

Resultados de una encuesta de detección de necesidades (contenido, métodos y técnicas) en educación médica continua

MARIA EUGENIA PONCE DE LEON-CASTAÑEDA
REBECA PONCE DE LEON-CASTAÑEDA
MAURICIO GARDUÑO-NAVARRO

Se aplicó un cuestionario precodificado para detectar necesidades en educación médica continua (EMC) a 848 médicos adscritos a los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, que incluyó antecedentes, necesidades, motivaciones y accesibilidad a la EMC. El análisis de los datos mostró que la mayoría de los médicos estaban interesados en la EMC con el fin de evitar el olvido y mantenerse al tanto de los avances científicos y tecnológicos propios de su ejercicio, así como incrementar la confianza en sí mismos como profesionistas.

Las necesidades de actualización detectadas fueron en orden decreciente: pediatría médica, cirugía general, urgencias pediátricas, ortopedia y traumatología y administración de hospitales. De éstas solicitaron actualizarse en: el manejo terapéutico y farmacológico, los procedimientos diagnósticos y la fisiopatología. Las técnicas y medios de actualización solicitadas fueron: cursos, reuniones médicas y las sesiones del hospital. Los medios utilizados hasta el momento para su actualización fueron: cursos (79%), sesiones del hospital (54%), reuniones médicas (78%), estudio independiente a través de la lectura de libros y revistas (98%).

CLAVES: Educación médica continua, encuesta.

SUMMARY

A precodified questionnaire was applied to detect the needs of continuing medical education (CME) of 848 house officers; it covered personal background characteristics, identified needs as well as motivation and accessibility conditions to get involved in the process. After analyzing the data it was concluded that most of the physicians are interested in CME in order to avoid oblivion to keep abreast of new scientific and technological advances and to increase selfconfidence. The detected needs were, in decreased order, as follows: pediatrics, general surgery, pediatric emergencies, orthopedics, traumatology and hospital administration. The most asked areas wise therapeutics and pharmacology, diagnostic procedures and physioopathology. In relation to the teaching/learning activities they preferred courses, medical meetings and hospital sessions. Previously they had participated attending courses (79%), hospital sessions (54%), medical meeting (78%) and self study, mainly reading books and journals (98%).

KEY WORDS: Continuing medical education, questionnaire.

María Eugenia Ponce de León Castañeda y Mauricio Garduño Navarro. Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

Rebeca Ponce de León Castañeda. Centro de Investigación en Matemáticas Aplicadas. Guanajuato, Gto.

Introducción

La primera referencia al proceso ahora llamado de Educación Médica Continua es el enunciado por la Comisión de Educación Médica de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina en 1932 en el sentido de que "llegará el tiempo en que todo médico sea requerido, en atención a la sociedad, a tomar continuamente cursos para asegurar su práctica actualizada en relación a los nuevos métodos de diagnóstico, tratamiento y prevención".¹

En México a fines de los años sesenta las instituciones educativas fueron las primeras en iniciar los programas de actualización profesional.

La educación continua es una necesidad individual, institucional y social que tiene como propósito fundamental la superación de la obsolescencia de los conocimientos del profesional en ejercicio, lleva implícita la continuidad en la adquisición de conocimientos a través de un esquema organizado, sistemático, con fundamentos, metodología, técnicas y procedimientos específicos. Se adquieren así los nuevos conocimientos y habilidades derivados de los avances científicos y tecnológicos y se lucha contra el olvido.²

Por otro lado, conviene señalar que la educación continua no persigue la obtención de nuevos grados académicos, sino mejorar la competencia profesional a lo largo de toda la vida a partir de la terminación del proceso educativo formal, pregrado, posgrado o carrera académica de maestría o doctorado. Por lo tanto la Educación Médica Continua deberá organizarse de acuerdo a las necesidades del profesional y de la población dentro de los límites fijados por la disponibilidad de recursos.

A éste respecto las investigaciones sobre EMC en nuestro país son escasas y sólo se han analizado algunos aspectos descriptivos, así entre 1975 a 1987 se registran 3 trabajos realizados en la UNAM.^{3,5}

Detección de necesidades en educación médica continua

La necesidad de un individuo, de un grupo o institución, es la existencia de una condición no satisfecha y necesaria para permitirle vivir o funcionar en condiciones normales y realizar o alcanzar su objetivo. Así, la necesidad es la carencia objetiva de algo, mientras que la demanda es su expresión. Respecto a las aspiraciones, son las necesidades individuales de realización las que frecuentemente expresan una demanda del grupo en materia de educación.

