

Presentación

Con el fin de examinar la situación actual y perspectivas de la educación médica continua en México, la Academia Nacional de Medicina convocó a una reunión que tuvo lugar del 7 al 9 de abril de 1994, a la cual asistieron representantes de diversas instituciones, asociaciones, consejos de especialidades y, en fin, del gremio médico. La presente publicación comprende los materiales que se presentaron y discutieron durante tal reunión: conferencias, informes institucionales de los diversos programas de educación médica continua que se aplican actualmente en nuestro país, así como las conclusiones de los talleres que se estructuraron para analizar diversos aspectos específicos de este campo tan vital para la medicina.

El lector podrá encontrar en esta presentación información pormenorizada sobre la forma en que se estructuró la reunión y un resumen de las conclusiones que se obtuvieron a través del trabajo en los talleres.

Génesis de la reunión

Se ha calculado que los conocimientos en el área de la medicina se incrementan cada año en un 10 por ciento, en tanto que un alto porcentaje de los mismos se tornan obsoletos, pues son superados conforme se avanza en las investigaciones. Además, se estima que el volumen total de conocimientos se duplica cada 14 ó 15 años, y con el paso del tiempo ese volumen aumentará a un ritmo mayor.

Ante estas circunstancias, es evidente que los médicos, enfermeras y demás integrantes del gremio de la medicina deben actualizar frecuentemente sus conocimientos. Ésta es una preocupación que ha cobrado especial importancia en los últimos años, por lo cual la Academia Nacional de Medicina convocó a la Segunda Reunión Nacional de Educación Médica Continua (EMC), la cual tuvo lugar del 7 al 9 de abril de 1994, en la sede de la corporación, Bloque B de la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en la Ciudad de México.

El antecedente de esta actividad se remonta a agosto de 1981, cuando la Academia organizó la primera reunión sobre educación médica continua, en la que participaron representantes de las instituciones gubernamentales del Sector Salud, así como algunas entidades educativas; en esa ocasión el tema se trató fundamentalmente desde el punto de vista teórico.

A la luz de las condiciones actuales, se determinó como urgente propiciar nuevamente el intercambio de experiencias, inquietudes y propuestas en torno a la educación médica continua. Sin embargo, el objetivo ahora fue ir más allá de los aspectos teóricos, con el fin de dar respuesta a las situaciones

que prevalecen en el ámbito general de la medicina. Por lo tanto, esta reunión se concibió, desde un principio, como un foro abierto que tuviera como meta recoger opiniones, recomendaciones y establecer proposiciones que mejoraran e incidieran en este vital renglón del gremio médico.

Objetivos

1. Conocer los programas de educación médica continua de los principales organismos que los imparten: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, escuelas de medicina, colegios, academias y sociedades médicas.
2. Conocer las políticas y mecanismos de recertificación de los diferentes consejos de especialización.
3. Intercambiar información, entre las instituciones encargadas de impartir EMC, sobre la manera de evaluarla.
4. Establecer guías generales para el diseño y la evaluación de los programas de EMC.
5. Establecer guías generales para la recertificación en los consejos de especialidad.
6. Establecer mecanismos de coordinación entre los diferentes organismos encargados de la EMC.
7. Elaborar un documento con las conclusiones y recomendaciones de la reunión.

Mecánica de la reunión

Como un primer paso para organizar la Reunión, la Academia Nacional de Medicina convocó a un grupo representativo del gremio, que abarcó a los sectores oficial, educativo, privado, organizaciones médicas y consejos de especialidades, para conformar un Comité Organizador. Éste trabajó desde diciembre de 1993 para estructurar el programa de actividades, y en él participaron 20 representantes de diversas instituciones (ver Cuadro 1) que, a lo largo de varios meses, discutieron ampliamente la forma en que habría de llevarse a cabo la Reunión, con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos, que fueron los siguientes:

Se planteó que la reunión comprendería, en una primera fase, la presentación de seis conferencias plenarias, que permitieran a los asistentes contar con un marco de referencia común en torno al tema central. Para ello se invitó a diversos especialistas que examinaran aspectos generales: el marco teórico y los fundamentos; cómo se aplica en otros países y cómo eventualmente esto podría lograrse en México; cómo funciona entre las sociedades médicas y los consejos de

especialidades. Asimismo se consideró oportuno invitar al Sr. Ivo Stern, Director General de la Cámara Nacional de la Industria Químico-Farmacéutica, para abordar este tema desde otra perspectiva. Por último, es pertinente destacar la presencia del Dr. John I. Parboosingh, del Colegio Real de Médicos y Cirujanos del Canadá, quien dio un informe de cómo opera la educación médica continua en aquel país, en vista de la importancia que reviste para México, a partir de la puesta en marcha del Tratado de Libre Comercio, y además porque el sistema de educación médica continua en Canadá está considerado como uno de los más avanzados a nivel mundial.

Asimismo, se dieron a conocer los informes presentados por las diversas instituciones del Sector Salud, en relación con la puesta en marcha de programas de educación médica continua. Estos informes también están comprendidos en la presente publicación.

En cuanto a los talleres, conformaron la parte medular, pues fueron un excelente instrumento para que todos los participantes externaran sus opiniones y plantearan sus sugerencias en torno a diversos aspectos. Con el fin de poder obtener documentos que reflejaran cuanto había ocurrido en las sesiones, para cada taller se fijaron cuidadosamente los objetivos correspondientes y se plantearon guías de discusión, así como metodologías de trabajo. Para este punto fue de gran ayuda la asesoría de la Jefatura de Servicios de Educación Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la reunión, y que se reflejan en los documentos aquí incluidos, se advierte que los resultados y las propuestas se dieron a partir de opiniones de consenso del gran grupo de trabajo que, durante tres días, reunió a 245 médicos, pertenecientes a diez instituciones, 34 asociaciones médicas, 35 consejos de especialidades, así como representantes de cuatro instituciones privadas (ver Cuadro 2).

Este nutrido grupo discutió diversos aspectos relacionados con los principales problemas que, en relación con la educación médica continua, se plantean a diario quienes forman parte del gremio médico, así como las soluciones que parecen más viables para lograr una constante actualización de conocimientos que redundarán, invariablemente, en una mejor atención hacia los pacientes.

Con el fin de asegurar que las conclusiones de cada taller fuesen resultado de una serie de acuerdos tomados mediante consenso, se tuvo especial cuidado en diseñar una mecánica de trabajo a partir de la estructuración de un documento guía para cada uno de los talleres. En este documento quedaron claramente definidos los objetivos y la estrategia de trabajo en el taller, especificando con claridad el tiempo que se asignaría a cada actividad y el responsable de ellas. Asimismo, este documento comprendía una guía de discusión que normaría los diferentes puntos sobre los que se buscaría un acuerdo a lo largo del taller.

En este sentido, el papel del coordinador resultó clave para permitir que, al término del trabajo en cada uno de los talleres, se contara con un documento que reuniera las conclusiones del grupo.

Al término de las sesiones de los talleres, se destinó el último día para presentar, en sesión plenaria, las conclusiones de cada uno de los talleres y dar así oportunidad a una nueva revisión de los planteamientos y sugerencias que se desprendieron entre los diez diferentes grupos de trabajo.

Conclusiones globales

En esta publicación se presentan los documentos elaborados por cada uno de los talleres. A reserva de remitir al lector a la lectura de cada uno de ellos, con el fin de dar una idea global de las principales inquietudes y planteamientos en que se enmarca el problema de la educación médica continua en nuestro país, se presenta a continuación un resumen global de las conclusiones de los diez talleres, tratando de buscar tanto los puntos de acuerdo, como los de divergencia que se dieron entre cada grupo de trabajo.

Lineamientos generales

1. Se enfatizó que las actividades de educación médica continua son primordialmente un medio para alcanzar una mejor calidad en la atención en la salud, y no debe verse únicamente con la finalidad de obtener créditos o puntuación curricular.
2. Quedó de manifiesto que la educación médica continua ha sido una preocupación constante para las instituciones y organizaciones relacionadas con la salud y que, si bien ha sido una práctica generalizada, desafortunadamente sólo ha tenido una respuesta adecuada entre algunos grupos privilegiados.
3. El equipo de salud, para lograr impacto en el nivel de bienestar de una nación, debe tener un desarrollo homogéneo y la EMC no debe ser prerrogativa de una profesión o grupo laboral.
4. La EMC debe ser considerada como un proceso educativo que se inicia al término de una carrera del área biomédica en sus diferentes niveles académicos, el cual debe ser formal y sistemático, durante la vida profesional de los miembros del equipo de salud.
5. Se asentó que la educación médica continua debe abarcar a todo el personal del área biomédica del territorio nacional, pudiendo, sin embargo, clasificarse de acuerdo con la modalidad del ejercicio profesional, sea éste institucional o privado, si se trata de personal especializado o no especializado, y de si se encuentra en el ámbito urbano o rural.
6. Es pues necesario hacer llegar la EMC a todos los niveles y profesiones, pero cuidando que el diseño del programa se adecue y se haga específico para cada grupo en particular.

Los Consejos de Especialistas frente a la educación médica continua.

1. Quedó de manifiesto la importancia que, en relación con la educación médica continua, tienen los consejos de especialidades y las sociedades y asociaciones médicas, al permitir la actualización constante del gremio médico, y, en el caso de los Consejos de Especialistas, la certificación y recertificación.

2. Es primordial la aplicación de políticas de consenso en torno al funcionamiento y estrategias que deban de seguir los Consejos de Especialistas, para los cuales, entre otras recomendaciones, se externaron las siguientes:

- 2.1. Que realicen cada cinco años la recertificación periódica.
- 2.2. Que no haya límites de edad para que los médicos dejen de recertificarse.
- 2.3. Que la recertificación se realice a través de los puntajes obtenidos mediante diferentes actividades académicas y asistenciales de los médicos
- 2.4. Que todos los Consejos de Especialistas introduzcan métodos controlados de educación médica continua que garanticen objetivamente que el médico mantenga sus conocimientos y destrezas debidamente actualizados.

3. Actividades asistenciales, docentes y de investigación que potencialmente otorgan puntajes:

- 3.1 La asistencia, en calidad de alumno o profesor, a cursos de temas de la especialidad, nacionales e internacionales.
- 3.2. Participación en programas hospitalarios.
- 3.3. Aplicación de sistemas de autoenseñanza
- 3.4. Desempeño de actividades académicas.
- 3.5. Dirección de tesis de especialidad, maestría o doctorado
- 3.6. La publicación en libros o en revistas especializadas
- 3.7. Asistencia a congresos y otras actividades similares.
- 3.8. La obtención de grados académicos
- 3.9. La práctica médica en consultorio
- 3.10 La membresía en sociedades médicas, nacionales o internacionales
- 3.11. Desempeño de puestos directivos en asociaciones o Consejos de Especialistas, así como de congresos médicos
- 3.12. Las distinciones académicas
- 3.13. La asistencia a conferencias, seminarios o simposios.

4. Se recomienda el establecimiento de medidas para garan-

tizar que el Consejo esté informado sobre las diversas actividades de educación médica continua en las que participen los médicos que soliciten la certificación o recertificación.

Equivalencias de acreditación

1. Se tratan de actividades formales y no formales, dirigidas a la medicina general o a las especialidades, y que siempre se imparten en periodos fuera de la formación, es decir, después de la licenciatura o la especialidad.

2. Los mecanismos de acreditación buscan reconocer y validar los esfuerzos que el individuo realiza cumpliendo las acciones o estrategias que conforman los programas de educación médica continua; en contraste, las acciones de certificación están orientadas a programas, instituciones y corporaciones de manera preferente y, en algunos casos, también a los individuos.

3. Se recomendó que los programas hagan explícitos los requisitos académicos de los aspirantes; que se dé un reconocimiento uniforme a los esfuerzos realizados por las diversas instituciones de salud o educativas en cuanto a programas de EMC; que existan equivalencias de acreditación que faciliten el reconocimiento interinstitucional y que para ello se utilicen formatos semejantes.

4. Se recomendó que se mantenga una coordinación entre las instituciones de salud y educación para fines de planeación, programación, operación y reconocimiento de programas de educación médica continua.

Las asociaciones y sociedades médicas y la educación médica continua

1. Se concluyó que el presupuesto que las instituciones del Sector Salud destinan a la educación médica continua existe, pero es insuficiente y no se conoce entre el personal médico; ante esto se propuso que sea supervisado y se haga del conocimiento general.

2. Los recursos humanos y materiales destinados a la educación médica continua son insuficientes y mínimos, por lo cual debieran aumentarse a nivel nacional y, sobre todo, buscar la coordinación entre las diferentes instancias.

3. Sobre el presupuesto que las sociedades médicas destinan a la educación médica continua se dijo que, si bien representa la mayor parte de sus presupuestos totales, es insuficiente.

4. Se detecta una falta de recursos humanos y materiales entre las sociedades y asociaciones médicas, así como la necesidad de estrechar lazos académicos entre todas ellas.

5. Se propuso que la mesa directiva de cada asociación promueva la interacción académica de sus agremiados.

Evaluación de la educación médica continua

1. La evaluación de la educación médica continua debe distinguirse del control sobre la misma.

2. La evaluación es, pues, un proceso que consiste en la medición del desempeño, la comparación de los resultados

contra un estándar establecido previamente y la emisión de juicios de valor, mientras que el control es el proceso de verificación del desempeño observado en relación con el esperado, la identificación de desviaciones y la aplicación de medidas correctivas para asegurar el logro de los objetivos.

3. Se considera que sólo son evaluaciones verdaderas las que abarcan de manera integral todos los aspectos de la educación médica continua, sin que haya aspectos por privilegiar, independientemente de que, para propósitos de certificación o acreditación, se puedan realizar evaluaciones parciales, consideradas "cuasievaluaciones".

