

# Simposio sobre educación médica continua

## INTRODUCCION

NORBERTO TREVIÑO-GARCÍA MANZO \*

La educación médica continua es considerada como un proceso por medio del cual el médico se pone al tanto de los avances conceptuales y técnicos que ocurren en el panorama general de la medicina y de manera particular, en la rama que cultiva. Por su carácter de permanencia y en virtud de las diferentes facetas que reviste, supone el esfuerzo perseverante de los propios médicos e implica la colaboración de instituciones de salud, academias, sociedades y escuelas de medicina. Se trata, por lo tanto, de una responsabilidad compartida entre los médicos interesados —que sin excepción deben

serlo todos— y esas instituciones y organismos. La complejidad de estas acciones conjuntas hace aparente la necesidad de definir conceptos y deslindar atribuciones.

La educación continua, universalmente admitida, se hace necesaria, sobre todo en países como el nuestro, con numerosos médicos que residen en comunidades poco accesibles a la información e intercambios científicos y con profesionistas ubicados en los tres niveles de operación y atención de las instituciones de salud.

Precisar las modalidades de la educación continua en cada caso, sus propósitos y objetivos, son asuntos de los que nos ocuparemos en el presente simposio.

\* Academia Nacional de Medicina.

## CONCEPTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA

CARLOS CAMPILLO-SAINZ \*

NORBERTO TREVIÑO-GARCÍA MANZO \*

Fue en 1965 cuando en el seno de la UNESCO se trató por primera vez el tema de la educación continua o permanente. En 1970, durante el Año Internacional de la Educación, ese mismo organismo propuso que la educación permanente fuera la "piedra angular de la política educativa en los próximos años".<sup>1</sup>

Es difícil responder airoosamente al reto de enunciar un concepto de educación continua que no resulte incompleto y parcial. Trataremos de hacerlo después de analizar algunos puntos que le den fundamentación lógica y sobre todo que estén acordes con el sentir actual acerca de este tipo de educación.

Al hablar de los diferentes tipos de educación, se está de acuerdo en considerar tres niveles y dos modalidades. Los dos primeros niveles se sitúan en la educación formal y corresponden con la básica e intermedia y la educación profesional. El tercer nivel, denominado generalmente de grado, es la educación que se inicia después de la licenciatura. Este nivel está encaminado, en una primera etapa, a la utilización del conocimiento científico al través de la maestría, y en una segunda etapa, a la generación de conocimientos mediante el doctorado. Debido a que estos tres niveles se logran por medio de la educación básica, la educación intermedia y la universitaria, con la instrumentación de programas bien definidos y perfectamente establecidos, escapan al concepto de educación continua, que será propuesto renglones adelante.

Las modalidades son: la educación de tipo formal o sistematizada que implica un proceso educativo de tipo escolar, organizado muy estrictamente por etapas y con base en planes de tipo curricular, y la educación denominada continua por unos y continuada por otros. Esta última modalidad se inicia cuando termina la anterior. Puede ser formal, pero ello no es condición *sine qua non*, y debe organizarse en forma sistemática; para ello necesita de apoyos académicos adecuados. Es aquí en donde tiene cabida la educación médica continua o permanente.

El concepto de educación permanente surgió

después de replantear y poner a discusión la noción tradicional de la educación, la cual no había reparado, al menos en forma explícita, en el desbalance progresivo que ocurre entre los conocimientos adquiridos por un individuo durante su educación formal y aquellos que continuamente aparecen como producto del avance de las distintas disciplinas profesionales y la tecnología, los cuales necesita para cumplir con éxito sus responsabilidades.

Como respuesta a ella se ha venido dando en los círculos profesionales, de manera lenta pero firme, una necesidad individual y de las organizaciones de contrarrestar y superar la obsolescencia del conocimiento del profesional practicante, con el objeto de mantener su capacidad para el servicio, la enseñanza y la investigación al mejor nivel posible.

Si hoy día, a los profesionistas les resulta imperativo aceptar la obligación de continuar su aprendizaje, ya sea individual o colectivamente, en forma paralela se plantea la necesidad de influir sobre los funcionarios que están al frente de ella, para que la lleven al cabo en forma organizada y contribuyan así a resolver problemas concretos.

De acuerdo con la Asociación de Colegios Médicos de Norteamérica,<sup>2</sup> la meta final de la educación médica continua es el incremento de la calidad de la atención a la salud, al través de la mejoría de la competencia y el desempeño del médico. Pero como dicha organización reconoce que los factores que afectan la calidad de tal atención son numerosos y complejos, admite que no es posible enfocarla de manera unilateral y parcial. Para llevarla al cabo, se requiere de la colaboración integral y comprometida de los propios médicos, sus organizaciones profesionales, las instituciones educativas y el escenario mismo de la atención médica. Ninguna de ellas puede ejercer su control exclusivo en forma aislada. En otras palabras, además del propio interés de los médicos, necesario para adquirir actitudes y habilidades al través de la autoevaluación y la autocorrección, es imprescindible disponer de diferentes proveedores (asociaciones médicas, academias, instituciones de salud y escuelas de medicina) que satisfagan este tipo de necesidades de la manera más amplia posible.

Sin embargo, en la actualidad la mayoría de los organismos educativos y de salud siguen considerando a la educación médica continua como una actividad aditiva, muchas veces aislada, en vez de aceptarla como parte integrante, y muy importante, de sus responsabilidades institucionales. En relación con esto, J. I. Chovinard,<sup>3</sup> coordinador del Consejo de Educación Médica de la Asociación Médica Canadiense, ha expresado que en la actualidad la educación médica es un eufemismo que se apoya fundamentalmente en cursos, con crédito o sin él, ofrecidos por las escuelas de medicina y las asociaciones profesionales. En el mismo tenor y para subrayar lo anterior, la Organización Mundial de la Salud caracterizó reciente-

\* Academia Nacional de Medicina.

mente a la educación médica continua como una actividad poco sistematizada, prácticamente sin apoyo, escasamente influenciada por la tecnología educativa contemporánea, episódica, más preocupada en transmitir nueva información que en mejorar la competencia profesional, y sólo incidentalmente en relación con las necesidades y prioridades de salud de una región o incluso de un país.

Pero la educación médica continua no termina ahí, es algo más; y lo es, porque aprender medicina no sólo significa ser capaz de recitar fórmulas o coleccionar diplomas. Tostenson<sup>4</sup> nos recuerda que para Aristóteles la medicina empieza en la filosofía y ésta termina en la medicina. Pero pregunta: si la medicina empieza en la filosofía, ¿en qué consiste ésta? Para contestar esto, el autor de referencia parte de la hipótesis de que la esencia de la medicina es resolver problemas. Los médicos deben ayudar a sus pacientes a enfrentar, definir y resolver los problemas que amenazan su salud y su vida. Para Tostenson, resolver problemas es algo íntima y previamente relacionado con el aprendizaje. Medicina es aprendizaje. La filosofía con la cual empieza la medicina es la devoción por aprender, una devoción alimentada y construida con la fé y la esperanza de poder hacer algo por resolver los problemas que limitan y ensombrecen nuestras vidas.

Habíamos mencionado que el tema es amplio y por lo mismo difícil, pero nos parece que los elementos enunciados son suficientes para tratar de dar un concepto de educación médica continua. Si nos empecinamos en buscar otros, seguramente nos perderemos en un laberinto de opiniones, a veces discordantes y hasta contradictorias.

Entonces, la educación médica continua podría ser el *proceso alimentado por la devoción de aprender para servir. Es una actividad que se inicia al terminar la educación formal perfectamente sistematizada, en la cual deben comprometerse el individuo y las instituciones de salud, científicas y educativas, en tanto que sin ellas no es posible realizarla. Es activa y permanente y debe tomar en cuenta la práctica diaria, la capacidad, las habilidades, la ética y el aprendizaje del que la ejerce, todo con el fin de mantener en el médico su capacidad para resolver los problemas de salud o enfermedad del ser humano, en tanto individuo o inmerso en su ambiente social.*

Por último, y sólo con el fin de hacer énfasis, creemos necesario agregar que cuando esta educación se planea en forma racional, se deberá tomar en cuenta que es una actividad que resulta de una mezcla compleja de:

1. Necesidades sociales.
2. Necesidades de las instituciones de salud.
3. Necesidades individuales.
4. Experiencias prácticas.
5. Estilos de aprendizaje.
6. Actitudes personales.
7. Circunstancias y medio ambiente.

## REFERENCIAS

1. Sánchez Medina de Rota, G.: *Reflexiones sobre las tendencias de la educación continua para las profesiones*. Rev. Educ. Sup. 8:79, 1979.
2. Mayer, D. W.: *Continuing education of physicians: Conclusions and recommendations*. Ad hoc Committee on Continuing Medical Education. Association of American Medical Colleges. J. Med. Educ. 55:149, 1980.
3. Chovinard, J. L.: *The current state of continuing medical education*. Canad. Med. Ass. J. 115:2121, 1976.
4. Tostenson, D. C.: *Learning in medicine*. New Engl. J. Med. 301:690, 1979.

## OBJETIVOS, ALCANCES Y MODALIDADES

CARLOS ERNESTO VARELA-RUEDA \*

Un ejercicio profesional eficiente lleva implícita cierta condición, en la cual el médico debe disponer de conocimientos actualizados. Es posible que no exista consenso acerca de la información precisa que se requiere, pero es evidente que el mundo de la medicina cambia rápidamente, como resultado de los logros y alcances de la investigación científica, que pone a disposición del médico resultados de actualidad, pero que pronto pueden volverse inoperantes.

El conocimiento médico aplicable aumenta rápidamente, tanto en cantidad como en complejidad. No es necesario conocer el ritmo exacto de su crecimiento para poder comprender sus consecuencias.

Se sabe que cada año aparecen alrededor de diez por ciento de conocimientos nuevos, y que la mitad de ellos se hacen obsoletos y reemplazan a muchos de los existentes. De lo anterior resulta que en la actualidad, el volumen del conocimiento médico útil se duplica cada 14 o 15 años y que pronto se duplicará en todavía menos años.

Este crecimiento vuelve inoperantes muchos de los conocimientos disponibles y obliga al estudio permanente. Sin embargo, el proceso educativo no debe limitarse a la adquisición de conocimientos; deberá proporcionar los instrumentos necesarios para utilizarlos, así como capacitar para que sean

\* Hospital General de Zona No. 29 del Valle de México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

transferidos hacia los diversos aspectos de la actividad profesional. La información que un individuo obtiene, pronto envejece, por lo que, en última instancia, sólo permanece el método, indispensable para su adquisición y utilización.

Por otra parte, es preciso mencionar que, desde el punto de vista del médico —y de cualquier persona que se desempeñe en un campo determinado—, existen algunos hechos que justifican su aprendizaje continuo.

Uno de los más conocidos es el denominado "desgaste del conocimiento o fenómeno del olvido", debido al cual, en toda persona que no es activa en su educación continua, se presentará, a corto plazo, la disminución cuantitativa de los conocimientos o el olvido propiamente dicho, la deformación de aquellos a consecuencia del uso selectivo de una parte, y la disminución cuantitativa u obsolescencia de tales conocimientos.

Pero llegados a este punto, es necesario aclarar que aunque en la práctica los objetivos de la educación están centrados alrededor de la enseñanza y el aprendizaje de conocimientos, lo más importante es desarrollar la aptitud de autoformación, la capacidad de organizar el trabajo y la investigación en equipo, asegurar además la libre elección de objetivos personales y hacer sentir el estudio como un placer, más que como una dificultad. Todo en función del objetivo fundamental de la educación médica continua, que no es la adquisición estéril de conocimientos, sino contribuir a mejorar la calidad de la atención médica, ya sea individual o colectiva.

Se debe recordar que al referirnos a la educación continua, estamos hablando de la educación para el adulto; que los adultos están capacitados y deseosos de instruirse, pero que la facultad para orientar sus conocimientos se debilita cuando dejan de ejercerla. Por ello resulta de particular importancia asegurar la continuidad de este proceso. Hablar de educación permanente, es referirse a los procesos de aprendizaje que ocurren durante la vida del individuo. Significa una continua y activa autoformación, que debe basarse en necesidades específicas relacionadas con el bienestar de los pacientes. El problema es hacerla accesible y significativa.

A partir de lo expresado, es conveniente proponer un concepto operacional de educación médica continua, a partir del cual se puedan desprender sus alcances y se encuentre contenido su propósito:

*Es el proceso intencional, formalizado o no por la enseñanza, que consiste en adquirir, incrementar y mantener actualizados los conocimientos, las destrezas y las actitudes que le permitan al médico enfrentar y resolver correctamente los problemas relacionados con la prestación de servicios de atención a la salud.*

En otras palabras, la capacitación y la actualización del médico sólo se refieren a sus medios, mientras que la mejor calidad en la atención a la

salud representa sus fines. Pero los planes y programas de educación médica continua no sólo deben alcanzar al médico, sino a todo el personal, ya sea profesional, técnico o auxiliar, que con él forman el denominado "equipo de salud", organismo que representa una mejor opción para la óptima atención de los individuos, comparada con la que correspondería a un ejercicio médico aislado e individualista.

Por otro lado y para ser congruentes con su propósito fundamental, siempre se deberá considerar la conveniencia del desarrollo simultáneo de los planes educativos y los programas de prestación de servicios de salud. Estos últimos son los que, en primera instancia, deberán inspirar las políticas y las normas por las que las escuelas de medicina, las instituciones de salud y las academias y asociaciones profesionales orienten sus esfuerzos y determinen las modalidades que habrán de imprimir a sus programas.

Debido a que los alcances de la educación continua dependen de la identificación de las necesidades del médico, considerado como el sujeto del aprendizaje, es conveniente dedicar cierto tiempo a la discusión de algunos aspectos propios de la educación del adulto, en particular los que se refieren al concepto de transferencia.

Debemos recordar que lo que se enseña en el tiempo presente está ligado a la esperanza de lograr que quien aprende haga algo diferente en el futuro. Un análisis sencillo sugiere tres formas de identificar la manera en que el estudiante —en nuestro caso el médico— aprende. La primera es la simple adquisición del conocimiento. Esta forma se refiere al aprendizaje inmediato que tiene lugar en el momento de la instrucción. Aquí, el logro inmediato de los objetivos por parte del estudiante dependerá de lo bien que el profesor le enseñe.

De mayor importancia que su adquisición, es la retención del conocimiento. La mayor parte de lo que el profesor enseña puede ser adquirida por el estudiante, pero siempre deberá preguntar qué tan capaz es de retener conocimientos, destrezas y habilidades y sobre todo qué tan hábil será para llevar al cabo la transferencia.

Se tiene que enseñar al médico de manera tal, que el aprendizaje pueda emplearse con facilidad en la solución de problemas que nunca fueron confrontados en la situación instruccional. Para desarrollar al máximo esta capacidad de transferencia, es conveniente tomar en cuenta lo siguiente:

1. Que lo que se ha de aprender —ya sea un principio o una destreza psicomotora— se articule claramente con lo que ya se sabe y corresponda con la organización o estructura que se tenga del conocimiento. A esto se le llama aprendizaje significativo.
2. Quien actúa como profesor deberá enseñar hechos. Siempre que lo haga, procurará que queden enclavados en una red o matriz de concep-

tos y principios. Cuando los hechos son anclados en semejante armazón, se atenúa la reversibilidad del olvido.

3. Por sí sola, la presentación didáctica de un conjunto de principios no es suficiente para garantizar que la transferencia tenga éxito. Para que ello ocurra, se deberá buscar la aplicación práctica de todos los principios en una gran variedad de situaciones.
4. La probabilidad de una transferencia conducida con éxito será mayor, siempre que las condiciones de aprendizaje de los principios se parezcan lo más posible a la situación real en que serán aplicados posteriormente.
5. La probabilidad de que ocurra una transferencia eficaz se incrementa aún más si la situación instruccional se estructura en forma tal, que el que aprende tenga la posibilidad de descubrir por sí mismo un principio. Es mejor que ocurra así, en vez de que los principios le sean expuestos por un profesor, por un programa de enseñanza o por un libro de texto.
6. Como los médicos que participan en programas de educación continua poseen diferentes niveles de preparación y aptitudes también diferentes, se deberá permitir que la velocidad del aprendizaje varíe en forma individual. Siempre que sea posible, se deberán realizar actividades de autoinstrucción. Cuando se usen estos métodos se deberá proporcionar información sobre el desarrollo del proceso. El profesor y el médico-estudiante siempre estarán interesados en saber qué tan bien lo están haciendo.

En relación con lo expresado hasta ahora, debemos volver a mencionar que los problemas de la educación continua del médico no son separables de los problemas que constantemente surgen en el proceso de la atención médica.

Para apreciar sus alcances y determinar sus modalidades, es conveniente mencionar algunos principios que resultan de interés y se relacionan con el hecho de que el médico y el resto del personal de salud deben ser ayudados para que proporcionen atención médica de alta calidad.

El primero ya fue tratado, pero conviene recordarlo. La educación médica no es un fin en sí misma; sólo representa —y siempre lo hará— un medio para alcanzar un fin.

El segundo principio sostiene que los contenidos deben estar directamente relacionados con la práctica. Los estímulos para el aprendizaje de un individuo se ven aumentados y se logra su refuerzo siempre que los nuevos conocimientos puedan ser aplicados en la práctica diaria.

El último principio sostiene que la educación médica continua sólo por excepción se debe realizar fuera del contexto en que se da la práctica médica cotidiana.

Estos principios inciden directamente en las características de la práctica médica. Para que la educación médica continua pueda contribuir a mejorarla, es útil proceder de la manera siguiente:

implantar primero los estándares ideales de atención; después, comparar la situación imperante con los estándares propuestos; a continuación, realizar los programas educativos necesarios para intentar remediar el desequilibrio que se hubiera encontrado; y por último, corroborar, a mediano y a largo plazo, si los programas educativos permitieron que la situación original se acercara a la ideal establecida.

Se puede decir que en general, la mayor parte de los programas que se realizan en el mundo poseen un grado determinado de obligatoriedad. Esto condiciona fallas importantes que son predecibles y, por ello, evitables. Los adultos pueden ser incitados a asistir a una actividad educativa; pero no se puede forzar su aprendizaje ni mucho menos la aplicación consecutiva que de ese acto se deriva. Por ello es preferible que los programas estén centrados en la solución de problemas y que el médico participe activamente en su planeación y su realización.

En conclusión, conviene hacer énfasis en que para que los programas de educación continua puedan alcanzar sus objetivos, conviene tomar en consideración que deben ser elaborados con base en problemas que requieren solución; se deben realizar en el propio sitio en el que trabajan las personas, y se deben diseñar de forma tal que atiendan en forma integrada las necesidades educativas de todos los miembros del equipo de salud y no solamente las de alguno de sus integrantes.

Los objetivos de la educación continua sólo se alcanzarán si sus distintas modalidades se apoyan en las premisas siguientes:

- a. La educación continua forma parte de la responsabilidad profesional de cada médico.
- b. Los programas deben diseñarse para satisfacer las necesidades educativas —las propias del ejercicio profesional— de quien los ha de tomar.
- c. La evaluación de la calidad de la atención de los pacientes es el medio más valioso para identificar las necesidades antes mencionadas.
- d. Los programas se deben realizar en los propios centros donde son atendidos los pacientes y, por lo tanto, donde se encuentran los problemas que ameritan solución.

Aun cuando modernamente la atención a la salud va más allá del bienestar del paciente como fin último de la profesión médica, aún sigue siendo vigente la frase que enunciara Sir William Osler: "En lo que podemos llamar el método natural de la enseñanza médica, el estudiante empieza con un paciente, continúa con un paciente y termina sus estudios con un paciente. Utiliza libros y conferencias sólo como medios para alcanzar su fin".