Cuando las necesidades se perciben y expresan claramente, su satisfacción es más sencilla; únicamente se

necesita establecer una priorización de ellas, basada en un análisis que considere si las mismas son: reales, alcanzables, comprensibles, mensurables y prácticas.⁶

El problema surge ante ciertas necesidades fundamentales inconscientes o confusas, que no suscitan una demanda. Es aquí donde el educador deberá estar alerta y hacerlas obvias a los ojos del educando. En materia de educación se podría decir de manera asimismo paradójica que, en cierta medida, cuando la necesidad es muy grande, la demanda es débil: el estado de ignorancia que constituye precisamente esa necesidad impide percibirla o concebirla como necesidad educativa.

La detección de necesidades individuales es fundamental y requiere de la participación comprometida del educando. Este es quien tiene la responsabilidad de su educación continua, como una actitud, por lo que se la deberá inculcar durante el pregrado y el posgrado para que la mantenga a lo largo de su vida profesional.⁷

Las instituciones de salud y educativas deben apoyar a la detección de estas necesidades individuales identificando en los profesionales sus intereses y motivaciones dependiendo de: sus condiciones del trabajo y del tipo de actividades que desempeñan cotidianamente; de sus capacidades; su sentido de responsabilidad, conciencia de errores y actitudes respecto a la EMC. También deberán incluir la identificación de los estándares de la práctica profesional, las necesidades de salud de la población y las características de la organización de la atención médica. Lo anterior permitirá considerar a la educación continua como una causa y efecto del aprendizaje y, más aún, como causa y efecto de la motivación para el aprendizaje.^{8,9}

Las necesidades institucionales sistemáticas se pueden detectar a través de la determinación de las tareas o actividades que el individuo debe realizar para cumplir adecuadamente con sus funciones.

Detectadas ambas necesidades deberá realizar una selección y posteriormente decidir el método o técnica a utilizar en la satisfacción de la necesidad.

En el caso de los médicos que laboran en una institución, en ocasiones serán las autoridades o las instituciones quienes tendrán que decidir a qué necesidad dan preferencia, si a las colectivas o a las individuales. En teoría, lo indicado sería el justo medio. En este caso la función de las instituciones será la de poner a disposición de los médicos los recursos humanos, materiales y financieros que satisfagan dichas necesidades.

Sin embargo, con objeto de llegar a este justo medio, es necesario utilizar un instrumento que permita analizar las necesidades individuales y con ellas establecer las colectivas de una institución. Para ello se muestra la

experiencia obtenida a través de la aplicación de un cuestionario para la detección de necesidades en educación médica continua.

Material y métodos

El presente estudio se basó en un esquema de tipo descriptivo y prospectivo de corte transversal. Se realizó en los 24 hospitales de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. El cuestionario se aplicó a todos los médicos adscritos con nombramiento de base o de confianza, generales o especialistas, en todos los turnos; no se tomó en cuenta su antigüedad. Se incluyó también al personal médico integrante del cuerpo de gobierno y a los médicos adscritos a las unidades móviles. El cuestionario se acompañó de una hoja anexa en donde se especificaron claramente los propósitos y objetivos del estudio. No se estableció límite de tiempo para contestar.

Se excluyeron médicos residentes, internos de pregrado y médicos visitantes no adscritos al hospital. Se desecharon cuestionarios regresados extemporáneamente y los que se contestaron en menos del 60 por ciento.

El cuestionario, con un total de 33 preguntas, constó de tres apartados:

1. Datos generales y perfil de los médicos encuestados mediante siete preguntas sobre: tipo de hospital, edad, sexo, antigüedad, turno, actividad laboral fuera de la institución y ejercicio o no de una especialidad.
2. Motivaciones y necesidades de actualización mediante seis preguntas sobre: razones de índole profesional y personal para actualizarse, técnicas y medios de actualización, especialidad médica y área del conocimiento en que desea actualizarse, participación como ponente o docente.
3. Métodos de actualización con 20 preguntas sobre: cursos de actualización, características ideales de los cursos, sesiones generales del hospital y sus características, asistencia a congresos, simposios, foros y reuniones médicas, lecturas, suscripción a revistas, compra de libros y asistencia a bibliotecas.