4. Se propuso que habría que incluir la evaluación del contexto, incluidas las políticas, el marco legal, la ética profesional y los recursos; la evaluación de los servicios de educación médica continua, incluyendo cursos y programas, reuniones académicas y científicas, así como los Centros de Documentación en Salud, mediante sistemas internos de control de calidad y mediante encuestas de opinión de prestadores de servicios y de usuarios.

El financiamiento de la educación médica continua

1. Se planteó la necesidad de eliminar la duplicación y repetición múltiple de esfuerzos por **cuante** a los programas de EMC entre las diversas instituciones.

2. Es necesario formular planes determinados que permitan un uso racional del presupuesto y dar mayor énfasis a prioridades institucionales o nacionales, y no simplemente a apoyar actividades aisladas.

3. Sin descartar la importancia del financiamiento que proviene de la industria químico-farmacéutica, se sugiere regular éste para que se brinde así un verdadero beneficio dentro de un marco de ética-profesional.

4. Se sugiere recurrir a otros sistemas neopedagógicos, no escolarizados y menos costosos, tales como teleconferencias vía satélite, --solicitando para ello apoyo a la Secretaría de Comunicaciones--, con el fin de optimizar así los recursos al menor costo posible y lograr su difusión en toda la República Mexicana.

La regulación de la educación médica continua

1. Para que sea efectiva se sugiere adoptar una definición que sirva como eje para todo el sistema de enseñanza continua en materia de salud.

2. Se propuso definirla como: "Proceso permanente que se inicia al concluir la educación formativa, encaminado a incorporar los avances científicos y tecnológicos en el saber y quehacer profesionales, al tiempo que se cumplen funciones asistenciales que perfeccionan las destrezas y fortalecen las actitudes".

3. Se recomendó que al generar la normatividad en la materia, se haga énfasis en considerar los tres niveles de atención médica.

4. Se propuso la formación de un órgano, similar a los Consejos de Especialistas en el área de medicina general que permita la aplicación de la regulación en materia de educación médica continua.

5. Se propuso que se establezca una **comisión** permanente que dé continuidad a los esfuerzos realizados y que concluya con la regulación global de la EMC.

Las nuevas tecnologías y la educación médica continua

1. Se propuso promover la colaboración interinstitucional, tanto nacional como internacional, para compartir los recursos tecnológicos existentes, disponibles y adecuados para la EMC

2. Se sugiere identificar en forma permanente los avances tecnológicos adecuados para la educación médica en nuestro país; revisar los modelos de EMC ya existentes y proponer otros que tomen en cuenta las necesidades de salud de la sociedad y de los recursos educativos necesarios para resolverlas

3. Se insistió en que este proceso educativo debe ser visto como un acto interdisciplinario en donde deben intervenir no solamente los médicos, sino los especialistas en educación para adultos, comunicólogos, expertos en informática, en **tecnología** educativa, psicólogos, etc.

El profesor de educación médica continua

1. El profesor de EMC es el responsable de diseñar, organizar y desarrollar programas de educación médica continua con base en la detección de necesidades de salud y lograr la participación activa de los profesionales de la salud en las acciones determinadas.

2. Al ser el eje fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje el profesor debe tener conocimientos sólidos y gran experiencia en el tema; capacidad para transmitir conocimientos en un lenguaje claro; saber motivar al grupo en su contexto específico; tener una actitud abierta y flexible, y poseer integridad ética y profesional.

3. Los requisitos académicos que se fijaron como ideales para este puesto son:

3.1. Poseer título de médico cirujano o de ciencias afines, registrado en la Dirección General de Profesiones.

3.2. Para el caso de médicos especialistas, deberán contar con el Diploma Universitario y la certificación del Consejo de su especialidad.

3.3. Deberá tener un óptimo desempeño en servicio, avalado por un Comité de Elección de Profesores.

3.4. Ser médico adscrito a una institución oficial, social o privada, con antigüedad mínima de tres años

- 3.5. Preferentemente deberá contar con antecedentes docentes y de investigación, experiencia didáctica y haber publicado como mínimo tres artículos en revistas médicas nacionales o extranjeras con Comité Editorial.
- 3.6. Las responsabilidades administrativas y académicas del profesor de educación médica continua son utilizar racionalmente los recursos asignados, vigilar el cumplimiento del programa e informar de los resultados obtenidos.

El médico general privado frente a la EMC

1. Se analizó el ámbito de acción del médico general, que es fundamentalmente el consultorio o el domicilio de los pacientes, y sólo de manera incidental hospitalización en pequeñas clínicas
2. Su actuación profesional está limitada en la mayoría de los casos a la labor asistencial curativa y con escasa participación en el campo de la medicina preventiva o rehabilitatoria, siendo de hecho nula en materia educativa y de investigación.
3. Se señaló la importante magnitud con la que participan los médicos generales en ejercicio privado en la atención de la población, que se estima en 30 por ciento, y que estos profesionistas son quienes tienen menos posibilidades de acceder a programas de educación continua.
4. Referente a la actitud del médico general privado frente a la EMC, se asentó que dado que la educación continua es precisamente más un problema de actitud que de medicina, debe considerarse el origen del médico, el medio en el que se desenvuelve, su sentido de responsabilidad y sus necesidades de proyección social.
5. En la búsqueda de formas de extensión a nivel nacional de este tipo de educación para el médico general, y en particular para quienes sólo ejercen la medicina privada, se considera que los esfuerzos institucionales no tendrán el efecto que de ellos podría esperarse, si no se toman en cuenta los intereses que al respecto manifieste este importantísimo grupo de profesionales.

El papel de la Academia Nacional de Medicina

A lo largo de la reunión se pusieron de manifiesto las diversas formas en que la Academia Nacional de Medicina, debido a la autoridad moral y capacidad de consenso que ha manifestado frente al gremio médico, así como a su carácter de órgano consultivo del gobierno federal, podría apoyar la puesta en marcha y operación de los programas de educación médica continua, tanto los que ya existen como los que, eventualmente, pudieran emprenderse.

En esta presentación de conclusiones globales, se consideró importante resaltar algunas de las propuestas que atañen concretamente a la Academia, y que fueron ratificadas por todos los asistentes durante la sesión plenaria de presentación

de conclusiones, para las cuales la corporación ofrece aplicar sus mejores esfuerzos y experiencia:

1. En relación con los Consejos de Especialistas:
 - 1.1. Se recomendó que se establezca un grupo permanente de trabajo, con representantes de todos ellos, para que se reúna en el seno de la Academia Nacional de Medicina cada seis meses o con más frecuencia, si fuera necesario, con el fin de
 - 1.1.1 Analizar periódicamente los problemas comunes de la certificación;
 - 1.1.2 Intercambiar información sobre los resultados y problemas de la certificación en cada consejo y
 - 1.1.3 Creación de un banco central computarizado de información sobre la certificación y la certificación, con el objeto de editar un boletín informativo a todos los Consejos de Especialistas. En un futuro esto podría permitir automatizar el proceso de certificación a todos los médicos.
2. En relación con el reconocimiento de las actividades de EMC y la acreditación de profesores y alumnos:
 - 2.1 Formar un comité plural avalado y coordinado por la Academia Nacional de Medicina, el cual estará constituido por los médicos representantes de las instituciones del sector salud, educativas y las agrupaciones médicas reconocidas por la corporación.
 - 2.2 En cuanto a los programas de trabajo, calendarización y contenidos de la educación médica continua interinstitucional, se propuso que sea supervisado por el comité plural, coordinado por la Academia Nacional de Medicina y avalado por el Consejo respectivo.
 - 2.3. Se propone que se den reconocimientos para profesores y alumnos que demuestren su aprovechamiento académico
 - 2.4. Se sugirió aprovechar congresos nacionales para realizar actividades de educación médica continua destinadas al médico general;
 - 2.5. Crear cursos de educación médica continua para el personal de salud no médico.
3. En relación con las asociaciones y sociedades médicas.
 - 3.1. Renovar o crear convenios académicos interinstitucionales y con las agrupaciones médicas avaladas por la Academia Nacional de Medicina. Hacer que estos convenios sean conocidos por el gremio médico.
 - 3.2. Establecer en los estatutos de asociaciones e instituciones los lineamientos que favorezcan la educación médica continua: becas, permisos, incentivos, etc.

- 3.3. Instar al médico para que cumpla un mínimo anual de actividades de actualización, así como para que pertenezca a alguna agrupación médica reconocida por la Academia Nacional de Medicina, y recomendar a éstas a comprometerse a proporcionar la educación médica continua.
 - 3.4. Contemplar la generación de un diario médico y material de autoenseñanza y autoevaluación
 - 3.5. Hacer y difundir un directorio
4. En relación con la evaluación de las actividades de EMC:
- 4.1. Se propuso que la corporación sea el órgano que coordine los trabajos de evaluación de la educación médica continua en México, a través de grupos interinstitucionales, que abarquen tanto al sector público, como al privado, para que elaboren los lineamientos generales de la evaluación y el diagnóstico situacional de la educación médica continua en el país.
5. En relación con las posibilidades de financiamiento de programas de EMC:
- 5.1. Se propone la creación de un patronato formado por la industria químico-farmacéutica y por otros organismos que fuesen fuente de financiamiento, manejado por la Academia Nacional de Medicina, para evitar la duplicidad de eventos, la racionalización de costos y su programación de acuerdo con el beneficio de la comunidad médica.
 - 5.2. Se planteó la posibilidad de efectuar un uso óptimo de los recursos financieros que se emplean en la educación médica continua, mediante la creación de un plan nacional, que identifique objetivos, establezca políticas y estrategias, señalando las necesidades y las fuentes de recursos disponibles. Este plan sería el eje rector que orientara los programas dirigidos tanto al personal institucional como no institucional. Su desarrollo implica la existencia de un órgano rector que coordine su aplicación a todos los niveles y se propone que, por su capacidad de convocatoria y fuerza moral, sea la Academia Nacional de Medicina quien asuma esta función.
 - 5.3. Se propuso que sea el órgano de consulta técnica ante las secretarías de Salud y Educación Pública responsables de la normatividad (de acuerdo con el artículo 15 de la Ley General de Salud).

Las conclusiones detalladas de cada taller se incluyen en esta publicación. Los anteriores puntos sólo han pretendido servir como una guía y apretada síntesis de la gran cantidad de elementos y situaciones que fueron discutidas en la reunión y que, seguramente, habrán de servir como punto de partida y de reflexión y acción comunes en torno a un problema tan trascendental para el gremio como es el de la educación médica continua.

La Academia Nacional de Medicina agradece el entusiasmo con que se atendió a su convocatoria, y se compromete a dar respuesta a las exigencias y compromisos que se le plantearon. En este sentido, la publicación de estos materiales es sólo un paso en los importantes objetivos que perseguimos con la puesta en marcha de un plan general de educación médica continua en México.

CUADRO 1

Comité organizador de la Segunda Reunión Nacional de EMC

Dra. Guadalupe Álvarez
 Dr. Carlos Campillo Serrano
 Dr. Javier Castellanos Coutiño
 Dr. Alejandro Díaz Martínez
 Dr. Francisco Flores Mercado
 Dr. José Antonio García Reyes
 Dr. Horacio García Romero
 Dr. Enrique Graue
 Dr. David Kershenobich
 Dr. Alberto Lifshitz
 Dr. Luis Limón Limón
 Dr. Manuel Marrón Peña
 Dr. Leobardo Ruiz Pérez
 Dr. Benjamín Soto de León
 Sr. Ivo Stern
 Dr. Miguel Tanimoto Weki
 Dr. Roberto Uribe Elías
 Dr. Efraín Vázquez
 Dr. Pelayo Vilar Puig
 Dr. José de Jesús Villalpando Casas

CUADRO 2

Resumen global de asistentes a la Segunda Reunión Nacional de EMC

Instituciones

Academia Nacional de Medicina
Secretaría de Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado
Dirección General de Servicios de Salud del Departamento
del Distrito Federal
Dirección General de Sanidad de la Secretaría de la
Defensa Nacional
Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos
Facultad de Medicina de la UNAM
Escuela Superior de Medicina del IPN
Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas

Asociaciones y sociedades médicas

Asociación Mexicana de Audiología y Foniatria
Asociación Mexicana de Bioquímica Clínica
Asociación Mexicana de Cirugía General
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
Asociación Mexicana de Empiriatria
Asociación Mexicana de Gastroenterología
Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatria
Asociación de Medicina Familiar de México
Asociación Mexicana de Medicina Familiar de México
Asociación Mexicana de Medicina Interna
Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar
Asociación de Médicos Especialistas de la Industria
Farmacéutica
Asociación Mexicana de Medicina de la Reproducción
Asociación Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax
Asociación Mexicana de Ortopedia y Traumatología
Asociación Mexicana de Patólogos
Asociación Mexicana de Pediatría
Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil
Asociación Psiquiátrica Mexicana
Asociación Nacional de Cardiólogos del IMSS
Asociación Nacional de Colegios Médicos Estatales
(ANACOME)
Sociedad Mexicana de Anestesiología
Sociedad Mexicana de Cirugía Pediátrica
Sociedad Mexicana de Cardiología
Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica
Sociedad Médica del Hospital Metropolitano
Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación
Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología
Sociedad Mexicana de Neumología Pediátrica
Sociedad Mexicana de Ortopedia
Sociedad Mexicana de Oftalmología

Sociedad Mexicana de Reumatología
Sociedad Mexicana de Urología
Sociedad Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia

Consejos de Especialistas

Consejo Mexicano de Audiología, Foniatria y Comunicación
Humana
Consejo Mexicano de Anestesiología
Consejo Mexicano de Certificación en Infectología
Consejo Mexicano de Cirugía General
Consejo Mexicano de Cirugía Maxilofacial
Consejo Mexicano de Cirugía Pediátrica
Consejo Mexicano de Cardiología
Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica
Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar
Consejo Mexicano de Certificación en Radioterapia
Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría
Consejo Mexicano de Dermatología
Consejo Mexicano de Endocrinología
Consejo Mexicano de Especialistas en Genética Humana
Consejo Mexicano de Especialistas en Enfermedades
del Colon y Recto
Consejo Mexicano de Geriatria
Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Consejo Mexicano de Gastroenterología
Consejo Mexicano de Hematología
Consejo Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia
Consejo Médico de Médicos Anatomopatólogos
Consejo Mexicano de Medicina Legal y Forense
Consejo Mexicano de Medicina Crítica y Terapia Intensiva
Consejo Mexicano de Medicina Interna
Consejo Mexicano de Medicina de Rehabilitación
Consejo Mexicano de Nefrología
Consejo Mexicano de Oftalmología
Consejo Mexicano de Otorrinolaringología y Cirugía
de Cabeza y Cuello
Consejo Mexicano de Oncología
Consejo Mexicano de Patología Clínica
Consejo Mexicano de Psiquiatría
Consejo Mexicano de Reumatología
Consejo Mexicano de Radiología e Imagen
Consejo Mexicano de Urología
Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva

Instituciones privadas:

Hospital Español
Hospital Santa Teresa
Cámara Nacional de la Industria Químico-Farmacéutica
Pfizer, S. A. de C.V.

