

Un Aporte al PROYECTO de **sostén, mejoramiento y actualización de las COMPETENCIAS MEDICAS que emanará del grupo de Mejora en la formación de los recursos humanos en salud de la Novena Convención Medica Nacional**

Humberto Correa

29 DE Marzo 2014

(I) LA SALUD

Como círculos concéntricos en que cada uno contiene otro menor se encuentran: el bienestar de la sociedad, la salud de la población, la organización de la asistencia médica y la calidad de la asistencia prestada por cada médico

La importancia social de la SALUD no necesita ser destacada. Su notoriedad es universal. Como todos los asuntos sociales auténticos deriva de una necesidad imperiosa y común a todos los hombres y en nuestro caso a todos los integrantes de la sociedad uruguaya. Se trata de de aliviar los dolores (físico y psíquico), intentar curar, prevenir las enfermedades y sufrimientos y promover una vida saludable que proporcione a todos un cierto grado de bienestar.

La OMS hace una definición amplia y abarcativa que tiene como concepto central la propuesta de que cada ser humano del planeta desarrolle y disfrute al máximo de todas sus potencialidades. Meta utópica y lejana pero que orienta el largo camino.

Quizá un **cierto grado de bienestar** podría ser más alcanzable como punto intermedio; y asimismo millones de habitantes de la tierra están a “años luz” de cualquier grado de bienestar.

Creo que lograr un cierto grado de bienestar es el objetivo (no dicho) que la sociedad se propone lograr a través sus organizaciones y entre ellas las relacionadas con la salud. Como vimos y todos sabemos, la salud en sentido amplio no se refiere solamente a la ausencia de enfermedad sino a un concepto que la subsume y podría nombrarse de otra manera. Ese concepto amplio podría expresarse como el deseo y el objetivo de alcanzar ese bienestar aceptable para todos los integrantes de una sociedad.

El bienestar implica seguramente muchas cosas, algunas que sabemos otras que suponemos y otras que aún ignoramos, algunas de estirpe social y otras de carácter personal e íntimo. Pero hay algunas que son generalmente conocidas y aceptadas:

Salud física: capacidad de realizar todas las actividades para las cuales se está preparado, que le son requeridas por su lugar en la comunidad y por sus propias iniciativas y deseos, sin dolores o limitaciones físicas

Salud mental: capacidad para desarrollar afectos, emprender actividades mentales reflexivas, y poder aceptar las limitaciones. También, saber lo que quiere, poder sostenerlo y aspirar a culminarlo

Salud social: capacidad de sostener una buena interrelación con las otras personas, de acceder a identificar cuál es su lugar, sostener ese lugar y cumplir con lo que requiere. Ser capaz de desear y actuar colaborando en un proceso tendiente a haya una distribución de los bienes existentes que sea tal que permita que cada uno de los otros disponga de los soportes vitales básicos sin angustia: techo, alimento, servicios básicos (luz, agua, saneamiento , sistema de comunicación) ,trabajo, y nivel cultural y lúdico acorde a sus deseos, posibilidades y necesidades. Dentro de este rubro hay dos “subrubros” muy importantes: (a) capacidad de formar una pareja y una familia y de promover el bienestar y desarrollo de la misma y (b) capacidad de trabajar en grupo con otros para cumplir objetivos comunes.

(II) El Proceso de la Convención Médica

En este momento los médicos uruguayos nos encontramos inmersos en un proceso de intercambio, discusión, estudio y proyecto para lograr una “Medicina de Calidad”. Se está desarrollando la Novena Convención Médica Nacional cuya justificación y objetivo es este punto: la calidad asistencial y sus diversos componentes. Como integrante del grupo dedicado a tratar el tema “Recursos humanos de calidad” me veo comprometido a hacer algunos aportes y especialmente reflexionar acerca de cuál puede ser la mejor forma (o formas) de optimizar la formación de los alumnos de medicina y de sostener y mejorar los conocimientos habilidades y destrezas de los médicos en ejercicio durante toda su vida profesional.

Una visión más holística se ha ido imponiendo en los últimos años que ha ampliado en forma notoria la visión de lo que tiene que ser y hacer un médico clínico: actualmente esto se define bajo el término de “COMPETENCIAS” ó dominio de competencias (seguramente evolucionará con el curso del tiempo y tendrá otros nombres).