En la actualidad, la esencia de esta aseveración no ha cambiado y está implícita en las responsabilidades y objetivos que lleva consigo la educación médica continua, objetivos que no deben ser otros que los propios de nuestra profesión.

## PAPEL Y RESPONSABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

JOSÉ LAGUNA \*

A menudo se acepta que la tendencia a educarse es algo innato y personal, que depende de las circunstancias en que un individuo se desarrolla social, familiar o culturalmente. Así, la educación continua podría ser una estrategia por medio de la cual una persona se enriquece en los procesos naturales de su práctica cotidiana o en la realización de esfuerzos que determinan un mayor nivel educacional. Sin embargo, por razones de orden práctico o histórico, al hablar de educación médica continua se piensa de alguna forma que se trata de una actividad de enseñanza y aprendizaje, organizada con carácter institucional.

En un marco formal, institucional, es más sencillo cuantiar el número de horas utilizadas para el desarrollo de cierta actividad; es más fácil apreciar el grado de satisfacción obtenido por las personas participantes o inclusive evaluar el logro de los objetivos educacionales, de conocimientos o de destrezas. Por tales motivos, somos testigos de la creciente responsabilidad aceptada por las diversas instituciones que, al través de diversos procedimientos, proporcionan educación médica continua.

Convenientemente se ha aceptado que las instituciones pueden desarrollar actividades de educación continua de manera directa o indirecta; es decir, si lo hacen con recursos propios o si utilizan agencias externas para realizar las tareas educativas. Como la acción indirecta puede ser variadísima, en este breve análisis consideramos conveniente restringir nuestra atención a la acción institucional propiamente dicha. Por ejemplo, en la medicina, reconocemos en nuestro medio diversos tipos de instituciones responsables de la educación médica continua, en especial las propias entidades empleadoras: el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, los institutos descentralizados, los servicios médicos del sector, como los de Petróleos Mexicanos, los de los Ferrocarriles Nacionales de México, los de la Secretaría de Marina y de la Secretaría de la Defensa Nacional y otros. Las actividades de estos organismos constituyen el asunto medular de nuestra presentación. También se pueden reconocer las acciones de las escuelas profesionales, a menudo ligadas a universidades, las dependientes de asociaciones y sociedades profesionales y las modalidades originadas por grupos autónomos o agencias educativas, que serán analizadas por otros de los ponentes.

Estudiemos pues, más detenidamente, el tipo de realizaciones o responsabilidades de las entidades empleadoras o instituciones de salud como otorgadoras de la educación médica continua. Debe

aceptarse que el móvil fundamental de estas instituciones, en materia educativa, es mejorar la calidad de los servicios que proporcionan a la población que atienden. Aquí se podría identificar un amplio margen de intereses, desde el muy individual y específico, fundado en el deseo del propio perfeccionamiento, hasta la relación de actividades definidas por los directivos, de acuerdo con la mayor o menor importancia de las tareas de orden práctico por realizar. Cualquiera que sea el caso, la educación se considera sólo como un instrumento para dar mejor servicio. Se puede citar, como un primer antecedente, el informe de la Comisión de Educación Médica de la Asociación de Escuelas de Medicina Americanas, que en 1932 predijo: "Llegará el tiempo en que todo médico será requerido, en atención a la sociedad, a tomar cursos continuos que aseguren que su práctica esté al día en lo que se refiere a los métodos actuales de diagnóstico, tratamiento y prevención".<sup>1</sup>

En las instituciones de salud, el desarrollo de las áreas médicas representa la estructura óptima para la implantación de programas de educación continua. Al mejorar la actuación y la conducta del personal médico, se trata, en realidad, de atender a los diversos problemas médicos cuya solución depende de la aplicación adecuada de los conocimientos. Es en las grandes instituciones donde se puede realizar más efectivamente la planeación sistemática de la educación, y donde ésta puede acoplarse a mejores recursos de superación y evaluación.

En las instituciones de salud, lo principal y lo que genera la metodología básica, es el dominio del procedimiento, de la actuación profesional. Sin embargo, este concepto no debe impedir el empleo juicioso de programas educacionales basados en sistemas de instrucción y de investigación. Un nuevo conocimiento, una nueva destreza o un nuevo enfoque, para lograr su aceptación institucional, obligan a la aplicación de experiencias instruccionales organizadas y a la participación conjunta de los directores, de los planificadores y de los profesionales responsables de las tareas.

Sin embargo, esto no es fácil; a menudo se cree que el simple ofrecimiento, por parte de la institución, de conferencias, talleres, cursillos, facilidades de bibliohemeroteca y oportunidades para discusión e intercambio, son la fórmula para lograr cambios efectivos de tipo educacional o conductual. Para lograr estos cambios, se necesita algo más que presentaciones teóricas y discursos; con frecuencia se requiere establecer nuevos estilos de trabajo, modificar los sitios de labores, adquirir nuevos equipos y recursos humanos, reacomodar personal, y muchos otros factores. Por las razones mismas de su estructura y de sus funciones, las instituciones de salud promueven —o deben promover— los programas de instrucción para sus propios profesionales. Comprobamos así que los directivos suelen concentrarse en reuniones para planear las actividades educacionales; que ciertos grupos de profesionales reciben o imparten talleres sobre tó-

\* Academia Nacional de Medicina.

picos seleccionados, que se conceden becas individuales para el perfeccionamiento profesional o educativo; o, lo que cada vez adquiere mayor importancia, que organizan experiencias de aprendizaje en la misma institución, hospital, clínica o centro de salud.

Los elementos educativos que pueden incorporarse a un hospital son casi ilimitados: programas de adiestramiento para especialistas, cursos breves, conferencias, visitas clínicas, mejoramiento de las colecciones de libros y revistas, discusión de grupos, demostraciones de nuevo equipo y otros. A menudo, una institución crea centros de entrenamiento específicos, como ocurre en nuestro medio con la Escuela de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, o el organismo activamente apoyado por las instituciones de seguridad social, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), que tienen facilidades de residencia, bibliotecas, salones de conferencias y muy diversas instalaciones, donde se entrena y educa personal, profesional y de otro tipo.

Aun cuando la educación médica continua es una actividad institucional que depende de las escuelas profesionales, de las universidades, de las asociaciones médicas y otras, cuya participación en el compromiso de la educación médica continua será analizada por otros ponentes, conviene reflexionar sobre lo conveniente que sería un enfoque integrativo, dada la multiplicidad de organismos responsables de su realización. No es posible rechazar la posibilidad de un esfuerzo colaborativo entre las asociaciones profesionales, las escuelas profesionales y universidades y las instituciones de servicio más importantes en el campo de la salud. En teoría, es fácil aceptar que las responsabilidades tradicionales de cada institución no compitan sino que se complementen, para que entre todas se puedan lograr mejores resultados. En principio, las asociaciones se interesan en definir las amplias políticas en relación con el marco de responsabilidad de la profesión. A las universidades compete el sistema instruccional, o sea el servicio educativo clásicamente proporcionado por ellas.

Por fin, el interés fundamental de las instituciones aplicativas es lograr la mejor de las actuaciones de sus profesionales, siguiendo los procedimientos y los sistemas de atención más adecuados. Queda así, como un importante problema a futuro, coordinar a estos organismos para dividir la responsabilidad y evitar carencias o duplicaciones. De hecho, el campo de la educación continua es tan amplio y tan variado, que siempre debieran utilizarse todos los recursos disponibles.

La interacción de estos organismos podría ser la clave para que el médico en ejercicio comprenda la importancia y la trascendencia de la educación médica continua, sobre todo en lo que se refiere a la autoenseñanza, puesto que es en el trabajo institucional donde cada individuo se enfrenta de manera directa y responsable con problemas cuya solución depende de la forma en que actúe, de su

conducta y de los procedimientos que aplique. En esta situación, el profesional aprendería mediante una mezcla de práctica educativa personal de "ensayo y error", y programas apoyados y supervisados, incluso de procesos organizados de adiestramiento, definición de tareas y vigilancia tutorial.

El sistema de residencias médicas es el más típico ejemplo de la formalización de una educación médica, en que a menudo intervienen tanto los esfuerzos universitarios como los de la institución aplicativa donde se realiza el aprendizaje. En tal sistema existe la coordinación que refuerza la característica dual de propósitos del complejo indisoluble docencia-servicio: proporcionar la mejor atención al paciente y al mismo tiempo, tratar que el profesional obtenga el máximo nivel de conocimientos.

Este tipo de aprendizaje, durante los años de práctica, es el *desideratum* de la educación médica continua. Las formas y las motivaciones del aprendizaje variarán de acuerdo con las condiciones de trabajo, la capacidad y el sentido de responsabilidad del individuo, la conciencia de sus debilidades y carencias, la experiencia, las oportunidades ofrecidas y otros factores. En todo caso, deberá percibirse que la profesión médica está sujeta a cambios constantes y que la esencia de la vida profesional es la de estar al día ante un panorama que crece y se modifica, con gran responsabilidad personal para sostener una alta capacidad profesional. Es al través de la metodología de la educación médica continua como se aprenden y asimilan las lecciones que, a lo largo de la vida profesional, representan, directa o indirectamente, consecuencias del trabajo mismo. La clave radica en aprovechar los estímulos inherentes a la actividad cotidiana, se trate del afán de superación intelectual, del reto para resolver problemas, del logro de mayores ingresos o del reconocimiento de un *status* más elevado.

Sin embargo, en el fondo de toda actividad institucional debe estar implícita la gran tarea, aquella que como una segunda naturaleza, logre que el individuo desarrolle sus propios recursos y capacidad y se convierta en una persona permanentemente inquisitiva, cuyo desarrollo se realice al mismo tiempo que cumple con sus tareas cotidianas. En la expresión de Gustafson, el profesional "...necesita desesperadamente la objetividad de una educación continua que origine, no sólo una nueva motivación para hacer las viejas tareas, sino también la visión para modificar la práctica profesional, que tenga el valor para buscar los cambios de los propósitos institucionales de las estructuras en que se desarrolla y las inspiraciones más sencillas para encontrar nuevos puntos de vista".<sup>2</sup>

## REFERENCIAS

1. Commission on Medical Education: *Final report of the Commission on Medical Education*. Nueva York, 1932.
2. Gustafson, J. M.: *On the threshold of a new age*. En *The continuing quest*. Hofrenning, J. B. (Ed.). Minneapolis, Augsburg Publishing House, 1970.

## PAPEL Y RESPONSABILIDAD DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA

OCTAVIO RIVERO-SERRANO \*

Cuando se analizan conceptos referentes a la educación médica continua y cuando se hace referencia a las responsabilidades que, en relación con ella, tienen las academias, las instituciones de salud y las escuelas o facultades de medicina, es conveniente enmarcarla en los conceptos relativos a la educación médica, ya que parece razonable considerar que aquella no debe ser otra cosa que consecución del resultado de los esfuerzos, la prolongación en las acciones realizadas en la propia educación médica.<sup>1</sup>

Por educación médica continua se entiende la serie de programas y acciones derivadas de los mismos, que se ofrecen a los profesionistas que ya han pasado por el proceso curricular de educación médica y que se proponen para conservar, renovar y acrecentar los conocimientos adquiridos.

Desco recordar algunos conceptos referentes a la educación médica, que sin duda son aplicables en alguna forma a la educación médica continua.

a) En primer término, es importante mencionar que la educación médica es un proceso activo. Parecería innecesario insistir en el concepto; sin embargo, en nuestro medio es un fenómeno común que alumnos, no solamente de cursos iniciales sino aun de cursos de postgrado y, en ocasiones hasta profesores, crean que el proceso de educación médica es un proceso pasivo, al cual deben exponerse sin hacer esfuerzo propio, y que el conocimiento les va a llegar por los esfuerzos realizados por los educadores. Es un principio de tecnología educacional general, que en el proceso de enseñanza-aprendizaje, es particularmente importante el esfuerzo del que aprende. En el caso de la medicina, esto es un concepto de primordial importancia: es imposible aprender conocimientos biomédicos básicos sin interesarse en los fenómenos de laboratorio y buscar el conocimiento teórico; es imposible adquirir conocimientos y destrezas clínicas sin interesarse en la búsqueda propia del conocimiento teórico y en la práctica activa personal de las destrezas clínicas.<sup>2-4</sup>

b) En la educación médica es importante que el estudiante esté cerca de las posibles fuentes de información sobre conocimientos biomédicos, conocimientos psicológicos, conocimientos sociales y, en general, una vasta gama de conocimientos clí-

nicos. En la actualidad existe un sinnúmero de metodologías y de recursos modernos que le facilitan al estudiante la obtención de información referente a estos conocimientos; sin embargo, en muchas fases del aprendizaje es insustituible la triada formada por el profesor, el estudiante y el objeto de aprendizaje, ya sea un fenómeno ocurrido en el laboratorio, el análisis de un expediente, unas placas radiográficas o, más comúnmente, el estudio directo de un enfermo.<sup>5</sup>

c) El adiestramiento en técnicas de diagnóstico y tratamiento es un recurso indispensable en la enseñanza de pregrado y de postgrado. Evidentemente estas técnicas son más complicadas mientras más avanzados sean los estudios y la participación del estudiante en la adquisición de estas destrezas sea mayor; es también más directa cuanto mayor sea su avance en los estudios.<sup>5-8</sup> Es frecuente que en educación continua se olvide este concepto y se piense sólo en la renovación de conceptos teóricos.

d) Lograr educar a un médico no solamente es hacerle comprender el fenómeno activo en su educación;<sup>5</sup> no sólo es acercarle a las fuentes de información, en relación a conocimientos médicos, psicológicos y sociales; no sólo es adiestrarle en las técnicas de diagnóstico y tratamiento propias del nivel de estudio, sino que es importante encontrar una serie de acciones que permitan formarle. Despertar en él la actitud de servicio indispensable en el trabajador médico, hacerle conocer y orientarle en las tendencias de actualidad en las que se desarrolla el ejercicio de la práctica médica en el medio en que se desenvuelve, en el país en el que se encuentra; hacerle conocer los problemas actuales de la medicina en la que va a trabajar y las posibles opciones que se plantean para resolver esos problemas a nivel individual y a nivel colectivo. Hacerle comprender que el acto médico no es sólo un ejercicio de ciencia biomédica, sino un acto eminentemente humano, en que se otorga la dimensión humana de los conocimientos biomédicos.<sup>8-10</sup> Finalmente, encontrar modelos profesionales en los maestros, que sirvan como estímulo en la formación de las actitudes del estudiante médico. En la educación continua, en ocasiones resulta conveniente el regreso de un exalumno de postgrado al maestro que lo formó quien, al renovar el contacto personal, reorienta, reanima, induce actitudes; es decir, continúa la formación. Educar continuamente no es sólo renovar conocimientos y destrezas.<sup>10,11</sup>

Muchos otros conceptos podrían emplearse en relación con la educación médica. Es obvio que no es el momento; insisto en que en general hay que tener en consideración conceptos básicos sobre educación médica para reflexionar sobre la educación continua:

¿Qué enseñar? ¿Cómo enseñar? ¿A quién enseñarlo? ¿Cuándo debe enseñarse? Los conceptos válidos en relación con la educación médica, en general deben encontrarse cuando se analice la continuación de estos esfuerzos, en la educación médica.

\* Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En general se tiende a considerar que la educación médica es una responsabilidad exclusiva de las escuelas de medicina. No lo creo así, y considero que mientras se siga pensando que la responsabilidad en la formación de un médico reside únicamente en estos centros de enseñanza superior, la formación de médicos seguirá teniendo problemas.

Sostengo que gran parte en la posibilidad de orientar jóvenes, bien hacia la medicina, o hacia otros estudios superiores, reside aún en las estructuras educativas de un país cuyo gobierno tiene a su cargo los niveles de enseñanza primaria, secundaria y, en gran parte, la enseñanza media superior. Hay muchos aspectos en la formación de un estudiante, entre ellos el concepto del aprendizaje activo, que no pueden ser inculcados a nivel de la enseñanza de licenciatura. Si los estudiantes no son acostumbrados desde la primaria a la enseñanza activa, a la búsqueda del conocimiento, al hábito del estudio, a la disciplina en el mismo, la labor que después tienen a su cargo las universidades es ardua y difícil.

Es evidente que la responsabilidad fundamental de la educación médica está en las escuelas de medicina. Sin embargo, si nos damos cuenta que en este país la mayor parte de la enseñanza se realiza en centros clínicos (afortunadamente ahora de varios niveles) de diversas instituciones de salud, es evidente que durante más de la mitad de la carrera la enseñanza de la medicina reside en las escuelas de medicina y en las estructuras prestadoras de servicios médicos, que a la vez, prestan servicios para la enseñanza de la medicina.<sup>4,5,9,10</sup>

Durante algún tiempo se pensó en la conveniencia de que las escuelas tuvieran su propio centro clínico universitario. Al través de los años, la experiencia demuestra que los centros clínicos propiamente universitarios, frecuentemente se desligan del fenómeno "atención a la salud", tal como se da en las estructuras prestadoras de servicios médicos, y forman médicos ajenos a la realidad que posteriormente van a vivir. Más positivo es aceptar que la formación de los médicos es una responsabilidad conjunta, durante la parte final de la carrera, entre las escuelas de medicina y los prestadores de salud, que después van a emplear estos profesionales.<sup>4,6</sup>

Finalmente, es evidente que en la formación de médicos también intervienen, cuando existen, las estructuras de planeación y programación en un país. Hay naciones cuya planeación y programación están tan adelantadas que, en forma conjunta, el sector educativo y el sector de atención a la salud deciden el número, el tipo y la forma de preparación de los médicos que se necesitan. En nuestro país sufrimos el problema derivado de esta falta de planeación y es claro que el número de médicos que el país forma y, quizá el tipo de ellos, sobre todo en el postgrado, no corresponde a las necesidades nacionales. Es por esto que en la educación del médico, las estructuras nacionales de

planeación y programación también tienen que ver con la formación de este profesional.<sup>4-6</sup>

### *Concepto de educación médica continua*

Si se analiza históricamente el concepto, es evidente que las ciencias médicas han sido precursoras del movimiento de educación continua.

Desde Platón y en el siglo pasado Sir William Osler,<sup>1</sup> y otros muchos autores, hicieron notar la importancia de que el médico renovara en forma continua sus conocimientos. Nuestros antiguos maestros lo mencionaban desde principios de siglo. Quien estudiaba medicina, necesitaba continuar su estudio por el resto de su vida.<sup>2</sup>

Esto se debe a la obsolescencia periódica de los conocimientos médicos. En la actualidad, se dice, tales conocimientos cambian en forma tal, que los adquiridos se vuelven viejos, entre siete y diez años después. Es evidente que mientras mayores avances ocurran en el conocimiento científico y tecnológico, disminuye el tiempo para que estos conocimientos sean obsoletos.<sup>5,12</sup>

Los conocimientos que los médicos tenían a mediados del siglo pasado, no eran muy vastos ni muy profundos; pero tampoco se hacían viejos tan pronto. Los conocimientos que un médico obtenía durante su carrera le permitían ejercer prácticamente hasta el final de su vida. En el siglo actual ya no es así. Mientras más profundo y especializado es el saber, mayor necesidad existe de renovarlo periódicamente.

