

La Acreditación en Medicina Interna: Elementos para un debate necesario

"The glory of Medicine is that it is constantly moving forward, that there is always more to learn"

Gustavo J. Villasmil-Prieto**

**Ponencia presentada ante el XI Congreso Venezolano de Medicina Interna, Caracas, Mayo de 2000.*

***Médico Internista y Emergencista.*

Resumen

El conocimiento médico enfrenta un desafío progresivo a medida que aparecen nuevos problemas y posibilidades. La educación médica continua debe ser evaluada permanentemente para así satisfacer tal desafío. En tal sentido la Canadian Academic of Medicine ha dado un gran paso al desarrollar un nuevo modelo basado en el entrenamiento médico auto-dirigido.

Abstract

Medical knowledge faces an increasing challenge as new problems and possibilities show up. Continuing medical education should be reassessed in order to cope with such a challenge. By those means, the Canadian Academic of Medicine takes an important step to a new model based on self-guided medical training.

Vivimos bajo el signo de lo que Peter Drucker en su día llamara la sociedad del conocimiento (Drucker, 1993).

El campo médico no solo no escapa a este nuevo paradigma, sino que lo encarna y sufre como casi ningún otro, quizás con la sola excepción del de la Informática. Hasta mediados de los años cincuenta, la culminación de estudios médicos de primer nivel acreditaba al egresado como Doctor en Medicina. Tiempo después – último tercio de los años setenta, poco más o menos – el término de una residencia hospitalaria de post-grado hacía al graduando acreedor de un título de Magíster Scientiarum, siendo que hoy apenas acredita una Especialidad. Apartados de cualquier ánimo polemista sobre el acierto o falencia de estas normativas, lo cierto es que, con el tiempo, acreditar saber y competencia médicas viene haciéndose más y más costoso en términos de años de estudio, de pensa, de créditos a reunir, etc.

Por otro lado, en Venezuela, como en el mundo hispano todo, creemos firmemente en aquella máxima weberiana según la cual "la regla – y su fiel cumplimiento- hace al orden". Toda vez titulado el médico como internista se decretaba, automáticamente, su competencia profesional para casi cualquier cosa. Nada hace suponer que el internista tenga que demostrar sus competencias tras titularse, siendo que toda la doctrina médica occidental – desde Maimónides hasta nuestro Código de Deontología- establece sobre nosotros el mandato expreso de ser y de mantenernos siendo competentes.

A la tradición nominalista venezolana se agrega el enorme peso de nuestra cultura corporativista. El corporativismo es aquél sistema de representación social de intereses en el que sus mentores – las corporaciones- organizan a sus adherentes de manera jerárquica, obligatoria y no competitiva, ello al amparo del Estado a través de legislaciones específicas (Schmitter, 1974). De este modo, las corporaciones se abrogan el derecho a constituirse en articuladores de las demandas de sus afiliados a partir de un control monopólico de las acciones de cada uno de ellos (Pina, 1999). El quehacer médico nacional en el marco de la Ley de Ejercicio de la Medicina ha dado vida a poderosas

corporaciones como los colegios y federaciones profesionales. Como las guildas medioevales, la corporación otorga al afiliado de determinados privilegios así como de protecciones ante terceros (empleadores, Estado, etc.); sin embargo, el otorgamiento de tales dádivas suelen ocurrir a expensas de la propia libertad individual de éste.

Entre nosotros, una de las prácticas corporativistas más perversas es la certificación discrecional de títulos y programas de entrenamiento médico por parte de entes de carácter gremial, facultad esta que en otros países solo está dada a universidades nacionales y organismos acreditadores de alto nivel constituidos a partir de la convocatoria a entes más allá de los gremios (academias, gobierno y facultades médicas), parte obviamente interesada. En manos de estas corporaciones dichas prácticas se limitan a emitir un documento que acredita al portador como competente en una determinada especialidad médica. Cabe preguntarse si la sola emisión de tal documento es suficiente para dar fe pública de la cualificación profesional de quien lo recibe, sobre todo cuando nada sugiere que la misma esté sujeta a verificaciones futuras.

El mercado, la ley, pero, sobre todo, la Ética misma que estos tiempos demandan reivindicar, nos imponen un mandato claro: ser competentes y creíbles o resignarnos a morir como discurso y praxis sanitaria. Más del 70% de nuestros egresados siguen hacia una subespecialidad (Graterol et al, 1993): de otro modo, el joven internista no se siente en capacidad de competir en el difícil mercado laboral médico. En la práctica privada, la inserción del llamado internista "puro" es más y más difícil, en tanto que en el hospital público generalmente se le requiere cuando se precisa de alguien que resuelva aquellos casos cuya complejidad o infructuosidad les hace poco interesantes para quienes se

entrenan en técnicas muy específicas y altamente apreciadas en el mercado sanitario. Incluso acciones médicas a las que el internista ha dedicado años de trabajo y preparación han tenido que ser reivindicadas por este, como propias de su especialidad ante el asombro de muchos. Me refiero a la Medicina Peroperatoria, un costo demandado casi en exclusividad por los especialistas en Cardiología y que con frecuencia excluye al internista, cuyos reportes no siempre son aceptados en las áreas quirúrgicas de nuestros hospitales.