A saber, el médico debe de ser CAPAZ de (Ser competente en)

- * Resolver correctamente problemas médicos, en especial en lo referente al diagnóstico y el plan de tratamiento
- * Realizar adecuadamente (en tiempo, forma, acuerdo, balance daño/beneficio y balance costo/beneficio) las destrezas psicomotoras instrumentales o manuales para las cuales está preparado: cirugía, endoscopías, etc.
- * Manejar adecuadamente toda la situación del paciente: donde lo interna, quien debe acompañarlo, que riesgos corre estando en su casa, con quien hará las consultas, que procedimientos va a realizar etc.
- * Ser un buen comunicador, informar correctamente con cautela y con verdad, considerar al otro como una persona digna, responder a sus interrogantes y mostrar solidaridad. Y muy importante:

atender sus dilemas afectivos y familiares relacionados con su enfermedad y con su circunstancia en general.

*Buscar bases de sus proceder en las evidencias demostradas y trasladar a la práctica diaria profesional los nuevos hechos científicamente demostrados.

*Mantenerse al día en conocimientos, habilidades y destrezas

*Preocuparse por el medio social en que trabaja, interactuar con la gente común que lo habita, detectar cuáles son sus percepciones y deseos en cuanto a salud, y procurar que las medidas de prevención y promoción se pongan en marcha (“Deuda social de los universitarios y las universidades”). Debe aclararse que no debe practicar “samaritanismo” sino que debe actuar en el marco de sus tareas profesionales y conocimientos. El ajuste que debe realizar es que estos se apliquen a las necesidades que detecta o que le son planteadas por el medio.

* Poder trabajar en equipo desarrollar habilidades intelectuales para enfrentar problemas que le son desconocidos y en lo posible colaborar en proyectos de investigación científica

Esta descripción de COMPETENCIAS está inspirada en las publicaciones de Ronald Harden, gran educador médico europeo y en su resumen de “El médico escocés”. Por otra parte Harden señala y compartimos plenamente que el médico debe ostentar cualidades profesionales (según definición de profesionalismo actual) y ser buena persona en sus relaciones con los pacientes y la sociedad. Es de destacar que las definiciones sobre Competencias del médico que han publicado organizaciones oficiales y no oficiales de Australia, Canadá y USA coinciden casi totalmente con las difundidas por Harden.

(III) Hacia la calidad de la asistencia y el trabajo médico

La convención se dedica a “Calidad de la asistencia y el trabajo médico” lo cual implica (a) por un lado tratar de que las organizaciones médicas y los actos médicos individuales tiendan fuertemente a cumplir las COMPETENCIAS (la serie de competencias descrita antes evidentemente puede ser variada, reordenada etc.) y (b) por otro lado que los médicos trabajen en condiciones adecuadas y gratificantes. Actualmente la mayoría de los médicos uruguayos padecen multiempleo, trabajan bajo tensión y sufren estrés.

De manera que la “Atención Médica de Calidad” no se reduce de ninguna manera al acto de la consulta o de la atención de una persona en el Servicio de Emergencia. La realización correcta, humana y digna de estos actos debe de estar sostenida por otros componentes:

(a) la accesibilidad a la asistencia de toda la población (que se va logrando a través del Plan Nacional),

(b) una racionalización y adecuación del trabajo de los médicos y de cada médico, de manera que dispongan de tiempo, recursos asistenciales y remuneración adecuada coherente con ese trabajo “humanizado”;

(c) cambios sustanciales en la educación médica general de pregrado que estén orientados por las COMPETENCIAS que se proponen;

(d) Reforzar y optimizar un sistema nacional de formación permanente de TODOS los médicos del país al plantearse con fuerza la recertificación médica. En este camino debemos reconocer y agradecer a los pioneros y su formidable esfuerzo a partir de la Escuela de Graduados de la F. de Medicina de la Universidad de la República. A partir de sus iniciativas y directivas he colaborado en la máxima medida de mis posibilidades en llevar a la práctica su prédica. Nuestra historia registra realizaciones efectivas. Pero quizá debamos **dar un salto cualitativo** a partir de esa consistente plataforma que actualmente gestionan el GTIP y el Colegio Médico;