En nuestro medio existe cierta confusión en los términos, tanto en hospitales, instituciones de salud, como dentro de la Facultad de Medicina. Al hacer el análisis de lo que se ha hecho en los últimos 20 años, se muestra que en cierta forma, se le llama educación médica continua a los esfuerzos aislados representados por cursos de actualización, o cursos monográficos, que aunque sean ofrecidos con crecientes opciones e interés tanto en hospitales como en la propia escuela, de ninguna manera son sinónimos de educación médica continua.

En general, los cursos de actualización tratan de poner al día los conocimientos de un médico en una área determinada. El curso monográfico puede ser de actualización, o no; se refiere a un tema determinado en el que se analiza en forma exhaustiva el conocimiento de la materia tema del mismo y permite a la persona que lo toma, obtener información de última mano sobre esa materia.

Un programa de educación médica continua supone diversas acciones que, al través de un programa integral que ocupa determinado tiempo, un especialista o un médico general deben realizar para renovar sus conocimientos y mantenerse actualizados. Supone también una aplicación continua a un programa integral.

Se presentan dos ejemplos de programas de educación médica continua: uno para un especialista en neumología (cuadros 1 a 4) y lo que sería un

Cuadro 1. Educación médica continua para el especialista (Neumología).

*Enfermedades respiratorias con fondo inmunológico*

Asma bronquial  
Alveolitis alérgica extrínseca  
Granulomatosis  
Enfermedades del tejido conjuntivo  
Fibrosis intersticial  
El estudio inmunológico del enfermo pulmonar  
Enfermedades orgánicas generalizadas con participación pulmonar

*Enfermedades cardiorrespiratorias*

Tromboembolismo pulmonar  
Cardiopatía hipertensiva pulmonar crónica  
Insuficiencia cardiorrespiratoria  
Enfermedades congénitas cardiopulmonares y torácicas

*Urgencias médico-quirúrgicas*

Insuficiencia respiratoria aguda  
Traumatismo torácico  
Intubación traqueal y traqueotomía  
Asfixia

*Farmacología clínica (aplicada)*

programa para un médico general (cuadros 5 a 11). Los cursos monográficos y de actualización serán tanto más útiles, cuanto más se acerquen a resolver estos contenidos de información o formación decididos como el material integral con qué renovar la preparación. De otra forma, pueden convertirse en esfuerzos costosos, con beneficio exiguo. A veces la programación tiene más relación con las capacidades o deseos personales del profesor que con las necesidades de los médicos a quienes se ofrece el curso.

Es evidente que en las acciones de un programa integral de educación médica continua existen algunas, diseñadas mediante diversas técnicas educativas,<sup>13,14</sup> que procuran información biomédica, clínica, psicológica o sociomédica. Por otra parte, dentro de tal programa se deben contemplar acciones que proporcionen destrezas; esto es, que obviamente no se pueden obtener al través de cursos o cursillos teóricos, sino que deben ser acciones prácticas que permitan refrescar tales destrezas. Además hay otras actividades que permiten continuar y renovar los aspectos formativos de un médico, generalmente por medio de su participación activa en discusiones, que en diversa forma, le obligan a reflexionar sobre temas de fondo.<sup>11,14,15</sup>

Cuadro 2. Educación médica continua para el especialista (Neumología).

*Padecimientos infecciosos*

Neumonías  
Laringotraqueítis  
Bronquiolitis  
Supuraciones pulmonares  
Tuberculosis pulmonar  
Micosis  
Empiema

*Neoplasias*

Carcinoma broncogénico  
Tumores metastásicos  
Tumores del mediastino  
Tumores pleurales  
Inmunología de los tumores

*Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*

Enfermedades ocupacionales  
Bronquitis crónica  
Enfisema pulmonar  
Efectos de la contaminación atmosférica y tabaquismo  
Mecanismos de defensa pulmonar

*La educación continua del especialista*

Es evidente que este profesionista encuentra muchas posibilidades, tanto teóricas como prácticas, y aun de aspectos formativos, en el hospital en que trabaja, en la institución de la cual depende, la cual de hecho tiene cierta responsabilidad en seguir proveyéndole de estos instrumentos para la capacitación en su trabajo. Pero además, el médico especialista frecuentemente la obtiene en las sociedades, en los colegios, en los consejos, en las academias y en los congresos a los que periódicamente asiste. En estos casos, las escuelas de medicina pueden actuar como promotoras asociadas o con sus aspectos de tecnología educacional. Una labor en el futuro podría ser definir, de acuerdo con sociedades y consejos, los programas integrales de educación continua en las diversas ramas de la medicina. Un médico, conociendo el programa definido, podría después actualizar las diversas secciones del programa en diferentes sitios.

*La educación continua para el médico general*

Todavía podría dividirse en dos grandes rubros: la educación continua para el médico denomina-

Cuadro 3. Educación médica continua para el especialista (Neumología).

**ÁREA BÁSICA**

*Bases bioquímicas de la función pulmonar*

Células del pulmón y su función  
 Función metabólica del pulmón  
 Síntesis y transporte de macromoléculas

*Interrelación entre estructura y función respiratoria*

Morfología e intercambio gaseoso

*Principios generales de investigación en patología respiratoria*

Bioquímica  
 Fisiología  
 Farmacología  
 Inmunología  
     Inmunopatología  
     Inmunoquímica  
 Virología  
 Morfología  
 Biología celular  
 Embriología  
 Bacteriología

*Bases y métodos de investigación científica*

*Redacción de escritos médicos*

Cuadro 4. Educación médica continua para el especialista (Neumología).

**DESTREZAS**

*Prácticas y estudio de la función respiratoria*

*Interpretación radiológica*

*Talleres de técnicas hemodinámicas*

*Evaluación de las técnicas de diagnóstico invasivas*

- a) Punción biopsia transtorácica
- b) Fibrobroncoscopia, biopsia transbronquial
- c) Técnicas de estudio microbiológico
- d) Cepillado bronquial
- e) Biopsia pleural
- f) Biopsias de mucosa y ganglionar

*Talleres de citología pulmonar*

Estudio de la población normal  
 Cambios patológicos de la población celular

Cuadro 5. Educación médica continuada para el médico general.

**PROGRAMA MODULAR**

Ginecología y obstetricia	Pediatría	Psicología médica	Medicina interna	Urgencias médico- quirúrgicas	Medicina social y preventiva
---------------------------------	-----------	----------------------	---------------------	----------------------------------	------------------------------------

do general y familiar considerado como un especialista y en cuyo caso los conceptos anteriores pueden ser relativamente válidos. Dicha educación también se puede obtener en el hospital, en la clínica, en colegios, en academias, en consejos o institucionalmente, como capacitación para el trabajo. Es necesario aceptar que la educación continua del médico general y familiar aún no existe en nuestro medio; no se brinda ni en hospitales ni en instituciones, puesto que es un concepto que en algunos sitios apenas nace. Por otra parte, en so-

ciudades, consejos, colegios, academias y congresos, la posibilidad de educación continua para el médico general y familiar es en nuestro medio aún escasa, ya que tales organismos todavía se encuentran en fase incipiente. En estos casos, las escuelas de nuestro país no solamente deben considerarse como promotoras, sino que deben realizar los esfuerzos y, con su tecnología educacional y sus recursos teóricos y clínicos accesibles a ellas, promover los cursos necesarios para la educación continua del médico general y familiar.<sup>16</sup>

## Cuadro 6. Módulo de ginecología y obstetricia.

### 1. Curso de problemas ginecológicos en la práctica general

Dolor ginecológico  
Cáncer cérvico-uterino  
Cáncer mamario  
Vulvovaginitis

### 2. Curso de obstetricia y medicina general-familiar

Aborto  
Embarazo de alto riesgo  
Nutrición y embarazo  
Drogas y embarazo  
Complicaciones médicas y quirúrgicas del embarazo

### 3. Curso de planificación familiar

### 4. Curso de avances recientes en ginecología y obstetricia

Aún hay otros aspectos en que las escuelas, a mi criterio, tienen una mayor responsabilidad. Es la educación continua para el médico general propiamente dicho, para el tipo de médicos generales, que, aceptémoslo o no, ejercen en todo el país en número de 30 000, muchos de ellos sin mayor conocimiento que el que obtuvieron durante los cinco o seis años que permanecieron en la escuela, que son, en este momento, la mayor fuerza de trabajo a nivel de la medicina de primer contacto y la puerta de entrada, no siempre adecuada, a la medicina de otros niveles.

¿Es posible aceptar que una gran cantidad de esos médicos puedan realizar su educación continua en hospitales, en clínicas, en instituciones, en sociedades, en colegios, en consejos, en academias o en congresos? Seguramente que una minoría de ellos logran obtenerla, pero la gran mayoría permanece ajena a este movimiento, porque quizá se ignora la necesidad de renovar conocimientos. Lo primero que la escuela debe hacer, es despertar esta inquietud a su debido tiempo.

## Cuadro 7. Módulo de pediatría.

### 1. Curso de crecimiento y desarrollo normal

### 2. Curso sobre el primer año de vida del niño

### 3. Curso de infecciones respiratorias

### 4. Curso de síndrome diarreico

Diarreas  
Desequilibrio hidroelectrolítico

### 5. Curso de los problemas infecciosos más frecuentes en la edad pediátrica

Parasitosis  
Salmonelosis, fiebre tifoidea, brucelosis  
Tuberculosis  
Meningoencefalitis  
Septicemia  
Virosis

### 6. Curso de accidentes e intoxicaciones

### 7. Curso de temas selectos pediátricos de interés para el médico general (análisis de los problemas más frecuentes)

Desnutrición  
Subnormalidad mental  
Incomunicación  
Niño golpeado  
Infección respiratoria  
Alergia  
Fiebre reumática  
Convulsiones  
Disfunción cerebral

### 8. Curso de avances recientes en pediatría

¿Por qué las escuelas de medicina? En nuestro caso lo sentimos así, porque la Facultad de Medicina, como parte de la Universidad, participa de una de las grandes acciones en que esta ha crecido y deberá crecer en los años siguientes: en el concepto de extensión universitaria y dentro de él, el de extensión académica. No es apropiarse una responsabilidad; es obvio que tal acción es tarea natural de las dependencias de la Universidad.

En esta forma, la Facultad de Medicina propone en la actualidad dos tipos fundamentales de acciones para estos médicos generales, médicos de los pueblos, médicos de barrio, de ciudades en que no existe otra posibilidad. En primer lugar, un programa de medicina general por correspondencia. Parecería impropio pensar que al través de correspondencia se pueda lograr la educación de un médico. ¿Por qué no toma los libros y los lee? Equivaldría prácticamente a lo mismo. Sin embargo, no lo es. Lo primero que hace un programa por correspondencia es inducirle a estudiar, recordarle cómo hacerlo, ayudarle a prepararse para

Cuadro 8. Módulo de medicina interna.

1. *Curso de enfermedades crónicas más frecuentes en la práctica diaria*

Hipertensión arterial  
Infarto del miocardio  
Bronquitis crónica  
Diabetes mellitus  
Cáncer pulmonar  
Cáncer del aparato digestivo  
Bocio  
Artritis  
Cirrosis hepática  
Pielonefritis  
Insuficiencia cardíaca  
Insuficiencia renal  
Glomerulonefritis

2. *Curso de enfermedades transmisibles más frecuentes en la práctica diaria*

Gastroenteritis  
Infección respiratoria  
Hepatitis  
Pielonefritis

3. *Curso de temas selectos de endocrinología y nutrición*

4. *Curso de temas selectos de gastroenterología*

5. *Curso de temas selectos de otorrinolaringología y neumología*

6. *Curso de temas selectos de cardiología*

7. *Curso de bases de inmunología y alergología para médicos generales*

8. *Curso de reumatología básica para médicos generales*

9. *Curso de patología más frecuente en la práctica de la medicina general (análisis de las 20 causas de consulta más frecuentes)*

10. *Curso de laboratorio clínico para el médico general*

11. *Curso de radiología para el médico general*

12. *Curso de electrocardiografía*

13. *Curso sobre fármacos más frecuentemente utilizados en la práctica general*

14. *Curso sobre antimicrobianos en medicina general*

15. *Curso de avances recientes en medicina*

Cuadro 9. Módulo de urgencias médico-quirúrgicas.

1. *Curso de urgencias médicas más frecuentes*

Coma  
Choque  
Deshidratación  
Epilepsia  
Paro cardiorrespiratorio  
Anemia aguda

2. *Curso de elementos de cirugía para médicos generales*

3. *Curso de elementos de traumatología y urgencias quirúrgicas para médicos generales*

Abdomen agudo  
Cuerpos extraños  
Traumatismos

4. *Cursos de urgencias oncológicas*

Cuadro 10. Módulo de psicología médica.

1. *Curso de desarrollo psicológico en el ser humano*

2. *Curso de trastornos psiquiátricos más frecuentes en la consulta del médico general*

La depresión como problema en la medicina general  
El alcoholismo como problema de salud pública  
Los trastornos y las disfunciones sexuales en el campo de la medicina general  
El problema de la farmacodependencia en México  
Los problemas psiquiátricos en la senectud

3. *Seminario de casos clínicos*

4. *Curso de psicofarmacología y otras terapias psiquiátricas en medicina general*

## Cuadro 11. Módulo de medicina social y preventiva.

### 1. Curso de medicina y ciencias sociales

El papel social del médico general  
El diagnóstico de la salud  
Técnicas de educación para la salud  
La higiene y el médico general  
El médico general en la prevención y mejoramiento del ambiente  
Administración médica  
La práctica social de la medicina  
Auxiliares antropológicos, sociológicos y de dinámica de grupos para el médico general.

### 2. Curso de epidemiología clínica

Epidemiología y el médico general

### 3. Curso de bioestadística

Auxiliares estadísticos del médico general

### 4. Curso de investigación en medicina general y familiar

### 5. Curso de estudios de familias

estudiar, ayudarle a estudiar, comentarle los errores que comete en el momento del estudio, ayudarle a evaluarse, hacerle comprender su ignorancia en forma suave y delicada y acercarle a las posibilidades de decisión de adquirir o readquirir conocimientos.

Es obvio que el programa por correspondencia sólo puede proporcionar conocimientos teóricos. La Facultad de Medicina tiene diseñados cuatro paquetes: uno sobre medicina interna, otro sobre cirugía general, otro sobre pediatría básica y otro sobre gineco-obstetricia teórica. El médico los recibe periódicamente, los estudia, los examina con cuidado, se evalúa, regresa las evaluaciones por correo a la sección correspondiente de la División de Estudios de Postgrado, la cual los califica, le contesta, le hace ver sus aciertos y sus errores, lo exhorta a continuar estudiando, lo incita a encontrar los caminos de superación, lo prepara para tomar otros cursos de educación continua que no tengan ya sólo contenidos teóricos, sino teórico-prácticos. Mediante el auxilio de computadora, pronto podremos ofrecer este programa, que ahora toman cientos, a miles.

La otra acción es la contenida en el Programa del Centro de Educación Continua para el Médico General, el cual está concebido, no como ligado a un edificio, sino como centro normativo, programador de una serie de acciones teórico-

prácticas, que tienen lugar en diversas unidades, en clínicas y en hospitales, en los que el médico general asiste a cursos de diversa magnitud, de diversa profundidad, de distinta orientación, que le permiten renovar sus conceptos teóricos, readquirir destrezas de diagnóstico y de tratamiento; que además le estimulan, le orientan, le inducen a renovar por sí solo sus conocimientos.

¿Por qué las unidades de educación continua para el médico general en centros de salud? Porque en estos sitios se desarrollan las acciones médicas que sustentan los programas de educación continua, porque en estos centros se desarrollan las acciones médicas de primer nivel, en las que él está acostumbrado a participar.<sup>10</sup> De nada sirve a un médico general, cuya actividad fundamental es la consulta en el domicilio o en su propio consultorio, llevarle a tomar cursos en hospitales de tercer nivel, en donde lo único que se va a lograr es hacerle sentir lo lejano que está de tales recursos y posibilidades de diagnóstico y tratamiento propios de una medicina que él no ejerce, frustrando sus deseos de aprender y desorientándole. Es necesario llevarle a obtener el refresco en sus conocimientos a la manera en que él trabaja; en centros de salud, en donde los problemas y las soluciones son más semejantes a las que él maneja a diario. En tales sitios se sentirá más en su ambiente, porque tiene posibilidades de aprender lo que él va a poder repetir al realizar su ejercicio médico. Para esto, ha sido necesario que los centros de salud "Francisco J. Balmis" y "Portales", dedicados a este esfuerzo durante todo el año de 1980, se transformen, eleven su nivel académico, mejoren sus instalaciones y sus mecanismos de docencia y de investigación. Los resultados son muy prometedores. El número de estas unidades se duplicará el año próximo.

Es evidente que algunos de los aspectos de educación continua para el médico general no pueden restringirse a unidades teóricas o a unidades teórico-prácticas del tipo del centro de salud, sino que algunas deberán realizarse en hospitales, de preferencia, los de tipo general. En sitios donde se comprenda la importancia del médico general, la trascendencia del movimiento de la medicina general como el ejercicio fundamental de la atención inicial de la mayor parte de los habitantes de un país; como la puerta de acceso a otros niveles de atención médica.

Por otra parte, el diseño, el contenido, la tecnología educacional, las facilidades de acceso a los cursos, deben realizarse tomando en consideración el nivel de los médicos generales que se acercarán a ellos, sus posibilidades de acceso en tiempo y en duración, sus posibilidades económicas para obtener los cursos y la conveniencia de que en cualquiera de sus opciones: los teóricos, los teórico-prácticos, los de las clínicas y los de hospitales, no sean esfuerzos aislados, sino formen parte de un conjunto que consiste, en sí mismo, en el programa global de educación continua para el médico general.

## REFERENCIAS

1. McGovern, J. P. y Roland, C. G.: *The continuing education*. Springfield. 1969.
2. Gershman, M. Y.: *Study on continuing education*. (Eho/Educ/76, 177) 11:4, 1977.
3. Abrahamson, S.: *Diseases of the curriculum*. J. Med. Educ. 53:951, 1978.
4. Jewell, S. E. y Schneiderman, J.: *Mejoramiento de la educación y las investigaciones mediante la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF)*. Educ. Med. Salud 12:318, 1978.
5. Escobar, F.: *Principios del aprendizaje del adulto en programas de educación continua*. Educ. Med. Salud, 12:185, 1978.
6. De la Torre, E.; Klaindorf, B. y Casanova, R.: *La educación continua en el Ministerio de Salud Pública de Cuba*. Educ. Med. Salud 12:119, 1978.
7. Tamblyn, R. M. y Barrows, H. S.: *Bedsides clinics in neurology. An alternate format for the one-day course in continuing medical education*. JAMA 243:1448, 1980.
8. Walton, R. O. y Kennedy, W. R.: *Individualized CME learning opportunities. A critical role for the community hospital*. Postgrad Med. 67:209, 1980.
9. Stinson, E. R. y Mueller, D. A.: *Survey of health professionals information habits and needs, conducted through personal interviews*. JAMA 243:140, 1980.
10. Manning, P. R.; Covell, D. G.; Mussell, B.; Thomas, C. J.; Bec, R. S. y Denson, T.: *Continuing medical education: linking the community hospital and the medical school*. J. Med. Educ. 54:461, 1979.
11. Burg, F. D.; Grosse, M. E. y Kay, C. F.: *A national self-assessment program in internal medicine*. Ann. Int. Med. 90:100, 1979.
12. Rubenstein, E.; Sokolow, S.; Moses, L. y Lasure, R.: *Continuing medical education before audit*. Med. Care 17:1048, 1979.
13. Maragos, G. D.: *Continuous medical education for the pediatrician. A commentary*. Paediatrician 8:163, 1979.
14. Owens, J. C.; Steiner, J.; Hilfiker, J. y Eversole, B. C.: *Continuing education for the rural physician*. JAMA 241:126, 1979.
15. Stross, J. K. y Bole, G. G.: *Continuing education in rheumatoid arthritis for the primary care physician*. Arth. Rheum. 22:787, 1979.
16. Bland, C. J.; Reincke, R. R., Welch, W. W. y Shahady, E. J.: *Effectiveness of faculty development workshops in family medicine*. J. Fam. Pract. 9:453, 1979.

