistencial a través de documentos: historias clínicas seleccionadas, incidentes clínicos críticos, audio-video-grabaciones, indicadores de su práctica (p.ej. perfil farmacológico), resultados clínicos. Luego, a planes de aprendizaje realizados particularmente programas de EMC o EMP, cursos, becas, etc. Finalmente, publicaciones, actividades como docente, proyectos de investigación, evaluaciones externas por colegas o pacientes. Según Dewey, es una buena herramienta porque reconoce y estimula la "autorreflexión retrospectiva, ayuda a reconocer la conexión entre la teoría y la práctica y provee de un modelo de aprendizaje para toda la vida. Shon se manifiesta en el mismo sentido.

El ECOE es un conjunto de estaciones por las que el paciente va pasando progresivamente siendo sometido a diferentes pruebas p.ej. 1° examen tipo test, 2° Consulta simulada, 3°cadena de distribución de fármacos, 4° interacción farmacológica, 5° revisión bibliográfica.

El Assesment proveniente del mundo empresarial valora competencias potenciales, genéricas, en sujetos reconocidamente competentes en conjunto con otros técnicos p.ej. psicólogos, utilizada principalmente en la selección de personal.

Es un momento complejo dado que exige ser hecha la evaluación, inclusive en los ámbitos de trabajo del médico.

Una dificultad adicional se plantea cuando evaluemos la performance, los resultados de los actos del médico, en la medida que en ellos influyen otros factores: complejidad de la patología tratante, comorbilidades, ámbitos de asistencia, apoyo de otros técnicos, tecnologías disponibles.

Hubo consenso en la CEPREM que la evaluación se haría en base al otorgamiento de créditos. No se excluye el examen en caso de duda en lo cognitivo, pero se enfatiza que este proceso no tiene como medio y fin el examen, como sucede en las etapas formativas previas de Pre y PostGrado. Por otra parte, debe tenerse presente que la medicina actual es grupal e interdisciplinaria. ¿Cuánto atribuir a acciones individuales en esos contextos?

Finalmente, los métodos de aprendizaje pueden ser no presenciales o semipresenciales: ¿Cuantos créditos se conceden en esas circunstancias?

6- ¿Cómo cuantificamos su actuación?
Definimos hacerlo otorgando a cada una créditos a cada actividad. Si bien es factible que se irán conformando una elección de ítems a evaluar y una cuantía en créditos con similitudes entre las diversas disciplinas, advertimos que debe atenderse a las especificidades de cada disciplina

7- ¿Fecha de inicio del programa?
Se podrá solicitar la recertificación a partir de los 5 años de la obtención del título correspondiente o una nueva recertificación a partir de los 5 años de lograda la previa.
Quienes tengan más de 5 años de la titulación correspondiente, podrán iniciar la solicitud de recertificación una vez iniciado el programa.

8- ¿Cada cuanto se recertificará?
En principio, se recertificará cada 5 años, pero se analizaran propuestas que justifiquen otra periodicidad.
Muchos sostienen que durante este intervalo pueda realizarse portafolios anuales en vistas a darle mayor continuidad a la autoevaluación crítica y además facilitar la evaluación final.

Debemos trabajar en la creación de estructuras que den sustentabilidad académica al proceso, así como obtener para el médico los tiempos remunerados y las consecuencias laborales y económicas que la tarea merece.

9- ¿Financiación?
Se reedita una vieja discusión: ¿Médicos, Instituciones públicas y privadas, Gobierno? La CEPREM está a favor de que no recaiga sobre los médicos. Si bien algunas voces estarían de acuerdo de que en base a los esfuerzos formativos públicos previos y la situación global del país, alguna contribución médica, en la medida que no afecte a los más débiles en lo económico, sería posible.

10- ¿Facilidades?
Es ineludible obtener tiempos formativos remunerados en el contexto de los horarios laborales para no afectar la condición psicofísica de los médicos; deberá perseguirse la incidencia del estatus formativo sobre la carrera profesional y sobre el salario, entre otros justificados incentivos, para que los profesionales admitan su inserción en el proceso.

