XVII Conferencia Panamericana de Educación Médica

17th Pan-American Conference on Medical Education

Luis Nicolás Ferreira [a]

Pablo A. Pulido M [b]

Roberto Rondón Morales [c]

Reflexiones con motivo de los temas tratados en la XVII Conferencia Panamericana de Educación Médica, que tuvo lugar en Santo Domingo, República Dominicana (19-22 de abril de 2006) y con miras a la XVIII Conferencia que tendrá lugar en Buenos Aires en el mes de octubre de 2009.

Thoughts on the topics dealt with at the 17th Pan-American Conference on Medical Education, which was held in Santo Domingo, Dominican Republic (19-22 April 2006) and with a view to the 18th Conference, which will take place in Buenos Aires in October 2009.

[a] Presidente FEPAFEM
[b] Director Ejecutivo FEPAFEM
[c] Consejero FEPAFEM

E-mail
lferreira@uces.edu.ar
pablopulido@gmail.com

La educación médica ha tenido permanentemente un compromiso con la adquisición y mantenimiento de las competencias y el desempeño profesionales para una atención de calidad a las personas y las poblaciones. Esta obligación nació desde los albores de la medicina y se ha relacionado principalmente con el deber de ser benéfico y no provocar daño, con la finalidad de evitar la muerte y la lesión profunda y, en última instancia, procurar el bienestar y la satisfacción de los pacientes.

Este propósito y la relación del médico con el ambiente, la sociedad, las personas y las instituciones prestadoras de servicios de salud, han generado una serie de paradigmas científicos, técnicos, sociales y morales que orientan la formación de los médicos en pregrado, postgrado y educación continua–desarrollo profesional continuo, y que se expresan en el ejercicio profesional.

El telón de fondo ha sido la calidad de la enseñanza y de la práctica médica. En Estados Unidos, después del informe de Abraham Flexner en 1910, se establecieron procesos de acreditación de las escuelas médicas, en su mayoría privadas, lo que se complementa con la licencia para el

Medical education has always been committed to providing professional skills and know-how and keeping them up to date so that both people and communities can enjoy quality health care. This obligation arose back in the earliest days of medicine and has been mainly linked to the obligation to be charitable and to avoid causing harm, the aim being to prevent death and deeply seated injury and, when all is said and done, to endeavour to accomplish patients' welfare and satisfaction.

This undertaking and the relationship between the physician and the environment, society, people and institutions that provide health care services have given rise to a series of scientific, technical, social and moral paradigms that guide physicians' training at undergraduate, postgraduate and continuous education levels and which are later made apparent in their professional practice.

The backdrop to all this has been the quality of the teaching and of medical practice itself. In the United States, following the Abraham Flexner report in 1910, a series of processes for accrediting medical schools (which were mostly private) were established and this was complemented by the

ejercicio profesional y la recertificación periódica de las especialidades.

En Latinoamérica, las escasas escuelas médicas de la época eran públicas o de grupos religiosos vinculados a los gobiernos, por lo que el proceso de acreditación y licencia profesional no se implantó.

La calidad se vinculó durante mucho tiempo a la tradición de las escuelas médicas y a su reconocimiento social. No obstante, en la medida en que se volvían más complejos y disímiles sus entornos sociales y económicos, las comunidades a las que debía servir, sus estructuras y sus funciones y, por ende, sus procesos y resultados, esta apreciación empezó a cambiar.

A lo anterior, se unió la masificación estudiantil, que se abordó con un crecimiento exagerado del tamaño y la proliferación de las escuelas de medicina, muchas de las cuales aparecían como carentes de orientaciones y recursos, lo que hizo necesario un nuevo abordaje de la situación por parte de organismos internacionales, relacionados con la problemática, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Panamericana de Asociaciones Nacionales y Escuelas de Medicina (FEPAFEM).