## PAPEL DE LAS ACADEMIAS DE MEDICINA Y SOCIEDADES MEDICAS

BERNARDO SEPÚLVEDA \*

Se acepta generalmente que las instituciones de enseñanza relacionadas con la salud —escuelas de medicina y hospitales— así como las academias y sociedades médicas, comparten la mayor responsabilidad en la educación continua del médico. La función de cada uno de estos organismos es importante en sí misma; pero indudablemente los

mejores resultados se obtendrían si, a pesar de todas las dificultades, se lograra establecer un sistema coordinado que conjuntara los propósitos, hasta ahora dispersos, de los distintos organismos.

Tal sistema debiera incluir, tanto los fines específicos de las actividades de enseñanza, como los medios eficientes para alcanzarlos; y, asimismo, los procedimientos adecuados para la evaluación de los resultados. En el estado presente de crecimiento y complejidad de las actividades relacionadas con la educación médica continua, es bien difícil planificar un sistema así esbozado; y sin embargo, es evidente la necesidad de encontrar los métodos más eficaces y más económicos de mejorar la preparación del médico, así como la necesidad de comprobar el efecto de esa mejor preparación en la calidad de la atención médica; y, sobre todo, es evidente la necesidad de obtener la participación voluntaria, activa y permanente, del médico en el proceso del aprendizaje, para desarrollar, entre otras facultades, su capacidad plena de autoenseñanza, autocrítica y autoevaluación.

Por lo que respecta al papel de las academias y sociedades médicas en esta ardua tarea de la educación continua, de una manera deliberadamente simplificada, me referiré primero a los métodos de enseñanza que podrían considerarse tradicionales, y después, a otros que han demostrado sus ventajas en el extranjero. Finalmente, haré una proposición concreta sobre el tema.

Uno de los métodos educativos más usualmente empleados por las asociaciones médicas es la edición de revistas periódicas y publicaciones semejantes. El valor educativo de este material impreso es indiscutible y, cuando reúne los debidos requisitos de calidad, debe colocarse entre los primeros rangos de utilidad. Además, tiene otras dos ventajas, también indiscutibles: es el método más barato y más accesible a la generalidad de los profesionales de la medicina, lo mismo para los que viven en grandes ciudades que en lugares apartados.

Una encuesta reciente que se llevó al cabo en los Estados Unidos de Norteamérica parece demostrar la utilidad informativa de las revistas médicas.<sup>1</sup> La encuesta tuvo por objeto determinar cómo había llegado la primera información sobre la cimetidina a un grupo de 449 médicos internistas. Se escogió este medicamento por ser nuevo y prescrito con frecuencia. El resultado fue que las revistas médicas constituyeron la fuente principal de información; en segundo lugar estuvieron los programas de educación médica continua, y después, la *Medical Letter* y otras fuentes. Resultados semejantes se obtuvieron en otra encuesta realizada con especialistas en cardiología, acerca de cómo habían adquirido información sobre la ecocardiografía.<sup>2</sup> Por otra parte, estos datos subrayan la importancia que puede tener el aprendizaje individual realizado por el propio médico en su domicilio.

Aun cuando en nuestro medio no se han llevado al cabo encuestas comparativas de este tipo,

\* Académico honorario.

hay datos para suponer que las revistas médicas son asimismo la principal y en muchos casos, la única fuente de información de los médicos. Desafortunadamente, en la actualidad las revistas médicas de mayor circulación en México parecen ser las de propaganda comercial. Sin embargo, algunas agrupaciones profesionales están realizando meritorios esfuerzos para contribuir a la educación continua del médico por este medio. Como ejemplos, pueden citarse la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

La Academia Nacional de Medicina, en los últimos años, ha incrementado el tiraje de su órgano oficial, la GACETA MÉDICA DE MÉXICO, a 15 000 ejemplares, distribuidos en toda la República. Al mismo tiempo, ha iniciado recientemente la publicación del *Boletín de Información Terapéutica*, con tiro de 25 000 ejemplares, destinado a la evaluación de los medicamentos y otros recursos terapéuticos y dirigido expresamente al médico general.

La Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia publica también, desde hace varios años, la revista *Actualización en Ginecología y Obstetricia*, que lleva como subtítulo *Educación Médica Continua*. La revista contiene valiosa información, tanto para el ginecoobstetra cuanto para el médico no especializado.

Estas publicaciones y otras semejantes, parecen estar cumpliendo su propósito de contribuir a mantener actualizada la preparación de los médicos. Pero, por una parte, este esfuerzo es obviamente insuficiente y se requiere multiplicarlo; y por la otra, es también necesario evaluar la eficacia de estos métodos de enseñanza, a fin de mejorarlos constantemente.

Otro de los métodos más comúnmente empleados es el de cursos periódicos, jornadas y actividades similares, que ofrecen las academias y sociedades médicas en nuestro país. Indudablemente, contribuyen asimismo a la educación de graduados; pero debe hacerse comentario idéntico al de las publicaciones: es preciso multiplicar su número y establecer sistemas adecuados para su evaluación y mejoramiento. Al mismo tiempo, es indispensable evaluar constantemente el aprovechamiento, por parte de los médicos, de la enseñanza impartida.

Aparte de introducir los cambios necesarios para elevar el rendimiento de los métodos actualmente en uso, las academias y sociedades médicas podrían adoptar otros sistemas de enseñanza, que ya han demostrado su utilidad. En esta ocasión, me limito a mencionar un programa de autoaprendizaje y autoevaluación, cuyas grandes ventajas he podido apreciar personalmente.

El Colegio Americano de Médicos, asociación que agrupa internistas de los Estados Unidos de Norteamérica y de otros países, introdujo en 1968 el sistema denominado "Programa de autoevaluación de conocimientos médicos". El sistema ha tenido éxito resonante y ha sido imitado por otras

asociaciones profesionales; además, ha ido perfeccionándose en sucesivas ediciones y en la actualidad está circulando ya la número cinco.

Brevemente descrito, el programa actual, designado para un año de estudio, se compone de tres elementos: 1) el compendio de conocimientos; 2) las preguntas, respuestas y críticas; y 3) los problemas en el manejo de pacientes. Cada uno de estos elementos ha sido preparado por comités de expertos.

El compendio no es un libro de texto; más bien contiene la información reciente de mayor importancia sobre los avances de la etiopatogenia, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en el área de la medicina interna. Además, cada tema va seguido de extensa bibliografía.

Las preguntas son del tipo de selección múltiple y se envían junto con el compendio. Tres meses después, se envían las respuestas y las críticas; estas en realidad son explicaciones a las respuestas e incluyen las referencias bibliográficas en que se apoyan. El médico puede entonces comparar sus propias respuestas con las preparadas por los expertos; y, al mismo tiempo que corrige sus posibles errores, puede hacer la autocalificación de sus conocimientos.

Tres meses después, se envía la serie de problemas relacionados con el manejo de pacientes, que tiene por objeto ejercitar el sentido clínico y aplicar los conocimientos adquiridos a cuestiones de orden práctico.

Gracias a este programa, de diseño admirable y continuamente actualizado, el médico no sólo mantiene al día su preparación, sino que advierte por sí mismo en dónde están sus huecos y cómo debe llenarlos. Y toda esta educación continua puede llevarla al cabo en forma gradual, metódica y bien organizada, en la intimidad de su hogar y a un costo bajo. Por añadidura, el programa utiliza un principio familiar a todos nosotros: el de que la medicina se aprende primero estudiando en los libros y revistas; y precisamente el estudio sistemático y permanente del material impreso es la base del sistema. La segunda etapa del aprendizaje es la aplicación de los conocimientos a la práctica; y aquí también resulta un valioso auxiliar la serie de problemas relativos al manejo de pacientes, que constituye la parte final del programa.

Si bien este sistema de enseñanza tiene por base el material impreso, el programa puede complementarse con la edición de otros métodos también utilizables a domicilio, como las cintas grabadas, las "videocintas" y lo que parece ser el avance tecnológico más importante en este campo, los sistemas ópticos de "videodiscos".

Estos sistemas de autoenseñanza y autoevaluación tienen grandes ventajas para la educación médica continua, por su solidez de la preparación que imparten, por su relativa economía, por el hecho de ser compatibles con la diaria ocupación del médico, y quizá lo más importante, porque lo hacen participar activamente en el proceso del

aprendizaje, reviviendo además sus hábitos de estudio.

Obviamente, la autoeducación individual y sistemática a domicilio, no sustituye a los cursos, jornadas y otras actividades similares organizadas por las academias y sociedades médicas, que tienen su propia función; como tampoco sustituye a las revistas publicadas por las mismas agrupaciones. Por el contrario, estos diversos métodos se complementan recíprocamente, y aun pueden combinarse de manera expresa para obtener la máxima utilidad de su aplicación.

Creo que este simposio representa ocasión propicia para formular, a la manera de conclusión del tema que he tenido el honor de presentar, una proposición concreta:

Que la Academia Nacional de Medicina, en unión de otras sociedades médicas, estudie la forma de preparar programas de autoenseñanza y autoevaluación para la educación continua de los médicos.

#### REFERENCIAS

1. Manning, P. R. y Denson, T. A.: *How internists learned about cimetidine*. Ann. Int. Med. 92:690, 1980.
2. Manning, P. R. y Denson, T. A.: *How cardiologists learn about echocardiography: a reminder for medical educators and legislators*. Ann. Int. Med. 91:46, 1979.

## CARACTERÍSTICAS DEL SUBSISTEMA EN CUBA

JOSÉ A. LLORÉNS-FIGUEROA \*

Es evidente que en nuestra época no podemos confiar en una preparación básica llevada al cabo en los estudios de pregrado que garantice la competencia profesional para toda la vida. Cada vez más el límite entre los estudios de pregrado y postgrado tiende a ser más impreciso, por lo cual adquiere una gran relevancia la educación continua.

En la actualidad es bien conocido que ni los mejores centros de educación médica pueden proporcionar a los futuros profesionales, al momento de su egreso, un nivel de conocimientos suficientes que les permitan desenvolverse sin dificultades du-

rante toda la vida profesional. Para ello deberán estudiar, actualizar y perfeccionar los conocimientos, la técnica y su experiencia de manera continuada y permanente.

La necesidad de una educación continuada para todo el personal de salud, en nuestro caso, adquiere una importancia trascendental, por cuanto existe un sistema nacional de salud con una organización más ágil en la toma de decisiones, que con la que cuentan los centros de estudios de pregrado para incorporar a sus planes de estudio los cambios que preparen al futuro egresado para trabajar adecuada y eficientemente y en consonancia con la organización de los servicios de salud y las necesidades de la población a las que los mismos deben responder.

Concebimos la educación continua como un proceso permanente de aprendizaje que se inicia en el momento en que el profesional o técnico finaliza su instrucción básica o especializada, para no abandonarla jamás durante el tiempo que permanece en su ejercicio profesional.

Para desarrollar un sistema general integrado de educación de postgrado es necesario considerar los distintos componentes existentes, cada uno de los cuales se puede considerar como un subsistema. Además del subsistema de especialización y el de educación continua, existen el de superación de los cuadros científicos-pedagógicos y el de grados científicos. Entre todos ellos existe una gran interacción y la calidad del sistema depende del perfeccionamiento de cada una de las partes.

En 1973 se creó, por el Ministerio de Salud Pública, una estructura, actualmente Departamento de Educación Continuada, con el propósito de dirigir y organizar la enseñanza continua. Desde entonces la actividad adquiere un nuevo contenido y significado, mediante la confección de programas al través de un plan a escala nacional.

La concepción de enmarcar las actividades correspondientes al programa de educación continua dentro del sistema nacional de salud se basa en utilizar al máximo las posibilidades que brinda su organización, estructura y recursos. Tal situación ha permitido una cobertura de los programas dirigidos a todo el personal profesional y técnico de la salud en función de objetivos operacionales y educacionales establecidos.

Las actividades se planifican y ejecutan sobre la base de las necesidades de los servicios de salud y de su personal, de acuerdo con las situaciones actuales y perspectivas de desarrollo de dicho sistema nacional de salud.

Si la finalidad del sistema nacional de salud es elevar cada día más el nivel de salud de la población, es de primordial importancia que sus profesionales y técnicos se encuentren permanentemente en condiciones de satisfacer esa finalidad. Uno de los aspectos necesarios para cumplir ese objetivo es desarrollar un programa general y coherente de educación continua que abarque a todo el personal de salud, desde las unidades de base hasta las más especializadas.

\* Profesor titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas. Jefe del Departamento Nacional de Educación Continuada. Ministerio de Salud Pública. La Habana.

## Organización

Para llevar al cabo los planes de educación continua, el Ministerio de Salud Pública cuenta con un departamento central que promueve, planifica, organiza, dirige y controla todas las actividades de educación continua. Es el encargado de establecer las normas del subsistema, que son de obligatorio cumplimiento y que aparecen anualmente como "Instrucciones metodológicas".

La estructura organizativa del subsistema se completa con la existencia, en cada provincia, de un departamento de educación continua, subordinado a la vicedirección provincial de docencia, que tiene a su cargo la planificación, ejecución y control de las actividades a su nivel. Además de la organización docente provincial, los municipios y unidades de toda la organización tienen designados responsables de la educación continua, que colaboran en la realización de las actividades.

La identificación de las necesidades para la confección del plan anual se realiza mediante el intercambio de información y sugerencias entre los niveles centrales y provinciales, cuyo análisis proporciona los elementos para la determinación de las prioridades de la temática que debe ser incluida en el programa que se desarrolle a cada nivel, conformando los planes de actividades internas de las unidades de los servicios de salud, los planes de actividades municipales, los planes de actividades provinciales y el plan de actividades nacionales.

El proceso de identificación de necesidades y determinación de las prioridades para elaboración de los planes, debe responder a los objetivos operacionales y educacionales que plantea el subsistema de educación continua y, muy especialmente, a la política de salud del Ministerio de Salud Pública.

## Programas

Uno de los problemas fundamentales del subsistema está en la elaboración de los planes, a fin de que pueda constituir un verdadero instrumento para el mejoramiento de los servicios de salud, garantizando la superación y perfeccionamiento de todo su personal.

La necesidad de mantener actualizado a todo el personal de salud es ahora más evidente, ya que la revolución científico-técnica modifica en cortos períodos, tanto los conceptos que se adquieren durante los estudios de pregrado, como la tecnología que apoya y complementa el trabajo del equipo de salud.

Las formas y modalidades que adopta el programa de educación continua están en función de los objetivos propuestos, de la sección de la temática y del nivel de capacitación técnica e intelectual del personal al que va dirigido. Las actividades pueden ser a tiempo completo o a tiempo parcial, de acuerdo con las características organizativas de la actividad.

Las formas de organización de la enseñanza se pueden desarrollar como conferencias, paneles, seminarios, talleres, debates, actividades prácticas y otras.

Según los objetivos que se persiguen, las actividades se clasifican en actividades de actualización, complementación, reorientación y adiestramientos.

Cualquiera que sea la organización de la enseñanza, las actividades pueden ser de corta duración, cuando tienen menos de veinte horas, o actividades entre veinte y ciento veinte horas de duración, clasificadas como cursos y por cuyo aprovechamiento se otorga a los participantes un certificado de crédito, independientemente del nivel de la organización donde se desarrollen.

El adiestramiento constituye un elemento importante dentro de las modalidades de educación continua. Es el aprendizaje programado con énfasis en el aspecto práctico, que puede adquirirse realizando funciones inherentes al puesto de trabajo, o en relación con la adquisición de nuevas habilidades, siempre que se establezcan condiciones óptimas de enseñanza, supervisión y evaluación. El adiestramiento podrá desarrollarse dentro del propio centro de trabajo o en otro que reúna las condiciones necesarias, dirigido por un tutor competente y un programa previamente elaborado, con duración máxima de seis meses.

En el presente año se ha puesto en práctica, dentro del subsistema de educación continua, un plan especial a nivel nacional para el reciclaje del personal médico ubicado en unidades del sistema nacional de salud no docentes ni investigativas.

Cada médico general o especialista incluido en este plan realizará un reciclaje de un mes de duración cada tres años en los servicios docentes de la propia provincia y dentro de su especialidad o dedicación. El período de reciclaje para los médicos de ciudad de La Habana es de cinco años.

La participación de los médicos en esta actividad se controla mediante un registro actualizado en cada provincia y la confección de un plan a corto plazo (anual) y un plan a mediano plazo (trienal o quinquenal), que define la fecha de participación de cada médico (cuadro 12).

El desarrollo de esta actividad sistemática persigue los siguientes objetivos:

1. Elevar la calidad de la atención médica, mediante un mejoramiento de la competencia profesional del personal de salud.
2. Elevar el nivel de conocimientos y técnicas, al través del refrescamiento, la actualización y la complementación.
3. Aumentar la motivación para una autoinstrucción y otras formas de educación continua.

El subsistema de educación continua emplea los diversos recursos que brindan los medios audiovisuales, incorporados a los diferentes programas y a los distintos niveles de la organización.

Los programas audiovisuales producidos por el departamento central son distribuidos a todas las provincias, las cuales cuentan con los equipos ne-

Cuadro 12. Plan de reciclaje. Registro y distribución por provincias.

Provincias	Total de médicos	Por categoría		Distribución de médicos por año en el quinquenio				
		Especial	M. generales	1980	1981	1982	1983	1984
Pinar del Río	183	35	148	37	37	41		
Habana	398	114	284	122	138	138		
Ciudad Habana	1174	312	862	182	248	248	248	248
Matanzas	274	91	183	21	130	123		
Villa Clara	146	37	109	36	50	60		
Cienfuegos	78	6	72	23	24	31		
Sancti Spiritus	113	26	87	17	48	48		
Ciego de Avila	127	39	88	30	48	49		
Camagüey	167	56	111	53	60	60		
Las Tunas	107	49	58	29	39	39		
Holguín	126	20	106	36	46	43		
Granma	59	26	33	10	24	25		
Santiago de Cuba	155	35	120	60	58	37		
Guantánamo	37	10	27	15	17	5		
Isla de la Juventud	52	34	18	12	20	20		
<b>TOTAL</b>	<b>3196</b>	<b>890</b>	<b>2306</b>	<b>683</b>	<b>987</b>	<b>967</b>	<b>248</b>	<b>248</b>

cesarios para la proyección de cintas filmicas, diapositivas con sonido y *videocassettes* que circulan por todas las unidades.

Estos programas didácticos de interés para nuestros profesionales y técnicos constituyen en sí un apoyo a la educación continua, complementándose con materiales impresos.

Con el desarrollo sistemático de esta actividad se ha logrado una modalidad original dentro de la educación continua, que promueve a la participación activa y al interés por la superación de todo el personal.

Hasta el momento y sólo a partir de los últimos cinco años, se han producido un total de 100 programas de cintas filmicas y diapositivas con sonido y 55 programas de *videocassettes*.

#### Información científico-técnica

El subsistema de educación continua se complementa con un servicio de información científico-técnica que ofrece el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, que cuenta con una red de bibliotecas en todo el país y un servicio de información periódica al través de revistas y series de folletos de información temática y temas de actualidad, publicaciones que llegan con fluidez a todos los profesionales y técnicos de la salud.