Palabras de inauguración

Carlos Campillo Serrano*

Desde su fundación, hace 130 años, la Academia Nacional de Medicina ha tenido como uno de sus propósitos fundamentales la actualización y la educación permanente de los médicos. Esta tarea la ha ejercido en forma directa mediante las sesiones científicas ordinarias de los miércoles abiertas a toda la comunidad del país, la publicación bimestral de la *Gaceta Médica de México* con un tiraje de 40 mil ejemplares, la organización anual de las Jornadas en diferentes ciudades del interior de la República, la realización de los Congresos quinquenales en la ciudad de México y la impartición de cursos para diversas especialidades. No obstante, también ha convocado a varias reuniones para el análisis de la educación médica continua (EMC) como la realizada, con carácter nacional, en el año de 1980 en Oaxtepec, Morelos, en la que participaron representantes de los principales organismos educativos y asistenciales del país. Al analizar el contenido y las recomendaciones de dicha reunión en las páginas de nuestra revista, se hizo patente que a lo largo de los últimos catorce años la educación médica continua (EMC) ha sufrido transformaciones radicales. Con tal motivo, la Academia Nacional de Medicina, congruente con su tradición y de acuerdo con la autoridad moral que le confiere el ser el organismo rector de la medicina mexicana, decidió convocar a esta segunda reunión nacional que hoy se inicia.

En un principio, cuando se hablaba sobre EMC, era sobre todo para justificar su importancia y pugnar porque se aceptara como parte esencial de las actividades cotidianas de los médicos. Los argumentos fueron de tal contundencia, que el asunto pronto se volvió incuestionable. Más tarde se cayó en la cuenta que se trataba de algo tan fundamental para la práctica clínica que su desarrollo no podía dejarse al azar sino programarse y planearse al igual que la licenciatura y el posgrado. Es decir, diseñar un adiestramiento con los mismos rigores y exigencias de los niveles mencionados, aunque tomando en cuenta las diferentes circunstancias en que se calibran sus resultados. No hay que olvidar que la EMC constituye el periodo de aprendizaje más largo del médico, ya que mientras la licenciatura dura seis años y el posgrado entre cuatro y cinco, aquélla abarca o debe abarcar toda la vida profesional del facultativo, calculada en alrededor de 25 años. Por estar dirigida a personas adultas, su diseño no puede ignorar las formas y métodos mediante los que ese grupo de edad adquiere nuevos conocimientos y destrezas. Además, se trata de un tipo de educación que se imparte al mismo tiempo

que el clínico ejerce sus actividades profesionales, de manera que los programas que la integran deben ajustarse a esta particular condición.

Entre los cambios de la EMC actual, se observa un alud de nuevos conocimientos y la introducción de novedosos y revolucionarios métodos y técnicas de enseñanza. Si hace catorce años el médico ya se enfrentaba a la exigencia de aprender nuevos conceptos y procedimientos, ahora éstos se multiplican a diario y el futuro promete un mayor aceleramiento. Por fortuna, simultáneamente ha surgido una serie de instrumentos y metodologías que facilitan de manera considerable las tareas de los médicos, pero que requieren para su aprovechamiento de una buena capacitación.

La transformación más significativa de la EMC se relaciona, sin embargo, con los motivos que demandan su puesta en práctica. Durante mucho tiempo se trató de un asunto que competía a la individualidad de los médicos, esto es, de una responsabilidad personal que se atendía por iniciativa propia. Pero desde hace algunos años dicha responsabilidad pasó a ser colectiva. La necesidad de una atención médica actualizada y de buena calidad, que pusiera al alcance de los pacientes los últimos recursos diagnósticos y terapéuticos dentro de los máximos límites de seguridad, no podía confiarse sólo a la conciencia individual, sino que debía satisfacerse con el concurso de todo el gremio médico. Las demandas de una óptima atención alcanzaron tal magnitud que pronto rebasaron al gremio mismo y fueron enarboladas por la sociedad en su conjunto. El público, cada vez mejor informado de las bondades y los riesgos de la medicina moderna, reclama profesionistas que avalen su competencia. En México, los clamores en este sentido son cada vez más enérgicos, aunque si se comparan con los de otros países parecen aún tímidos. En vista de que estamos ante un fenómeno universal, es probable que estas voces se intensifiquen, sobre todo después de la puesta en práctica del Tratado de Libre Comercio. En este contexto, más que nunca, el gremio médico debe tomar cartas en el asunto para responder a las expectativas de la sociedad y mantenerse a la cabeza del compromiso que siempre le ha correspondido.

La Academia Nacional de Medicina ha invitado a esta reunión a los representantes más conspicuos de la educación médica. Están aquí congregados los responsables de la enseñanza en las instituciones de salud y en los principales centros hospitalarios del país, destacadas personalidades de las escue-

*Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Discurso leído el 7 de abril de 1994

las y facultades de medicina y de las sociedades, asociaciones y colegios médicos, así como los consejos de especialidades médicas. Se trata indiscutiblemente de un grupo selecto que a partir de hoy se abocará a estudiar y analizar la situación de la EMC en México, a buscar los caminos para mejorarla y a hacer las sugerencias y propuestas que considere pertinentes para tan importante labor.

Hay en México una intensa actividad en torno a la EMC. Prácticamente todas las instancias médicas aquí representadas organizan con frecuencia cursos, congresos y actos académicos, además de que elaboran publicaciones y material didáctico de actualización. Gracias a ellas, al médico mexicano no le faltan oportunidades para capacitarse y mantenerse al día. Sin embargo, el panorama puede mejorar. Entre los aspectos que son susceptibles de perfeccionarse destaca la coordinación de las actividades de cada una de las instancias involucradas en esta tarea, la uniformidad en el adiestramiento de las distintas especialidades, la adopción de los métodos y técnicas de enseñanza más modernos, la creación de procedimientos para registrar en forma sencilla y objetiva la labor educativa de los profesionistas y, finalmente, el desarrollo de programas pedagógicos para el numeroso grupo de colegas que ejercen activamente la medicina, pero que carecen de facilidades educativas por no pertenecer a ninguna sociedad ni trabajar en instituciones asistenciales.

El programa de la presente reunión es resultado del arduo esfuerzo de un magnífico equipo de médicos, integrantes del comité organizador, que desde hace meses ha trabajado en su realización. Todos ellos tienen una amplia experiencia en el tema y se distinguen por su capacidad e interés en la enseñanza. La reunión que hoy comienza está diseñada a manera de foro de discusión, aunque en la primera parte se sentarán los lineamientos teóricos y se proporcionará la información que servirá de base para los debates ulteriores. El doctor John Parboosingh, procedente de Canadá y único invitado extranjero, encabeza con gran acierto el programa nacional de EMC en su país, uno de los más novedosos y prometedores del mundo en este momento. El doctor Parboosingh ha accedido generosamente a compartir con nosotros su experiencia, motivo por el que le extendo nuestra muy cordial bienvenida. No obstante, la parte modular de este encuentro y de la que depende su buen éxito, corresponde a todos ustedes. Ninguno de los presentes se encuentra aquí por azar, sino por su interés, preparación y probada capacidad en el ámbito de la educación médica. La intención es analizar y discutir a fondo los temas propuestos, con objeto de que se publiquen en breve las

conclusiones a las que se llegue por consenso. Una publicación avalada por un contingente de especialistas como este, indudablemente que tendrá un gran peso.

Los grupos de discusión se hallan repartidos en diez talleres, todos con una mecánica general común, pero con particularidades de acuerdo con los temas específicos y sus necesidades. Cada coordinador e integrante es responsable de su propio taller. Aunque esperamos y deseamos llegar a resoluciones globales, aquellas emanadas de los talleres también serán responsabilidad de sus miembros. Con esto quiero reiterar que el curso y los resultados de la reunión los determinarán ustedes.

Para finalizar, quisiera señalar que al organizar este encuentro, la Academia ha intentado llenar el vacío de comunicación entre las diferentes instancias participantes, las cuales destacan por su vocación y facultades para mejorar la atención de los pacientes mediante la educación médica, pero en la mayoría de los casos trabajan en forma aislada, con escasos contactos entre sí, dada la ausencia de los canales para la interacción rica y fluida. El otro asunto que deseo subrayar antes de concluir es que todos los presentes son genuinos representantes de los bienes académicos y científicos del gremio médico, pues no podría haberse aceptado otro tipo de concurrencia, cuando se pretende estudiar la situación de la EMC del país, porque en contraposición con el adiestramiento en la licenciatura y el posgrado, donde la responsabilidad para impartirlas y regularlas recae en las escuelas de medicina y las instituciones asistenciales de salud, en la EMC esta tarea debe de ser asumida plenamente por nuestro gremio. Es un compromiso que no podemos soslayar, porque si así fuera correremos el peligro de ser rebasados y sustituidos. Por eso me permito sugerirles a todos los presentes que vean esta reunión como un primer encuentro y que cuando llegue el momento de suscribir sugerencias y recomendaciones, no se les vaya a olvidar que para regular las políticas nacionales de EMC, facilitar la comunicación y coordinar las acciones de las diferentes entidades que tienen que ver con ella, hace falta una instancia especial que represente los legítimos intereses al gremio médico en forma libre y autónoma.

Sean todos bienvenidos a la sede de nuestra Academia, siéntanse como en casa, cuenten con todo nuestro apoyo y reciban de antemano el agradecimiento de todos los académicos, por haber aceptado esta invitación y haber asumido una grave responsabilidad que, no dudo, repercutirá en el bien de la medicina académica en México. Muchas gracias.

La educación médica continua y la capacitación de personal en la Secretaría de Salud

José de J. Villalpando-Casas¹ ♦ Pedro Berruecos-Villalobos² ♦ Eduardo Núñez-Maciel³

Introducción

Es indudable que en el ejercicio de las actividades en el área de la salud, el ideal por excelencia es la prevención de las enfermedades. La tarea del higienista, del sanitaria y del especialista en salud pública es ardua, oscura y difícil pero al mismo tiempo, con un importante contenido social y humano. No obstante, por su mismo contenido humano, no siempre la medicina preventiva puede evitar la aparición de enfermedades, por lo que hace acto de presencia el segundo gran campo de las disciplinas de la salud, la medicina curativa, médica o quirúrgica. A pesar de los enormes avances científicos y tecnológicos que han ocurrido, particularmente en las últimas décadas, existen múltiples situaciones en las que, para preservar la vida, se hace la mutilación de órganos o la limitación de funciones. Es entonces cuando la medicina de rehabilitación, con una clara conciencia de solidaridad profesional, social y humana, toma en sus manos al individuo a quien no se le pudo ni prevenir una enfermedad ni evitar situaciones de invalidez total o parcial.

El cuidado y fomento de la salud de la población, el diagnóstico y tratamiento oportunos de los padecimientos y la rehabilitación o habilitación cuando son necesarias, constituyen los objetivos fundamentales de los profesionales de la salud, quienes tienen la obligación, la responsabilidad y el imperativo ético de ofrecer a la sociedad los frutos de un conocimiento actualizado, del constante y máximo desarrollo de sus habilidades y destrezas y de las mejores posibilidades que brindan los impresionantes avances tecnológicos. En este contexto se enmarcan los modernos conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria, ligados respectivamente a la medicina preventiva, curativa o de rehabilitación, para evitar las enfermedades, para impedir o disminuir la posibilidad de que aparezcan secuelas por medio de la atención oportuna cuando no pudieron prevenirse, o para reincorporar integralmente a la sociedad a los individuos en quienes se hicieron presentes limitaciones orgánicas o funcionales.

Estos conceptos implican la necesidad de implantar y desarrollar programas de educación continua, capacitación y adiestramiento en servicio de profesionistas, técnicos y auxi-

liares que integran los equipos multidisciplinarios de la salud, con objeto de mantener actualizados sus conocimientos y afinadas sus destrezas, al mismo tiempo que se propicia el desarrollo de actitudes y conductas humanísticas que permiten el mejor contacto y la mejor interrelación posible con la población que demanda los servicios.