Programa Nacional de Recertificación Voluntaria en Medicina General

Un ejemplo de lo Anterior

La propuesta de Programa Nacional de Recertificación en Medicina General, presentada en Octubre del 2016, es un buen ejemplo de la adhesión al Progra-

ma Nacional de Recertificación Voluntaria resuelta por la CEPREM en julio del 2015 y una muestra de superar los desafíos anteriormente escritos a los que se verán enfrentados quienes intenten llevar adelante estas iniciativas.

> En primer lugar, adhieren a la naturaleza voluntaria del proceso y a razonable periodicidad de 5 años.

Inmediatamente, definen cuantificar los conocimientos y capacidades del médico a través del otorgamiento de créditos que surgen de la presentación de un portafolio que reúne la documentación que certifica la realización de distintas actividades. **No habrá prueba ni examen.**
El portafolio refiere a) en 1er. lugar el aprendizaje en la actividad asistencial mediante la presentación de casos clínico y de promoción en salud; b) la asistencia a cursos de DPMC u otros, becas, congresos (como asistente pasivo o activo) c) producción científica; c) docencia.

Se entiende además que se debe promover diversas actividades educacionales: presenciales, a distancia y semipresenciales.

Es interesante que comparándolo con la propuesta en marcha de Pediatría existen similitudes p.ej. en integrar en 1er. lugar a la cuantía y calidad de las actividades asistenciales y alguna diferencia en lo relativo al valor crediticio de las acciones docentes.

Deja planteado que el programa deberá ser inclusivo, accesible y flexible. Lo que he denominado en alguna oportunidad: la recertificación posible.

Consideraciones finales

Es relevante como destacamos en lo escrito sobre DPMC 2 hechos:

A) En **primer lugar,** el que la **Convención** Mé**dica Nacional** impulsó los esfuerzos para avanzar en un Programa de Recertificación Médica Voluntaria, el que concretamos.

B) **En segundo lugar**, en el encuentro de fin de Julio del 2015 en que la CEPREM presentara las bases para la Recertificación Médica Voluntaria, se diera a conocer por sus máximos representantes un documento aval del proceso en que estábamos insertos y que dada su trascendencia reiteramos: "El Presidente del CMU Prof. Dr. Jorge Torres, el Decano de la Facultad de Medicina (UDELAR) Prof. Dr. Fernando Tomasina, la Directora de Esc. de Graduados Prof. Dra. Adriana Belloso, el Presidente de la Academia Nacional de Medicina Prof. Dr. Guido Berro y el Ministro de Salud Publica Dr. Jorge Basso **firman** una **declaración de aspiraciones y propósitos acerca del desarrollo profesional médico contínuo y recertificación como jerarcas de los organismos que integran el CEPREM, refrendando lo actuado por la CEPREM y sus planes del futuro.**

En ella, tras una introducción histórica declaran, respaldando el Plan que se venía ejecutando y en vistas al camino a seguir**…*"Para dicho propósito se definen los siguientes objetivo:*** *siendo el primero****: "Conformar un Programa Nacional de Recertificación Médica".***

Era una convalidación de que a través del diálogo, habíamos dado un paso adelante, en la instalación en la Agenda de la Educación Profesional Médica del tema recertificación en nuestro medio.

En el actual mandato, entre otras acciones, se ha avanzado, en octubre del 2016, en la firma de un **Acuerdo Marco Jurídico** entre organismos vinculados en la CEPREM, que en sus enunciados iniciales dice: **"Implementar un Programa Nacional Progresivo de Recertificación Médica Voluntaria."** sobre las base del Programa presentado en Julio del 2015. Ya no solo se convalida aquella propuesta sino que se decide avanzar hacia su implementación y se dan los primeros pasos con las **Bases de un Programa de Recertificación Voluntaria en Medicina General.**

¿Es negativa la Recertificación? ¿No mejora la confianza del paciente en sus médicos? ¿No permite ejercer una medicina de mejor calidad? ¿No mejora la autoestima de los médicos?