Este servicio cuenta además con otros tipos de publicaciones secundarias, investigaciones bibliográficas y traducciones de trabajos científicos.

En el momento actual se publican en el mundo mensualmente algo más de 3 000 revistas médicas, que representan un número exorbitante de datos para cualquier especialidad, cuyo procesamiento difícilmente se puede realizar por algún especialista o científico, incluso con la ayuda de la cibernética. Es por ello que consideramos de vital importancia la discriminación selectiva de la información como modalidad eficaz para la actualización del personal de salud.

#### Resultados del trabajo realizado

Un elemento importante que ha posibilitado el desarrollo del subsistema de educación continuada, ha sido promover y lograr la participación de distintos niveles en la confección del programa, identificando cada cual los aspectos que deben enfocarse. Debido a ello, resulta un programa equilibrado, que en su conjunto responde al objetivo fundamental de la educación continua, que es mantener capacitado permanentemente al personal de salud, para que con su trabajo contribuya a elevar los niveles de salud de la población.

El Ministerio de Salud Pública ha encontrado, al través de la educación continua, un vehículo idóneo que facilita el desarrollo rápido de sus nuevos programas y la aplicación de su política, incorporando una gran cantidad de médicos, estomatólogos, farmacéuticos, enfermeras y otros téc-

Cuadro 13. Actividades de educación continuada realizadas por profesionales.

	1976		1977		1978		1979	
	Activ.	Part.	Activ.	Part.	Activ.	Part.	Activ.	Part.
Nacionales	91	1063	124	876	124	652	159	1050
Provinciales	168	1513	466	3238	319	2481	167	1360
Municipales	324	4964	1031	10829	1437	10591	1084	8382
Internas	75	660	10439	68408	14771	89332	8269	50207
<b>TOTAL</b>	<b>658</b>	<b>8200</b>	<b>12060</b>	<b>83351</b>	<b>16651</b>	<b>103056</b>	<b>9679</b>	<b>60999</b>

Cuadro 14. Actividades de educación continuada realizadas por técnicos medios.

	1976		1977		1978		1979	
	Activ.	Part.	Activ.	Part.	Activ.	Part.	Activ.	Part.
Nacionales	42	499	51	366	48	383	96	509
Provinciales	57	823	529	3813	349	4528	155	1765
Municipales	1250	8262	744	10263	1128	14544	1331	11195
Internas	—	—	8719	82351	13968	132178	14729	139128
<b>TOTAL</b>	<b>1349</b>	<b>9584</b>	<b>10043</b>	<b>96793</b>	<b>15493</b>	<b>151633</b>	<b>16311</b>	<b>152597</b>

nicos, de manera que cada uno individualmente y todos en su conjunto, al formar parte del sistema nacional de salud, puedan garantizar en la práctica el éxito de estos programas y políticas.

La educación continua ha contribuido en estos últimos años a que el sistema nacional de salud haya alcanzado los objetivos que se ha propuesto. Su éxito se ha hecho posible porque la actividad en su conjunto ha sido concebida en función del sistema, de su estructura, de su organización, de sus posibilidades y de sus necesidades actuales y perspectivas.

Durante estos años se ha trabajado en la puesta en marcha del subsistema con las medidas organizativas que garanticen la participación masiva de los profesionales y técnicos de la salud. El número de actividades realizadas y el número de participaciones registradas es un reflejo objetivo de los éxitos alcanzados hasta el presente (cuadros 13 y 14).

#### *Perspectivas de la educación continuada en Cuba*

El subsistema de educación continua se ha desarrollado con éxito en pocos años, y se prepara para un salto de calidad en el próximo quinquenio. El desarrollo debe responder al incremento de personal de salud previsto para los próximos años, con un mejoramiento en la calidad de las actividades programadas y la introducción necesaria de nuevas formas de educación continuada, así como la implantación de un sistema de evaluación que permita apreciar los verdaderos resultados obtenidos. El sistema de evaluación debe cons-

tar de dos aspectos fundamentales: la evaluación del proceso docente y la evaluación de la eficiencia aplicativa de los conocimientos, habilidades y hábitos adquiridos y cómo se reflejan estos en las acciones de salud.

Para dar una respuesta adecuada el subsistema, debe incorporar y desarrollar diversos tipos de actividades, al través de métodos de enseñanza directa e indirecta.

En el futuro será necesario incrementar y perfeccionar métodos de enseñanza indirecta, al través de cursos por correspondencia, cursos dirigidos o semidirigidos y programas de autoenseñanza, con un carácter sistemático, para distintos grupos de profesionales y técnicos.

El plan de reciclaje se extenderá progresivamente a otros grupos de profesionales y técnicos, de acuerdo con las posibilidades, de manera que su puesta en práctica se logre exitosamente.

Por último, se proyecta para el próximo quinquenio la creación de un Centro de Perfeccionamiento, con el propósito de desarrollar metodología, actividades modelos y experimentales, preparación en el trabajo metodológico de profesores para el subsistema y producción de materiales de enseñanza. Este centro, además será el encargado de realizar investigaciones educacionales en función de la educación continua.

Con estas perspectivas esperamos llegar al año de 1985 con un subsistema de educación continua consolidado y que responda con toda su potencialidad a la finalidad del sistema nacional de salud de elevar cada día el nivel de salud de la población y su plena satisfacción.

## ALCANCES Y LIMITACIONES PARA APOYAR LA COMPETENCIA PROFESIONAL

CARLOS A. VIDAL.\*

Todos y cada uno de los médicos en ejercicio deberían reconocer:

- La necesidad de mantener su capacidad profesional.
- La necesidad de usar teorías y técnicas de prácticas innovadoras o creativas.
- La necesidad de entender los nuevos descubrimientos de importancia en el campo de las ciencias básicas.
- La necesidad de aplicar los principios éticos que se requieren en un ambiente de trabajo constantemente cambiante.
- La necesidad de reforzar y sostener una coherente responsabilidad profesional.
- La necesidad de mantener un equilibrio entre su trabajo y su estilo de vida, no dejándose absorber totalmente por el primero con detrimento del segundo.
- La necesidad de colaborar con los miembros de otras profesiones de la salud y de otros campos del quehacer humano para compartir concepciones y formas de trabajo en beneficio de la salud de las poblaciones.
- La necesidad de orientar todo lo anterior para satisfacer las necesidades de salud de los pobladores y de las sociedades de las cuales emerge y en las cuales se desenvuelve.

Si los postulados anteriormente señalados constituyesen una preocupación permanente de los médicos, sería necesario desarrollar como respuesta precisa sistemas o procesos que permitiesen la satisfacción de esas necesidades.

Este proceso permanente de interacción sociológica es lo que denominamos "educación". El proceso permanente de diálogo entre las necesidades de los individuos-personas e individuos-profesionales y entre sociedad y profesiones, es lo que llamamos "proceso educacional".

Si consideramos a la educación dentro de una nueva dimensión, como un diálogo y no como un monólogo del que posee el saber, obtenido por transferencia igualmente unidireccional, entenderemos la necesidad de la "educación continua". Surge un descubrimiento, aparece un nuevo discurso; es preciso dirigir este nuevo conocimiento a alguien que lo requiere. Se presentan nuevas necesidades en las sociedades, en las comunidades,

en los individuos; es necesario recogerlas, analizarlas, ofrecer soluciones y evaluar lo actuado.

Todo lo anterior es un proceso educacional permanente, continuo, que al definirse en una actitud fundamentalmente coloquial está basado en y para las necesidades de salud de las poblaciones.

Entendida así, la educación continua —no sólo para los médicos, sino para el personal de salud en general— vive una etapa histórica en la que sus programas y objetivos no deben estar pre-determinados o simplemente ordenados en secuencias más o menos lógicas, según el pensamiento del "ordenador" (profesor), y menos aún desarrollados en términos de modelos sociales y educacionales tomados en préstamo y destinados a un grupo muy reducido de la sociedad. Por el contrario, los programas y objetivos de esta educación continua deben ser el resultado de una consulta permanente de las necesidades de salud de las poblaciones, en función de preocupaciones reales e inmediatas, destinadas a un crecido número de personas y, fundamentalmente, para el desarrollo de los programas de salud.

Por lo tanto, la educación continua, en un nuevo concepto, debe ser no sólo permanente sino esencialmente de carácter integrador, contando con la participación de las comunidades y sus entornos social, económico, ambiental y cultural; es decir, en forma de diálogo bidireccional. De esta manera, sería más que una adquisición individual (el profesional médico), un medio con el cual una población o un país progresa en materia de salud.

Este tipo de educación continua —sin divorcio del trabajo y de la producción en salud, ligado a los servicios y a la práctica donde están inmersos los profesionales de la salud— constituye un factor de transformación de dicha práctica médica, al incorporar nuevos conocimientos, nuevas prácticas para solucionar problemas, no sólo en el campo de lo biológico, sino también en su interrelación con lo social.

La educación continua de los médicos, unida al desarrollo de la propia comunidad, cuenta con la participación activa de sus pobladores y hace del médico un conocedor de sí mismo y de sus comunidades. Logra así cubrir esa necesidad del médico de relacionar su trabajo con su estilo de vida, con el comportamiento comunitario, con su cultura —subjetiva y objetiva—, permitiendo una mejor asociación con otros profesionales y creando condiciones para el desarrollo de acciones de participación mutua.

Pero lo anterior está aún, en la mayoría de los países, en el planteamiento teórico y, considerado por muchos como la vanguardia de una nueva educación y por otros, como el lindero entre lo factible y la utopía. La educación médica continua está actualmente en un estado de rápida expansión y de confusión.

Tratamos aquí específicamente de la educación médica continua, pero no podemos dejar de mencionar que lo hacemos por razones puramente metodológicas o de compromiso estratégico, ya que

\* Jefe de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Recursos Humanos e Investigación. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.

de lo que deberíamos ocuparnos es de la *educación continua para el personal de salud*, uno de ellos, el médico. Más aún, cuando como países o como organismos internacionales, nos enfrentamos a la meta de "Salud para todos en el año 2000", que requiere de un esfuerzo global y totalizador.

En consecuencia, la educación continua del personal de salud se sitúa deliberadamente en el contexto de las políticas actuales de extensión de la cobertura de salud.

En primer lugar, si el objetivo fundamental es extender la cobertura de salud, el objetivo principal de la educación continua es reforzar y readaptar la capacitación del personal de salud que permitirá esta ampliación.

Es indudable que sólo si existen programas y actividades de salud bien definidas, se podrá establecer un programa de educación continua que capacite al personal de salud y acelere la extensión de la cobertura, mejorando su calidad. Con esto queremos decir que, por sí sola, la educación continua no podrá mejorar la cobertura, sino que se ha de implantar en programas de salud bien diseñados.

Debo reconocer que la educación continua tiene otros objetivos de orden educativo, científico, gremial o individual y que responde a necesidades de perfeccionamiento o especialización legítimas y propias de cada profesión (médicos en este caso); pero debo hacer hincapié en que estos objetivos son secundarios o por lo menos concomitantes con el objetivo principal: la extensión de la cobertura para aquellas poblaciones que aún carecen de lo mínimo en atención de salud.

Esta extensión de la cobertura se basa en un sistema regionalizado o una red jerarquizada de servicios, en donde los diferentes niveles se complementan para dar a la población una atención integral, mediante cuidados primarios, secundarios y terciarios. Este sistema regionalizado requiere de personal de salud con características técnicas y psicológicas muy definidas, ya que la regionalización de los servicios es fundamentalmente un problema de distribución de funciones, actitudes y motivaciones, es decir, un problema de recursos humanos.

La educación continua debe ser el instrumento por excelencia para transformar al personal actual en personal "regionalizado". Por lo tanto, es necesario situar el sistema de educación continua dentro del marco de la regionalización: con programas amoldados al personal y equipos de salud da cada nivel.

La extensión de la cobertura también está íntimamente ligada a la estrategia de la atención primaria, puerta de entrada al sistema regionalizado e interfase entre las acciones de salud de la comunidad y los servicios organizados. Debido a que esta atención primaria es, casualmente, lo más deficiente en los países, la educación continua deberá orientarse a mejorarla en forma permanente.

Se acepta que, además del sistema formal o institucionalizado, existe un conjunto de agentes que

intervienen decididamente en la salud de su comunidad: la madre de familia, la maestra, la partera empírica y otros, que forman el "sistema informal o comunitario". La movilización de este sistema con la participación de todos sus integrantes, constituye la estrategia fundamental en la extensión de la cobertura. Así, la educación continua deberá tratar de mejorar los conocimientos que deben ser entregados o apropiados a la comunidad y a sus agentes. Estos conocimientos en salud no deben nunca estar aislados del contexto general —vivienda, trabajo, otros— ni de la necesaria interrelación con otros trabajadores y con otros sectores.

Al respecto, citamos algunas consideraciones extraídas de una publicación reciente de la OPS, titulada *Educación continua*,<sup>1</sup> que dicen:

... "ello obliga a invertir el enfoque de la formación del personal, procediendo 'de abajo hacia arriba', es decir, partiendo de las necesidades de adquisición de conocimientos por parte de la población y su sistema informal, y estableciendo, a partir de ahí, en forma ascendente, las necesidades de educación continua del personal auxiliar, técnico y profesional, para que en todo momento su acción complemente la acción de la comunidad".

Finalmente, a estas consideraciones sobre educación continua y participación de la comunidad cabe agregar una nota general de cautela.

Cuanto más se acerque la educación continua al personal periférico y al personal de la comunidad, más cuidado se tendrá de no agredir, al través de la enseñanza, los valores de la comunidad. En los puntos de contacto entre los sistemas formales e informales, donde se operaría una delicada articulación, la educación continua deberá preparar al personal de salud para entender estos valores, respetarlos y entablar un diálogo con la comunidad. De esta actitud de respeto y de 'diálogo' dependerá, en último término, la participación de la comunidad.

En los países de América Latina y del Caribe, la educación continua para el personal de salud suele darse en dos situaciones:

A. Actividades esporádicas de capacitación para diversas categorías de personal de salud, que generalmente no están vinculadas entre sí ni en relación con los objetivos de extensión de cobertura de los servicios de salud. Se desea, sin embargo, mejorar la capacitación del personal, lo que se conseguirá ampliando los programas de educación continua, coordinándolos y sincronizándolos para crear un sistema coherente.

B. Se ha tomado la decisión de establecer, desde el comienzo, un sistema de educación continua interpersonal, coordinado con cobertura nacional.

Cuando la OPS decidió impulsar un programa regional de educación continua para el personal de salud realizó, con el apoyo de la Canadian International Development Agency (CIDA) un estu-

dio para analizar la situación de la educación continua en América Latina y el Caribe. La información obtenida en 23 de estos países, mostró que no en todos ellos existían programas de educación continua. Se logró identificar por lo menos 155 programas para las diferentes categorías de personal.

La organización y coordinación de esos programas presentaban amplias variaciones:

En dos países existían programas coordinados, permanentes, con objetivos de cobertura nacional para todo el personal del sector.

En 17 países existían programas independientes en las diferentes instituciones del sector.

En cuatro países existían solamente programas esporádicos y con cobertura parcial.

A pesar del número elevado de programas, sólo una parte del personal tenía acceso a la educación continua.

En cinco países los programas alcanzaban un gran número de trabajadores de salud, pero a menos de 50 por ciento de ellos.

En 13 países los programas lograban alcanzar "una pequeña minoría" del personal, o menos de 10 por ciento.

En cinco países alcanzaban "una parte insignificante" del personal.

La información preliminar mostró, por lo tanto, un gran número de programas de escasa cobertura. El estudio comparativo de los programas de educación continua en los países evidenció que se reagrupaban muchas actividades de carácter muy diverso bajo la denominación general de educación continua.

Lo anterior indicó la necesidad de hacer una distinción clara —según el objetivo perseguido por el programa— entre los varios tipos de adiestramiento que recibe el personal de salud durante su vida profesional. Así, en un mismo programa pueden coexistir varios tipos de actividades, las que pueden responder a objetivos diferentes, que a su vez determinan diferentes tipos de adiestramiento.

El adiestramiento en servicio, definido como el aprendizaje informal que el trabajador obtiene día a día en su puesto de trabajo, que no es evaluado ni recibe certificación, fue descartado por el grupo que realizó el estudio, ya que sólo adquiere carácter de educación continua en condiciones óptimas de programación y supervisión, excepcionales en América Latina y el Caribe.

Se definieron los siguientes tipos de adiestramiento:

- a) *Adiestramiento de regularización*, cuyo objetivo es dar adiestramiento y certificación formal a trabajadores de la salud que obtuvieron anteriormente su capacitación en forma empírica, o con adiestramiento informal en servicio.

- b) *Adiestramiento de especialización*, cuyo objetivo es dar conocimiento y habilidades adicionales a un trabajador de salud para que asuma eficientemente una función especializada.

- c) *Adiestramiento de actualización*, cuyo objetivo es asegurar la eficiencia del personal de salud manteniendo sus conocimientos al día, pero sin considerar su reclasificación o sin considerar cambios fundamentales en sus funciones.

- d) *Adiestramiento de reorientación o recapacitación*, cuyo objetivo es dar adiestramiento a una categoría de personal cuyas funciones dejan de ser requeridas, para que pueda desempeñarse en otras tareas.

- e) *El desarrollo de personal*, cuyo objetivo es ofrecer al personal un plan de adiestramiento escalonado, junto con la posibilidad de adquirir mayores responsabilidades dentro de una estructura institucional.

- f) *Educación iterativa o recurrente*, que sería la forma más acabada de la educación continua, resultante de un cambio en la estrategia educacional, por la cual se acorta la formación escolar o académica inicial y se la complementa con sucesivos períodos de formación durante la vida profesional.

Hechas estas diferenciaciones, se observó que entre 123 programas estudiados, el tipo más frecuente era el c), adiestramiento de actualización, con 49 programas; seguían, en orden de frecuencia, b) adiestramiento de especialización, con 27 programas; a) adiestramiento de regularización, con 24 programas; e) desarrollo de personal, con 19 programas; y f) educación iterativa, con cuatro programas.

El estudio demostró que los programas eran generalmente organizados en función de las necesidades de los grupos profesionales: médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares y otros.

Esta modalidad indicó que la comunidad de intereses más importantes era aquella que sentían los miembros de una misma profesión. No se conocían programas destinados a grupos funcionales, tales como todo el personal de un mismo hospital; o grupos geográficos, como el personal de una región sanitaria.

Esta orientación tenía como consecuencia directa la organización de programas por profesión, sin coordinación de elementos comunes. Así, los programas para enfermeras no tenían puntos en común con los destinados a los médicos o a los técnicos con quienes trabajaban.

El estudio obtuvo solamente el número de programas por profesión, sin indicadores de magnitud, calidad o contenido, por lo que sólo fue posible hacer comparaciones cuantitativas. Cada categoría contaba con programas específicos. Aunque el mayor número de programas estaba destinado a los médicos y a las enfermeras, había programas para odontólogos, farmacéuticos, técnicos

o tecnológicos, personal administrativo y auxiliares.

En la distribución de los programas por subsector, se destacó la posición de liderazgo del subsector público en este campo: de 155 programas, 92 eran organizados para personal del subsector público, 43 para el subsector semipúblico y 20 para el privado.

Un aspecto importante, tanto por sus implicaciones legales y laborales como por su impacto psicológico, fue la obligatoriedad de los programas de educación continua. La información disponible sobre 123 programas, señaló que la mayoría, o sea 98, eran optativos, pero que por lo menos unos 27 eran obligatorios.