El derecho a la salud, que consagra la Carta Magna de nuestro país, obliga al máximo esfuerzo y al óptimo aprovechamiento de los recursos materiales, humanos y técnicos existentes en las instituciones para responder a las expectativas y las demandas de excelencia en la calidad y de totalidad en la cobertura. Frente a este reto, son responsables tanto los médicos, administradores, directivos, políticos y técnicos, como las asociaciones profesionales académicas o laborales y, de manera muy especial, las instituciones de educación superior que forman recursos humanos para la salud.

La educación continua: conceptos y objetivos

Por educación continua se entiende el proceso de enseñanza-aprendizaje evolutivo y permanente, que bajo sus modalidades fundamentales de capacitación y adiestramiento, se inicia a partir de la terminación de los programas educativos formales. Sus objetivos fundamentales son desarrollar y actualizar a los integrantes del grupo laboral, favorecer su realización profesional y personal y resolver los problemas de ignorancia u obsolescencia en el quehacer profesional o técnico.

Cabe mencionar que la ignorancia, entendida como la carencia de conocimientos, se debe a la deficiente preparación de los individuos para su desempeño en puestos específicos, lo que implica una actuación insatisfactoria e incluso riesgosa. La obsolescencia, por su parte, implica posesión de conocimientos en desuso o impericia en la realización de determinadas tareas, lo que se traduce en una forma de ignorancia por la insuficiencia de conocimientos o destrezas.

La capacitación permite la habilitación, la instrucción y el desarrollo de aptitudes, básicamente en aspectos técnicos

1. Director General de Enseñanza en Salud. Secretaría de Salud

2. Director de Enseñanza de Posgrado. Secretaría de Salud

3. Dirección de Capacitación y Desarrollo. Secretaría de Salud

tanto en el personal que está adscrito a los servicios y permanece en ellos o cambia a otras áreas, como para el que por primera vez es admitido en los propios servicios. El adiestramiento se refiere al desarrollo de conocimientos y de habilidades psicomotoras y se identifica con la preparación para las tareas propias de un determinado puesto de trabajo.

La capacitación y el adiestramiento deben aplicarse a todo el personal de una institución, independientemente de sus jerarquías o actividades. Cuando se trata de una organización relacionada con la salud, esas estrategias de educación continua adquieren una gran relevancia, por la elevada calidad que se requiere en los programas de desarrollo de la atención a la salud.

De acuerdo con estos principios, el Plan Nacional de Desarrollo¹, al señalar que "... la efectividad y eficiencia de las acciones médicas serán mejoradas a través de la educación continua..." obliga a la realización de esos programas, en tanto que la Ley General de Salud² detalla las atribuciones para la promoción de esas actividades, la necesidad de otorgamiento de facilidades para que el personal las realice en las unidades de salud y la atribución de las Secretarías de Salud y de Educación Pública para el establecimiento de programas al respecto, a nivel nacional. Cabe mencionar, además, que el Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud³ prescribe que cada trabajador debe acumular cada año 6 créditos académicos, en el entendido de que se obtiene un crédito por cada 8 horas de asistencia a actividades educativas de carácter teórico o por cada 16 horas de capacitación práctica. Igualmente, la Ley Federal del Trabajo⁴ establece la obligatoriedad para que los patrones proporcionen capacitación y adiestramiento a los trabajadores en su ámbito laboral, durante las horas de su jornada, además del establecimiento de comisiones mixtas que instrumenten y vigilen el sistema que se establezca y que sugieran procedimientos que puedan perfeccionarlo.

La capacitación en las instituciones es una responsabilidad que comparten los directivos, el personal y el sindicato. Los primeros deben definir políticas y objetivos, aportar estructuras y recursos, brindar facilidades y reconocer los esfuerzos de quienes se capacitan; los trabajadores han de ejercer sus derechos y cumplir, con base en ellos, los programas que se les ofrezcan o que ellos mismos soliciten, mientras que los sindicatos deben propiciar que se capaciten sus afiliados.

La capacitación y el adiestramiento en la Secretaría de Salud

Los mejoría constante de los servicios que la Secretaría de Salud brinda a la población se sustenta, entre otras cosas, en la capacitación de sus recursos humanos. Para lograrla cuenta con un subsistema especializado, cuyas vertientes se orientan al desempeño y al desarrollo de su personal. El desempeño

consiste en el incremento de conocimientos y habilidades para la realización de funciones y el desarrollo aborda la adquisición de conocimientos y habilidades para ocupar puestos de mayor jerarquía y responsabilidad.

El subsistema de capacitación y adiestramiento tiene como función básica la identificación de las necesidades educativas a nivel de grupos que se dirigen, por ejemplo, a la atención médica, la salud pública, la regulación sanitaria, la administración, los servicios auxiliares o el mantenimiento de instalaciones y equipos. Cuando esas necesidades han sido identificadas, se les puede dar respuesta con la participación directa de expertos de los propios grupos involucrados en programas de integración y complementarios que se adaptan a los requerimientos de los participantes y están en concordancia con las políticas de descentralización, desconcentración y desarrollo regional.

Con base en los principios anteriores y comprendiendo los niveles centrales, estatales y de unidades de servicio, se cuenta con un Modelo de Acción del que se desprende un Programa General de Capacitación, del cual se describen a continuación sus elementos principales.

1°. Planificación.

Consiste en una guía para sistematizar y ordenar la capacitación y contiene objetivos, recursos necesarios, metas y etapas para su cumplimiento y elementos para evaluarlo. El plan debe ser flexible y efectivo y considerar las necesidades presentes y futuras de la institución y las condiciones generales y particulares de la región, así como las características epidemiológicas predominantes.

2°. Diagnóstico de necesidades

Es el resultado de una encuesta que identifica las necesidades del personal y las solicitudes expresadas de manera individual o colectiva. También se establece comparando perfiles de puestos con las habilidades de los individuos que los ocupan y estableciendo en consecuencia las prioridades de capacitación e identificando a quienes pueden participar en actividades docentes.

3°. Elaboración del programa

En esta fase se definen los objetivos, se concertan las metas, se precisan los individuos y se organizan los grupos, además se determinan los presupuestos y recursos necesarios, fechas, horarios y duración de cada programa.

4°. Habilitación del programa

Comprende la obtención del apoyo logístico para el uso de instalaciones, instrumental y equipo, la identificación del personal docente y la preparación de instructores.

5°. Desarrollo del programa

Se refiere a la realización de las actividades de capacitación programadas. Cuando las fases anteriores han sido

convenientemente cubiertas, es de esperarse que el programa tenga éxito, con base en el desempeño de los profesores y la satisfacción de las necesidades que le dieron origen.

6°. Evaluación del aprendizaje

La última fase del modelo permite conocer el grado de aprendizaje que obtuvieron los sujetos del proceso, además proporciona información útil para modificarlo en su diseño, en su habilitación o en su operación.

Ámbito de acción

En la Secretaría de Salud se desempeñan 124,560 trabajadores federales o estatales, agrupados en tres grandes áreas: médica, de regulación sanitaria y administrativa, en las que se incluye al personal directivo. Este conglomerado manifiesta sus necesidades globales de capacitación por medio de una encuesta que se aplica anualmente y que es precedida de una intensa labor de información, por lo que ha sido factible que el volumen de respuestas se haya elevado a 64,551. Con los datos de la encuesta, se llevan a cabo reuniones de trabajo entre los jefes de enseñanza y los jefes inmediatos de los trabajadores para complementar la información obtenida por medio del contraste que se realiza entre el perfil y la actuación laboral, del diagnóstico local de salud, de los programas regionales prioritarios en el área de la salud, de los informes de supervisiones y del registro de quejas y sugerencias.

El análisis global de esta información permite el establecimiento de los planes locales y estatales de capacitación, para satisfacer los requerimientos de los trabajadores y para dar cumplimiento a la obligación laboral de la institución. Igualmente se posibilita así la acreditación de los trabajadores capacitados y se mantiene un sistema de superación personal y grupal, y se mejora concomitantemente la prestación de los servicios.

Actividades de capacitación

Los planes general, estatales y locales de capacitación permiten el desarrollo de diversas modalidades educativas: educación en servicio, participación en sesiones clínicas, bibliográficas, de análisis y de revisión de procedimientos. También se efectúan actividades complementarias de mayor duración como sucede con los cursos monográficos, los diplomados, los seminarios o los talleres.

Programas especiales de capacitación

El Plan General permite en su diseño la incorporación de cursos específicos, lo que depende de las necesidades de atención a la salud o de calidad en la prestación de los servicios. Entre éstos, se encuentran los programas que

contribuyen a mejorar las relaciones humanas del personal, entre sí y con los usuarios, cuya necesidad fue planteada por 19,000 trabajadores de la Secretaría de Salud. Esa petición fue atendida con la participación de expertos extrainstitucionales, los cuales desarrollaron un programa educativo tipo para ser impartido por el propio personal de la Secretaría en todo el sistema. Así, se capacitaron instructores para todas las entidades federativas y se realizaron 311 cursos en 1993, con la asistencia de 6,150 personas en 6 meses, actividad que debe continuar hasta cubrir la demanda.

Otros programas especiales en 1993 estuvieron dirigidos a la necesidad de contar con personal sensibilizado y capacitado para atender las "clínicas del dolor" o para diagnosticar con oportunidad las displasias cervicouterinas. Para cubrir esa necesidad se organizaron seminarios regionales, que fueron impartidos por expertos de un hospital de concentración de la capital del país en 7 ciudades, estratégicas por su ubicación, en los que participaron 539 médicos. De igual manera, para la "clínica de displasias" se desarrollaron 13 seminarios en ciudades similares, en los que participaron 705 médicos. Como producto adicional de estos seminarios se preparó, en cursos de diplomado, a 23 médicos: 11 en terapia del dolor y 12 en el manejo de displasias.

Consideraciones finales

La Secretaría de Salud ha adoptado a la capacitación y el adiestramiento de su personal como una estrategia de gran valor para mejorar la calidad en la prestación de los servicios, para ampliar la cobertura y para buscar elementos que propicien la satisfacción profesional y personal de quienes integran sus diferentes equipos de trabajo. Esta estrategia se expresa claramente en el programa institucional respectivo, que parte del análisis de problemas existentes e identificados en la operación, tanto en el orden administrativo como en el asistencial y que permite motivar hacia la actualización de conocimientos y el desarrollo de destrezas, al personal directivo, profesional, técnico y auxiliar.

El Programa de Capacitación y Adiestramiento busca resultados a corto plazo, por lo que se orienta a los efectos y no a las causas de la actuación que determinan una determinada conducta laboral. Por esto se basa en las particularidades del aprendizaje de los adultos, entre las que deben destacarse el realismo y la importancia de las metas y objetivos del aprendizaje, la relevancia de lo aprendido en relación con las necesidades profesionales y personales y el hecho de que la motivación del adulto no es producto de elementos externos sino de su personal deseo de aprender.

Las actividades del programa de capacitación y adiestramiento siempre se enlazan con la prestación de los servicios, en un claro proceso de integración docente asistencial o

docente administrativa, frente al cual se abre un amplio campo de investigación educativa y de servicios, cuyos resultados permiten la retroalimentación del programa.

Los procesos de educación continua permiten así al personal directivo y operativo, a través de la capacitación y el adiestramiento, no solamente satisfacer aspiraciones individuales y ofrecer el atractivo de mayor conocimiento y de mejores valores personales y humanos, sino también el cumplimiento de objetivos y expectativas institucionales.

Bibliografía

Condiciones generales de trabajo. Compilación de la Regulación Laboral Interna de la Secretaría de Salud 1991-1994.
Ley Federal del Trabajo, México, Porrúa, 1990.
Ley General de Salud, México, Porrúa, 1991
Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. Poder Ejecutivo Federal, Diario Oficial, 31 de mayo de 1989.

Educación médica continua en el IMSS

Alberto Lifshitz G*

Antecedentes

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace como una respuesta a los ideales de la Revolución Mexicana para lograr la justicia social, que se plasmó en el artículo 123 de la Constitución de 1917 y se materializó hasta 1943, cuando el Congreso de la Unión aprobó la Ley del Seguro Social.

Dentro de las tareas principales del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentran: otorgar servicios médicos de la mejor calidad posible, contribuir a la protección de la salud para todos los mexicanos, incorporar en forma gradual a un mayor número de personas a los beneficios de la Seguridad Social y ampliar las acciones solidarias con la población marginada.

Desde su creación, el IMSS no ha cesado de estudiar el cambio social, político, económico, tecnológico y administrativo para ser un instrumento que colabore al bienestar social del país.

Para mantener estos ideales, desde su inicio el IMSS asume el compromiso de capacitar a sus trabajadores con lo que entonces se llamó "cursillos teórico-prácticos", desarrollados con cierta informalidad hasta 1953 cuando en el Hospital de la Raza se formalizan la educación y la investigación médicas.

En 1960 se establece la primera Jefatura de Enseñanza e Investigación en la Maternidad No. 1 del IMSS y con ello se inician las actividades académicas en los diferentes servicios.

El 18 de enero de 1971 se crea la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación y, como consecuencia, la división de Educación Médica Continua, que tiene como propósito: Organizar, promover, evaluar y supervisar las actividades de enseñanza del personal médico y paramédico. En 1973 los directivos del área de la salud se capacitan a través de cursos específicos.

En 1975 se crea el Departamento de Educación Médica Continua impulsándose la capacitación médica y paramédica. Se promueve la detección de necesidades de capacitación.

En 1980 el Departamento de Capacitación Continua en el Trabajo descentraliza sus funciones y emite la normatividad que designa las actividades de capacitación del personal de salud (artículo 123 constitucional), definiéndose con esto las actividades básicas de enseñanza continua y capacitación:

- Sesiones generales.
- Sesiones departamentales o modulares que pueden ser:
 - Sesiones radiológicas

- Sesiones anatomoclínicas
- Sesiones administrativas
- Sesiones bibliográficas.
- Actividades de autoaprendizaje.

