

MEDICINA EN LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA Y EDUCACION MEDICA CONTINUADA

Dr. Pablo Gómez Martínez
Presidente

Presentado en la ciudad de Lima
en abril de 1987

Señores Presidentes de las Academias de Medicina Latinoamericanas.

Señor Presidente de la Academia Nacional de España.
Señores Participantes de la IX Reunión Directiva de la ALANAM.

Señoras y Señores.

La Academia Nacional de Medicina de Colombia se reunió en varias ocasiones para comentar y discutir el documento suscrito en Buenos Aires el día 15 de noviembre de 1985 sobre el tema LA MEDICINA EN LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA.

Sus varias comisiones estudiaron cuidadosamente las condiciones actuales de la atención médica en el país para proponer medidas adecuadas y una política que permita su realización, cuyas conclusiones nos permitimos presentar a Uds. con la seguridad de que muchas de las fallas de que adolecen nuestros sistemas son comunes a la mayoría de los países latinoamericanos y podrían servir de base para adoptar una filosofía congruente y aceptable sobre la materia.

Existe en Colombia la Ley 23 de 1981, de Etica Profesional que dice así en su Artículo primero:

"La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención en las enfermedades el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinción de nacionalidad, ni de orden económico, social, racial, político o religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes".

1o. La medicina tiene como objetivo ideal lograr el bienestar físico y espiritual del hombre. Debe, por lo tanto, orientar sus actividades a buscar el mejoramiento permanente de la sociedad en general y del hombre en particular, con estrictas prioridades ceñidas a la lógica y a la justicia social. Es indudable que el médico ha estudiado y ha vivido un poco más que los demás profesionales y las gentes que trabajan en el sector social: abogados, sociólogos, psicólogos, promotores, enfermeras. Por lo tanto es a él principalmente a quien corresponde y compete dirigir y encausar las estrategias que conduzcan a mejorar la atención de la salud.

Tomamos de lo que dice la Ley y de la definición de salud de la O.M.S. aquello que hace relación con el bienestar físico y espiritual del hombre. Hablamos del mejoramiento permanente de la sociedad en general y del hombre en particular con estrictas prioridades, de las cuales tenemos que decidir cual es la más importante y a nuestro entender es el hombre como objetivo principal.

Coincidimos en que los gobiernos buscan mejorar el hombre y que disponen de muchos instrumentos y de acciones diferentes, además de la acción médica. Pero muchas de estas prioridades no se tienen en cuenta y la salud pública se ha visto relegada y está amenazada permante por crisis periódicas por falta de recursos.

2o. La medicina tiene gran similitud con los objetivos generales de la alta política de los gobiernos que buscan con esta y muchas otras acciones resultados semejantes sobre el hombre. El equilibrio que debe tener el pensamiento del Gobierno entre los sectores políticos, social y económico, se rompe con frecuencia en detrimento del

hombre. Tal es el caso de la predominancia de contenido económico puro en las nuevas tendencias de Gobierno, olvidando al hombre como meta.

El presupuesto es la orientación de un Gobierno. Deben contribuir a las campañas en favor del hombre, todas las fuerzas vivas de la Nación, cada una dentro de su capacidad. Creemos que la industria, el comercio, el clero, en fin todas las actividades públicas y privadas deben estar orientadas a obtener este fin.

3o. El conjunto de la política social es de directa incumbencia de la medicina. Cada una de las facetas sociales del Gobierno, tiene relación con la vida y la salud del hombre. Siendo la muerte violenta una causa importante de mortalidad general, vemos la relación que existe con el pensamiento y los órganos ejecutantes de la justicia.

La desnutrición está relacionada con las políticas agrícolas de producción, mercadeo y transporte de alimentos. La medicina preventiva está íntimamente relacionada con los niveles educacionales del pueblo. El suministro de aguas potables y disposición de excretas, condiciona las enfermedades de origen hídrico. La vivienda, la defensa ecológica, especialmente el aire, tienen relación directa con la lucha contra algunas enfermedades, etc. etc.

4o. La medicina propiamente dicha orienta sus actividades hacia la prevención y tratamiento de la enfermedad en la forma más amplia. Su acción va desde el cuidado eugenésico para la concepción sana, la vigilancia del embarazo y del parto, los cuidados del recién nacido, la prevención de enfermedades infecciosas, la adecuada nutrición, los cuidados pediátricos generales, el cuidado del joven y del adulto, hasta la aplicación de los principios médicos para el tratamiento de la enfermedad y la buena atención en la muerte, evitando la prolongación innecesaria del sufrimiento. Todo individuo tiene derecho a una muerte digna.