Tenemos una razonable autonomía, concedida por Ley, para proponer las mejores soluciones para nuestra formación profesional. ¿Es preferible una heteroregulación que se nos imponga si fracasamos en la tarea?

Por otra parte, respaldamos que mientras se delibera, debe dársele especial significación al comienzo de la Recertificación Voluntaria, en disciplinas que estén dispuestas a comenzar la experiencia. Las acciones agregaran datos significativos a las ideas.

De concretarse lo comenzado, se revitalizará todo el Sistema de Educación Profesional Médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maintenance of Certification: An Introduction to This Special Supplement. *J Contin Educ Health Prof* 2013; 33(S1): S5-S6.

2. Fernández A. Pérez W. La recertificación del pediatra: un objetivo a corto plazo. Editorial. *Arch Pediatr Urug* 2010; 81(1): 3-4

3. Nora LM. Advancing Quality Health Care through Continuing American Board of Medical Specialties Board Certification. JABFM Nov-Dic 2013; 26(6): 620-622.

4. Nora LM. Professionalism, Career-Long Assessment, and the American Board of Medical Specialties´ Maintenance of Certification: An Introduction to This Special Supplement. *J Contin Educ Health Prof*. 2013, 33 (S1): S5-S6

5. Nora, LM. Professionalism, Career-Long Assessment, and the American Board of Medical Specialties Prof 2013; 33(S1): S7-S19.

6. Hawkins R, Lipner RS, Ham HP, Wagner R, Holmboe ES. American Board of Medical Specialties Maintenance of Certification: Theory and Evidence Regarding the Current Framework. *J Contin Educ Health Prof* 2013; 33(S1): S7-S19

7. Fossman E, Ceretti T, Niski R. El Médico y su continuo aprendizaje. Ed GEGA Montevideo 2011; p 1-116

8. Zurro M. Desarrollo profesional continuo y carrera profesional en el Sistema Sanitario Español. Jano 2006; 1626: 66-71

9. Holmboe Eric S. Maintenance of Certification, Revalidation, and Professional Self-Regulation. J Contin Educ Health Prof, 2013; 33(SI): S63-S66.

10. Holmboe ES, Wang Y, Meehan TP, Tate JP, Ho SY, Starkey KS. Association between maintenance of certification examination scores and quality of care for medicare beneficiaries. *Arch Intern Med*. 2008; 168(3): 1396-1403.

11. Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy?. *Educación Médica* 2003;6(2): 63-80

12. Pardell H. De la acreditación de la formación médica continuada. la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Sobre la regulación de la profesión médica en España. *Med Clin* (Barc) 2004; 122(7):267-8.

13. Pardell H, Ramos A, Aliaga J, Cabero L, Contreras E, y col. Utilización de los créditos de formación médica continuada para la recertificación-relicencia profesional. *Educación Médica* 2003; 6(4): 127-133

14. Pardell H. Sobre la recertificación de los médicos en España. *Med Clin* 2000; 115 (7)

15. Pardell H. Formación Médica Continuada a Debate. 2001; Barcelona, ed Mayo SA

16. Pardell H, Pallares L, Segura H. De la formación médica continuada al desarrollo profesional continúo. Jano, 2006; 1626:30-3

17. Pardell H, Oriol A, Gual A. Desarrollo Profesional Continuo, revalidación y regulación profesional. Jano 2006;1626: 76-80

18. Pardell H. Arcadi G y Oriol-Bosch A. *"Que significa ser médico, hoy" Med Clin* (Barc). 2007; 129 (1): 17-22

19. Declaración conjunta de la Federación Europea de Medicina Interna, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) y el American Board of Internal Medicine. Profesionalismo médico en el nuevo milenio: un estatuto para el ejercicio de la medicina. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.