En 1981 se da un importante impulso a la capacitación en las modalidades de cursos monográficos verticales y horizontales, diplomados, alto nivel de especialización y adiestramientos en servicio.

En 1987 se emite y difunde el Manual de Procedimientos para la Capacitación y Adiestramiento en el Trabajo del Personal de Salud, el cual resalta la necesidad de dirigir las actividades de capacitación hacia problemas reales de salud, además de tomar en cuenta las necesidades individuales, institucionales y sociales. Tiene como objetivo establecer los lineamientos generales y uniformar los criterios para la detección de necesidades de capacitación y adiestramiento, elaboración, autorización, difusión e informe de resultados de programas de capacitación continua en el trabajo, además de establecer los procedimientos, funciones e instrumentos para la realización de estas actividades.

Hasta este momento la educación médica en el IMSS obedece con mayor frecuencia a la oferta de profesores y de sedes, considerando únicamente la disposición y disponibilidad de docentes y recursos, atendiendo más a intereses personales que a intereses institucionales o problemas de salud, con mayor relevancia en la cantidad de eventos realizados que en la calidad de los mismos, donde predomina el interés por ofrecer la mayor cantidad de temas o subtemas posibles dentro de tiempo asignado al curso, donde se utiliza generalmente un lenguaje rebuscado y con alto grado de complejidad y que, aunado a la pasividad del participante alumno, a quien se le fomenta un desempeño como receptor, convierte a estos eventos más en un foro de ostentación que en una actividad educativa, crea dependencia de los participantes de los sistemas escolarizados, lo que propicia falta de conciencia para la autocapacitación permanente.

Con base en la evaluación de programas se han logrado identificar los problemas siguientes que comprenden las áreas de estructura, proceso y resultados:

En la etapa de planeación:

- Baja correlación con necesidades y demandas de salud.
- Baja correlación con las necesidades personales de los educandos, al desconocer sus intereses y expectativas.

*Titular de la Jefatura de Servicios de Educación Médica. Subdirección General Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social

- Falta de equidad en la atención de la capacitación a ciertas categorías.
- Baja asignación en tiempo para actividades de capacitación en relación a ciertas categorías.
- Bajo conocimiento en metodología y técnicas didácticas que fomenten la participación del alumno.
- Pocos contenidos sobre avances recientes, científicos y tecnológicos.
- Evaluación parcial, orientada primordialmente al aprendizaje, soslayando la evaluación a docentes y programas.
- Orientación de la evaluación casi exclusivamente al área cognoscitiva, poco a la psicomotora y ocasionalmente al área afectiva.
- No se mide el impacto de la capacitación en el área laboral durante el desempeño de sus actividades cotidianas.
- Parcialmente se señalan actividades de coordinación con otras áreas con funciones similares dentro y fuera de la institución.
- No existe un perfil y criterios para selección docentes en capacitación y desarrollo.
- Poca vinculación con los centros de documentación.
- No fomento de un “ambiente académico” en las áreas laborales.

En la ejecución:

- Poca oportunidad de ajustar los programas a las necesidades e intereses de los participantes.
- Deficiencias de un seguimiento en el avance de los participantes a través de las evaluaciones diagnóstica, formativa y sumaria de cursos específicos.
- Uso deficiente o nulo de indicadores de eficiencia y efectividad de las actividades de capacitación.

En la evaluación:

- Enfocado sólo al área cognoscitiva del participante, poco a la psicomotora y ocasionalmente a la afectiva.
- Por lo regular no se solicita retroinformación sobre la actividad docente, ni sobre la utilidad y estructuración del curso.
- No se cuenta con actividades para medir el impacto de la acción docente sobre las condiciones que le dieron origen.

Desarrollo

En 1991 se creó la Jefatura de Servicios de Educación Médica y en ella la Subjefatura de Capacitación y Desarrollo para el

Personal de la Salud, para apoyar a la estructura de la Subdirección General Médica en sus actividades de capacitación.

En 1991 se desarrollan estrategias de modernización del Instituto Mexicano del Seguro Social las que, en el área médica, dan la pauta para la propuesta del Modelo Moderno de Atención a la Salud.

Su creación coincide con momentos en que nuestro país requiere de asegurar continuidad, congruencia y visión de largo plazo en el proceso de cambio que ha iniciado, que permita consolidar los planes estratégicos; para ello han de ponerse en marcha planes de solución de los problemas que permitan disminuir los riesgos en el desarrollo de este proceso.

El esfuerzo debe basarse en la realización de programas que logren crear actitudes favorables para que se desarrollen la productividad como forma de vida, la promoción del conocimiento como uno de los caminos más efectivos y perdurables para modificar la cultura dentro de la Institución.

El conocimiento empírico y el científico son valores y productos elaborados de la cultura, que constituyen importantes agentes de reflexión, crítica y desarrollo cultural dentro de la institución.

En un entorno como el nuestro, caracterizado por el cambio y el desarrollo tecnológico acelerado, fomentar el conocimiento constituye una herramienta estratégica de superación y competitividad y un catalizador del que no se puede prescindir para el desarrollo y la supervivencia.

El reto de la capacitación consiste justamente en entender que quien adquiere el conocimiento es una persona activa, un generador de soluciones que tiene mucho que aportar; supone muchas veces desaprender, ir en contra de inercias culturales muy arraigadas, implica presentar al conocimiento como algo estimulante y divertido pero, sobre todo, como algo vinculado de fondo con lo que nos interesa y con lo que somos.

El reto del cambio exige una conciencia cada vez más amplia de su papel como generadora de nuevas formas de visualizar el mundo y de hacer las cosas.

Asumir esta responsabilidad no implica que se confunda este rol social con el de las instituciones educativas; implica mirar reflexiva y críticamente nuestra labor para hacer las cosas de una manera mejor y diferente; implica aprender de lo cotidiano; conocer a fondo lo que hacemos para poder hacerlo mejor. No pretende hacer de la institución una escuela —al menos no en el sentido tradicional de la palabra— sino un laboratorio, que permita aprender e innovar continuamente; una institución cuya flexibilidad y apertura permita valorar que estamos haciendo las cosas correctas de la manera correcta.

Se consideró que el proceso de modernización del modelo de atención debería aprovechar los aspectos positivos del actual, modificar aquellos que ya hubieran sido superados e

incorporar los que resultaran indispensables, de acuerdo con las necesidades y demandas de salud de la población y los cambios que requiere la institución.

De acuerdo con lo anterior, se precisaron las funciones generales y atributos del modelo, así como sus actividades y acciones viables, para responder a las expectativas que en materia de atención a la salud tienen el gobierno de la nación, la institución y la población derechohabiente.

Las funciones generales antes aludidas son:

1. Realizar acciones para incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños a la salud.
2. Otorgar atención médica integral.
3. Formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención a la salud.
4. Realizar investigación médica.

El modelo reconoce que la educación médica no es sólo un apoyo para la atención médica, la salud pública o la investigación, sino que la jerarquiza como una función general de la medicina.

El enunciado muestra el compromiso con todas las modalidades de personal para la atención de la salud y con los tres procesos: la formación, la capacitación y el desarrollo. El modelo prescribe que la capacitación y el desarrollo han de ser congruentes con las otras funciones del propio modelo, con las necesidades de salud y con las demandas de servicios de la población derechohabiente y no sólo con las necesidades del prestador de servicios.

La capacitación y el desarrollo no pueden excluir a una sola unidad médica; tienen que ser procesos constantes que incorporen oportunamente los avances científicos y tecnológicos; eficientes y efectivos, con calidad total, calidez y equidad; en coordinación con las dependencias de la institución que tengan funciones similares o de apoyo, con otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, en concertación con los sectores público, social y privado; con instituciones del extranjero y con organismos internacionales; con satisfacción de los educandos y de los prestadores de los servicios de educación médica; con apoyo en la investigación educacional y mediante la realización completa y eficiente de programas integrales.

La Jefatura de Servicios de Educación Médica se encuentra en el proceso de afianzar las transiciones que se han presentado en el trayecto de historia:

De la enseñanza a la educación

El reconocimiento de que el propósito esencial del acto educativo no es la enseñanza, sino el aprendizaje, y de que sólo el aprendizaje legitima cualquier intención docente.

Que el aprendizaje no es sólo de conocimientos y habilidades, sino también de actitudes y valores; que no basta

alcanzar pericia y erudición, sino que se pretende alcanzar sabiduría destinada a la acción.

De actividad marginal a función general de la medicina

Que esta actividad que tradicionalmente se había dejado para el tiempo libre, debe ser una parte fundamental del quehacer médico y reflejarse en la práctica, en beneficio del paciente y de la sociedad en general.

De educación para médicos a educación médica

Que no debe enfocarse sólo a los médicos sino a la función médica que es desarrollada por una variedad creciente de personal de salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha reconocido esta extensión del concepto de educación médica y hoy en día participa en la formación y capacitación en más de 60 modalidades de personal de salud.

De responsabilidad institucional a responsabilidad compartida

No sólo propiciar la educación médica continua de su propio personal, sino colaborar en la capacitación de personal de otras instituciones educativas y de salud.

Particularmente importante ha sido la coordinación entre distintas dependencias a través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, a la que pertenece el IMSS desde su creación el 18 de octubre de 1983.

Pero la colaboración interinstitucional es sólo una parte de esta responsabilidad compartida, la otra es la responsabilidad personal de sacar ventaja de estas condiciones. La responsabilidad institucional debe tener respuesta en la responsabilidad individual.

De la oferta a la identificación de necesidades

La evolución ha llevado a abandonar la oferta y responder a la identificación de necesidades y demandas, de modo que los programas se ajusten a las condiciones sociales.

De las áreas a los procesos

PROCESO DE FORMACIÓN: Personas que egresan con un perfil que no poseían al ingreso de un ciclo educativo y que lo certifica como apto para desempeñar un trabajo que antes no realizaba. Incluye ciclos clínicos, internado o prácticas profesionales, servicio social, cursos básicos y postbásicos en medicina, formación de profesores y formación de directivos.

PROCESO DE CAPACITACIÓN: No es sólo una responsabilidad institucional sino una obligación legal en nuestro país. El recuento de actividades de capacitación que se realizan entre el personal de salud en el IMSS aporta cifras voluminosas; no obstante, el verdadero impacto de la capacitación habrá de medirse por la eficiencia en el trabajo y por el desarrollo académico de sus miembros. La aspiración institucional no se restringe a una habilitación para el trabajo cotidiano, sino que pretende responder a la legítima necesidad de propiciar el progreso individual y el perfeccionamiento personal de sus trabajadores.

El motor de la propia capacitación se encuentra en el individuo y se genera desde la etapa de formación; la responsabilidad de la institución se expresa mejor en proveer las circunstancias apropiadas para que esta capacitación, autoinducida y autoiniciada, se pueda desarrollar de la mejor manera posible.

Actividades educativas

Las actividades de capacitación y desarrollo se diseñan con base en programas educativos que deben tener las siguientes características:

- Que comprendan las esferas cognoscitiva, psicomotora y afectiva.
- Que tengan una orientación más formativa que informativa.
- Que estén dirigidos a la atención de problemas surgidos durante la atención a la salud.
- Que propicien la auténtica vinculación entre la teoría y la práctica.
- Que faciliten el análisis crítico del conocimiento.
- Que estimulen la identificación de los objetivos personales con los objetivos de la institución.

A partir de 1992 se reorienta la capacitación hacia el Modelo Moderno de Atención a la Salud, se elaboran los programas generales para 22 categorías, se diseña el Perfil Profesional del Director del área médica, que responda a las necesidades sociales e institucionales actuales, y se crea un instrumento para evaluar los programas educativos de capacitación para buscar su congruencia con las características de un programa integral.

En 1993 se incrementan los eventos y las actividades básicas de capacitación con base en las características de programas integrales. Se inicia el sistema de formación, capacitación y desarrollo de directores de unidades de atención médica.

En 1994 continúa la planeación delegacional y central de la capacitación, con base en el diagnóstico de necesidades de capacitación, tomando en cuenta el Modelo Moderno de Atención a la Salud. Se inicia la capacitación en colecistectomía laparoscópica. Se impulsa la capacitación para el manejo del

sistema automatizado en las unidades del primer nivel de operación a través del Programa "Medicina Familiar Siglo XXI".

Cursos Monográficos:

Modalidad educativa que consiste en la revisión exhaustiva de un tema, dirigido a una categoría específica o multidisciplinaria, realizado por un grupo de docentes que utiliza diversos métodos y técnicas didácticas para lograr el aprendizaje.

Cursos monográficos

AÑO	EVENTOS	ASISTENTES
1989	1267	23 958
1990	1309	26 616
1991	1648	51 506
1992	2181	43 786
1993	2421	45 697
1994*	1267	25 340

* Cursos programados

FUENTE: Archivo de la Subjefatura de Capacitación y Desarrollo del Personal para la Atención a la Salud.

Adiestramiento en servicio:

Es una modalidad de capacitación que se proporciona en forma individual, con duración variable de acuerdo con los objetivos educativos que se pretende alcanzar y con duración máxima de 11 meses.

Adiestramiento en servicio

AÑO	EVENTOS
1989	2021
1990	3468
1991	3775
1992	3153
1993	2660
1994*	2728

* Cursos programados

FUENTE: Archivo de la Subjefatura de Capacitación y Desarrollo del Personal para Atención de la Salud.

El Instituto ofrece campo clínico para adiestramiento en servicio a otras instituciones del país y del extranjero, con pago de una cuota mensual que ingresa al Fondo de Fomento a la Enseñanza.