Antes de la aplicación formal del cuestionario se realizó un *test* de prueba a 30 personas de donde surgieron modificaciones que afinaron el cuestionario final.

Para el análisis se contó con el apoyo del Centro de Investigación en Matemáticas de Guanajuato, Gto. En primer término se elaboró una base de datos con el programa lotus 1-2-3, la cual fue revisada minuciosamente con el fin de corregir las inconsistencias y los errores detectados.

Posteriormente se utilizó el paquete para análisis estadístico SAS. Se corrieron frecuencias simples para todas las variables incluidas en el estudio y algunas frecuencias cruzadas entre variables del especial interés para el objetivo del estudio. No se practicó ningún procedimiento de validación de las respuestas, por lo que los resultados que a continuación aparecen se basan exclusivamente en las respuestas de los médicos.

Resultados

De un total de 1057 cuestionarios distribuidos, finalmente se analizaron 848 recogidos de los siguientes hospitales: generales (43 %), pediátricos (41 %) y materno-infantiles (16 %).

Perfil de los médicos encuestados: de 848 médicos que respondieron el cuestionario, el 70 por ciento correspondió al sexo masculino y el 21 por ciento restante al femenino. El promedio de edad fue para los hombres 40.9 años, y para las mujeres 35.8 años. (Cuadro I). Todos tenían en promedio 8.8 años de laborar en la institución. El 82 por ciento eran médicos especialistas y sólo el 18 por ciento médicos generales.

Cuadro I

Distribución porcentual de los médicos de la DGSMDDF de acuerdo a edad y sexo, México, 1988

Grupo de edad	Sexo masculino	Sexo femenino	Total
Nº de personas	666	177	843
20	---	---	---
20 - 29	7	16	9
30 - 39	46	55	47
40 - 49	21	18	21
50 - 59	20	7	17
60 +	6	4	6
total	100	100	100
promedio	40.9	35.8	39.9
dev. estándar	9.9	7.6	9.7
mínima y máxima	23.75	25.62	23.75

Razones para su actualización: Teniendo como marco de este análisis los objetivos de la educación médica continua, se encontró que el 67 por ciento consideró el principal motivo para su actualización evitar el olvido y mantenerse al tanto de los avances científicos y tecno-

lógicos propios de su ejercicio, manteniendo su calidad profesional, en tanto que sólo el 28 por ciento consideró brindar una mejor atención médica a sus pacientes. El 5 por ciento consideró otras opciones.

En cuanto a las razones personales para actualizarse, el 65 por ciento seleccionó aumentar la confianza en sí mismo como profesional y satisfacer así una necesidad personal de crecimiento; sólo el 14 por ciento pretendió mejorar su posición laboral y el 2 por ciento aumentar sus ingresos. El 19 por ciento mencionó otras opciones.

Necesidades de actualización detectadas: Los médicos, de acuerdo al tipo de hospital en que laboraban, eligieron actualizarse en las siguientes especialidades troncales: cirugía y medicina interna en los hospitales generales; pediatría en los hospitales pediátricos, gineco-obstetricia y cirugía en los materno-infantiles (Cuadro II).

Cuadro II

Distribución porcentual de los médicos de la DGSMDDF de acuerdo a la especialidad médica en que le es más importante actualizarse y al tipo de hospital, México 1988

especialidad médica	general	tipo de hospital		
		pediátrico	materno-infantil	global
Nº de personas	342	333	130	805
cirugía	43	7	25	25
pediatría	3	59	11	28
medicina interna	23	11	1	16
gineco-obstetricia	9	1	26	8
otra	22	22	27	23
total	100	100	100	100

Las especialidades y subespecialidades de rama fueron también seleccionadas por los médicos para actualizarse en ellas. Las cinco más solicitadas fueron, en orden decreciente: pediatría médica, cirugía general, urgencias pediátricas, ortopedia y traumatología y administración de hospitales (Cuadro III).