Nació entonces el compromiso de estudiar este escenario y proponer distintos instrumentos de evaluación de la educación médica y de los procedimientos y desempeños profesionales para conocer de una manera objetiva su estado del arte.

Así, aparecieron los programas de evaluaciones comparativa y prospectiva, que incluían una autoevaluación y un análisis prospectivo, seguidas de un análisis de los procedimientos y desempeños, conducentes en su conjunto al establecimiento de unos requisitos mínimos para la educación médica que culminaron con el estudio 'Educación Médica en las Américas (Proyecto EMA). El Desafío de los Noventa', en el cual se describen las realidades de cada país americano y las soluciones viables para cada problema descrito y, como finalidad, el desafío de equilibrar los componentes científicos y técnicos de la medicina con el componente humano, que en su conjunto, son capitales para la paz social, en un ambiente de insatisfacción y de insuficiente acceso a los servicios de salud, determinados más que por la cantidad ofertada, por la calidad técnica, científica y humana de los profesionales.

Este conglomerado de planteamientos, problemáticas y alternativas de solución empezó a ser vis-

need for a licence to practise the profession and periodic recertification of specialisations.

In Latin America, the few medical schools that did exist at that time were either public or were run by religious groups with strong ties with governments, and the process of professional accreditation and licensure was not implemented.

For many years quality was linked to the tradition of the medical schools and to their social prestige. Yet, as their social and economic settings, the communities they were to serve, their structures and functions, and hence their processes and outcomes all became more complex and differentiated, this view gradually began to change.

Another factor to be taken into account was overcrowding in universities, which led to an exaggerated growth in the size and number of medical schools, many of which sprang into being without any guidelines or resources. Such a situation required the intervention of international organisations related with this area, such as the Pan-American Health Organisation (PAHO) and the Pan-American Federation of Associations of Medical Schools (PAFAMS).

It was then that the commitment was undertaken to study this scenario and to propose other instruments for evaluating medical education, as well as professional procedures and practice, in order to gain an objective view of the state of the art.

This resulted in the development of the comparative and prospective assessment programmes, which included a self-evaluation and a prospective analysis, followed by an analysis of procedures and practices. Together, they were used to establish a set of minimum requirements for medical education that led to the study entitled 'Medical Education in the Americas (MEA project). The Challenge of the Nineties'. This report gave details about the actual situations in each American country and feasible solutions to each of the problems described. It also stated its purpose or goal as being to meet the challenge of striking a balance between the scientific and technical components of medicine and the human component. Jointly, these elements are vital to achieve social peace in a setting in which dissatisfaction and insufficient access to health services are the norm, although this is not so much due to the amount on offer as to the human, technical and scientific quality of the professionals working there.

This conglomeration of approaches, problems and alternative solutions was first noticed and analysed

© Viguera Editores SL 2008.

to y analizado con una cobertura mundial a partir de la Cumbre de Educación Médica de Edimburgo en 1988, que involucró no sólo a las organizaciones regionales de salud y educación médica, sino a los organismos mundiales respectivos.

El reto y compromiso no se cumplieron totalmente a finales del siglo pasado, cuando a lo anterior se añadió el proceso de globalización, mediante el cual se abaten las barreras nacionales para el intercambio de capitales, bienes, mercancías, servicios, a los que seguirá un intercambio de personas, que plantea una equivalencia de niveles de formación y calidad entre los países, para que no generen desequilibrios, tal como se pretende lograr con las decisiones políticas, jurídicas y comerciales.

En el abordaje de la calidad en la formación y ejercicio profesional de los médicos en Latinoamérica, ha aparecido una evolución programática de la evaluación que es la acreditación de las escuelas médicas para que adopten estándares y requerimientos educacionales renovados y nuevos, y relacionados con los cambios sociales y económicos de las poblaciones y sus aspiraciones, los cambios en la prestación y financiamiento de los servicios de salud, la rigidez institucional y la obsolescencia de la gerencia y el liderazgo en las instituciones educacionales y de salud.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación impulsan y favorecen estos cambios por la disposición inmediata de la información en salud, que ahora no sólo es del médico sino también de las comunidades y los pacientes, con lo que se crean nuevas expectativas y participaciones.