Los internistas tenemos la necesidad de hacernos otra vez creíbles y la Acreditación podría ser un medio idóneo para lograrlo. A este respecto, el doctor Murria Kupelow, del Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME), sostiene lo siguiente:

"la estrategia en pro del mejoramiento de la calidad ha convencido a los internistas de que la Educación Médica Continua (EMC) es más que las largas jornadas de conferencias, que es un proceso que debe ser tomado seriamente".

Nuestros esfuerzos a favor de la Acreditación han estado centrados en la acumulación de horas-crédito a través de eventos y publicaciones que, aparte de generar importantes flujos financieros, no parecen estar impactando significativamente las prácticas y conductas de los especialistas norteamericanos (Davis, 1995). Nosotros hemos basado nuestra estrategia de "Frecuencia Médica Continua" (EMC) en una propuesta bastante similar. Al lado de esta realidad surge un fenómeno creciente: el de los internistas que, de **motu proprio**, hacen esfuerzos por ampliar sus horizontes dentro de la especialidad a través de planes autodiseñados y frecuentemente autofinanciados. Ese mismo esfuerzo, reproducido hoy por muchos de nuestros mejores egresados que marchan a universidades y hospitales norteamericanos y europeos con el afán de mejorar y formarse, carece de acreditación oficial alguna, por lo que puede que se le valore como poco más que como un ejercicio de turismo académico.

Una novedosa estrategia es la basada en la experiencia recogida por el Maintenance of Competence Project, MOCOMP, del Real Colegio Canadiense de Internistas y Cirujanos. Su base es simple: el portafolio de aprendizaje (**learning portafolio**) que el propio profesional concibe para sí.

En principio, se trata de un instrumento de autoaprendizaje de naturaleza andragógica, no pedagógica. Lo andragógico deviene de la raíz griega andros=hombre, distinto de lo pedagógico, que deviene de la raíz paidos=niño. De acuerdo con el paradigma pedagógico, la persona es enseñada, recibiendo pasivamente aquellos conocimientos que alguien distinto considera pertinentes para ella. Dentro del paradigma andragógico, en cambio, la persona no es enseñada sino que aprende por sí misma, seleccionando responsablemente

corporaciones como los colegios y federaciones profesionales. Como las guildas medioevales, la corporación otorga al afiliado de determinados privilegios así como de protecciones ante terceros (empleadores, Estado, etc.); sin embargo, el otorgamiento de tales dádivas suelen ocurrir a expensas de la propia libertad individual de éste.

Entre nosotros, una de las prácticas corporativistas más perversas es la certificación discrecional de títulos y programas de entrenamiento médico por parte de entes de carácter gremial, facultad esta que en otros países solo está dada a universidades nacionales y organismos acreditadores de alto nivel constituidos a partir de la convocatoria a entes más allá de los gremios (academias, gobierno y facultades médicas), parte obviamente interesada. En manos de estas corporaciones dichas prácticas se limitan a emitir un documento que acredita al portador como competente en una determinada especialidad médica. Cabe preguntarse si la sola emisión de tal documento es suficiente para dar fe pública de la cualificación profesional de quien lo recibe, sobre todo cuando nada sugiere que la misma esté sujeta a verificaciones futuras.

El mercado, la ley, pero, sobre todo, la Ética misma que estos tiempos demandan reivindicar, nos imponen un mandato claro: ser competentes y creíbles o resignarnos a morir como discurso y praxis sanitaria. Más del 70% de nuestros egresados siguen hacia una subespecialidad (Graterol et al, 1993): de otro modo, el joven internista no se siente en capacidad de competir en el difícil mercado laboral médico. En la práctica privada, la inserción del llamado internista "puro" es más y más difícil, en tanto que en el hospital público generalmente se le requiere cuando se precisa de alguien que resuelva aquellos casos cuya complejidad o infructuosidad les hace poco interesantes para quienes se

entrenan en técnicas muy específicas y altamente apreciadas en el mercado sanitario. Incluso acciones médicas a las que el internista ha dedicado años de trabajo y preparación han tenido que ser reivindicadas por este, como propias de su especialidad ante el asombro de muchos. Me refiero a la Medicina Peroperatoria, un costo demandado casi en exclusividad por los especialistas en Cardiología y que con frecuencia excluye al internista, cuyos reportes no siempre son aceptados en las áreas quirúrgicas de nuestros hospitales.

Los internistas tenemos la necesidad de hacernos otra vez creíbles y la Acreditación podría ser un medio idóneo para lograrlo. A este respecto, el doctor Murria Kupelow, del Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME), sostiene lo siguiente:

"la estrategia en pro del mejoramiento de la calidad ha convencido a los internistas de que la Educación Médica Continua (EMC) es más que las largas jornadas de conferencias, que es un proceso que debe ser tomado seriamente".