Para cada una de las especialidades troncales, las especialidades y subespecialidades de rama seleccionadas por un mayor número de médicos, fueron:

a) Cirugía: cirugía general, ortopedia y traumatología.

Cuadro III

Número de médicos que solicitaron actualizarse en las siguientes 15 especialidades, México 1988

Especialidad	Número de médicos
1. Pediatría médica	78
2. Cirugía general	60
3. Urgencias pediátricas	55
4. Ortopedia y traumatología	51
5. Administración de hospitales	48
6. Anestesiología	46
7. Perinatología	41
8. Ginecología	34
9. Terapia intensiva	31
10. Infecto-parasitología	30
11. Urgencias médicas	21
12. Cirugía pediátrica	20
13. Urgencias de ginecología y obstetricia	18
14. Cardiología	17
15. Cirugía reconstructiva	16
total*	566

* Corresponde al 70 por ciento de los médicos que contestaron.

- b) Pediatría: pediatría médica y perinatología.
 c) Medicina interna: urgencias médicas y terapia intensiva.
 d) Gineco-obstetricia: ginecología y urgencias ginecológicas y obstétricas.
 e) Otras: administración de hospitales y anestesiología.

Para estudiar las patologías que integran a estas especialidades y subespecialidades los médicos seleccionaron actualizarse primordialmente en: el manejo terapéutico y farmacológico, los procedimientos diagnósticos y la fisiopatología y nosología de las mismas. Las áreas de medicina preventiva y técnicas didácticas no fueron reconocidas por los médicos como áreas prioritarias en las cuales requieren actualizarse. (Cuadros IV y V).

Técnicas y medios de actualización: para clasificarlas, se les pidió a los médicos seleccionar tres técnicas o medios, clasificándolas en primera, segunda y tercera opción, de acuerdo a su interés; el resultado fue el siguiente: en primera opción, cursos de actualización, en segunda congreso, simposios, paneles, foros y reuniones médicas y, en tercera, las sesiones del hospital. (Cuadro VI).

Cuadro IV

Distribución porcentual de los médicos de la DGSMDDF de acuerdo a las áreas del conocimiento en que les sería más útil actualizarse, México 1988

Área de conocimiento	% global
Nº de personas	817
Manejo terapéutico y farmacología	36
Procedimientos y diagnósticos	19
Fisiopatología y nosología	18
Metodología de la investigación	12
Administración	7
Medicina preventiva	5
Técnicas educativas	2
Otra	1
total	100

Cuadro V

Distribución porcentual de los médicos de la DGSMDDF de acuerdo a la especialidad médica y al área del conocimiento en que tienen más interés por actualizarse, México 1988

Área del conocimiento	cirugía	pediatría	med. int.	gine-obst.	otra	global
Nº de personas	193	218	128	68	177	784
manejo terapéutico y farmacol.	47	33	33	38	29	36
procedimientos diagnóstico	18	22	24	25	10	19
fisiopatología y nosología	15	27	23	16	8	18
metodología de la investigación	14	7	13	6	16	12
administración	2	3	2	1	23	7
medicina prevent.	1	6	2	6	10	5
técnicas educativas	2	1	2	5	2	2
otra	1	1	1	3	2	1
total	100	100	100	100	100	100

Cuadro VI

Distribución porcentual de los médicos de la DGSMDDF de acuerdo a las técnicas y medios de actualización preferidos por opciones, México 1988

técnica y medios de actualización	primera	segunda	tercera
Nº de personas	835	832	830
cursos de actualización	59	18	8
congresos, simposios, paneles, foros, reuniones médicas	14	32	13
sesiones del hospital	3	9	14
adiestramiento en servicio	9	11	10
lectura de libros y revistas	8	9	12
talleres	2	9	11
sesiones de discusión de pequeños grupos	1	4	10
intercambio de opiniones con compañeros médicos	1	4	7
programas médicos vía satélite	1	-	3
videos, audios y películas	1	3	8
cursos por correspondencia	-	-	8
auditorías médicas	-	-	1
autoevaluación	-	1	2
total	100	100	100

Participación como docente: un método de educación continua, hasta la fecha no del todo reconocido por las instituciones educativas y de salud, pero que reditúa al médico actualización médica y experiencias como docente, es su participación como ponente en actividades académicas. De los médicos encuestados el 65 por ciento refirió haber participado como ponente en actividades académicas. De los médicos encuestados el 65 por ciento refirió haber participado como ponente o docente; de ellos el 64 por ciento mencionó que dicha participación les permite el intercambio de opiniones y la transmisión de experiencias y el 33 por ciento que les permite actualizarse.