La acreditación de las escuelas médicas, así como la posible licencia para el ejercicio profesional y la recertificación periódica de los especialistas médicos en el futuro (como consecuencia de la primera), obedecerán a criterios políticos, estratégicos, legales y administrativos de cada país en particular; no obstante, no debe perderse de vista la posibilidad y la necesidad de disponer de mecanismos e instituciones de acreditación internacional o de las llamadas 'instituciones acreditadoras de acreditadores', ya que sigue vigente el pasado planteamiento de 'un mercado común de recursos humanos'.

Otro abordaje a esta problemática que se hace más recientemente es el llamado 'Profesionalismo Médico', que es una redefinición del Proyecto Social de las Escuelas Médicas, y que se considera la responsabilidad primaria de la medicina

on a worldwide scale following the World Conference on Medical Education held in Edinburgh in 1988, which involved not only regional organisations working in health care and medical education but also institutions operating around the world.

The challenge and commitment were not entirely met by the end of the last century, when another vital factor appeared on the scene – that of globalisation. With this new scenario, national barriers are lowered to allow the exchange of capital, goods, commodities, services, and people. One result of this process is the need for equivalence between levels of training and quality from one country to another in order to prevent imbalances from occurring. And this is precisely what a number of political, judicial and commercial decisions are aimed at achieving.

In the study of the quality of the training and professional practice of physicians in Latin America, there is now a programmatic development of evaluation consisting in the accreditation of medical schools so that they are forced to adopt renewed and new educational standards and requirements. At the same time this is also related to the social and economic changes in the different populations and their ambitions, the changes in the offer and funding of health services, the institutional rigidity and the obsolescence of management and leadership in educational and health care institutions.

The new information and communications technologies drive and favour these changes by making health information immediately available not only to physicians but also to communities and patients, resulting in the creation of novel expectations and participations.

The accreditation of medical schools, together with the possible need for a licence to be able to practise professionally and the periodic recertification of medical specialists in the future (as a consequence of the former), will have to comply with the political, strategic, legal and administrative criteria implemented in each particular country. Nevertheless, we should not forget the possibility and the need for international accrediting mechanisms and institutions, or what are known as 'accredited certification bodies, since today the earlier 'common market of human resources' approach is still in force.

Another approach to this problem that has come into being more recently is what is known as 'Medical Professionalism', which is a redefinition of the Medical School Social Project and is considered to be the prime responsibility of academic

académica, es decir, de la formación médica en pregrado, postgrado y Desarrollo Profesional Continuo, y que empieza por una revisión de la relación paternalista y autoritaria que se establece en la enseñanza médica, en la práctica profesional y la puesta en práctica de un nuevo contrato social entre el médico y el paciente, en el que predominen los intereses del segundo sobre los del primero.

A estos dos últimos temas, autoevaluación y acreditación en tiempos de cambio y educación para toda la vida con un importante componente de bioética, se han dedicado las dos últimas Conferencias Panamericanas de Educación Médica, la XVI de Buenos Aires, Argentina y la XVII, realizada en Santo Domingo, República Dominicana.

La Federación Panamericana de Asociaciones Nacionales de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) analiza la propuesta llamada Armonización de la Educación Medica Profesional Continua, como un nuevo enfoque estratégico que contribuya a la mejora continua de la educación médica y como una forma de facilitar la homologación de esta educación entre los diferentes países del continente.

Se trata, en principio, de hacer una recomposición de los paradigmas comunes entre los países que, por distintas razones, no tienen en prontas perspectivas la adopción de la acreditación de las escuelas médicas y como una forma para facilitar ese futuro abordaje, respondiendo a las necesidades y demandas de pacientes y comunidades para lograr educación médica y atención de salud de alta calidad. Esta revisión y recomposición de los paradigmas pudiera hacerse, en un primer momento, en cada bloque subregional como MERCOSUR, CAN, Mercado Común Centroamericano y NAFTA.