(e) un reforzamiento y refrescamiento de la escala de valores de los médicos que refleje con mucha fuerza los 4 principios básicos del profesionalismo médico en el espíritu de cada uno: **conocimiento, autonomía, altruismo y regulación** (tomo referencia en los trabajos de Helios PARDEL)

(IV) CALIDAD en la ATENCION MÉDICA

En la primera reunión del grupo dedicado a formación de recursos humanos de la convención se habló reiteradamente de RECERTIFICACION. La recertificación es un modo de evaluación por el cual las autoridades competentes y designadas (Pertenecientes a Colegios, Sindicatos, Grupos de Educación Médica, corporaciones de especialistas e instituciones asistenciales) representan a la sociedad, y en uso de esta representación juzgan si cada médico tiene la formación (o competencias) suficientes – a determinada altura de su ejercicio- para cumplir con los requerimientos mínimos requeridos para practica asistencia médica.

Los requisitos mínimos los determina un organismo múltiple (*con integrantes de las áreas educativa, académica, asistencial, ministerial, pertenecientes asociaciones de pacientes y a entidades asistenciales pública so privadas.*) en lo general. En lo particular actúan comisiones de especialistas designados que dependen de ese organismo múltiple. Los requisitos mínimos pueden varias de país en país y de época en época y tiene un componente consensuado y muchas veces un sesgo arbitrario.

En mi opinión, y compruebo que en la de muchos, el hecho de “recertificar” es solamente la puerta de salida del proceso verdaderamente importante, que es promover en el médico la adquisición, mantenimiento y actualización de conocimientos, habilidades y destrezas técnicas, organizativas, comunicacionales, humanas y sociales.

Al llegar a este momento de la reflexión creo darme cuenta, de que el asunto “RECERTIFICACION” como evaluación (de resultados cognitivos, de habilidades y actitudes) ,es secundario y un derivado (menor) del APRENDIZAJE SOSTENIDO. Y sin este no tiene sentido.

Aunque ciertamente el saber que se será evaluado obliga a prepararse. Y otra cosa: si va a existir una evaluación formal los seres humanos que seremos evaluados nos preparamos para los puntos que se investigarán en esa evaluación. O sea que el programa de evaluación para recertificar, simple o complejo, debe reflejar exactamente lo que el conjunto de integrantes del “Organismo Múltiple” determina como objetivos de formación/actualización en esa etapa.

En suma:

- El núcleo (o “CORE”) de todo este asunto es el sostén y actualización de las COMPETENCIAS.
- Lo principal es elaborar un proyecto con este fin basado en lo que ya se hecho- que es mucho-. Un gran proyecto educativo médico universal (para el país) fundamentado, con objetivos claros, duradero y bien administrado y gestionado (tiene que estar naturalmente financiado)
- La recertificación no es solo el derecho que tiene la sociedad de saber si sus médicos siguen estando preparados (sabiendo que las competencias disminuyen con el tiempo y que lo que hay que conocer cambia) sino que es un incentivo para que los médicos en su generalidad se incorporen al proyecto educativo.

(IV) Núcleos de este proceso

- 1) Programa de sostén y mejoramiento de competencias
- 2) Proceso de implementación y universalización del este programa
- 3) Forma de evaluar las competencias logradas por cada médico de acuerdo al programa: RECERTIFICACION 8 Esto incluye una estrategia práctica que diseñe la mecánica del acto de Recertificación)
- 4) Evaluación del programa entero

DESARROLLO de los puntos precedentes

1: Programa de sostén y mejoramiento de competencias

Punto de partida: Debemos ponernos de acuerdo en que las competencias de un médico incluyen: **conocimientos, destrezas específicas** de la clínica y de procedimiento instrumentales y **habilidades**. Y dentro de las habilidades se incluyen: intelectuales; de reflexión clínica; capacidad de encontrar información de interpretarla en base a evidencia y de trasladarla a la práctica; capacidad de enfrentar situaciones nuevas y de trabajar en equipo; habilidades comunicacionales, y lo que podríamos llamar “habilidades actitudinales humanas”: respeto, escucha, comprensión ión y solidaridad.

Queremos que los médicos adquieran (en especial en el pregrado), sostengan, mejoren y actualicen todas esas competencias. No basta con que demuestren que conoce a la perfección el manejo de la insuficiencia cardíaca o la epidemiología de la tuberculosis.

Hay que partir de esa base.