Adiestramientos en servicio personal extrainstitucional nacional y extranjero

PAÍS	1989	1990	1991	1992	1993	Total
COLOMBIA	4	23	20	18	27	92
REPÚBLICA DOMINICANA	1	5	2	3	8	19
BOLIVIA	1	4	1	1	6	13
EL SALVADOR	1	-	2	7	2	12
CUBA	-	-	-	2	10	12
PANAMÁ	-	-	-	-	-	-
GUATEMALA	1	1	-	3	2	7
VENEZUELA	-	1	1	-	3	5
ECUADOR	-	2	1	-	2	5
HONDURAS	-	-	2	2	-	4
COSTA RICA	-	-	-	2	1	3
CHINA	-	-	-	-	2	2
HAÍTÍ	-	-	-	-	2	2
BULGARIA	-	-	1	-	-	1
JAPÓN	-	-	-	-	1	1
PERÚ	-	-	-	-	1	1
MÉXICO	1	-	95	598	214	908
TOTAL	10	37	127	633	269	1092

- Facultad de Medicina UNAM - Armada de México - PEMEX
 - ISSSTE - H. Central Militar - ISSEMYM
 - Sria. de Salud - DIF - H. Gral. de México
 - Sria. de Transporte - Instituto Nal. de Pediatría - DIFEM

FUENTE: Archivo de la Subjefatura de Capacitación y Desarrollo del Personal para la Atención a la Salud.

Diplomado:

Modalidad educativa dirigida a personal que posee grado; permite la actualización del personal en áreas específicas, acorde con el avance del conocimiento científico y tecnológico, congruentes con las necesidades de capacitación.

Diplomados

AÑO	EVENTOS	ASISTENTES
1989	21	374
1990	51	911
1991	68	1168
1992	58	1042
1993	72	1556
1994*	67	1344

* Cursos programados

FUENTE: Archivo de la Subjefatura de Capacitación y Desarrollo del Personal para la Atención a la Salud.

Cursos de alto nivel de especialización:

Modalidad educativa de cursos dirigidos a una categoría, que se realizan mediante seminarios, simposios o talleres, con una duración de 3 a 10 días y sus objetivos fundamentales son:

Dar a conocer los avances de la medicina en los tres niveles de operación.

- Favorecer la comunicación y unificación de criterios del personal de salud en las unidades de atención médica.
- Difundir los adelantos en materia de tecnología en las unidades de atención médica.

Cursos de alto nivel de especialización

EVENTOS	ASISTENTES
1991	34
1992	40
1993	24
1994*	23

* Cursos programados

FUENTE: Archivo de la Subjefatura de Capacitación y Desarrollo del Personal para la Atención a la Salud.

Actividades básicas de enseñanza continua y capacitación

Bajo esta denominación se agrupan las diferentes modalidades de sesiones técnico-médicas y administrativas que se realizan en las Unidades de los tres niveles de operación, durante la jornada laboral. Son actividades departamentales, por áreas, o multidisciplinarias.

AÑO	SESIONES	ASISTENTES
1989	128 971	1 588 591
1990	132 218	1 741 726
1991	174 172	1 874 470
1992	173 225	2 505 240
1993	176 690	2 680 607

FUENTE: Archivo de la Subjefatura de Capacitación y Desarrollo del Personal para la Atención a la Salud.

Programas generales

Para el personal que carece de título profesional se han elaborado programas educativos que permitan realizar la capacitación en el puesto de las categorías siguientes:

1. Asistentes médicas
2. Coordinadora de asistente médica
3. Manejador de alimentos
4. Cocinero técnico 1

5. Cocinero técnico 2
6. Auxiliar de enfermería
7. Auxiliar de enfermería en salud pública
8. Auxiliar de enfermería en unidad médica
9. Auxiliar de enfermería en unidad médica de campo
10. Auxiliar de laboratorio en unidad médica de esquema modificado y de campo.
11. Operador de servicios de radio. Unidad médica de esquema modificado y de campo.
12. Oficial de estadística (área médica).
13. Coordinador de estadística (área médica).
14. Jefe de grupo de estadística (área médica).
15. Especialista de estadística (área médica).
16. Auxiliar de laboratorio.
17. Ayudante de autopsia.
18. Multititista
19. Ortopedista
20. Peluquero
21. Yesista (técnico).
22. Operador de máquinas de revelado automático.

Documentación e información en salud

Representa la forma más palpable de proveer las condiciones para realizar el proceso educativo. El IMSS cuenta con 142 centros de documentación interconectados y organizados en una red, según la importancia de su acervo y las características de los usuarios a los que sirven; tiene acceso a bancos de información extrainstitucionales y ofrece colaboración a instituciones ajenas al IMSS. La solicitud de servicios en los centros se ha visto incrementada constantemente a partir del año de 1991, y en 1992 alcanzó la cifra de 1'271,810 usuarios atendidos. El Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de la Subdirección General Médica, edita la *Revista Médica* con un tiraje de 25,000 ejemplares y 6 números anuales; además la *Revista de Enfermería*, *Archivos de Investigación Médica*, el suplemento *Médico Familiar* de la revista *Rompan Filas* y colabora en la edición y distribución de la *Gaceta Médica de México* de la Academia Nacional de Medicina.

Investigación educacional

Herramienta que se ha utilizado para la toma de decisiones para realizar mejoras en el terreno de la educación.

Evaluación educativa

El proceso educativo deberá ser evaluado en lo posible en forma integral y permanente desde la etapa de planeación, durante su realización y en el impacto que ejerce en la calidad y calidez para la atención de la salud.

Perspectivas

La capacitación y el desarrollo del personal para la atención de la salud debe tener como base un programa educativo delegacional que responda a las necesidades de salud de la población y a las necesidades de capacitación y desarrollo detectadas en el personal, orientado al rescate de la vida académica, con desarrollo de actividades básicas vinculadas con el trabajo diario, con apoyo en los centros de documentación y mayor apertura a los avances científicos y tecnológicos. La renovación continua del conocimiento en el área de la salud exige una búsqueda constante autodirigida para mantenerse apto y propiciar el propio desarrollo, reconocernos no sólo como receptores, sino como productores y generadores de soluciones a los retos y problemas que plantea la práctica profesional cotidiana para servir a una sociedad que demanda mayor calidad en la atención médica; con base en el pensamiento reflexivo, reunir las ideas y los conceptos con la realidad concreta y la experiencia que dé como resultado el planteamiento de preguntas y problemas en las relaciones laborales, sociales y personales y proponer soluciones creativas.

Las acciones para promover la capacitación y el desarrollo del personal deben incluir:

- Alentar la responsabilidad individual para mantenerse actualizado y garantizarse a sí mismos estar al día en el conocimiento científico y el avance tecnológico.
- Desarrollar estrategias que permitan mayor equidad y accesibilidad al proceso educativo, con cobertura más universal del personal.
- Facilitar el acceso a la información generada afuera o dentro de la Institución para aplicar el conocimiento existente en todos los niveles, tomando en cuenta lo mejor de nuestras experiencias y registrando las ideas de transformación a futuro.

Bibliografía

- Casares AD, Siliceo AA. *Planeación de vida y carrera*. Limusa Grupo Noriega Editores. México, 1992.
- Craig LR, Bittel RL. *Manual de entrenamiento y desarrollo de personal*. Diana, México; 12ª reimpresión 1991.
- Instituto de efectividad XABRE. *Cultura de efectividad*. Grupo Editorial Iberoamérica. México, 1991.
- Lifshitz GA. *Retos de la salud y enfermedad*. Respuesta del IMSS. Mecanograma no publicado.
- Lifshitz GA, Santamaría GS, Juárez DGN. "Sobre la capacitación para el personal de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social". *Rev Med IMSS* 1993; 31: 227-31.
- Lifshitz A. La educación médica en el IMSS. Trabajo presentado en el Congreso Iberoamericano de la Medicina Prehispánica al siglo XXI. XXXIV Semana Quirúrgica Nacional. Academia Mexicana de Cirugía. 22 de noviembre de 1992

Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social.
Modelo Moderno de Atención a la Salud. Enero de 1994
Siliceo AA. *Liderazgo para la productividad en México*. Limusa Grupo
Noriega Editores. México, 1992.

Treviño GMN, Valle GA, Cordera PA, Rodríguez GL. "Hitos y retos de
la modernidad". *Rev Med IMSS* 1992; 30:147-52

La educación médica continua en el ISSSTE

Introducción

En el simposium sobre educación médica continua, organizado por la Academia Nacional de Medicina en el año de 1981 —por cierto, última fecha en la que se ha abordado el tema—, se señaló que “La educación médica continua es una actividad de enseñanza y aprendizaje organizada con carácter institucional, medio en el que es más sencillo cuantificar el número de horas utilizadas para el desarrollo de cierta actividad, apreciar el grado de satisfacción obtenida por las personas participantes e inclusive evaluar el logro de los objetivos educacionales de conocimientos y destrezas”¹. Motivos de los que hemos atestiguado la creciente responsabilidad aceptada por las diversas instituciones que a través de diversos procedimientos proporcionan educación y el ISSSTE ha desarrollado notoriamente estos programas.

Justificación

Con una mirada retrospectiva observamos que fue en 1975 cuando en la UNESCO se trató por primera vez de manera formal el tema que nos ocupa, considerando a la EMC como un “proceso alimentado por la devoción de aprender”, concepto que dista mucho de la definición actual: “EMC es el proceso educativo que se inicia al término de la licenciatura o especialización, que idealmente debe seguirse durante toda la vida del profesionista, incrementando no solamente el conocimiento sino también las destrezas y aptitudes”.

De esta definición nace la responsabilidad institucional para impulsar la EMC con el fin de mejorar la calidad de los servicios que se proporcionan a la población derechohabiente, con carácter permanente.

Antecedentes

El 16 de mayo de 1961, el Lic. Adolfo López Mateos, entonces Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, inauguró el ISSSTE, siendo el Hospital 20 de Noviembre, cuatro clínicas de especialidad y 20 clínicas de adscripción, las primeras instalaciones del Instituto, en el que se iniciaron las actividades de un plan de enseñanza, recibiendo en sus aulas a médicos recién titulados para cursar la residencia por especialidad.

En 1980, atendiendo a la evolución de la asistencia médica, se crea la especialidad de medicina familiar y a medida que ha ido creciendo en estructura, también lo ha hecho en sus alcances, contando en la actualidad con un

programa que no tiene precedente en ninguna institución y que, mediante un convenio con la UNAM, se lleva a cabo el curso dividido en tres etapas, habiendo iniciado en enero de 1993, con 487 médicos generales y 1,284 en 1994. Para 1995, se incorporarán el resto de los médicos generales, lo que permitirá al ISSSTE atender a toda la población derechohabiente, con médicos especialistas en medicina familiar para 1997. Éste es un programa de educación médica continua dirigido al personal médico de base del Instituto.

Objetivos

1) Inmediatos

El ISSSTE, al cumplir con estas funciones, recibe el beneficio de la fuerza de trabajo que proporcionan las actividades del personal médico en formación.

2) Mediatos

La labor educativa representa beneficios generales en cuanto a la calidad de la atención proporcionada al derechohabiente, al mismo tiempo que el recurso médico aumenta su nivel de calidad profesional.

3) Institucional

Se cumple con la obligatoriedad inherente a la función educativa en los aspectos teóricos, prácticos y de actitud, dentro del marco legal al que están sujetas las instituciones de salud, integrándose a los programas del Sector Salud que dicta el Gobierno Federal.

Actividades

Las actividades desarrolladas por el ISSSTE, en el tema que se trata, a partir de 1961, quedan comprendidas en la siguiente relación:

- a) Adiestramiento y capacitación en servicio.
- b) Actividades básicas de enseñanza continua y capacitación.
- c) Cursos específicos en las distintas especialidades médicas.
- d) Cursos monográficos
- e) Cursos de actualización.
- f) Reuniones, jornadas, congresos, conferencias y actividades académicas en pequeños grupos.

Destacan las actividades básicas de enseñanza continua y capacitación en las diversas unidades de atención médica a fin

¹Dr. José Laguna, *Papel y responsabilidad de las instituciones de salud.*

de mantener actualizado al personal médico, para cumplir mejor las funciones asignadas mediante:

1. Sesiones para discusión de casos clínicos, en los que se analizan los expedientes clínicos, evaluando los aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y evolución.
2. Sesiones bibliográficas, en las que se analiza la información actualizada, publicada en cualquier tipo de material impreso, analizando los artículos presentados. Sesiones radiológicas, interpretando las imágenes anatómo-clínicas normales o de función de la patología que presentan los pacientes. Sesiones anatómo-clínicas, correlación entre los síntomas, signos y alteraciones funcionales con los hallazgos histopatológicos, estudios *post-mortem* u órganos o tejidos afectados.
3. Sesiones generales: comentarios y análisis de temas de interés común. Cursos monográficos: modalidad educativa que permite la educación y el análisis exhaustivo de uno o de varios temas ligados íntimamente entre sí. Talleres: en los que los participantes, coordinados por expertos, producen un documento técnico, educativo o de carácter específico. Seminarios: sesiones planificadas en las que se discuten las aportaciones individuales, para obtener un consenso o conclusión final.

Ha sido preocupación de la Subdirección General Médica, la instalación de una red de información recurriendo a los avances de la electrónica, para ponerla a disposición del cuerpo médico, que aprovecha la rapidez y actualidad de estos sistemas, sin descuidar el acervo de conocimientos que representan las bibliohemerotecas especializadas. He aquí nuestros resultados durante 1993:

	Total
Bibliohemerotecas	48
Actualizadas en libros	48
Actualizadas en revistas	44
Sistema Medline	31

En el lapso que comprende la actual administración se ha hecho énfasis sobre la EMC para respaldar la decisión que al respecto dictó la Dirección General del Instituto, para lograr "Un nuevo ISSSTE" y se fijó como meta un ambicioso programa de mejoramiento total en la asistencia médica, remodelando los hospitales, renovando los equipos médicos, actualizando las tecnologías y otorgando el mayor número de facilidades para el adiestramiento de médicos, a través de 1,812 cursos monográficos (962 en 1993 y 850 para 1994), que tienen la particularidad de ser impartidos por personal altamente calificado, expertos en su materia y abordando temas que giran alrededor de la patología local y regional (Véase Cuadro 1).