Aquí se tocan algunos puntos sumamente complejos desde el punto de vista filosófico, religioso y social, como por ejemplo la política eugenésica.

Consideramos que los distintos países, al diseñar sus políticas generales, deben tener en cuenta su estructura legal, sus creencias religiosas, su estado socioeconómico y sus costumbres para que la medicina pueda cumplir a cabalidad la misión magnífica que se ha impuesto para beneficio y perfeccionamiento del ser humano.

5o. La familia es la unidad social primaria y la base fundamental en la formación de los pueblos. Todo lo que se relacione con ella, su estabilidad, su crecimiento, su disolución, son motivos de preocupación médica y social. Su estabilidad se encuentra hoy, seriamente amenazada.

Es indispensable crear una convicción de defensa del anciano dentro de la familia, que debe iniciarse desde la primera infancia como un proceso educativo indispensable.

Hay que luchar contra la drogadicción que destruye no sólo el cerebro y moral, sino los nexos familiares.

Hay que desterrar la violencia, tan generalizada, que la diezma y acaba con la estabilidad de la familia.

Hay que acabar con el desempleo que lesiona su funcionamiento normal.

Para lograr los anteriores fines, tenemos que insistir en una legislación de la familia mucho más vigorosa, que defienda al niño, a la mujer, al marido. Que acabe con el abandono del hogar, de la mujer y de los hijos.

6o. En la medicina moderna, la selección y educación del médico, debe constituir la preocupación fundamental de los organismos educativos y de la sociedad.

Comprendemos los merecimientos, la abnegada labor, los sacrificios del médico y comprendemos como sólo a personas de destacadas cualidades intelectuales y morales, se les debe conceder el privilegio de ejercer esta profesión.

El Estado debe vigilar la calidad y el número de estudiantes de medicina y evitar el relajamiento en la personalidad y en el ejercicio de la profesión médica.

Ni el Estado ni nosotros hemos actuado en estos campos. De las 22 facultades de medicina con que cuenta el país, no todas tienen un nivel académico que pudiéramos calificar de excelente. Es importante que el Estado ejerza a través de sus organismos fiscalizadores la vigilancia y el cumplimiento de los programas de las distintas facultades y evite su proliferación.

7o. La tendencia que esperamos, ojalá sea transitoria hacia una concepción materialista de la vida afecta el espíritu mismo del ejercicio profesional. El aprendizaje de una especialidad para convertirnos en eficientes productores de dinero.

La organización de grupos profesionales con el criterio de monopolio industrial. En fin todos los sistemas de hecho antiéticos que utilizan el dolor humano para el propio beneficio económico, deben ser severamente proscritos dentro del respeto a las normas permanentes de Hipócrates.

8o. Debido al aumento de la supervivencia, nos veremos abocados dentro de poco al cuidado, tratamiento y rehabilitación de personas mayores de 65 años, y los gobiernos deben hacer provisión de recursos para atender a la población de la tercera edad. Las entidades existentes deben poner en marcha un programa de trabajo social para organizar a los ancianos hacia formas activas y productivas de vivir, que generen satisfacción, sentimiento de autoestima e integración social en la mayor medida posible.

9o. Consideramos que la atención médica en todos los niveles, debe estar complementada por una rehabilitación eficiente, que debe brindar a través de institutos u organizaciones especializadas.

A manera de epílogo, podríamos decir:

;

1o. Los servicios de salud:

Las Naciones pasan por 3 fases principales en el desarrollo de sus servicios de salud, fases que corresponden a su desenvolvimiento económico y social.

La primera, corresponde a las enfermedades de la pobreza, causadas por falta de higiene, mala alimentación y carencia de techo. Son las enfermedades infecciosas, la desnutrición, la tuberculosis, la malaria.

La segunda, es consecuencia de la patología en sociedades que han alcanzado un buen nivel de saneamiento ambiental, nutrición y empleo y que logran superar la

acelerada mortalidad infantil. Aquí prevalecen las enfermedades de la edad adulta, o sea de la edad económicamente productiva.

La tercera es la consecuencia del avance y modernización de la sociedad. Son las que resultan de la contaminación del ambiente, del trauma (accidentes de toda clase), del uso del cigarrillo, las drogas y la violencia, junto con las enfermedades degenerativas como la arterioesclerosis, la diabetes, el cáncer, la artritis y la demencia senil.