En cuanto a la cobertura geográfica, las técnicas educacionales utilizadas, dejaron suponer una cobertura insuficiente de las áreas rurales y periféricas.

A partir de tal estudio, la OPS viene desarrollando, con apoyo de la CIDA, un programa de educación continua en siete países de la Región —Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras y República Dominicana—.

Si nos hemos de referir exclusivamente a la educación médica continua, debemos considerar que la formación médica previa es fundamental para orientar un programa de educación continua. Tres son los ciclos o fases en que podemos dividir la formación del profesional médico en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

El primero, caracterizado por la incorporación de los conocimientos científicos básicos que deberán servir de cimiento para la aplicación clínica; el segundo, caracterizado por el aprendizaje clínico; y, el tercero, por la plena actividad profesional, en el cual, generalmente, se considera la educación continua.

Ahora bien, nosotros podemos establecer las necesidades educacionales de cada uno de los ciclos anteriores, si primero delineamos cuidadosamente los objetivos sobre los cuales aplicamos el proceso educacional.

Sin duda, el primer objetivo de la formación básica médica es proveer a los estudiantes las habilidades necesarias para entender y solucionar problemas de salud y enfermedad basados en el conocimiento científico. Por lo tanto, se debe preparar un modelo de solución de problemas, necesario para su capacitación y desempeño como un buen médico.

La enseñanza modular y la evaluación permanente dentro de un sistema escolarizado, son las tecnologías educacionales más empleadas. Los módulos de enseñanza han sido predeterminados y hechos en función de los objetivos a cumplir dentro de ciertos estándares. La evaluación final, formal y sumativa, es una responsabilidad de las instituciones (facultad/escuela); a ella, el grupo profesional le ha encargado señalar la calidad del proceso educacional, de acuerdo con los parámetros por ellos establecidos.

El segundo ciclo de la educación médica se caracteriza porque su objetivo es la utilización del

conocimiento logrado durante el ciclo anterior.

Este objetivo se logra a través de una práctica más o menos independiente, bajo una cercana o más o menos lejana supervisión. La práctica ha de realizarse en el medio en donde trabajará en el futuro el estudiante. Este ciclo, mediante una evaluación permanente, permite correcciones. Aquí, la tecnología educacional se caracteriza por una disminución notable de las clases teóricas y de las clásicas evaluaciones escritas. Al evaluar el desempeño del individuo en situaciones de real trabajo, se mide el cumplimiento del objetivo fundamental de este ciclo.

La tercera fase o ciclo es una continuación del anterior, marcada, generalmente, por certificaciones específicas de ejercicio profesional especializado. En otros casos, esta fase se ha adelantado porque es inmediata a la finalización de los estudios médicos formales. En una u otra alternativa, esta fase es la del ejercicio profesional propiamente dicho, en la cual el médico actúa independientemente en su práctica, en su aprendizaje y en su investigación, o en una combinación de estas tres actividades. Por lógica, esta fase debe considerarse la de más utilidad para la sociedad.

Si el médico ha sido declarado apto para cubrir o solucionar las necesidades de salud de los individuos y de sus comunidades, el objetivo educacional de esta fase será mantener esta "competencia" o "aptitud" en los más altos niveles posibles, durante la vida productiva del profesional. Es en esta fase donde estamos acostumbrados a corporizar a la educación continua del médico.

La educación continua deberá ser, entonces, la metodología educacional empleada para mantener esta competencia. Pero nos olvidamos que al médico se le ha declarado apto para solucionar los problemas de salud, no sólo de los individuos, sino de sus comunidades, y no sólo de unos cuantos —los que tienen acceso a él— sino de todos los que necesiten del cuidado de su salud. Aquí comienza el problema. Generalmente, la educación continua ha sido orientada a reforzar las situaciones imperantes, mejorando y ampliando las oportunidades de la práctica médica hegemónica, fundamentalmente curativa, individual, privada y tecnológicamente exagerada.

Actualmente existen procedimientos educacionales muy desarrollados, tecnologías educacionales (autoinstrucción, enseñanza computada, enseñanza a distancia, modelos de simulación clínica, evaluaciones formativas computarizadas, evaluación por desempeño, otras), que permiten darle a la educación médica continua el valor de instrumento esencial y fundamental para mantener y mejorar la competencia de los médicos. Pero debemos hacernos algunas preguntas antes de iniciar un proceso de educación médica continua.

¿Para qué? ¿Qué objetivo deseamos alcanzar? ¿Están nuestros médicos aptos, son competentes para atender las transformaciones que se están presentando en nuestras sociedades? ¿Son capaces de participar en esa revolución en salud que signi-

lica la meta de salud para todos en el año 2000? ¿Podrá trabajar en conjunto con otros profesionales para lograr el "bienestar" de las poblaciones, que es el nuevo y amplio concepto de lo que significa salud?

La respuesta es indudablemente negativa. La mayoría de las escuelas y facultades no los forman así; por lo tanto, deberá hacerse inmediatamente un gran esfuerzo para lograr esta formación en la primera y la segunda fase de la educación médica. Para los que anualmente se incorporan al trabajo médico en América Latina, será necesaria una educación continua que incorpore estos dos componentes fundamentales:

- Mantener y mejorar su quehacer técnico/científico, y
- Readaptarlos a las condiciones necesarias para cumplir con las metas de salud.

Para ambos componentes existen tecnologías y metodologías educacionales eficientes y eficaces. Pero esta será una "tecnología educacional apropiada" si cumple con su objetivo final: ser un instrumento para lograr el "bienestar" de las mayorías.

Durante los pasados 50 años en las Américas, en especial en los Estados Unidos de Norteamérica, se desarrollaron técnicas efectivas para medir y evaluar el estado de "aptitud", "competencia" y "capacidad profesional" de los médicos. Generalmente han sido los mismos colegios profesionales, y en América Latina las instituciones prestatarias de servicios, los que más se han ocupado de "medir", de evaluar, la capacidad profesional de sus médicos. Desgraciadamente, en América Latina la falta de programas de supervisión, entendida la supervisión como un proceso educativo, en el cual se observen fallas, problemas, necesidades de mayor conocimiento, que de inmediato fundamenten un programa educacional que solucione estas dificultades, ha hecho inoperante cualquier esfuerzo en este sentido.

En otras palabras, se conocen los procedimientos y las técnicas para evaluar el desempeño profesional, pero no se aplican. Por otro lado, se inician programas de educación continua basados en la imaginación de una persona o, en el mejor de los casos, en un grupo de bien intencionados profesores quienes, la mayoría de las veces, tienen poca relación con los problemas de salud, hayan sido éstos detectados o no. Se da así la apariencia de estar cuidando a la sociedad mediante el "refrescamiento" de sus médicos.

Felizmente, muchos médicos son muy sensibles a sus deficiencias y buscan, de una manera u otra, solucionar sus fallas. Pero deberá evitarse con ellos una acción punitiva. En nuestros países, una acción de este tipo desencadenaría gestos de solidaridad gremial que harían imposible un programa de educación continua. Y es justo que así lo sea, pues cuando un gran número de médicos de América Latina, por el tipo de sociedad donde tie-

nen que formarse y trabajar, sufren de problemas graves de formación intelectual, de deficiente situación económica, de íntima lucha moral y ética, en fin, de un bienestar no satisfactorio, no será sólo mediante un proceso educacional continuo que se logre mayor efectividad, sino que será necesario atender todo lo anterior en su conjunto.

Señalaremos algunos principios que hacen más efectiva la educación médica continua:

1. La educación continua no es un fin en sí misma; es un medio para alcanzar el fin: lograr una mayor capacidad de los médicos para provecho de sus pacientes.
2. El contenido de la educación médica continua debe estar relacionado con los problemas de la práctica o ejercicio profesional. El adquirir conocimientos para usarlos en la práctica diaria es el mejor estímulo motivador.
3. La información que se da en este proceso, sobre todo aquella que está basada en el conocimiento fundamental, debe ser cuidadosamente diseñada para permitir un verdadero aprovechamiento. La existencia de esta información no es garantía de su utilización; es preciso darle las características propias del objetivo práctico de la fase formativa médica en que está implantada la educación continua.

Nos corresponde ahora subrayar que el mejor método para evaluar el resultado de la educación médica continua, será midiendo el impacto que este mejoramiento de la capacidad y del conocimiento médico ha tenido sobre el estado de salud de las poblaciones. Esta evaluación se realizará también al través de programas permanentes de supervisión-educación.

Finalmente, debemos considerar cuál es el papel que le atañe a los educadores en estos programas.

En primer lugar, deberán tener la responsabilidad de diseñar un sistema educacional lo más eficiente posible, cuyo objetivo sea el cuidado de la salud de las comunidades, mediante el mejoramiento permanente del conocimiento y desempeño de los médicos. Este proceso debe minimizar las interferencias administrativas y evitar el mal uso del tiempo durante el aprendizaje.

En este proceso, la preparación de los instrumentos educacionales (conferencias, presentaciones, materiales educacionales, etc.) debe ser cuidadosa y muy profesional. Dichos instrumentos deberán basarse en realidades concretas de la práctica diaria, ser integradores, y para profesionales.

Asimismo, el grupo educador debe cumplir un papel de seleccionador de todo el material educacional existente. Aquí, la evaluación de estos materiales por los sujetos participantes del proceso es de especial importancia. Los medios de diseminación educacional son cada vez mejores (computador, satélite, videotape, videodisco) y para lograr

su máximo empleo deberán incorporarse especialistas a estas nuevas tecnologías.

Es indudable el nuevo rol de la educación médica continua en éstos años de revolución tecnológica para la adquisición, procesamiento y dissemination de la información. Lograr que la profesión médica utilice estos nuevos instrumentos, dependerá fundamentalmente de los educadores médicos, quienes, de inmediato, deberán poner en marcha estos principios metodológicos en los estudios de pre y postgrado. Sólo así, se conseguirá hacer viable la educación médica continua, que requiere de médicos con gran adiestramiento, autoformación, con capacidad de autocritica y aptos para emplear por sí mismos toda la tecnología e información que se les pone a su alcance.

#### REFERENCIAS

1. *Educación continua*. Serie Recursos Humanos No. 29, Washington, OPS/OMS. 1978.
2. Ferreira, J. R.: *El médico general. Una respuesta al futuro*. Seminario sobre el mismo tema. Bogotá. FEPA-FEM. 1978.
3. Vidal, C. A.: *Tecnología apropiada en salud*. Bol. Of. San. Panam. 83:3, 1977.
4. Comité Ad-hoc de la AAMC: *Educación médica continua. Conclusiones y recomendaciones*. J. Med. Educ. 55:1, 1980.
5. Anónimo: *Educación médica continua: La fase infinita de lo continuo*. JAMA 243:9, 1980.
6. Informe del Comité Ad-hoc sobre Educación Continua. Programa de Adiestramiento en Salud de la Comunidad para Centro América y Panamá (PASCAP)/OPS. San José, Costa Rica. 1980.
7. Allard, R.: *La primera década del PREDE. Perspectivas futuras*. Paldao, C.: *La educación de adultos en el PREDE*. La Educación, Revista Interamericana de Desarrollo Educativo. 22:78, 1980.
8. Walton, R. O. y Kennedy, W. R.: *Educación médica continua individualizada; oportunidades de aprendizaje. El rol crítico del hospital-comunidad*. Postgrad. Med. 67:2, 1980.
9. Surawicz, B.: *Educación médica continua. Obligatoria y no obligatoria*. Am. J. Cardiol. 44:1, 1979.

## REPERCUSIONES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA

HAROLD ZINTEL \*

\* Director asistente del Colegio Americano de Cirujanos.

*En los tiempos antiguos los humanos aprendían con la perspectiva de mejorarse a sí mismos. Hoy en día, los humanos aprenden ante la perspectiva de la aprobación de los demás.*

Confucio: *Analectas*, Libro 14:25.<sup>1</sup>

Tuve gran agrado en aceptar la invitación de la Academia Nacional de Medicina, para participar en este simposio sobre educación médica continua. Estoy encantado de contar con esta oportunidad de visitar vuestra bella ciudad y dialogar con ustedes sobre los intrigantes aspectos de la educación continua y educación continua obligatoria. El Colegio de Cirujanos de los Estados Unidos de Norteamericana, se encuentra ansioso de cooperar con México, tanto en asuntos médicos como en otros que pudieran ofrecerse; se trata pues de una pequeña oportunidad para hacerlo.

El compromiso de continuar la educación médica en los Estados Unidos de Norteamérica es de proporciones alarmantes. Esto se sugiere por la estimación de 14 000 programas anuales de capacitación médica, cada uno de los cuales suele durar varios días y que a cada participante le cuesta una colegiatura promedio de US \$ 10.00 por hora de trabajo, además de gastos de viaje y pérdida de ingresos por su práctica profesional. Estas observaciones no dejan duda de que la educación médica continua es un gran negocio.

En 1977, Lewis Miller estimó que la inversión anual es de 1.8 billones de dólares.<sup>2</sup> En la edición del 7 de septiembre de 1979 de la revista de la Asociación Médica Americana (JAMA)<sup>3</sup> aparecen listados 8 881 cursos de programas certificados. La Asociación reconoce que este listado no incluye muchos programas de los llamados "certificados", que hacen su propia promoción y no estiman que sea necesaria que su inclusión en las listas de la Asociación Médica Americana (AMA). De hecho, muchas escuelas de medicina no informan de sus programas a la AMA.

Existe considerable resentimiento y hay otras repercusiones por parte de los médicos, como respuesta a que algunos elementos no médicos, miran por encima del hombro al médico, fisgando sus actividades y el resultado de ellas, en cuanto al cuidado de sus pacientes. Un punto aún más espinoso es el de la reexaminación y el acoplamiento de la educación continua obligatoria con la recertificación, relicenciatura y membresía en sociedades médicas. A pesar de todas las inversiones de tiempo, dinero y esfuerzo, de hecho no hay documentación que indique que la competencia del médico mejore, o que se incremente el cuidado ofrecido a los pacientes por el hecho de asistir a muchos programas educativos. Muchos sentimos intuitivamente que la educación debe ser benéfica para nuestro ejercicio, por más que algunos mé-

dicos se han quejado de que muchos programas no incluyen información útil para el cuidado de sus pacientes. Reiteradamente, los participantes en tales programas hacen ver que en general, los descubrimientos de la investigación reciente no son de utilidad inmediata en la práctica clínica. Otros señalan que los materiales y métodos educativos adecuados para escolares no son útiles para el aprendizaje del adulto.

Hoy en día, no existe en el campo de la medicina y la educación médica pregunta tan popular como la de la efectividad de la enseñanza médica continua. El tema ha sido motivo de interminables publicaciones y reuniones. Sin embargo, sólo existe evidencia trivial de que los miles de cursos de postgrado que se imparten cada año, con el objeto de asegurar la competencia de los médicos y mejorar el cuidado de los pacientes, son efectivos en el logro de tales metas. A mi juicio, la medicina no debiera preocuparse por su falta de capacidad para señalar números en el papel. Al través de la historia de la educación, ninguna institución educativa ha sido capaz de cuantiar su efectividad en términos específicos, en un momento dado. Si se trata, pues, de un fenómeno general, ¿por qué han de hacer tanto énfasis los críticos externos e internos, en la importancia de que la profesión médica deba medir los resultados secundarios de sus programas de educación continua? ¿Por qué ha de esperarse que la medicina triunfe cuando todos los demás han fallado?

Es útil repasar el desarrollo de la educación continua para poder comprender el actual estado de cosas. Dieciocho de los 50 estados de la Unión Americana exigen a los médicos educación médica continua para volver a registrar su título y así poder continuar dentro del ejercicio profesional. Además, en algunos estados, los médicos han establecido compañías autoaseguradoras para protección contra la vulnerabilidad profesional; uno de los requisitos para la participación en los programas de aseguramiento es la educación médica continua de los agremiados. Veintiuno de los 22 consejos de certificación médica y quirúrgica, exigen o tienen el compromiso de requerir educación médica continua para otorgar la recertificación. Diecisiete sociedades médicas estatales exigen educación médica continua para mantener la membresía.

De acuerdo con el doctor R. K. Richards,<sup>4</sup> en 1932 el doctor W. S. Rappleyc mencionó la posibilidad de que la educación médica continua fuese obligatoria. En 1947, la Academia Norteamericana de Práctica General (ahora Academia Norteamericana de Médicos Familiares) sentó las bases para que la educación médica continua fuera un requisito para mantener la membresía. En 1962, el doctor B. V. Dryer dirigió un estudio conjunto que, entre otras cosas, mostró la brecha que existe entre el descubrimiento de conocimientos nuevos y su aplicación. En 1967, el Comité Asesor Nacional sobre la Fuerza de Trabajo en Salud recomendó que los médicos tuviesen un relicenciamiento periódico. En 1968, la Sociedad Médica del estado

de Oregon exigió actividades de educación médica continua para mantener la membresía; en 1971, el estado de Nuevo México promulgó la primera ley estatal que exigía relicenciamiento. Fue en 1976 cuando el Consejo Norteamericano de Práctica Familiar ofreció por primera vez un examen de recertificación.

En 1968, la AMA adoptó el sistema obligatorio de educación médica continua que exige la Academia Americana de Medicina Familiar para el mantenimiento de la membresía y lo modificó para usarlo en el reconocimiento voluntario de médicos. Con raras excepciones, este sistema ha llegado a ser el prototipo de todos los establecidos por otras dependencias norteamericanas.

Se exigen 150 horas-crédito en cada período de tres años. Los programas han sido organizados en seis categorías. Se requiere un mínimo de 60 horas dentro de la categoría 1; las restantes pueden tomarse en las categorías 2 a 6. Ya que solamente las horas tomadas en la categoría 1 requieren un patrocinio acreditado, se ha propuesto eliminar las categorías 2 a 6.

El proceso de aprobación, bien sea por designación o por certificación, de un número tan elevado como son 14 000 programas al año, es cosa compleja. Un organismo nacional denominado "Comité de enlace para la educación médica continua", después de un proceso de escrutinio y revisión, acredita a las organizaciones por su capacidad de elaborar programas de categoría 1. Una vez acreditada una organización, puede certificar sus propios programas, cuando llenan los criterios para la categoría 1 de horas-crédito. Puede, asimismo, copatrocinar los programas de otras organizaciones que llenen los requisitos de programas de categoría 1.

En un folleto intitulado *Características esenciales de los programas aprobados para la educación médica continua*,<sup>5</sup> el Consejo de Educación Médica de la AMA describió por primera vez, en junio de 1970, las estipulaciones necesarias para la aprobación de programas de educación continua designados o certificados. Tales características esenciales han sido puestas al día en el breviario *The physician's recognition award*, publicado por la AMA en 1978.<sup>6</sup>

Entre otros requisitos, el documento indica que los programas patrocinados o copatrocinados deben basarse en necesidades bien identificadas; además, los copatrocinadores deben laborar cerca y conjuntamente, tanto durante las fases de la planificación como de la administración de los programas. Se recomienda especialmente llevar al cabo evaluación previa y posterior a los cursos. No se menciona la evaluación del cambio en la conducta del médico después del curso; sin embargo, el objetivo primordial de toda educación médica continua es el mejoramiento del cuidado del paciente.