Entre los paradigmas a recomponer pudieran mencionarse, a título de ejemplo:

- El cambio de la orientación en la enseñanza y la práctica médicas, del paternalismo y del autoritarismo, y su reorientación por una corresponsabilidad.
- El refuerzo en la enseñanza y la práctica profesional de pregrado, desarrollo profesional continuo y postgrado, de los componentes de la Atención Primaria a la Salud.
- Un equilibrio en la adquisición de competencias clínicas y no clínicas, en especial, ética, relación con los pacientes, comunicación, tecnologías de la información y gerencia, en**tre** otras.

medicine, that is to say, of medical training at undergraduate, postgraduate and continuing professional development levels. This approach begins with a review of the paternalistic and authoritarian relationship that is established in medical teaching and in professional practice, and with the implementation of a new social contract between the physician and the patient in which the interests of the latter predominate over those of the former.

These last two topics (self-evaluation and accreditation in times of change and lifelong education with an important bioethical component) were dealt with at the previous two Pan American Conferences on Medical Education, the 16th in Buenos Aires, Argentina, and the 17th, held in Santo Domingo, Dominican Republic.

The Pan-American Federation of National Associations of Medical Schools analyses the proposal called the Harmonisation of Continuing Professional Medical Education, as a new strategic approach that contributes to the continuous improvement of medical education and as a way of facilitating the homologation of this education among the different countries of the continent.

The aim, initially, is to restructure the common paradigms among the countries that, for different reasons, do not expect to adopt accreditation of their medical schools in the near future and also as a way of facilitating that process in the future, thereby satisfying patients and communities that are in need of and are calling for high quality medical education and health care. This review and restructuring of paradigms could be carried out, firstly, in each sub regional block, such as MERCOSUR, CAN, Central American Common Market and NAFTA.

Examples of paradigms that could be restructured include:

- *Changing the orientation of medical teaching and practice away from paternalism and authoritarianism, and reorienting them towards co-responsibility.*
- *Placing greater emphasis on Primary Health Care components in teaching and professional practice at undergraduate, postgraduate and continuing professional development levels.*
- *Reaching a balance in the acquisition of clinical and non-clinical skills, especially with regard to ethics, relationships with patients, communication, information technologies and management, among others.*

© Viguera Editores SL 2008.

Para garantizar la homologación y la armonización nacional e internacional de la educación médica, tomando como base la precomposición de estos u otros paradigmas, es necesario un profundo intercambio entre las Oficinas Especiales, o equipos de liderazgo –existentes o por crear– que se responsabilicen, en el ámbito nacional y con el concurso de las escuelas médicas, para reanalizar permanentemente estos asuntos, formar personal, trazar las estrategias conducentes al logro de los objetivos planteados, evaluar y hacer seguimiento a las propuestas, resultados e impactos.

Son temas y planteamientos para la discusión que vislumbramos con motivo del proceso de organizar y realizar una excelente XVIII Conferencia Panamericana de Educación Médica que tendrá lugar en Buenos Aires en el mes de octubre de 2009.

Homologation and national and international harmonisation of medical education, based on the restructuring of this and other paradigms, can only be guaranteed by a deep and thorough exchange between Special Offices, or leadership teams (which may already exist or have to be set up). For this to succeed, they must be responsible, on a national scale and in cooperation with medical schools, for permanently reanalysing these issues, training staff, laying down the strategies that will make it possible to reach the initial goals, and evaluating and following up proposals, outcomes and impacts.

These are topics and proposals that we expect to be discussed at what we hope will be an excellent 18th Pan-American Conference on Medical Education that will take place in Buenos Aires in October 2009.