Un programa de mejoramiento profesional continuo debe incluir todos los aspectos, aunque no todos se vayan a gestionar simultáneamente.

El panorama es amplísimo. Por ello mismo hay una sola estrategia válida: encontrar lo esencial para comenzar, los contenidos “CORE” de cada competencia (y subcompetencia), lo central. Esto cuenta para la formación cognitiva, para las destrezas y para las habilidades. Creo que si se va a universalizar la iniciativa debe comenzarse por poco y seleccionar aquello que el grupo de trabajo considere imprescindible y prerequisite para el resto.

Los pasos de elaboración del proyecto pueden ser

- 1) Estructurar primero un programa amplio,
- 2) Encontrar en cada ítem lo central (contenidos “core” o “núcleo”)
- 3) Seleccionar algunos pocos de los contenidos “núcleo” en cada rubro (conocimiento, habilidad, destreza)
- 4) Implementar la realización de lo que se ha seleccionado

2: Proceso de implementación del Programa.

Este debe responder al menos a estas preguntas:

- 1¿Qué debemos pensar acerca de la disposición de los médicos a incorporarse?
- 2¿Cómo se estimulará a los médicos para concurrir si tienen todo el tiempo ocupado y no reciben remuneración por las horas de entrenamiento en este programa?
- 3¿Qué requisito básico debemos respetar para hacer atractiva y motivadora la enseñanza o “refrescamiento”?
- 4¿Qué ámbito espacio/temporal regirá?
- 5¿Qué método de práctica se empleará?
- 6¿Quiénes serán responsables de coordinar grupos?
- 7¿Cómo se hará la práctica de incorporación o refrescamiento de conocimientos?
- 8¿Cómo se procesará el entrenamiento en destrezas específicas?
- 9¿Cómo se implementará el entrenamiento y práctica en comunicación y habilidades de interrelación Humana?
- 10¿Habrá un control del Colegio y/o del GTIP sobre la marcha del proceso?

Por ahora se me ocurre responder con propuesta a la pregunta (3) para no hacer muy extenso este documento.

Hay 3 aspectos al menos:

- (a) Un requisito esencial para este proceso de enseñanza/aprendizaje y de autoaprendizaje es saber que todos los médicos adultos poseen un gran caudal de

conocimientos y habilidades a pesar del desgaste natural que se ha demostrado en quienes no se educan de continuo. Además tiene la ventaja de la experiencia que combinada con lo cognitivo ha fijado en ellos muchas cosas. Se debe construir sobre eso y en base a eso.

- (b) Las personas adultas aprenden solamente (o casi solamente) aquello que les interesa especialmente. Por ello una buena estrategia es preguntar a todos los médicos de todas las instituciones que temas, habilidades destrezas desean reentrenar, actualizar o aprender de nuevo. Esa lista vale más que la que se construya externamente (aunque debería ser combinada con ella) pues expresa aquello que esos médicos QUIEREN refrescar o reaprender.
- (c) Otros aspectos de los contenidos en las competencias deben incluirse siguiendo la opinión de administradores o expertos que hayan observado errores u omisiones muy repetidos.

3: Estrategia práctica de recertificación

| La recertificación es una evaluación formal.

El candidato a recertificarse debe aportar pruebas de que adquirió, renovó y/o aumentó alguna competencia o capacidad del ejercicio médico profesional. Las pruebas podrían ser

- a) Créditos de actividades de Educación Médica Continua reconocidas como válidas (Se emiten desde hace tiempo por la Escuela de Graduados),
- b) Créditos concedidos por concurrencia a servicios médicos académicos durante determinado tiempo , con una presencia activa, en forma reciente y que estén certificados por autoridades de esos servicios,
- c) Pruebas de haber obtenido cargos académicos de la especialidad que corresponda en forma reciente,
- d) Pruebas de haber logrado cargos clínicos en instituciones oficiales o privadas por concurso de oposición en la especialidad que corresponda en forma reciente.
- e) Otras pruebas.

Estas pruebas se presentarían ante un organismo (especialmente nombrado por consenso por los diferentes sectores que intervienen y que ya hemos reiterado: facultades, academias, colegios, ministerios, gremios etc) que juzga si son válidas y suficientes o no.