Cursos de actualización: el 79 por ciento de los médicos había asistido, en promedio, a 2,7 cursos de actualización en los últimos dos años, con un rango de

0 a 20 y una DS de 2.5 cursos. Las razones principales por las que el 21 por ciento restante no había asistido, fueron: no disponer de tiempo, horarios incompatibles y lejanía del sitio donde se impartían. Únicamente el 4 por ciento de los médicos que habían asistido a cursos de actualización, mencionó que éstos no le habían proporcionado utilidad práctica alguna, siendo la razón principal el que éstos no habían tenido relación con su ejercicio cotidiano.

Las características que, a juicio de los médicos encuestados, deben tener los cursos de actualización fueron:

- Grupo: no menor de 10, no mayor de 30 alumnos
- Técnicas de enseñanza a utilizar: taller, seminario, demostración práctica.
- Duración: 20 a 40 horas
- Horario: matutino, y vespertino en segundo término.
- Sitio: su propio hospital.

Sesiones médicas del hospital: el 54 por ciento de los médicos consideró que las sesiones del hospital le eran útiles para su actualización. Las principales razones por las que no les resultó de utilidad al 45 por ciento restante, fueron: no disponer de tiempo para asistir y porque no satisfacían sus necesidades de actualización.

Las características que, a juicio de los médicos, deben tener las sesiones del hospital fueron:

- Horario: los médicos que laboran en los hospitales generales y en los materno-infantiles las prefieren al inicio de la mañana y de los hospitales pediátricos a media mañana.
- Tipo: discusión de casos clínicos, y en segundo término sesiones anatomopatológicas.

Congresos y otros tipos de reuniones médicas: el 78 por ciento de los médicos mencionó que estos eventos le eran útiles para su actualización, habiendo asistido en los últimos dos años a un promedio de 2.9 eventos. Las razones más importantes por las que al 22 por ciento restante no le habían resultado de utilidad dichos eventos fueron falta de tiempo y el elevado costo de los mismos.

Lectura de libros y revistas: el 98 por ciento de los médicos manifestaron leer literatura médica en un promedio de 7.6 horas a la semana, con un rango de 0 a 40 horas y una DS de 5. El 76 por ciento mencionó recibir en promedio desde 9 años antes alguna revista médica, de ellas el 53 por ciento eran nacionales, entre ellas la revista Médica del DDF, 39 por ciento nacionales e internacionales y sólo el 8 por ciento exclusiva-

mente internacionales. El 90 por ciento había comprado un promedio de 7.1 libros en los últimos dos años, con un rango de 0 a 50 y una DS de 6.6.

Visitas a la biblioteca: el 18 por ciento semanal, 68 por ciento ocasional y el 14 por ciento manifestó no haber asistido nunca. Los motivos por los que no habían asistido fueron falta de tiempo y problema de accesibilidad, ya que este servicio se encuentra principalmente en hospitales generales.

Medios audiovisuales: el 60 por ciento de los médicos tenía dificultad para conseguir y proyectar estos medios.

Correlación de variables: al correlacionar la variable edad con las técnicas y medios de actualización, se encontró que de los médicos mayores de 39 años de edad el mayor porcentaje había participado como ponentes o docentes, leían y recibían revistas en tanto que un porcentaje mayor de médicos menores de 40 años habían asistido a cursos de actualización, a congresos, u otras reuniones médicas y habían comparado libros. La asistencia a la biblioteca no fue afectada por la edad.

La correlación del turno con las técnicas y medios de actualización mostró que el mayor porcentaje de los médicos de los turnos de días festivos y fines de semana, así como los del turno nocturno, asistían a cursos de actualización. En tanto, la asistencia a congresos u otras reuniones médicas, a la biblioteca y la mención sobre la utilidad de las sesiones hospitalarias, fue mayor entre los médicos del turno matutino.

Aquellos médicos que mencionaron leer más de diez horas a la semana, fueron los que mencionaron recibir un mayor número de revistas, comprar más libros y asistir más frecuentemente a la biblioteca.