Asimismo, se han renovado y acordado nuevos convenios con otras instituciones afines, tanto nacionales como extranjeras, oficiales y particulares, con las Academias de Medicina,

Cirugía, Pediatría, Universidad de TEXAS, CIESS, CONACYT, Escuela de Salud Pública, CONALEP, etc.), que complementan los convenios internacionales como los que se tienen con Venezuela, Guatemala, El Salvador, Honduras, Ecuador, Cuba, Estados Unidos, Alemania, Francia, Inglaterra, Japón, etc., países integrados al intercambio de becarios por conducto de la Unidad de Asuntos Internacionales. Durante 1993 tuvimos oportunidad de dar adiestramiento en alta especialidad a personal enviado a otras instituciones y al extranjero.

Sin embargo, queda mucho por hacer, ya que la educación médica continua es activa y permanente, para mantener en el médico su capacidad de resolver los problemas de salud del ser humano.

Conclusión

Al buscar solución de los problemas que se viven, nacen otras inquietudes y aquí cabe preguntarse ¿es conveniente para la medicina mexicana, después de estas experiencias, facilitar las acciones de la EMC, alcanzando un fin cada día más práctico y no mejorar solamente el aspecto conceptual?

Esta inquietud nace después de haber meditado sobre las expresiones del Dr. John Parboosingh, distinguido médico que representa a Canadá en esta Segunda Reunión Nacional, quien dice: "La práctica de la evaluación mediante registros diarios en la actividad médica, es el único programa que garantiza créditos basados en el sistema de calidad", considerando a la reacreditación mediante supervisión contraria a los principios educativos del adulto.

¿En nuestro medio nacional esto es aplicable?

Lo anterior es apenas una de las muchas aportaciones que surgirán de los trabajos que en esta reunión se obtendrán y que de seguro tendrán impacto en beneficio de la educación médica continua y, por ende, en la calidad de la atención.

Cuadro 1
Enseñanza médica continua en el ISSSTE
1993-1994

Programa	1993	1994
Cursos monográficos	962	850
Personal enviado a cursos de especialidad en otras instituciones y al extranjero	23	30
Rotaciones interinstitucionales	69	*
Médicos adscritos		
Médicos residentes	130	*
Eventos especiales (congresos, simposios, talleres, cursos administrativos, etc.)	102	200
Reuniones internacionales de especialidad	4	14
Cursos ATLS	4	12
Maestrías y doctorados	5	6
Residencia médica		1,489
Especialización Med. Fam.	487	1,284

La educación médica continua en la dirección general de servicios de salud del DDF

Las instituciones de salud deben contribuir a mejorar la calidad de vida de la población a través del cuidado de la salud. Uno de los mecanismos que coadyuvan a alcanzar mejores niveles de salud es la Educación Continua, entendida como el "Proceso que se inicia al término de la educación formal y que busca la consecución de un desarrollo personal, a través de la expansión del aprendizaje, así como la innovación del conocimiento existente".

La Educación Médica Continua considera diversas estrategias para alcanzar sus objetivos; una es la capacitación continua entendida como el "Proceso educativo que se realiza en forma permanente y sistematizada tendiente a mantener y mejorar la competencia y aptitud del personal de las acciones bajo su responsabilidad".¹

Para que las acciones de Capacitación Continua sean pertinentes, deben ser planeadas tomando en cuenta el diagnóstico de salud de la comunidad, los recursos con los que se cuenta y las políticas de la institución, así, cada programa de capacitación será particular y característico.

Este documento presenta las acciones de Capacitación Continua en la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal. En 1978 se iniciaron actividades formales de Educación Continua formulándose el programa con seis cursos monográficos dirigidos a los médicos de la institución.

El número de cursos se ha incrementado y en el último cuatrienio el promedio anual fue de 77.5 cursos, dirigidos a médicos, odontólogos, enfermeras, trabajadores sociales, dietistas, terapistas, etc., impartidos tanto en el nivel central como en toda la red hospitalaria. A partir de 1992 se inician estrategias de Adiestramiento en Servicio dirigidas primeramente a médicos especialistas y en la actualidad se han extendido a todo tipo de profesional o técnico en salud.

La Educación Continua no se ha circunscrito solamente al personal de la institución, se ha abierto para promover el ingreso a los cursos a cualquier tipo de personal de salud tanto del sector oficial como privado y a gente interesada en su superación personal y profesional.

Si bien el Programa de Educación Continua en Salud se ha mantenido e incluso incrementado tanto en cantidad como en calidad, estamos conscientes que falta mucho por hacer y para lograrlo presentamos algunas consideraciones:

I. Se pretende fortalecer los diagnósticos de necesidades de capacitación tomando en cuenta algunos aspectos fundamentales:

1. Los programas prioritarios de la institución:

Las instituciones de salud en la realización de sus planes y programas, deben considerar que son instancias involucradas de lo que acontece a nivel local, nacional e internacional y estos acontecimientos deben permear en sus programas prioritarios, ya que estos sucesos se pueden reflejar no sólo en el avance de tecnología médica, sino hasta en el cambio de costumbres de una sociedad.

2. Cobertura de los servicios y morbi-mortalidad en la institución.

Las instituciones de salud como parte de un todo, tienen delimitada su área de influencia, el tipo de morbi-mortalidad y las necesidades de atención a la salud, por lo tanto, la capacitación que de ello se deriva debe apegarse a los planes y programas.

3. Necesidades de capacitación que demanda el trabajador.

Es una parte importante el diagnóstico de necesidades de capacitación ya que para concretar algún aporte definitivo se requiere de la madurez del trabajador quien para asumir su rol como profesional de la salud dentro de una institución, debe tener una visión determinada y objetiva de lo que necesita para alcanzar los objetivos de la institución.

La madurez del trabajador se propicia mediante la participación de sindicatos, autoridades, comités, etc., quienes deben orientar las demandas del trabajador.

Con esta orientación se debe incluir el concepto de que el avance tecnológico no es sólo el uso de equipo moderno sino también la transformación del pensamiento hecho por los avances de la ciencia.

4. Recursos humanos y materiales para la capacitación.

En toda acción de capacitación el recurso clave es el humano, tanto los capacitandos como los instructores o maestros. Nos

referimos a ellos como elementos clave porque son los protagonistas del proceso educativo, su interrelación y resultados deben considerarse para hacer un análisis dentro de la modernidad educativa, en donde se dejen de lado los roles tradicionales que sitúan al maestro en un plano superior al alumno porque sabe más que él, lo protege para no cometer errores, debe y puede juzgarlo, puede determinar la legitimidad de sus intereses, puede definir los sistemas de comunicación, etc., para encontrar el camino que lleve al alumno a su plena madurez, con conciencia de su deber ser en el proceso de la capacitación, y en su quehacer como profesional de la salud.

“Los profesores deberán entender que su función no es la de simples transmisores o actualizadores de conocimientos, sino de entrenadores de habilidades intelectuales que propicien soluciones para que los alumnos sean capaces de simplificar la información de que disponen, de generar nuevas proposiciones, de aumentar su poder para manipular sus conocimientos y que, junto con la experiencia en su propio campo profesional académico y por encima de ambos, pueden ser transmisores de una cultura intelectual en la que participen de manera consciente”.

Si bien es cierto que el maestro debe dejar de lado los roles arcaicos, el alumno por su parte debe asumir compromisos en y para el grupo, que lo lleven no sólo a la adquisición sino a la producción de nuevos conocimientos.

Entonces, como co-participantes en el mismo proceso, ambos (maestro y alumno) actúan en búsqueda de la solución de los problemas que plantea la capacitación.

En cuanto a recursos materiales, es indudable el valor que tiene un espacio físico acondicionado con el mobiliario y equipo necesario y suficiente; sólo puntualizamos que su uso debe ser equilibrado y nunca sustituir la comunicación entre el binomio maestro-alumno.

II. Planeación de actividades educativas

En todas partes se reconocen atributos de la capacitación, sin embargo se han sobrestimado los beneficios que de ella se pueden obtener, incluso hasta llegar a considerarla como la solución a un gran número de problemas de salud.

Esto no es del todo cierto, porque en los problemas de salud intervienen múltiples factores y la capacitación tan sólo es aspecto relativo ya que los problemas de salud persisten y se debe responder a dos interrogantes: ¿No se ha capacitado en forma eficaz?, ¿el educando es incapaz de aplicar lo aprendido porque sólo se le capacitó pero no se modificó el sistema de salud? Hasta ahora las estrategias de capacitación poco pueden responder a las preguntas **planteadas**, más bien han servido para aumentar el curriculum vitae de los profesionales de la salud. Para la planeación de actividades educativas se debe tomar en cuenta, además del diagnóstico de necesidades de capacitación, nuevas estrategias educativas que respondan

tanto a las expectativas de los alumnos como a las de la institución y no sólo se centren en las estrategias ya muy desgastadas que propician la pasividad de los educandos; buscar y adoptar estrategias que posibiliten confrontar la realidad con el quehacer profesional y esperar un cambio en la conducta transformadora del entorno.

III. Incrementar actividades de evaluación que incluyan la detección de necesidades de capacitación, la estructura del programa y los resultados.

La aplicación y creación de nueva tecnología que produzca atención de excelencia, con una disminución de la morbilidad, son parámetros para una evaluación que aún está lejos de un alcance real. Algo se ha logrado al evaluar los resultados de la capacitación, a través de seguimiento a corto plazo de la demanda de más capacitación y de evaluación en términos de acreditación.

Sin embargo, dentro de la evaluación el campo es vasto, abarca los recursos humanos, materiales y financieros; los programas educativos; la organización de los programas, la producción de documentos didácticos, el impacto en la práctica profesional y en la sociedad a través de la solución de los problemas de salud, etc.

Partiendo del análisis anterior, la verdadera relevancia de la capacitación está por demostrarse en cuanto a su verdadero impacto y es todavía un área de estudio y desarrollo en el quehacer de las Instituciones Asistenciales, en donde se ha visto desde el cambio en su concepción de dirigirse en su inicio sólo a médicos, hasta el momento en que se considera como una actividad necesaria para todos los integrantes del equipo de salud. De la teoría en el aula se pasa a incrementar la práctica dentro de los servicios hospitalarios, de impartir cursos sólo por el deseo de “enseñar” a aquél que frente a necesidades planteadas se compromete a aprender durante el proceso educativo.

Bibliografía

- Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua. Grupo de Trabajo de Educación Continua y Capacitación. “Definiciones de términos de uso frecuente en los sistemas de capacitación de las instituciones asistenciales y educativas”. México, 1993. Mecanograma.
- Soberón G., Álvarez-Manilla, J.M., “El marco internacional de la educación médica”. *Gaceta Médica de México*, vol. 127, no. 2, marzo-abril, 1991.
- Palencia G. et. al., “Por qué y para qué del bachillerato. El concepto de cultura básica y la experiencia del CCH”, UNAM, Centro de Estudios sobre la Universidad, 1982. (Cuadernos de Deslinde, No. 152).
- Bryce J., Cutts F., Naimoli J. F., Beesley M. “What Have Teachers Learnt?”. *The Lancet*. Vol. 342, 17 de Julio de 1993.

Extracto de actividades realizadas por la Coordinación Nacional de Enseñanza e Investigación de la Dirección General de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional

Introducción y Antecedentes

La Coordinación Nacional de Enseñanza e Investigación de la Dirección General de Sanidad fue creada por acuerdo del C. General Secretario de la Defensa Nacional en el año de 1984. Desde ese año y hasta el 30 de noviembre de 1988 su actividad fundamental fue la calendarización de eventos académicos que proponían el Hospital Central Militar y los Hospitales Militares Regionales, así como el trámite de las solicitudes del personal médico y paramédico para asistir a esos eventos. La difusión de esos eventos era prácticamente nula y la asistencia del personal del servicio de sanidad a los mismos era escasa.

A partir del 1 de diciembre de 1988 fue aumentando aproximadamente en un 30% anual el número de eventos académicos, incrementando de 48 que se efectuaron en el año de 1989 a 127 que están programados para el año de 1994. Se implementaron además los cursos A.T.L.S. (Curso Avanzado de Apoyo Vital en Trauma), P.H.T.L.S. (Curso de Apoyo Vital Prehospitalario en Trauma), así como los A.C.L.S. (Curso de Reanimación Pediátrica Avanzada), dándose una amplia difusión de todos los eventos académicos cada año con la distribución a todos los escalones del servicio de libretos y cartulinas conteniendo todos los eventos por año, especificando los que van dirigidos a médicos cirujanos, odontólogos, psicólogos, oficiales de sanidad, enfermeras y tropas de sanidad. Además estos programas se distribuyeron a todas las instituciones del sector salud a nivel nacional (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, etcétera), con lo cual se incrementó el número de asistentes civiles a los mismos.

Por primera vez se instituyeron programas de educación médica continua para todo el personal médico y paramédico del Servicio de Sanidad, en primer nivel de atención, así como 2o. y 3er. niveles. La Reunión Anual de Directores de Hospitales y Enfermerías que se efectuó en los meses de noviembre, en forma ininterrumpida a partir de 1989, en la cual se formaban grupos de trabajo con personal del servicio de la Dirección General de Sanidad, Hospital Central Militar, Unidades y Enfermería del Valle de México, así como los directores de Hospitales Militares Regionales, sirvió para

actualizar estos programas de educación médica continua para los niveles ya mencionados y que estaba a cargo del grupo dedicado a esta actividad. La evaluación del programa de educación médica para el 1er. nivel de atención se realizó enviando cuestionarios sobre los temas tratados cada 4 meses al personal médico y semestralmente al paramédico.