La nueva política de salud implicaría:

- a) Considerar la salud como un renglón de verdadera prioridad de la acción gubernamental, asignándole los recursos necesarios.
- b) Considerar la política de salud con base en la ciencia como fundamento de la atención médica, sin dejar a un lado las necesarias e importantes acciones de atención primaria. Es decir, introducir el método científico en el estudio y solución de los programas de salud.
- c) Restablecer el papel del hospital como la columna vertebral del Servicio Nacional de Salud.
- d) Responder a las verdaderas necesidades de salud de la sociedad actualmente entre las cuales se destaca el trauma, el cáncer, las enfermedades degenerativas, la epilepsia y el subdesarrollo mental.
- e) Controlar los aspectos cuantitativos y cualitativos de la educación médica y de la formación de recursos humanos para la salud.
- f) Reestructurar el I.S.S. y las Cajas de Previsión Social como sistemas de acceso a los servicios médicos, más que como proveedores directos de servicios.

- g) Estimular el desarrollo de programa de comunicación e información científica.
- h) Estimular el desarrollo de la industria farmacéutica nacional para abaratar el costo de las drogas básicas.
- i) Crear la formación de organismos para la atención de catástrofes y desastres.
- j) Desarrollar programas integrales de rehabilitación.

Colombia es un país en vía de desarrollo, o sea que posee núcleos sociales muy pobres y primitivos pero también sociedades plenamente desarrolladas en explosiva mezcla social y debe atender a la solución de las 3 fases ya enumeradas. Lo cual quiere decir que el país debe plantear su filosofía y definir su política para atender las demandas de los diferentes estratos y núcleos sociales en término de deseos y aspiraciones y de verdaderas necesidades médicas de la comunidad.

Respecto al tema "Efectos biológicos de la radiación masiva" sólo quiero adherir a las ponencias presentadas en la reunión de Buenos Aires por los doctores José Félix Patiño y Efraín Otero Ruiz e informar a la ALANAM que la Academia Nacional de Medicina de Colombia nombró como su delegado al VI Congreso Mundial para la Prevención de la Guerra Nuclear (I.P.P.N.W.) reunida en Colonia al doctor Alberto Cárdenas Escobar, quien fue nombrado Consejero Internacional del Comité Directivo y afilió a la República de Colombia a esa organización.

Posteriormente el día 24 de octubre de 1986 se reunió en Bogotá el Primer Simposio para la Prevención de la Guerra Nuclear, con asistencia del doctor Bernard Lown (E.E.UU) y del doctor Yuri Belenkov (U.R.S.S.) en el cual se fundó el Grupo de Médicos Colombianos, filial de la I.P.P.N.W. con sus directivas propias.

EDUCACIÓN MEDICA CONTINUADA

La educación médica continuada dista de ser una novedad. Sócrates y Platón consideraban ya la educación como un proceso de toda la vida y Osler reconoció la importancia de esta noción en la práctica médica, (1900). El tema de la Segunda Conferencia Mundial de Educación Médica (1961) fue: "Medicina, un estudio de toda la vida" (OMS, Ginebra Suiza).

1. Definición:

La ALANAM en su reunión de Buenos Aires en el año de 1985 propuso una definición de la educación médica continuada con base en los enunciados de la OMS, bastante satisfactorios y a la cual hemos agregado unas pocas palabras. Quedaría, así:

La educación médica continuada es la que el médico sigue después de finalizar la etapa de progrado, a continuación de los estudios adicionales, generales o de especialización, con el propósito de mejorar su competencia profesional a tono con las actualidades y así corresponder a la confianza de la comunidad con buena formación científica y ética.

El doctor Mejía en sus trabajos en la OMS concibe la "educación médica continua, como el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador de salud, mantener, aumentar y mejo-

rar su competencia para que esta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades"

"Una educación continua pertinente debe responder a las necesidades de salud y ser congruente con los recursos de la comunidad y sus planes para mejorarla".

2. Importancia

2.1. La competencia de los trabajadores de la salud consiste en conocimientos, habilidades, actitudes, destrezas y juicios necesarios para dispensar servicios de salud pertinentes, seguros y oportunos a una población dada. Al completar su formación inicial, el individuo, teóricamente, debería seguir siendo competente durante toda su carrera en el ámbito de su responsabilidad. La realidad es otra. La educación inicial independiente de su duración, no garantiza un ejercicio profesional idóneo indefinidamente. Capacita sólo para comenzar una carrera o empleo y aporta los cimientos para continuar la educación durante la vida profesional de un individuo. Sin educación continuada, la competencia decrece progresiva e inexorablemente, como consecuencia de una dinámica influida por los siguientes factores:

Parte de la educación formal es incongruente con los requerimientos del ejercicio médico.