Discusión

Como lo demuestran los resultados, la razón profesional predominante en los médicos para su actualización fue la considerada como el segundo objetivo de la EMC: mantener la calidad profesional, sobreponiéndose al primero y más importante de los objetivos: otorgar una mejor atención médica a sus pacientes.

En lo que respecta a las razones de índole personal, el estudio nos confirmó que la EMC es una necesidad individual que otorga seguridad y satisfacción al profesional, así como el hecho de que en nuestro país, la EMC no es considerada por el médico como una obligación, ni por la sociedad como un requisito para la contratación y ubicación escalafonaria del médico.

Las necesidades de actualización concordaron con la estructura y organización de los servicios médicos del

DDF, los cuales tradicionalmente han sido considerados servicios de urgencias, en donde el equipo quirúrgico tiene una gran importancia, así como los servicios pediátricos con una red de 12 hospitales de la especialidad. Destaca que los médicos seleccionaran la administración de hospitales ya que es este un aspecto sobre el cual recientemente se ha puesto especial énfasis en los servicios médicos lo cual, con el tiempo y con un amplio conocimiento por parte de los médicos, redundará en una mayor organización y funcionalidad de los hospitales.

La participación como docente es una actividad que empieza a despertar interés entre los médicos como un medio idóneo para su actualización, por lo que ésta debería ser una de las actividades a reforzar por las instituciones ya que el médico, al participar en la formación de futuros médicos o especialistas, deberá mantener al día su formación profesional.

Las razones por las que no asisten a los cursos de actualización, congresos y otro tipo de reuniones médicas, así como el problema de accesibilidad de las bibliotecas, son todas ellas susceptibles de solución por parte de las instituciones a cargo de dichos cursos, quienes tendrán que ofrecer una mayor variedad de horarios y ubicar los cursos en sitios accesibles para los médicos, de preferencia en su mismo sitio de trabajo.

En términos generales el instrumento nos brindó también la posibilidad de conocer las características de los cursos de actualización y de las sesiones médicas del hospital, con las cuales es conveniente enriquecer dichas actividades a fin de lograr una mayor satisfacción y beneficio para los médicos.

Respecto a la edad podemos concluir la conveniencia de ofrecer, en función de sus preferencias, programas estructurados para los médicos jóvenes, en tanto que para los de mayor edad, favorecer el estudio independiente.

En las áreas de medicina preventiva y técnicas didácticas que no fueron consideradas por los médicos como áreas en las cuales requieran actualizarse, es importante recordar que la mayoría de los médicos, en los hospitales y en su ejercicio privado, realizan actividades docentes con sus alumnos, con el personal paramédico y con el propio paciente; así como también acciones preventivas de suma importancia para su ejercicio profesional, ya que actualmente, a nivel mundial, la medicina preventiva está adquiriendo gran relevancia ante el elevado costo y la complejidad de la medicina curativa. Por lo tanto, es en estas áreas en las cuales las instituciones de salud y educativas deberán intensificar sus acciones de actualización al personal médico.

Las técnicas y medios de actualización selecciona-

das implican la preferencia hacia los programas estructurados, en contraposición a lo encontrado en algunas investigaciones extranjeras, principalmente de EUA, Canadá, Inglaterra y Australia, en donde los médicos tienden a seguir una educación continua más personalizada y autodirigida, a través de la lectura, autoevaluación, audiovisuales y adiestramientos en servicio.

El estudio demostró que los medios y técnicas individualizadas son poco solicitados, como es el caso del adiestramiento en servicio, la lectura y los audiovisuales. Los programas vía satélite, cursos por correspondencia, auditorías médicas y autoevaluaciones, son medios muy poco explotados en nuestro país, con escasa difusión cuando existen, lo cual es corroborado por los resultados obtenidos.

Conclusiones

Del presente estudio se desprenden las siguientes recomendaciones:

1. Difundir la importancia de la educación médica continua dirigiéndola, en primer término, a elevar la calidad de la atención a la salud presentada a individuos, familias y comunidades.