20. Torres Calvete JE.: Certificación - Recertificación Profesional Médica. *Rev Med Urug* 2014; 30 (1): 5-7

21. Torres Calvete JE. La Capacitación y actualización del Profesional Médico: Implicancia en la asistencia. En: Bioética en el paciente grave. Tejera D, Soto J, Taranto E y Manzanares W. Montevideo. Ed. Cuadrado MMXVII 97-104

22. Torres Calvete JE. Prologo. En: Bioética en el paciente grave. Tejera D, Soto J, Taranto E y Manzanares W. Montevideo. Ed. Cuadrado MMXVII 17-19

23. Torres Calvete JE. Nuevos desafíos para el Desarrollo Profesional Médico Continuo: hacia la recertificación médica. Conmemoración Día del Médico. MSP 3 Dic 2013.

24. Petruccelli D. "El desafío del Desarrollo Profesional Médico Continuo" (DPMC) En: Reunión de las Academias de Medicina del Plata. Montevideo, 2004, 4-5 Setiembre

25. Petruccelli D, Niski R, Fosman E, Ríos G, Margolis A, Alvariño F.: Desarrollo Profesional Médico Continuo. Escuela de Graduados Med. 2003; (1): 7-110 Libro Azul: 5 documentos.

26. Blasiak J, Peña JL, Petruccelli-Romero D.: El aprendizaje médico a lo largo de su Ejercicio Profesional y el problema del profesionalismo. Cuadernos del CES (Centro de Estudios de la Salud), 2008; 93-133

27. Larre Borges U. Petruccelli D. Niski R. Fosman E. Amoza B. y col. El desarrollo profesional médico continúo en el Uruguay de cara al siglo XXI. Pan Am Montevideo, *J Public Health* 2003; 13(6): 410-416.

28. Fosman E. Niski R. Petruccelli Romero D. La Creciente importancia del Desarrollo Profesional Médico Continuo (DPMC). El Diario Médico, IX 2006; 76: 5

29. Margolis A, Alvariño F, Niski R, Fosman E, Torres J, Rios G, Petruccelli D. Continuing Professional Development of Physicians in Uruguay: Lessons from a Countrywide Experience. *J Contin Educ Health Prof*. 2007; 27(2): 81-85

30. Savater F: La Aventura del Pensamiento: J. Dewey. El Pensador de la Educación. 1ª ed. B.A. Sudamericana, 2008; 384

31. Van Harrinson R. Olson CA: Evolving Health Care Systems and Approaches to Maintenance of Certification. *J Contin Educ Health Prof,* 2013; 33(S1): S1-S4

32. Lipner R. Hess B. Phillips RL Jr. Specialty Board Certification in the United States: Issues and Evidence. f. *J Contin Educ Health Prof* 2013; 33 (S1): S20-S35.

33. Campbell CM. Parboosingh J. The Royal College Experience and Plans for the Maintenance of Certification Program. *J Contin Educ Health Prof*. 2013, 33(S1): S36-S47

34. Archer J, Regan de Bere S. The United Kingdom´s Experience With and Future Plans for Revalidation. *J Contin Educ Health Prof*. 2013, 33 (S1): S48-S

35. Aguilar Fleitas B. Profesionalismo Médico. Rupturas y continuidades. *Rev Urug Cardiol*. 2016;31

36. Jovell AJ. El Futuro de la Profesión Médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Biblioteca Josep Laporte. Marzo 2001

37. Jovell AJ. El Futuro de la Profesión Médica. *Educación Médica* 2002;5(2): 73-75

38. Viñar MN. Medicalización y Derechos Humanos; Campiñas 11-14 noviembre 2011

39. Viñar MN. Infancia, Adolescencia y Derechos Humanos. Coloquio Patologización de la Infancia. Junio 2011- Buenos Aires

40. Díaz Berenguer A. La Medicina Desalmada. Una visión reflexiva sobre la actua-

lidad de la profesión. Montevideo, ed Trilce Agosto 2014.