La experiencia consolida y agrega competencia pero también puede inducir malas prácticas.

Hay una inexorable tasa de olvido.

2.2. Aparecen *nuevas concepciones* filosóficas y políticas de salud. Ejemplo: la meta social por alcanzar la salud para todos, basada en la atención primaria de la salud; en Colombia, la descentralización administrativa en beneficio de los Municipios establecida por los Decretos presidenciales Nos. 77, 78, 79, 80; la consolidación del Sistema Nacional de Salud.

2.3. Los *cambios demográficos y epidemiológicos* que modifican la magnitud y estructura de la demanda de servicios de salud por parte de la comunidad.

2.4. *Aparición de nuevas tecnologías médicas*. La explosión, aplicación y administración de los conocimientos han ampliado considerablemente la tecnología de la industria de la salud, no sólo en términos de equipos y materiales, sino también, aunque en menor escala, en términos de procesos administrativos para la transferencia de esos conocimientos.

Tecnología significa esencialmente conocimiento aplicado a la solución de problemas prácticos. La forma como se selecciona y utiliza la tecnología médica en cualquier país, tiene incidencia en la salud de su población y deberá constituir un área de intervención para la formulación de políticas explícitas. El problema es determinar como seleccionar, desarrollar y administrar la tecnología con el objeto de satisfacer las necesidades humanas con recursos siempre limitados. (Bauta, H.D.).

“Con frecuencia la selección de la tecnología escapa al control de los gobiernos y la imponen individuos cuyos intereses no coinciden con las necesidades de la comunidad en su conjunto, sino que responden a los intereses de una élite social o económica o de otros grupos minoritarios” (Bauta, H.D.).

Concomitantemente, con el desarrollo de la tecnología médica, se registra un crecimiento inusitado de la red hospitalaria. El público estimulado por los médicos, conducido por los políticos y apoyado por el aparato médico-industrial se ha precipitado a expandir la capacidad de los hospitales de manera inconsulta y arbitraria. Muchos de los nuevos hospitales no tienen personal ni dotación suficiente, y algunos nunca han funcionado.

2.5. *La diversificación* del quehacer de la salud que tiende a producir nuevas especialidades y cambios en la composición del equipo humano, en todos los niveles.

Razones económicas y administrativas estimulan cambios y transposiciones de responsabilidades entre las diferentes categorías del personal de salud.

2.6. *Desarrollo profesional*: En general, todo médico tiende a mejorar la calidad de su ejercicio y en principio, desea mantenerse actualizado.

3. Requerimientos de educación continuada

Las necesidades de la educación continuada de cada país deben ser meticulosamente programadas y, en lo posible, ser parte integrante de los planes nacionales para el desarrollo del personal de salud, en general, y de los planes de educación médica, en particular.

Los contenidos de la educación continua o continuada deben basarse en el análisis de las necesidades de salud de la comunidad, tal como éstas se reflejan en los perfiles de mortalidad y morbilidad del país. Es pertinente señalar que Colombia es uno de los pocos países del Continente que dispone de información fidedigna sobre morbilidad, obtenida a través de dos encuestas en muestras probabilísticas, representativas de la población; la primera conducida en 1964-1967 y la segunda en 1977-1980.

Tal información debe complementarse con datos sobre las necesidades del sistema nacional de salud y particularmente las prioridades, políticas y estrategias en sus programas. Así mismo es necesario consultar los intereses y preferencias de los beneficiarios directos del programa, es decir, la profesión médica.

Las necesidades obtenidas del análisis de estos tres sujetos —comunidad, sistema de salud y cuerpo médico— deben conciliarse y ponderarse de manera que, basado en este análisis global, resulte un contenido de la educación continuada que responda a las necesidades nacionales.

4. Planeación

La preparación de un programa nacional de educación continuada supone los siguientes pasos:

- a) Formulación de una política
- b) Programación amplia
- c) Programación detallada
- d) Ejecución
- e) Evaluación.