2. Las acciones que apoyan la educación continua del médico que labora en la DGSMDDF deberán dirigirse a satisfacer las necesidades detectadas por el presente estudio, en donde los médicos seleccionaron actualizarse en: la fisiopatología, nosología, procedimientos diagnósticos, manejo terapéutico y farmacológico de las patologías que integran las siguientes especialidades y subespecialidades: cirugía general, ortopedia y traumatología, pediatría médica, perinatología, urgencias médicas, terapia intensiva, ginecología, urgencias gineco-obstétricas, anestesiología y, como un área no clínica, la administración de hospitales.

3. Motivar a los médicos para que se actualicen en técnicas didácticas y en medicina preventiva.

4. Difundir entre los médicos el uso de los métodos individuales que favorecen el autoaprendizaje como son: a) la investigación bibliográfica; b) el uso de simuladores clínicos y enseñanza programada; c) uso de materiales audiovisuales; d) participación en programas vía satélite, como el implementado por el Hospital Infantil de México; e) participación como docente o ponente; f) intercambio de experiencias con colegas; g) programas de autoevaluación, como el que recientemente editó el Consejo Mexicano de Cirugía General; h) finalmente el más completo de ellos, el adiestramiento en servicio.

5. Incrementar el acervo de libros y revistas de las

bibliotecas, el cual deberá responder a las necesidades detectadas (sentidas y latentes), o bien favorecer la circulación de esta información a través de bibliotecas circulantes o el envío periódico de fotocopias de artículos recientes sobre los temas mencionados.

6. Establecer convenios con las instituciones educativas y otras instituciones del sector salud, a fin de compartir los programas y materiales existentes que apoyen la educación continua o bien que permitan el trabajo conjunto para la elaboración de los mismos.

7. Estimular a los médicos de la institución para que participen como docentes de los programas formales organizados por la DGSMDDF, orientándolos hacia las necesidades detectadas por el presente estudio.

8. Permitir que los médicos cuenten con tiempo exprofeso para dedicarse a ella.

9. Adaptar los actuales cursos de actualización y sesiones hospitalarias a las características propuestas por lo médicos y detectadas en el presente trabajo.

10. Ampliar esta investigación con la detección de las necesidades que en materia de educación médica continua tiene la institución y compaginarla con la morbilidad y mortalidad prevalente.

11. Realizar periódicamente este tipo de investigaciones con el objeto de contar con información actualizada de las necesidades de los médicos.

En conclusión, en la educación médica continua, la metodología de la enseñanza deberá hacerse más flexible, de tal manera que los enfoques educativos no formales vayan sustituyendo la rigidez de los actuales, y que los médicos tengan la capacidad de elegir el tipo

y el contenido de su educación. Para este fin es necesario darles la oportunidad de diseñar y ensayar sus propios métodos de aprendizaje, de tal manera que aprendan a aprender y adapten sus métodos a los contenidos del tema en cuestión, pero sin olvidar que en todo momento la motivación precede a la instrucción, al autoaprendizaje y a la autoevaluación.

Referencia

1. Ad hoc. Committee on continuing medical education: Continuing education of physicians, conclusions and recommendations, Association of American Medical Colleges. *Med Educ* 1980; 55: 5-10.
2. Comité de Expertos de la OMS: Enseñanza continua para médicos. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1973: 3-15.
3. Ponce de León C ME. La unidad de educación continua para el médico general-familiar. *Rev Fac Med* 1980; 12: 22-27.
4. CEUTES. La educación continua en México, resultados preliminares de dos encuestas nacionales. Documento mimeografiado. UNAM 1982.
5. Tapia J. Detección de necesidades de EMC duante 1984, en la población que asiste a cursos en la Facultad de Medicina de la UNAM. *Rev Fac Med* 1986; 29: 181-187.
6. Hainaut DL et al. Programas de estudios y educación permanente. Paris: UNESCO 1980; 66.
7. OMS. Enseñanza continua para médicos. Serie de informes técnicos. Ginebra 1973; 534: 22-23.
8. McMahon S. An application of Continuing Medical Education to decrease excessive length of stay. *J Med Ed* 1988; 63: 364-367.
9. Jennett PA et al. The effects of continuing medical education on family doctor performance in office practice: a randomized control study. *J Med Ed* 1988; 22: 139-145.
10. Ponce de León C ME. La educación médica continua en el contexto educativo. Tesis de maestría de enseñanza superior. Universidad la Salle, 1989.