En principio, el Comité de enlace de la educación médica continua estaba constituido por los siguientes nueve grupos y organizaciones:

1. Asociación Norteamericana de Facultades de Medicina
2. Consejo Norteamericano de Especialidades Médicas
3. Asociación Norteamericana de Hospitales
4. Asociación para la Educación Médica Hospitalaria
5. Asociación Médica Americana
6. Consejo de Sociedades de Especialidades Médicas
7. Federación de Consejos Médicos Estatales
8. Gobierno Federal
9. Miembros del público

Hasta hace dos años la AMA era miembro de esta organización. Ante la consternación de toda la comunidad médica, en julio de 1979, la AMA se retiró de dicho comité (situación que ha creado desconcierto, confusión y resentimiento), con el objeto de desarrollar su propio proceso de acreditación.

Todo lo anterior ha llegado a desarrollar cierto grado de paranoia entre algunos médicos. Sienten que la profesión médica queda por encima de toda sospecha, y que a pesar de ello, se le ha separado de otras profesiones y que en cierto modo ha sido perseguida. Los médicos que tengan este tipo de visión quizá no se han percatado de que nos hallamos en una era en que hay que rendir cuentas públicas. Aparentemente, ya Confucio se refería a esto.

Y en el terreno de exigir cuentas, el año de 1971 fue una fecha clave, en virtud de que el Departamento de Salud, Educación y Bienestar recomendó que con el propósito de asegurar al público un estado de continua competencia del médico, debían reexpedirse sus credenciales de modo periódico. Por supuesto que la relicenciatura no es algo nuevo. Tampoco podría decirse que la profesión médica se encuentre sujeta a una mayor regulación estatal que otras profesiones. Alguna vez sólo calificaban como profesiones el sacerdocio, la abogacía y la medicina. Hoy en día, el estado de Nueva York considera cerca de 40 profesiones, la mayor parte de las cuales están sujetas a relicenciamiento. De hecho, existen más estados que exigen la recertificación de contadores públicos, administradores de hospitales privados, optometristas, farmacéuticos, podiatras y corredores de bienes raíces, que aquellos que exigen recertificación médica.

Algunos programas de educación continua son de autoenseñanza; algunos de ellos contienen también elementos de autoevaluación. Entre los programas de autoenseñanza más complejos se encuentran el Programa de autoevaluación de conocimientos médicos (MKSAP) para profesionales médicos, producido por el Colegio Americano de Médicos, y el Programa de autoevaluación de conocimientos quirúrgicos (SESAP), producido por el Colegio Americano de Cirujanos.

Resulta aparente la calidad del SESAP, ante el hecho de que al SESAP III, que se ofrece actual-

mente, se le hayan otorgado 155 créditos del tipo 1 al través del período de calificación por computadora. Tal característica, por sí sola, le permite rebasar los requerimientos de una educación médica continua durante tres años. Si estos créditos se substituyeran por horas-crédito de las categorías 2 a la 5, teóricamente se proveerían suficientes créditos para cubrir casi ocho años de educación médica continua.

Desde el año de 1971 se han inscrito 11 000 participantes en los tres programas SESAP. Cada programa se ofrece durante un período de tres años. El que hoy se usa, el SESAP III, fue iniciado en octubre de 1979 y será substituido por el SESAP IV, en octubre de 1982.

El SESAP III está constituido por 750 preguntas de selección múltiple y 15 problemas de manejo de pacientes. Cada pregunta de selección múltiple provee una unidad para un total de 750 unidades contables. Los 15 problemas de manejo de pacientes contienen 1 220 unidades contables. De este modo, el programa en su conjunto cubre 1 970 unidades (puntos) contables.

Durante los primeros ocho meses en que se administró el SESAP III, se ofrecía de modo optativo una puntuación obtenida por computadora. El tiempo en que se ofrecía tal puntuación terminó el 30 de junio de 1980. Aquellas personas que participaron en esa fase recibieron un informe personal de su desempeño, junto con el certificado de participación en el cual se documentaban las 155 horas de categoría 1 que se habían acreditado. Recibieron, asimismo, una reseña resumida, en la que aparecían las preguntas de opción múltiple y los problemas de manejo de pacientes. Cada uno de los puntos aparece con sus respectivas referencias de la literatura y una breve explicación de por qué cada elección era o no correcta. Estamos convencidos de que, a pesar de su formato poco usual, el compendio del SESAP III constituye el mejor libro de texto existente en el terreno de la cirugía. Los contenidos de los textos fueron revisados repetidamente, de modo privado así como en juntas de un cuerpo editorial y once comités que incluían a 85 médicos, en un período de dos y medio años. Cada palabra se revisó 72 veces durante la construcción y publicación del documento. De modo semejante, la edición y la impresión, que incluye 112 imágenes pictóricas en blanco y negro y 81 en color, son de calidad insuperable.

Tanto el Colegio Americano de Cirujanos como el Consejo Nacional de Cirugía convinieron en que el primer examen voluntario de recertificación en cirugía general se basaría primordialmente en el contenido del SESAP III. El examen tuvo lugar en Atlanta, en octubre de 1980, inmediatamente después del congreso clínico del Colegio Americano de Cirujanos. Los futuros participantes en el programa fueron informados de que los temas de examen del SESAP y el examen de recertificación son iguales, aunque la redacción de las preguntas no lo sea. El arreglo correspondien-

te estipula que el propósito del Colegio Americano de Cirujanos es educativo, mientras que el del Consejo Americano de Cirugía es de examen. En marzo de 1981, el capítulo de Georgia del Colegio Americano de Cirujanos imparte un curso de post grado de cuatro días, con el fin de revisar el SESAP III. Habrá otro curso similar, de cuatro medios días, al tiempo del congreso clínico que tendrá lugar en la ciudad de San Francisco, en octubre de 1981. No se trata de cursos de relleno de capacitación para pasar un examen, sino para facilitar a los participantes la comprensión de los temas del curso.

Al través de las épocas se ha dicho una y otra vez que una práctica médica adecuada requiere de un estudio que se prolonga a lo largo de la vida. En Estados Unidos de Norteamérica, el médico suele ser uno de los profesionistas mejor seleccionados, mejor educados y más actualizados de la nación. Se trata de individuos de alta competencia, que disponen de un gran bagaje de información disponible para mantenerlos al día en sus campos; poseen también recursos financieros para gastar en ello. Lo frecuente es que estas personas gasten dinero y tiempo en su propia educación continua.

También podría observarse que 150 horas, cada tres años, o 50 horas al año de actividades educativas, pueden compararse con la cantidad de horas que los médicos siempre han dedicado a actividades de enseñanza. En primer lugar, diversos estudios han mostrado que los médicos dedican muchas más horas al trabajo que las 40 horas habituales de otros profesionistas, y no profesionistas. Sin embargo, podrá calificarse que como promedio, el médico no ha sido acostumbrado a dedicar más de tres horas a la semana a la lectura, el estudio, pasar visita, intervenciones quirúrgicas o asistencia a conferencias.

Aunque muchos médicos están dedicados a una vida de aprendizaje, uno se encuentra obligado a preguntar qué tan grande es el esfuerzo que tienen que rendir la mayor parte de personas, para poder lograr el número necesario de créditos, ahora de determinada categoría, para complacer los requisitos de las organizaciones y sociedades nacionales y estatales.

¿Qué piensan los médicos acerca de la asistencia a programas educativos? ¿Cuáles son las tendencias en la certificación y recertificación, en la licenciatura y relicenciatura? ¿Cuánta evidencia existe de que los programas de educación médica continua son realmente efectivos? Algunos estudios que han explorado la actitud de los médicos han revelado puntos de vista muy semejantes. En el que aquí se sintetiza, se solicitó que los médicos asistentes a siete cursos de repaso de educación médica continua, llevados al cabo durante el año académico de 1976-1977 en el Centro Médico de la Universidad de McMaster de Hamilton, Ontario, Canadá, respondiesen al cuestionario después de haber terminado su curso. Estos duraban uno o dos días y tenían un formato combinado de

pequeños y grandes grupos. El cuestionario incluía información demográfica así como información en torno a las impresiones sobre el curso, su organización, contenido y presentación.<sup>6</sup>

De los 353 médicos asistentes a la sesión, respondieron 180 (51 por ciento); 81 por ciento de los participantes creyeron que su asistencia les ayudaría a mejorar la calidad del cuidado que proporcionan a sus pacientes; 70 por ciento manifestó que asistían al curso para adquirir nuevos conocimientos y para repasar conceptos viejos; 40 por ciento de los que respondieron a la encuesta recordaron que algún curso pasado les había sido provechoso y obviamente buscaban un provecho adicional; 32 por ciento indicó que su participación era para fines de autoevaluación, tal vez para medir sus conocimientos con los de otros miembros académicos y otros participantes del curso. Si sentían que no estaban a la altura de los demás, asistirían a cursos adicionales, con el objeto de adquirir conocimientos que les aseguraran una competencia óptima para atender a sus pacientes.

Resulta muy interesante que sólo 33 por ciento opinó que la obtención de horas de crédito para programas voluntarios u obligatorios de educación médica continua, había sido una razón importante para asistir. Esto indicaría que los miles de médicos que participan en los varios miles de programas de postgrado acreditados, no lo hacen porque hayan sido obligados por los requerimientos de la educación continua. Finalmente, 19 por ciento manifestó que acudían a dichos cursos para mantener el contacto con sus colegas y sólo 9 por ciento lo hizo por motivos sociales. Éste y otros estudios semejantes permiten suponer que casi 80 por ciento de los médicos asistieron a los cursos porque así lo deseaban, no porque se les obligara.

Pero, ¿qué hace un individuo que nunca ha sido certificado, para "recertificarse"? Otra interrogante, carente de respuesta satisfactoria, sería: ¿qué tipo de médico es el que presenta el certificado de un consejo para especialidad, como base para obtener licencia para ejercer la medicina? Tradicionalmente, en los Estados Unidos de Norteamérica, cada estado otorga licencia para ejercer todos los aspectos de la medicina, más que algún campo especial de ella. De este modo, un médico titulado, legalmente puede ejercer cualquier rama de la medicina.

En un excelente artículo de revisión, Stein<sup>7</sup> relata que al ser investigados 140 cursos ofrecidos en cirugía durante el lapso 1975-76, se descubrió que en ninguno de ellos se había hecho esfuerzo alguno por evaluar el aprendizaje de los médicos (Greenberg y col). Asimismo Lloyd y Abramson, al revisar la literatura de los años de 1960 a 1977, encontraron que sólo 47 estudios publicados en inglés, habían empleado algún método objetivo de evaluación. De ellos, sólo la mitad sugirieron algún cambio en el conocimiento, competencia o desempeño en la calidad del cuidado del paciente por parte del médico. De estos, sólo 11 revelaron una diferencia estadística significativa,

al comparar el estudio previo con el posterior a la intervención educativa. Los artículos se caracterizaron por defectos metodológicos de mayor o menor envergadura, lo cual hizo difícil determinar si los cambios observados se habían debido a la educación médica continua o algún otro factor. Este tipo de estudios despiertan una pregunta obvia: ¿valen la pena el gran esfuerzo y la planificación que se requieren para integrar programas de la categoría de créditos? Muchos se preguntan: ¿por qué debe obligarse la educación médica continua, si ni siquiera se ha podido comprobar su valor? Para terminar, Stein cita la siguiente opinión: "Tal vez no hemos podido medir los incrementos de conocimientos y mejoría en la conducta del médico, porque hemos estado usando una cinta métrica en un caso en el que tal vez debiera usarse una medición micrométrica".

Independientemente de lo que cualquiera pudiera decir sobre la empresa de la educación médica continua, los médicos han demostrado de modo insistente que están ávidos de aprender, independientemente de las estipulaciones legales u organizacionales. Esto se muestra con gran claridad en las respuestas, que ya hemos citado, de la investigación de Feldman y Davis.<sup>6</sup>

De todas estas discusiones, quizás el comentario más significativo sea el hecho de que varios estudios de auditoría han mostrado claramente que los errores de manejo del paciente se deben casi exclusivamente a falla en la aplicación del conocimiento y no precisamente a la carencia del mismo. En un estudio de este tipo, sólo 4 por ciento de los errores detectados se debieron a conocimiento insuficiente; 96 por ciento de los errores obedecieron a alguna falla en la aplicación del conocimiento ya existente.

En el mismo boletín informativo sobre educación médica continua de la AMA,<sup>7</sup> el doctor C. D. Sherman opina que la calidad médica puede mantenerse en un nivel óptimo por medio de un ascenso continuo en la calidad de nuestras escuelas de medicina. En su mayoría, las escuelas médicas han descollado por el excelente adiestramiento que proporcionan a los médicos; a pesar de tratarse de una profesión atacada en estos momentos, la medicina sigue siendo altamente respetada por el público. Las escuelas de medicina eligen a sus alumnos de entre una gran población de candidatos, por lo que estos están en posibilidades de aprovechar adecuadamente la educación que brindan estas excelentes escuelas.

En segundo lugar, el doctor Sherman señala que el mejor modo de obtener una buena calidad en el cuidado del público es por medio de programas de adiestramiento bajo el sistema de residencia. Estos programas se construyen sobre los conocimientos y destrezas adquiridos en la escuela de medicina conjuntamente con una responsabilidad escalonada y creciente en torno al cuidado del paciente. Tal procedimiento produce jóvenes médicos practicantes muy hábiles. Además, el desarrollo de especialidades en varios campos —cada

cual con su respectivo programa y residencia—, de hecho garantizan una buena calidad del cuidado ofrecido a los pacientes en necesidad de servicios especializados.

El tercer camino propuesto por el doctor Sherman es al través de las medidas de control de calidad que ya existen en algunos hospitales, así como el cumplimiento de las normas de la Comisión conjunta de acreditación hospitalaria. Los médicos revisan su trabajo de modo recíproco y conjunto al través de comités de referencias cruzadas, sistemas de auditoría y otros más, lo que permite una revisión del cuidado total ofrecido en determinado hospital.

La cuarta opción propuesta por Sherman es al través de la educación médica continua. El autor en cuestión comenta sobre la ironía de que los legisladores presionan a los médicos para mejorar un cuidado médico cuyo nivel ya es alto y simultáneamente tratan de validar otros tipos de cuidados de la salud de naturaleza dudosa, por medio del financiamiento proveniente de los fondos públicos.

Por otro lado, habría que tomar nota de que se están proponiendo medidas legislativas tendientes a disminuir la extensión de la especialización en la Unión Norteamericana. Frecuentemente se escuchan declaraciones que indican que una mayor cantidad de médicos generales con conocimientos y adiestramientos menores pueden ofrecer cuidados primarios adecuados, con lo cual se logrará la salud de esta nación. Se trata, pues, de una visión desequilibrada del ejercicio contemporáneo por especialidades.

La legislación actual, al través de muchas declaraciones públicas, parece buscar que la población general tenga la impresión de que el estudiante de medicina promedio está sobreentrenado para el trabajo que debe desempeñar, y también que existe un exceso de médicos especializados. No es raro que se mencione la mejoría de la salud lograda por los médicos de campo de la URSS o los "médicos descalzos" chinos. Las presiones provenientes de Washington indican que el médico general está sobreentrenado, no obstante lo cual debe asistir a cursos de educación médica continua, con el propósito de disminuir la brecha educativa entre los nuevos descubrimientos y su instrumentación, así como para mantenerlo al día en las novedades, aun de aquellas para cuya comprensión no ha recibido el entrenamiento necesario.

#### REFERENCIAS

1. Dodge, G. H.: *Educators look askance at mandatory CE*. AORN J. 30:1080, 1980.
2. Miller, L. A.: *Current investment in continuing medical education*. En: *Quality health care: the role of continuing medical education*. Egdahl, R. H. y Gertman, P. M. (Eds.). Germantown, Aspen Systems Corp. 1977, p. 151.
3. Anónimo: *Medical education in the United States 1978-1979*. JAMA 243:894, 1980.

4. Richards, R. K.: *Continuing medical education*. New Haven, Yale University Press. 1978.
5. American Medical Association: *Essentials of approved programs in continuing medical education*. 1970.
6. American Medical Association: *The physician's recognition award*. 1978.
7. Stein, I. S.: *The dilemma of CME: A third opinion*. AMA Continuing Medical Education Newsletter, Julio 1980.

## RELATO GENERAL

NORBERTO TREVIÑO-GARCÍA MANZO \*

La educación médica continua es tema de actualidad y controversia; sin embargo, ni una ni otra razón fueron motores del presente simposio. Un supuesto y un deseo de servicio de alcances más allá de estos muros, fueron los motivos para organizarlo.

El supuesto, apoyado empíricamente, es aceptar a la educación médica continua como útil y necesaria. El deseo de servicio es hacer llegar a 15 000 médicos de nuestro país, al través de la GACETA MÉDICA DE MÉXICO, los diversos puntos de vista que acerca del tema desarrollaron los ocho conferencistas invitados; conceptos que más adelante fueron comentados y enriquecidos por nuestros colegas expertos, representantes de las instituciones invitadas.

El doctor Carlos Campillo, al través del doctor Jorge Corvera, secretario general de la Academia, inició las actividades. Recordó que fue en 1965 cuando en la UNESCO se trató por primera vez de manera formal el tema que nos ocupa. Colocó una a una las argumentaciones, que dieran solidez lógica al concepto de educación médica continua que iba a proponer, y aun cuando reconoció que cualquier definición resulta incompleta y parcial, se comprometió diciendo:

"La educación médica continua (EMC), en su sentido más amplio, es un proceso alimentado por la devoción de aprender"; y continuó: "Es una actividad que aunque no se le puede considerar como formal, debe intentarse que funcione poco a poco bien sistematizada". "En ella" —prosiguió el doctor Campillo—, "deben comprometerse el individuo y las instituciones educativas y de salud, pues sin comunión de sus intereses no será posible realizarla". Hasta esta última frase, el concepto aún era incompleto. "Es activa y permanente" —prosiguió—, "debe tomar en cuenta la práctica diaria, la capacidad, las habilidades, el tipo de aprendizaje y la ética del que la ejerce, todo ello con el fin de mantener en el médico su capa-

cidad para resolver los problemas de salud del ser humano". El concepto estaba terminado y con él se trabajaría el resto de la mañana.

A continuación, el que esto escribe, leyó el documento del doctor Carlos Ernesto Varela Rueda *Objetivos, alcances y modalidades de la educación médica continua*. "Un análisis conservador indica que el volumen del conocimiento médico útil se duplica cada 14 o 15 años" —nos comunicó el doctor Varela—. "Esta situación ha obligado a dirigir casi todos los esfuerzos a proporcionar conocimientos, a dar información. Parecería que el objetivo primario de la educación médica continua es la adquisición de conocimientos. Pero no es así; su principal preocupación es contribuir a mejorar la calidad de la atención médica, ya sea individual o colectiva."

Para el doctor Varela, los alcances y las modalidades de la educación médica continua estarán en función de tres principios:

1. Recordar que en sí misma no es un fin, sino sólo un medio para alcanzar un fin: la mejor calidad de la atención médica.
2. Sus temas o contenidos deben estar directamente relacionados con la práctica diaria.
3. Excepcionalmente, la educación médica continua debe realizarse fuera del contexto en que se da la práctica cotidiana.

Vale la pena destacar que el doctor Varela subrayó que los programas deben alcanzar no sólo al médico sino también al personal profesional, técnico o auxiliar que con él constituye el "equipo de salud", mismo que representa una mejor opción que el tradicional ejercicio médico aislado e individualista.

Por último y después de analizar la denominada capacidad de "transferencia" de los conocimientos adquiridos, que le imprime a la educación médica continua peculiares y casi particulares modalidades, el doctor Varela recordó la frase de Sir William Osler, que aún sigue vigente: "En lo que podríamos llamar el método natural de la enseñanza médica, el estudiante empieza con un paciente, continúa con un paciente y termina con un paciente. Los libros y las conferencias sólo son medios para lograr su fin".