La formulación de la política es, un paso esencial y comprende una serie de instancias, tales como identificación de las autoridades pertinentes, identificación de las necesidades del programa de educación continuada; estimulación de los objetivos del programa; revisión de recursos y limitaciones; identificación de estrategias para alcanzar los objetivos; apropiación de recursos y preparación del documento de la política. Todas estas instancias requieren la participación amplia de todas las agencias y entidades comprometidas en el programa.

5. Organización

Ninguna institución aisladamente dispone de la totalidad de recursos humanos, económicos, políticos y administrativos que requiere un programa nacional de educación médica continuada de amplia perspectiva. Tal programa debería ser interdisciplinario, orientado hacia el desarrollo de competencias específicas para la solución de problemas de salud prioritarios; debe facilitar un aprendizaje progresivo a través de una lógica secuencia de métodos educativos versificados, debidamente integrados con una *supervisión* de nuevo estilo, eminentemente educativa.

6. Métodos

Se dispone de una amplia variedad de métodos de educación continuada, pero solo unos pocos se aplican en la práctica. La diversificación de método de enseñanza/aprendizaje, no sólo hacen la educación continuada más interesante sino también más flexible y congruente con

las características y expectativas de los participantes, sobre todo con las distintas maneras y ritmo de aprender de los diferentes individuos.

Los métodos de educación continuada se pueden agrupar según criterios diferentes, por ejemplo, según se apliquen a la educación directa o a la educación a distancia; según sea educación para el uso dentro o fuera del servicio, teniendo en cuenta que los dos grupos se superponen, es decir, no son mutuamente excluyentes.

Educación en servicio	Educación fuera de servicio
1. Supervisión	Cursos cortos.
2. Auditoría	Estudios académicos.
3. Rotaciones	Autoaprendizaje.
4. Club de revistas	Libros.
5. Reuniones de personal	Seminarios, talleres, conferencias.
6. Conferencias telefónicas	Reuniones de asociaciones profesionales y sociedades científicas.
7. Revisión de historias o casos	Autoevaluación.
8. Asignación de tareas	Estudios orientados.
9. Becas	Educación a distancia (correspondencia, audio, video, etc.).
10. Referencia de pacientes y casos (interconsulta).	Contacto con pacientes o usuarios.
11. Visitas de campo	
12. Investigaciones	
13. Visitas y asesorías.	

Según (Wood, C.H.)

Cada uno de estos métodos tienen ventajas y desventajas, por lo cual, a menudo es necesario, combinarlos.

Con el fin de aumentar la probabilidad de que la educación continuada se traduzca en acciones de salud eficaces éstas deben organizarse como un sistema.

La educación continuada abarca una diversidad de aspectos y decisiones en diferentes sectores y requiere tal cantidad de apoyo, pericia y recursos (políticos, técnicos, educativos, económicos y administrativos) que a menudo rebasan lo que cualquier entidad, aisladamente puede contribuir en cualquier país.

Un sistema de educación continuada es un mecanismo de coordinación multidisciplinario e intersectorial. Este mecanismo incluye las políticas, planes, funciones y recursos de un conjunto de instituciones que han acordado unirse para desarrollar acciones integradas de educación continuada, con una secuencia lógica y progresiva, orientada hacia la solución de problemas prioritarios, accesible a todas las categorías de personal, a todos los niveles e integrado con la supervisión.

La noción de un mecanismo coordinador concebido como un sistema, facilita la participación de la comunidad; cataliza los procesos administrativos; estimula el desarrollo de vínculos interinstitucionales; fomenta las decisiones por consenso; asegura la coordinación de los recursos provenientes de diferentes sectores y contribuye a la redistribución más apropiada de recursos en las necesidades de educación continuada de los servicios de salud.

Como síntesis podemos decir:

La educación continuada debe ocupar su justo lugar entre las prioridades nacionales de salud.

Los requerimientos de la educación continuada deben estar explícitamente consignados en las proyecciones de los planes de recursos humanos.

Las deficiencias de la educación inicial identificadas durante la educación continuada deben ser informadas a los responsables de la primera, para que se instituya la revisión pertinente del currículo.

La educación inicial debe desarrollar actitudes positivas hacia un aprendizaje de toda la vida.

Las instituciones responsables de la educación inicial deben ser copartícipes en la educación continuada, en la valoración del desempeño y en la supervisión.

La supervisión es uno de los métodos de educación continuada más eficaces.

La educación continuada es parte de la administración de personal.

La educación continuada debe orientarse hacia el desarrollo de competencias para desempeñar empleos y tareas relacionadas con la solución de problemas específicos.

Los programas desarticulados no constituyen un sistema de educación continuada.