Nuestros esfuerzos a favor de la Acreditación han estado centrados en la acumulación de horas-crédito a través de eventos y publicaciones que, aparte de generar importantes flujos financieros, no parecen estar impactando significativamente las prácticas y conductas de los especialistas norteamericanos (Davis, 1995). Nosotros hemos basado nuestra estrategia de "Frecuencia Médica Continua" (EMC) en una propuesta bastante similar. Al lado de esta realidad surge un fenómeno creciente: el de los internistas que, de **motu proprio**, hacen esfuerzos por ampliar sus horizontes dentro de la especialidad a través de planes autodiseñados y frecuentemente autofinanciados. Ese mismo esfuerzo, reproducido hoy por muchos de nuestros mejores egresados que marchan a universidades y hospitales norteamericanos y europeos con el afán de mejorar y formarse, carece de acreditación oficial alguna, por lo que puede que se le valore como poco más que como un ejercicio de turismo académico.

Una novedosa estrategia es la basada en la experiencia recogida por el Maintenance of Competence Project, MOCOMP, del Real Colegio Canadiense de Internistas y Cirujanos. Su base es simple: el portafolio de aprendizaje (**learning portafolio**) que el propio profesional concibe para sí.

En principio, se trata de un instrumento de autoaprendizaje de naturaleza andragógica, no pedagógica. Lo andragógico deviene de la raíz griega andros=hombre, distinto de lo pedagógico, que deviene de la raíz paidos=niño. De acuerdo con el paradigma pedagógico, la persona es enseñada, recibiendo pasivamente aquellos conocimientos que alguien distinto considera pertinentes para ella. Dentro del paradigma andragógico, en cambio, la persona no es enseñada sino que aprende por sí misma, seleccionando responsablemente

aquellos contenidos que juzgue necesarios para su desarrollo como profesional y persona. El diseño y administración del portafolio supone, por tanto, una actitud madura y asertiva por parte del internista, quien ha de ser capaz de evaluarse críticamente en términos de debilidades y fortalezas y de proponer ante el organismo acreditador su propio programa de EMC. En su diseño, la propuesta debe atender a los requerimientos de orden cognitivo, actitudinal y de destrezas definidos por la SVMJ en sus documentos de doctrina (López Gómez, 1995). Así por ejemplo, el médico internista en procura de su debida acreditación como tal, puede manifestar su aspiración a cursar un determinado número de horas-crédito en conferencias previamente programadas por la SVMJ o alguna otra de la Red de Sociedades Científicas, a asistir en calidad de médico visitante a algún centro nacional o internacional de prestigio en el cual ha de completar un programa definido o a desarrollar un cierto número de ensayos sobre temas de su interés. Al final del período, el organismo acreditador revisará críticamente el desempeño del aspirante y emitirá un fallo. Creo que esta estrategia reúne algunas virtudes, a saber:

* Pone el acento en el interesado, sujeto y objeto de su propia formación.

* Convoca a todos los factores involucrados en la formación médica, desde las facultades hasta el gremio y las sociedades científicas.

* Obliga al internista a ser autocrítico y a asumir sus propias debilidades de formación, con el fin de superarlas.

El más característico rasgo de las sociedades desarrolladas es el de la transparencia. Sea en la conducción política, en la asignación de recursos o en el apego a normas de convivencia social, los países cuyos procesos son reconocidos como transparentes se alejan en su calidad y estilo de vida de aquellos en los que corruptelas y ocultos intereses grupales y corporativos han ganado primacía por sobre la agenda nacional.

"Transparency International", organización no gubernamental dedicada al monitoreo de estos temas a nivel mundial, concede a Venezuela el puesto 77 en cuanto al índice de percepción de corrupción (IPC), penosa escala en la que sólo superamos a Colombia (79), Honduras (83) y Paraguay (84). Como parte de ese país ávido de más transparencia, los internistas venezolanos debiésemos estar entre los primeros en optar por un mecanismo de acreditación voluntariamente aceptado, que de fe pública de nuestra competencia y dedicación profesionales. Venezuela valoraría tal gesto en pro de la transparencia no solo como aporte, sino también como singularísimo ejemplo.

Referencias:

- 1.- Druker, P. La sociedad post-capitalista. Editorial Norma (Bogotá) 1994. 1era. edición. p.238.
2. Schmitter, P. Still the century of corporatism?. *Review of Politics*, 1974; 58: 85-131.
3. Pina, J. Colegiación versus libertad. *Perfiles Liberales*, 1999; 68: 24-25.
4. Graterol L, Castro AR, Blanco G y López Gómez L, Medicina Interna; una visión de la especialidad en el Hospital Militar Carlos Arvelo. *Med.Intern (Caracas)* 1993; 9 (4): 145-51.
5. <http://www.acp.org>.
6. Davis D, Thomson MA., Oxman AD, R. Brian Haynes R. *Changing Physician Performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies*. *JAMA*, 1995; 274 (9): 700-5.
7. López Gómez L. El internista del Año 2000. *Med.Intern (Caracas)* 1995; 11 (1): 11-16.