Otra forma puede ser una prueba de evaluación presencial escrita o de otro tipo. Hay que tener en cuenta que será un procedimiento masivo que comprenderá miles de candidatos lo cual seguramente inhibe emplear determinados métodos de evaluación.

Si bien el procedimiento de recertificación puede tener muy variadas exigencias tiene que consistir en una demostración de competencia por el candidato y un ente que juzgue la validez de esta demostración,

Los procesos de recertificación de todos los médicos pueden ser de muy diversa gradación de exigencia, desde los menos exigentes a los más profundos. Esto depende del criterio de quienes los organizan, (los cuales cuentan con antecedentes que se conozcan de otros países), de las posibilidades operativas del medio (organización, finanzas etc) y de la aceptación del programa por todo el ámbito médico

Las consecuencias de la recertificación:

¿Qué gana el que se recertifica?

¿Qué pierde si no se recertifica?

¿Al inicio podrá servir como un mérito profesional o tener validez para incrementar la .remuneración o la promoción de cargo?

(V) **Algunas ideas prácticas.**

1) COVOCATORIA y DIFUSION

Todos conocemos y lo repito, en nuestro país ya existe una extensa y muy seria tarea de más de 20 años en Educación Médica Continua y en Mejoramiento Profesional Médico Continuo. Sobre esa base y esa experiencia debería hacerse un **“segundo embate”** y crear un interés masivo en la población médica mediante una tarea de difusión privilegiando el carácter de mejora médica que significa la iniciativa actual. Este trabajo debe acompañarse de una difusión masiva de TODAS las competencias que actualmente se considera que debe tener un médico pues la mayoría de los médicos lo desconoce.

2) ENCUESTA de INTERESES.

Otra tarea que puede seguir a la anterior o ser simultánea es realizar una encuesta de opinión e interés **en tópicos concretos**. Para ello recoger en TODOS los centros médicos del país que es lo que los médicos manifiestan, en que les importaría mejorar, actualizarse o aprender. En este aspecto importan las intenciones o necesidades de mejora en aspectos cognitivos, habilidades, destrezas y aspectos conductuales y de interrelación. Para que estos últimos dominios sean tenidos en cuenta es necesario investirlos de valor pues no entran en la consideración de la mayoría de los médicos. Esta actividad de encuesta ya ha sido desarrollada en parte y con gran dedicación por muchos de los Comités de Educación Médica Continua del País a través de los últimos dos decenios. He pertenecido a cuatro de esos comités y tengo experiencia sobre sus dificultades y esfuerzos. **Ellos deben de ser quienes lideren regionalmente o por**

instituciones el proceso y conduzcan la encuesta de intereses Si ya la tienen realizada tanto mejor, aunque convendría tener un formato único nacional

3) PEQUEÑOS GRUPOS.

Hay regiones, organizaciones o sitios donde la institución médica existente ya tiene un comité fuerte y que puede abarcar toda la tarea. Pero por la experiencia que he vivido en labor de convocatoria para tareas de EMC o MPMC **lo que realmente da fruto como procedimiento de difusión y creación de interés son los grupos pequeños con un líder y la comunicación de persona a persona.** Debe contarse con uno o varios líderes (muy relacionados a la organización central) en cada lugar de concentración de médicos que convoque y comprometa a media docena de sus colegas próximos y comience con ellos la información, la difusión y la encuesta.

4) TRABAJO por ETAPAS

La tarea propuesta – que se basa, continúa y universaliza la tarea que hacen los Comités de EMC y DPMC- y los objetivos de evaluación en que se basará la recertificación podrían hacerse por etapas. Quizá sea práctico no incluir a todo el universo médico certificable al mismo tiempo ni todo el programa formativo y de evaluación al mismo tiempo. Se podría seleccionar algún dominio determinado de las competencias y dentro de ese dominio algunos contenidos “core”. En etapas sucesivas ir incluyendo otros dominios y otros contenidos de esos dominios posteriormente en el tiempo

5) PRUEBA “ PILOTO”

Sugeriría hacer primero una experiencia piloto voluntaria pero con la estructura que se aplicará luego a la recertificación obligatoria. A los candidatos que pasen con éxito esa recertificación voluntaria otorgarles un certificado y tramitar previamente con instituciones públicas y privadas a las que pertenezcan que tendrán mejoras funcionales y que se considerará como un mérito para ascender