41. Díaz Berenguer A. Que significa una medicina más humana en tiempos de la industria de la salud-enfermedad. *Arch Med Int* 2015; 37(2): 83-86

42. Díaz Berenguer A, Turnes A, Aguilar B, Sanginetti M, Martinotti P. Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina – UdelaR 2015; 37(1): 24-29

43. Correa H. Profesionalismo Médico en Humanismo Médico. Humberto Correa Montevideo Fin de siglo 2016, 107-127

44. Cruess SR, Cruess RL. Teaching profesionalims. Why, what and how. Facts Views Vis Obgyn 2012; *Acad Med* 2014; 4(4): 259-265

45. Cruess SR, Cruess RL. Professionalism: a contract between medicine and society. CMAJ. 2000; 162: 668-9

46. Wynia MK, Papadakis MA, Sullivan WM, Hafferry FW. More than a list of values and desired behaviors: a foundational understanding of medical professionalism. *Acad Med* 2014; 89(5):712-14.

47. Pellegrino ED. Toward a Reconstruction of Medical Morality. *J Med Humanit Bioeth*.1987; 8(1):7-18.

48. Pérez W. Educación médica y Recertificación de Pediatras en Uruguay. Sociedad Uruguaya de Pediatría. XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría. ALAPE 2012 Cartagena 14-18 Nov. 2012.

49. Archer J, Regan de Bere S. The United Kingdom´s Experience With and Future Plans for Revalidation. *J Contin Educ Health Prof* 2013; 33(S1): S48-S53

50. Hobsbawm E. Historia del Siglo XX. 10ª ed Buenos Aires: Crítica, 2007

51. Hobsbawm E. Un Tiempo de Rupturas. Sociedad y cultura en el Siglo XX. 1ª ed Buenos Aires: Critica, 2013

52. Bauman Z, Bordoni C. Estado de Crisis. 1ªed Buenos Aires: Paidos, 2016

53. Velazco N. La Educación Médica continúa como herramienta constante de Aprendizaje. *Rev Chil Cirugía* 2013; 65 (2): 187-191

54. Topol E. The Creative Destruction of Medicine. New York Basic Book, 2012

55. Davis D. et al. "The case of Knowledge Translation: shortening the journey from evidence to effect".2003; 327; 33-35

56. Knowles MS. The Modern Practice of Adult Education from Pedagogy to Andragogy. N. York, Cambridge Books 2ª ed 1980

57. Piñeyro JM. Primera propuesta orgánica sobre EMC – bases conceptuales y organizativas. Bol Ac Nac Med. Uruguay 1987; 6: 85-91

58. Gonzalo E. Conferencia: Acreditación por competencias profesionales. Un camino para la Recertificación Médica. SMU 29 mayo 2014

59. Balbini J. Historia de la Medicina. Barcelona GEDISA S.A. 1ª ed, 1980

60. Agrest A. Más reflexiones inexactas de un observador médico. Buenos Aires, Aventis Pharma, 2001

61. Otero Bosque AM. Por ser Médico. Reflexiones de un médico clínico. Montevideo, Mastergraf srl. 2016

62. Sandoya E. La incertidumbre en medicina. *Tendencias en Medicina;* 2014(44): 131-138

63. Evidence-Based Medicine Working Group. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;274: 1800-1804

64. Kleisiaris CF. Sfakianakis C. Papathanasion IV Health care practices in ancient Greece: The Hipocratic ideal. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 15: 7:6

65. Turnes A. Maimónides. El sabio Sefaradí. 2007 Montevideo ed Granada; Páginas 374

66. Briozzo L. El desafío del profesionalismo médico en el Uruguay del cambio. SMU, 2006. Disponible en: http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/solis3/doc.3.

67. Barran JP. Historia de la sensibilidad en Uruguay. La Cultura Barbara (1800-1860). Montevideo, ed Banda Oriental. T1; 1989

68. Barran JP. Historia de la sensibilidad en Uruguay. El disciplinamiento (1860- 1920). Montevideo , ed Banda Oriental T2; 1990

69. Muiños HH. Medicina una noble profesión. 1958 Montevideo, ed Ciencias

70. Davis D. Barnes B. Fox R. The Continuing Professional Development Physicians. 2003 AMA Press

71. Mejia Vanegas A. Pavon-Rodriguez A. Educación Continua 1990; ASCOFAME-COLOMBIA.

72. Desarrollo Profesional Continuo (DPC). Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. Dic 2002.

73. Moore D. How Physcians Learn and How to Desing Learning Experiences for Them: An approach Based on an Interpretative Review of Evidence. Continuing Education in the Health Profession. A Conference Sponsored by the Josiah Macy Foundation 2007

74. Canetti A. Da Luz S. Enseñanza Universitaria en el Ámbito Comunitario. 2005, Montevideo, *Oficina del Libro*.

75. Davis D. Continuing Education, Guideline Implementation and the Emerging Transdiciplinary Field of Knowledge Translation. J Contin Educ Health Prof, 2006; 26: 5-12.