El tema *Papel y responsabilidad de las instituciones de salud* fue desarrollado por el doctor José Laguna, quien aun al aceptar que aquella "podría ser una estrategia por medio de la cual una persona se enriquece en los procesos naturales de su práctica cotidiana o en la realización de esfuerzos que determinan un mayor nivel intelectual", estuvo también de acuerdo en que "por razones de orden práctico o histórico, al hablar de educación médica continua se piensa en alguna forma que es una actividad organizada con carácter institucional".

En su documento una frase ocupó la porción medular de su discurso, y ella fue: "La educación médica continua sólo representa un instrumento

\* Academia Nacional de Medicina.

para dar mejor servicio. Pero las instituciones de salud, como proveedoras, necesitan ofrecer algo más que presentaciones teóricas y para ello se requiere establecer nuevos estilos de trabajo, modificaciones de los sitios de labores, nueva tecnología, interés genuino por el problema y otros factores más. Es decir, las instituciones deben percatare que la profesión médica está sujeta a cambios constantes y que la esencia de la vida profesional es estar al día ante un panorama que crece y se modifica. Deben ofrecer al médico su incondicional apoyo para sostener una alta calidad profesional".

"La clave radica" —aseguró el doctor Laguna— "en aprovechar los estímulos inherentes a la actividad cotidiana, se trate del afán de superación intelectual, del reto para resolver problemas, del logro de mayores ingresos o del reconocimiento de un *status* más elevado". "En el fondo de toda actividad institucional debe estar implícita la gran tarea, la enorme responsabilidad de que cada individuo desarrolle sus propios recursos y capacidades y se convierta en una persona permanentemente inquisitiva, cuyo desarrollo se realice al mismo tiempo que cumple con sus tareas cotidianas" dijo para terminar el doctor Laguna.

El simposio siguió con la presentación del doctor Octavio Rivero Serrano en relación con el *Papel y responsabilidades de las escuelas de medicina*. "Parece razonable considerar que la atención médica continua no debe ser otra cosa que la prolongación de las acciones realizadas en la educación que se da en las escuelas de medicina", dijo el doctor Rivero. Con el propósito de hacer un tratamiento adecuado del tema enunciado, el doctor Rivero se refirió a las responsabilidades y las características más importantes que desarrollan las escuelas de medicina para la formación integral del médico. "En general, la educación médica de pregrado y de postgrado, en tanto que son formales, y aun cuando puedan ser modificadas, mejoradas y técnicamente apoyadas, están bien estructuradas". En cuanto a la educación médica continua, puso el dedo en la llaga: "Al hacer el análisis de lo que en relación a ella se ha hecho en los últimos 20 años, se advierte que son esfuerzos aislados, periódicos y siempre interrumpidos. Los cursos de actualización y los cursos monográficos, son todavía sinónimos de educación médica continua, cuando en realidad sólo son instrumentos utilizados en forma aislada."

"Un programa de educación médica continua" —prosiguió el doctor Rivero— "supone diversas acciones que en un tiempo permiten obtener todo lo que un especialista o médico general debe renovar para mantenerse actualizado. En las acciones de un programa integral de educación médica continua" —completó el doctor Rivero— "hay actividades que procuran información biomédica, psicológica o sociomédica; pero también acciones que facilitan el aprendizaje de destrezas e incluso otras que renuevan aspectos afectivos". Después de referirse a la educación médica continua del especialista, se detuvo para ocuparse —y ésta es la

principal preocupación de los organizadores de este simposio— de los 30 a 40 000 médicos que en nuestro país representan la mayor fuerza de trabajo a nivel de la medicina de primer contacto y por los que las instituciones de salud, sociedades médicas y academias poco han realizado.

Pero el doctor Rivero aceptó la responsabilidad que las escuelas de medicina tienen en este problema y expuso dos de las acciones que la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México está realizando para este tipo de médicos, que en general no tienen otra posibilidad.

En primer lugar, el programa de medicina general por correspondencia, y en segundo, el Centro de Educación Continua, concebido no como ligado a un edificio sino como un centro normativo, programador de actividades teórico-prácticas que estimulen, orienten e induzcan al médico a renovar por sí solo sus capacidades.

A continuación el maestro Bernardo Sepúlveda se encargó del *Papel de las academias de medicina y las sociedades médicas*. Su primera observación anunció el deseo de que la responsabilidad de la educación médica continua fuese compartida por las principales instituciones de enseñanza relacionadas con la salud, y a pesar de todas las dificultades presentes y por venir, lograr establecer un sistema coordinado que conjuntara los propósitos dispersos de los distintos organismos. "Sería un sistema que incluyera los fines específicos de las actividades de enseñanza, los medios para alcanzarlos y los procedimientos adecuados para evaluar los resultados".

El doctor Sepúlveda se refirió a algunos métodos tradicionales de enseñanza como son las revistas periódicas y publicaciones semejantes. A continuación, describió en detalle el sistema intitulado *Programa de Autoevaluación de Conocimientos Médicos* del Colegio Americano de Médicos. Debido a las características didácticas de dicho programa, el médico que lo consulta no sólo mantiene su preparación, sino que por sí mismo advierte en donde están sus huecos y cómo puede llenarlos. El método, de autoenseñanza y autoevaluación, tiene grandes ventajas; en primer lugar, proporciona una preparación sólida por ser compatible con la diaria ocupación del médico y en segundo, porque al hacerlo participar en el aprendizaje, revive sus hábitos de estudio.

Al final de su presentación, el doctor Sepúlveda hizo una proposición concreta, que transcribo letra por letra:

"Que la Academia Nacional de Medicina, en unión con otras sociedades médicas, estudie la forma de preparar programas de autoenseñanza y autoevaluación para la educación continua de los médicos".

El doctor José A. I. Ioréns Figueroa relató cuales son las características y las actividades del subsistema de educación médica continua en Cuba; que junto con el subsistema de especialización, el de superación de los cuadros científico-pedagógicos y el de grados científicos, conforman el sistema

general integrado de educación de postgrado, que utiliza al máximo las posibilidades que brindan la organización, la estructura y los recursos del Sistema Nacional de Salud. "Si la finalidad del Sistema Nacional de Salud es elevar cada día más el nivel de salud de la población, es de primordial importancia que sus profesionales y técnicos se encuentren permanentemente en condiciones de satisfacer esa finalidad", dijo el doctor Lloréns; y agregó: "Uno de los aspectos necesarios para cumplir ese objetivo es desarrollar un programa general de educación continua que abarque a todo el personal de salud, desde las unidades de base hasta las más especializadas".

En algunas cuartillas más dio información detallada de la organización del propio subsistema y de los programas que están en función a los objetivos "operacionales", que determinan la selección de los temas y toman en cuenta el nivel técnico del personal al que van dirigidos. "Además, según los objetivos que se persigan" —informó al auditorio— "las actividades se clasifican en actividades de actualización, complementación, reorientación y adiestramiento".

"El éxito de la educación continuada" —hizo énfasis el doctor Lloréns— "ha sido posible porque la actividad en su conjunto se ha concebido en función del sistema como un todo, de su estructura, de su organización, de sus posibilidades, de sus necesidades y de sus perspectivas".

Los alcances y las limitaciones de la educación médica continua para apoyar y aumentar la competencia profesional de los médicos fue el siguiente tema, elaborado por el doctor Carlos A. Vidal. En primer lugar, habló de la educación como un proceso permanente de interacción sociológica, apoyado en el diálogo, diálogo fructífero que descubre nuevas necesidades de la sociedad, la comunidad y el individuo, mismas que al ser analizadas ofrecen nuevas soluciones. "Esto" —afirmó el doctor Vidal— "constituye por sí un proceso educacional permanente que existe en y para las necesidades de salud de la población".

Entendida así la educación continua (no sólo para el médico, sino para todo el personal de salud), sus programas y contenidos deben surgir de una consulta permanente de las necesidades de salud de la población. Es decir, la educación continua debe ser no sólo permanente, sino esencialmente integradora, contando con la participación de las comunidades y sus entornos: social, económico, ambiental, cultural y otros.

"Pero" —reconoció el doctor Vidal—, "lo anterior está aún, en la mayoría de los países, en el planteamiento teórico. Para muchos significa un punto de vista de vanguardia y para otros es algo situado en el terreno de nadie que oscila entre lo factible y la utopía".

Después de analizar lo que él denominó "extensión de la cobertura de salud", refirió que en los países de América Latina y del Caribe, la educación continua para el personal de salud se da de dos maneras:

1. Como actividades esporádicas, no vinculadas entre sí y sin relación con los objetivos de los servicios de salud, y
2. Como actividades que forman parte de un sistema interpersonal, coordinado y con cobertura nacional.

El doctor Vidal habló de la formación médica que se sigue dando en muchos países. En ella existe una primera fase de incorporación de conocimientos básicos, una segunda fase de aprendizaje clínico y una tercera con plena actividad profesional que necesita de la educación médica continua para mantener la competencia del médico. Pero, ¿qué tipo de competencia?, se preguntó el doctor Vidal; a ello contestó: "Por desgracia, aquella orientada a reforzar situaciones imperantes, mejorando y ampliando la práctica médica hegemónica, fundamentalmente curativa, individualista y en ocasiones tecnológicamente exagerada".

Por último, el doctor Harold Zintel, director asistente del Colegio Americano de Cirujanos, procuró determinar en qué medida este tipo de educación ha tenido influencia sobre la calidad de la atención médica. Hizo mención de la alarmante situación que prevalece en los Estados Unidos de Norteamérica, en cuanto al compromiso de continuar con la educación médica continua. Estimó que en 1977 la inversión en este rubro fue de casi dos billones de dólares y refirió que en 1979 en la revista JAMA aparecieron 8 881 cursos con certificación, cifra que no revela la cantidad total de dichas actividades, pues muchas de ellas no son informadas a la AMA.

El doctor Zintel ocupó varias páginas de su escrito en narrar la evolución que desde 1932 ha tenido la educación médica continua en la Unión Norteamericana, dentro de la denominada relicenciatura obligatoria para poder seguir ejerciendo. A consecuencia de ello —comentó—, se ha desarrollado cierto grado de paranoia en algunos médicos, que siempre han sentido que la profesión médica está por encima de toda sospecha y por lo mismo, con tales actitudes parece estar siendo perseguida. "Estos médicos" —dijo el doctor Zintel—, "quizá no se han percatado de que nos hallamos en una era en que hay que rendir cuentas públicas".

"En dieciocho de los 50 estados de la Unión Americana exigen recertificación para continuar el ejercicio médico y ser menos vulnerables a las reclamaciones por una práctica médica poco satisfactoria". "Sin embargo" —hizo énfasis el doctor Zintel— "aun no existe documentación que indique que la competencia del médico mejore y se incrementa el cuidado que ofrece a sus pacientes, por medio de estas actividades". "Varios estudios de auditoría" —continuó el doctor Zintel— "han mostrado claramente que los errores de manejo se deben principalmente a una falla en la aplicación del conocimiento y no a la carencia del mismo". En su opinión, la medicina no debiera afa-

narse por su falta de capacidad para señalar números en el papel, en virtud de que al través de toda la historia de la educación, ninguna institución ha sido capaz de cuantiar su efectividad en términos específicos. Si se trata, pues, de un fenómeno general, ¿por qué han de poner tanto énfasis los críticos externos e internos en la importancia de que la profesión médica deba cuantiar los resultados de sus programas de educación continua? ¿Por qué ha de esperarse que la medicina triunfe en un terreno en donde todos han fallado?

Con la participación del doctor Zintel terminó la primera parte de los trabajos de la mañana. Para la segunda parte, los médicos invitados de las instituciones señaladas formaron cuatro pequeños grupos.

El primero quedó integrado por los doctores:

César Contreras Zárate, de la Universidad Autónoma Metropolitana

Isabel Luengas, de la Universidad Autónoma Metropolitana

Edna Berumen Amor, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

Juan Rodríguez Argüelles, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

Fernando Cano Valle, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

Rafael Márquez Arteaga, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

José Javier Valencia del Riego, de la Academia Mexicana de Cirugía

Abraham Santacruz Romero, del Instituto Mexicano del Seguro Social, y

Norberto Treviño García Manzo, de la Academia Nacional de Medicina, quienes durante hora y media tuvieron cambios de impresiones en relación al *Concepto, objetivo, alcances y modalidades de la educación médica continua*.

En cuanto al *concepto*, este grupo concluyó lo siguiente:

1. Que en la definición de educación médica continua se tome en cuenta su carácter voluntario y se puntualice que además de útil, le debe resultar agradable a quien se comprometa con ella.
2. Que se haga énfasis en que debe ser un medio para resolver problemas reales de salud-enfermedad y que en consecuencia, satisfaga necesidades personales y sociales.
3. Que debe referirse a un proceso educativo sistematizado, que se inicia al término de la licenciatura o especialización.
4. Que debe dirigirse primeramente para ayudar a resolver los problemas de capacitación de aquellos que más la necesitan, v.g., los médicos llamados "generales".
5. Que incluya el señalamiento filosófico de compromiso social.

En relación con los *objetivos* opinaron:

1. Que la educación médica continua propicie el cambio de actitud que necesita el médico para tomar conciencia de su papel social y su responsabilidad médica.
2. Que la educación médica continua se estructure en función de responder a necesidades reales de salud. Muy probablemente deberá contribuir a investigar estas necesidades.

Al referirse a las *modalidades*, el consenso del grupo agregó que:

1. Las circunstancias imperantes sean las que dicten las modalidades a seguir; y ello de acuerdo con el momento histórico en consideración a cada caso.
2. En la planificación de dichas modalidades se tomen en cuenta las comunidades en donde se originan los problemas de salud.
3. Se integre un organismo que, perfectamente estructurado y apoyado por las principales instituciones de salud, educativas y científicas del país, se encargue de estudiar y empezar a resolver el problema de la educación médica continua en nuestro país.

El segundo grupo quedó formado por los doctores:

Catalina Eibenschütz, de la Universidad Autónoma Metropolitana

Carlos Fernández del Castillo, de la Academia Mexicana de Cirugía

José Laguna, de la Academia Nacional de Medicina

Octavio Rivero Serrano, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México

Ramón Villarreal, de la Academia Nacional de Medicina

María Elena Pérez Peña, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

Gustavo Rincón Hernández, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

José Vidal Gual, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Adalberto Leal Garza, del Instituto Mexicano del Seguro Social, quienes intercambiaron puntos de vista acerca del *Papel y responsabilidades de las instituciones de salud y las escuelas de medicina* y concluyeron lo siguiente:

1. Dar prioridad a la educación médica continua dirigida al personal de salud que confronta el nivel primario de atención.
2. Considerarla como una responsabilidad de las instituciones de salud en cuanto a su aplicación, pero asesoradas por las universidades en cuanto al desarrollo del proceso enseñanza-

aprendizaje, a su planeación y a la evaluación del proceso.

3. Responder a las necesidades de salud de la población, contribuyendo además a crear los instrumentos para su expresión.
4. Se puso en tela de juicio la utilidad y la validez de los "cursos" como único instrumento de educación médica continua.
5. En cuanto a la creación de un organismo descentralizado que coordine las acciones de educación médica continua a nivel nacional, se consideró conveniente reanudar su discusión en fecha próxima, con la participación de:

- 5.1 Instituciones de enseñanza.
- 5.2 Instituciones de servicio, y
- 5.3 Cuerpos colegiados.

El tercer grupo quedó formado por los doctores:

- José Alberto García Arauda, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia  
Horacio García Romero, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado  
Carlos García Irigoyen, de la Academia Mexicana de Cirugía  
Fernando González Montesinos, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.  
José Narro Robles, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México  
Bernardo Sepúlveda, de la Academia Nacional de Medicina  
Francisco Resano, del Instituto Mexicano del Seguro Social  
José A. Lloréns Figuerola, del Ministerio de Salud de Cuba.

En relación al *Papel de las Academias de Medicina y las Sociedades Médicas como proveedores de este tipo de educación y a las Principales características y actividades de un sistema de educación continua*, concluyeron que:

1. Es importante poner atención a las sociedades que agrupan a los llamados médicos "generales", "familiares" o "comunitarios", debido a que representan en el país el volumen más grande y paradójicamente, son los menos atendidos.
2. Las Academias Nacionales son los cuerpos científicos que por su solidez y liderazgo moral, así como por sus características legales y de recursos humanos, pueden jugar un papel fundamental en la integración del organismo que se ocupe de proporcionar los diferentes instrumentos para la educación médica continua de los médicos del país.
3. Es importante crear un grupo multisectorial, especializado en educación continua, en el que

estén representados los más importantes grupos médicos del país.

4. Se consideró que un sistema de educación continua debe contener, cuando menos, las tres siguientes características:

- 4.1 Que tenga perfectamente definidas las necesidades de salud y educativas de los grupos a los que vaya a ser dirigido.
- 4.2 Que lo distinga su inviolable continuidad.
- 4.3 Que sea integral e incorpore a todos los otros miembros del denominado "equipo de salud".

5. Las actividades del sistema pueden ser múltiples, pero se destacaron cuatro:

- 5.1 Establecer programas con base en prioridades, tanto a nivel nacional como regional.
- 5.2 Sensibilizar a los médicos hacia la educación continua y evitar el uso de métodos compulsivos o verticales, que sólo provocan rechazo.
- 5.3 Asesorar a los grupos interesados, en relación a las técnicas modernas de enseñanza.
- 5.4 Perfeccionar y multiplicar los métodos de enseñanza: publicaciones periódicas, cursos formales, enseñanza audiovisual, autoenseñanza, asesorías y otros.

El cuarto y último grupo quedó integrado por los doctores:

- José Rivas Guzmán, del Instituto Mexicano del Seguro Social  
Eduardo Barbabosa, del Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Horacio Martínez Romero, de la Academia Mexicana de Cirugía  
Jorge Corvera, de la Academia Nacional de Medicina  
Roberto Uribe Elías, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México  
Carlos Vidal, de la Organización Panamericana de la Salud, y  
Harold Zintel, del Colegio Americano de Cirujanos, quienes en relación a los *Alcances y limitaciones de la educación continua como instrumento para apoyar y aumentar la competencia profesional de los médicos, y la Influencia de la educación médica continua sobre la calidad de la atención médica*, estuvieron de acuerdo en señalar que:

1. Los programas de educación médica continua deben sustentarse con base en mortalidad y morbilidad regional o zonal, así como en las necesidades expresadas por los trabajadores de la salud.
2. Es importante iniciar en las escuelas de medicina y consolidar con la educación médica continua, la necesidad del trabajo multidisciplinaria.

rio, para que su influencia en la atención médica sea en verdad importante.

3. Los programas no deberán ser punitivos. Deben ser gratificantes por sí mismos; ello en la medida en que el médico vea con claridad que lo que hace, lo hace bien.
4. Debe basarse en la realidad en la que está inmersa la atención médica.
5. Cambiar la metodología de la formación médica de pregrado con especial atención en la autoinstrucción y autoevaluación. Ello facilitará las acciones de la educación médica continua.

6. Buscar el desarrollo integral de la persona humana y no sólo de su competencia profesional.

Con las aportaciones de este subgrupo, se completaron los trabajos de este interesante e importante simposio. Es necesario subrayar que la mesa directiva de la Academia Nacional de Medicina, con el doctor Carlos Campillo Sainz a la cabeza, intentó con buen éxito, tal como se percibe en el presente relato, un tipo diferente de organización, que por permitir el intercambio dinámico de conceptos, experiencias y resultados entre todos sus participantes, representa un avance en la vida académica de nuestra Corporación.