76. About Knowledge Translation. The KT Portfolio at CIHR. Canadian Institutes of Health Research. Disponible en: www.cihr-irse.ge.ca.

77. Gentile Ramos I. Educación Médica Continua. *Rev Med Urug*1995; 1: 79-80

78. Carvajal L. La Enseñanza activa. Ed. Oficina del libro. FEEMUR, 2005

79. Knowles M Informal Adult Education. Self-Direction and Andragogy. http://www.infed.org/thinkers/et-knowl.htm.

80. Roles y Dinámica de grupos Pichon Riviere. www.psicologíasocial.idóneos.com

81. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assesment compared with observed measures of competence: A systematic review. JAMA. 2006; 296(9):1094-1102.

82. Eva KW, Regehr G. "I¨ll never play professional football" and other fallacies of self-assesment. *J Contin Educ Health Prof*. 2008; 28(1):14-19.

83. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: The relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med*. 2005; 142(4):260-271.

84. Audet AM, Doty MM, Shamasdin J, Schoenbaum SC. Measure, learns, and improve: Physician´ involvement in quality

improvement. *Health Aff (Millwood)*. 2005; 24(3):843-853.

85. Brennan TA, Horwithz RI, Duffy FD, Cassel CK, Goode LD, Lipner RS. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. JAMA. 2004; 292(9): 1038-1043.

86. Engstrom S, Madlon-Kay DJ. Choosing a family physician: What do patients want to know? *Minn Med*. 1998;81(12):22-26.

87. Freed GL, Dunham KM, Clark SJ, Davis MM. Perspectives and preferences among the general public regarding physician selection and board certification. *J Pediatrics*. 2010; 156(5):841-845.

88. Norcini JJ, Boulet JR, Dauphinee WD, Opalek A, Krantz ID, Anderson ST. Evaluating the quality of care provided by graduates of international medical schools. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29(8): 1461-1468.

89. Kelly JV, Hellinger FJ. Physician and hospital factors associated with mortality of surgical patients. *Med Care*. 1986; 24(9): 785-800.

90. Prystowsky JB, Bordage G, Feinglass JM. Patient outcomes for segmental colon resection according to surgeon´s training certification and experience. *Surgery*. 2002;132(4): 663-670

91. Kelly JV, Hellinger FJ. Hearth disease and hospital death: An empirical study. *Health Serv Res*. 1987; 22(3): 369-395.

92. Norcini JJ, Kimball HR, Lipner RS. Certification and speliazation: Dothey matter in the outcome of acute myocardial infarction? *Acad Med*. 2000;75(12): 1193-1198.

93. Chen J, Rathore SS, Wang Y, Radford MJ, Krumholz HM. Physician board certification and the care and outcomes of elderly patiens with acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med*. 2006;21(3): 238-244.

94. Pham HH, Schrag D, Hargraves JL, Bach PB. Delivery of preventive services to older adultsby primary care physicians. JAMA. 2005; 294(4): 473-481.

95. Lipner RS, Weng W, Caverzagie KJ, Hess BJ. Physician performance assessment: Prevention of cardiovascular disease. *Adv Health Sci Educ Theory Pra*ct. Online First; 2013.

96. Curtis JP, Luebbert JJ, Wang Y, et al. Association of physician certification and outcomes among patients receiving an implantable cardioverter-defibrillator. JAMA 2009; 301(16):1661-1670.

97. Silber JH, Kennedy SK, Even-Shoshan O, et al. Anesthesiologist board certification and patient outcomes. *Anesthesiology* 2002; 95(5):1044-1052

Colegio
Médico del
Uruguay