Además de realizar los trámites correspondientes al Estado Mayor y Subsecretaría de la Defensa Nacional para la asistencia del personal médico y paramédico del servicio a los diversos eventos académicos del mismo y/o a instituciones civiles nacionales y extranjeras; por primera vez se llevó un registro actualizado del personal médico y paramédico que ha realizado o realiza estas y/o especialidades o maestrías en el extranjero, principalmente en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Inglaterra, Alemania, España, Israel, etcétera.

Finalmente se tiene un registro actualizado con resultados de todos los protocolos de investigación que se han llevado a cabo en el laboratorio multidisciplinario de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad, Escuela Médico Militar, Hospital Central Militar, así como de los Hospitales Regionales de Irapuato, Gto. y Guadalajara, Jal.; también se tiene un registro de los protocolos de investigación científica que están en desarrollo en los mencionados sitios, así como los trabajos de investigación presentados por los médicos odontólogos, oficiales de sanidad y enfermeras que terminan su especialidad en la Escuela Militar de Graduados del Servicio, por los pasantes de medicina y odontología que se gradúan de mayores médicos cirujanos y capitanes los cirujanos dentistas de la Escuela Médico Militar y Escuela Militar de Odontología respectivamente.

Una mención especial debe hacerse de los cursos de formación de clases de sanidad, ya que desde hace 3 años, por orden del alto mando, se efectúan con duración de seis meses; al final de los cuales cada uno de los alumnos (Sargentos 2os., cabos y soldados), elaboran en grupos de 3 ó 4 un trabajo clínico o de investigación que presentan durante unas jornadas didácticas que se efectúan en el Auditorio del Hospital Central Militar con la participación de todos los alumnos de

ese hospital y los hospitales regionales donde se realizan esos cursos, celebrándose estas jornadas un día antes de la ceremonia de clausura.

En las siguientes páginas se detalla un muestreo de todas estas actividades mencionadas.

En el año de 1989 se llevaron a cabo 48 eventos académicos, los cuales estuvieron dirigidos a médicos en 39 ocasiones, 2 a odontólogos y 7 a enfermeras, mismos que fueron programados por la administración anterior.

A los eventos asistieron 1,494 elementos militares, 2,441 elementos civiles, 45 de la armada, para un total de 3,980 personales en su calidad de médicos, odontólogos, enfermeras, técnicos y estudiantes, los cuales recibieron las enseñanzas impartidas.

1990

Se efectuaron 62 eventos académicos, los cuales se dirigieron a personal de médicos cirujanos en 51 ocasiones, 2 a odontólogos, y 7 a enfermeras, con un total de 2,164 participantes militares, 2,571 civiles y 32 de la armada para un total de 4,767 participantes, entre médicos, odontólogos, enfermeras, técnicos y estudiantes.

1991

Se llevaron a cabo 72 eventos académicos, los cuales se dirigieron en 52 ocasiones a médicos, 8 a odontólogos, 7 a enfermeras, 3 a oficiales de sanidad y 2 a trabajadores sociales.

A los eventos asistieron 2,671 elementos militares, 3,885 elementos civiles y 29 elementos de la armada para un total de 6,587 personas, en su calidad de médicos, odontólogos, enfermeras, técnicos y estudiantes.

1992

Se realizaron 91 eventos académicos, los cuales estuvieron dirigidos a médicos en 50 ocasiones, 4 a cirujanos dentistas, 21 a enfermeras, 12 a oficiales de sanidad, 2 a trabajadores sociales, 4 a psicólogos, 1 a administradores de hospitales, para un total de 2,739 elementos militares, 4,397 civiles, 45 de la armada para un efectivo de 7,187 elementos beneficiados con los conocimientos impartidos en cada uno de los cursos.

1993

Se realizaron un total de 102 eventos, los cuales se dirigieron a médicos cirujanos en 67 ocasiones, 12 a cirujanos dentistas, 10 a enfermeras, 11 a oficiales de sanidad, 3 a personal de tropa, los asistentes fueron 4106 personas militares, 5,062 civiles, 19 de la armada para un total de 9,187 personas, entre médicos cirujanos, odontólogos, enfermeras, oficiales de sanidad, técnicos, estudiantes y personal de tropa.

Programas de educación continua de 1o., 2o. y 3er. nivel de atención

Los temas de los programas de educación continua de 1o. 2o. y 3er. nivel de atención médica continua, son revisados y actualizados en la Reunión Anual de Directores de Hospitales y Enfermerías Militares que se realiza en las instalaciones de la Escuela Médico Militar.

Programa de educación continua del 1er. nivel de atención.

Muestreo de 1991

ACTIVIDADES PARA EL MÉDICO CIRUJANO

TEMAS A REVISAR:

ENERO

Diabetes mellitus
Control de fauna nociva
Planificación familiar
Inventario general valorado
Los servicios y la logística
Hipoxia e hiperventilación

FEBRERO

Apendicitis aguda
Potabilización del agua
Paternidad responsable
Revisión de un caso clínico patológico
Formularios estadísticos de la Dirección General de Sanidad
Disbarismos

MARZO

Cardiopatía isquémica
Enfermedades de transmisión sexual
Fracturas expuestas
Sistema nacional de protección civil
(El papel de las fuerzas armadas)
La logística y el servicio de sanidad
Biodinámica

ABRIL

Deshidratación del lactante
Atención del niño sano
Inmunizaciones
Revisión de un caso clínico patológico
Examen integral del personal militar:
- Reclutamiento
- Promoción
- Anual

MAYO

Hemorragia del primer trimestre de embarazo
Alimentación infantil

Binomio madre e hijo
Plan DN-III-e
El servicio de sanidad, misión, organización, principios de la logística aplicada en el servicio, características
Desorientación espacial

JUNIO

Traumatismos oculares
Quemadura
Plan de empleo del servicio de sanidad
Aspectos médico-legales del servicio de sanidad
Directivas de acondicionamiento físico
Fatiga operacional

JULIO

Estado de choque
Detección oportuna de cáncer cérvico uterino
Atención del anciano
Formularios de certificados médicos
Los principios de la logística y las funciones logísticas
Transporte de enfermos y heridos por vía aérea

AGOSTO

Insuficiencia renal, aguda y crónica
Detección oportuna del cáncer de mama
Embarazo normal
Revisión de un caso clínico patológico
Detección del embarazo de alto riesgo
Aspectos médicos de las cabinas presurizadas

SEPTIEMBRE

Hipertensión arterial
Detección oportuna de cáncer de colon y recto
Fenómenos sociales y su repercusión en la salud
Hiperlipidemias
Dietas básicas
Descompresión de cabina
Efectos médicos y psicológicos

OCTUBRE

Infecciones respiratorias
Rabia y tétanos
Saneamiento del medio ambiente
Alcoholismo y farmacodependencia
Ficha médica del servicio
Sistema de oxígeno para respiración en aviación

NOVIEMBRE

Toxemia y hemorragia del tercer trimestre del embarazo
Higiene de la alimentación
- Control de alimentos
- Control de manejadores de alimentos
Reporte epidemiológico

El paciente politraumatizado
Micosis e infecciones superficiales
Procedimiento para el entrenamiento fisiológico de vuelo

DICIEMBRE

Cuadro doloroso de C.S.D.
Manejo de picaduras y mordeduras de animales venenosos
Psicodinámica familiar
La división territorial en las actividades administrativas de campaña y del servicio territorial
Estabilización y evacuación del paciente grave
Certificación aeromédica

ACTIVIDADES PARA EL CIRUJANO DENTISTA ARTÍCULOS A REVISAR:

ENERO

Manejo del paciente en el consultorio dental con diagnóstico de base
Cinemática del trauma
Odontología preventiva
Aspectos administrativos
La división territorial

FEBRERO

Patología oral
Evaluación y manejo del paciente
Odontología preventiva
Aspectos administrativos
Reglamento general de deberes militares

MARZO

Parodancia para el cirujano dentista de práctica general
Manejo de la vía aérea y ventilación
Odontología preventiva
Aspectos administrativos
Principios de la logística aplicables al servicio de sanidad

ABRIL

Empleo de analgésicos en odontología
Manejo de la vía aérea y destrezas en la ventilación
Odontología preventiva
Aspectos administrativos
Ley de disciplina del ejército y armada nacionales

MAYO

Empleo de antibióticos en odontología
Trauma torácico
Odontología preventiva
Aspectos administrativos
Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos

JUNIO

Métodos de esterilización
Shock y resucitación con líquidos

Odontología preventiva
Aspectos administrativos
Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas

JULIO

Prevención de contagio Sida-Hepatitis
Trauma abdominal
Odontología preventiva
Aspectos administrativos
Reglamento interior de los cuerpos de tropa

AGOSTO

Urgencias en odontopediatría
Trauma cefálico
Odontología preventiva
Aspectos administrativos
Código de justicia militar

SEPTIEMBRE

Endodoncia para el cirujano dentista de práctica general
Trauma espinal
Odontología preventiva
Aspectos administrativos
Ley de ascensos y recompensas

OCTUBRE

Extracciones seriadas
Destrezas en el manejo de la columna
Odontología preventiva
Aspectos administrativos
Ceremonia militar

NOVIEMBRE

Urgencias en odontología
Trauma de extremidades
Odontología preventiva
Aspectos administrativos
Deberes militares

DICIEMBRE

Logros obtenidos de la odontología en su corporación en 1991.
Metas para 1992
Trauma por quemaduras
Reglamento interior de los cuerpos de tropa
Entrega y recepción de pelotones de sanidad
Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos

ACTIVIDADES PARA EL OFICIAL DE SANIDAD TEMAS A REVISAR

ENERO

Salud pública y epidemiología
Objetivo de la medicina preventiva

Aspectos administrativos del servicio de sanidad
Urgencias médico quirúrgicas
Obstrucción de vías aéreas y paro respiratorio
Instrucción de tropas de sanidad, escuelas de la compañía de sanidad, definición, constitución y formaciones

Táctica de sanidad

Logística del servicio de sanidad

FEBRERO

Salud pública y epidemiología
Funciones del oficial de sanidad en los diferentes escalones del servicio
Trabajos permanentes
Trabajos periódicos
Trabajos ocasionales
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
Planeación de actividades en escalones sanitarios
Urgencias médico quirúrgicas
Mantenimiento de vías aéreas respiratorias
Instrucción de tropas de sanidad
Escuelas de compañía de sanidad
Cambios de formación, marchas, movimientos con camillas
Táctica de sanidad
El servicio de sanidad, definición, misión, organización, funciones y principios de la logística aplicables al servicio.

MARZO

Salud pública y epidemiología
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
Informe estadístico de enfermos externos
Urgencias médicas
Instrucción de tropas de sanidad
Táctica de sanidad
División territorial del servicio de sanidad
División territorial en tiempo y paz y en tiempo de guerra

ABRIL

Salud pública y epidemiología
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
Informe estadístico de labores principales de los escalones del servicio de sanidad tabulados según la situación del militar dentro del ejército.
Urgencias médico quirúrgicas
Instrucción de tropas de sanidad
Táctica de sanidad
El servicio de sanidad en el servicio territorial

MAYO

Salud pública y epidemiología
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
Programa mínimo de trabajo de las secciones sanitarias y pelotones de sanidad
Urgencias médico quirúrgicas

Instrucción de tropas de sanidad
Táctica de sanidad
Las instalaciones logísticas de sanidad y su escalonamiento

JUNIO

Salud pública y epidemiología
Saneamiento ambiental
Toma de muestras para exámenes bacteriológicos del agua
Tratamiento de excretas en el medio urbano y rural
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
Documentación que se elabora en la entrega y recepción de instalaciones sanitarias
Urgencias médico-quirúrgicas
Sanidad militar en campaña
Táctica de sanidad
La evacuación y hospitalización del personal

JULIO

Salud pública y epidemiología
Saneamiento ambiental
Clasificación de letrinas, conservación de letrinas, mantenimiento y ubicación de la letrina en un predio, letrinas secas
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
El control de bienes muebles en dependencias, establecimientos y corporaciones militares
Urgencias médico quirúrgicas
Fracturas de extremidades superiores
Sanidad militar en campaña
Destrucción de moscas
Táctica de sanidad
Servicio de sanidad y los trenes de las unidades

AGOSTO

Salud pública y epidemiología
Desechos sólidos, basura
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
Control de farmacia, pedidos, recepción y baja de medicamentos
Urgencias médico-quirúrgicas
Fractura de pelvis, cadera y extremidad inferior, reglas de inmovilización del miembro inferior.
Sanidad militar en campaña
Higiene de los alimentos
Táctica de sanidad
El servicio de sanidad en las diferentes situaciones tácticas

SEPTIEMBRE

Salud pública y epidemiología
La vivienda
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
El proceso de abastecimiento
Urgencias médico-quirúrgicas

Lesiones de cabeza, cara y cuello
Sanidad militar en campaña
Enfermedades transmitidas por insectos
Táctica de sanidad
El servicio de sanidad en apoyo de las fuerzas irregulares

OCTUBRE

Salud pública y epidemiología
Contaminación atmosférica
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
Directivas básicas de la Dirección General de Sanidad
Urgencias médico-quirúrgicas
Lesiones de tórax, abdomen, genitales
Sanidad militar en campaña
Táctica de sanidad
El servicio de sanidad en operaciones de guerra química, atómica y bacteriológica

NOVIEMBRE

Salud pública y epidemiología
Fauna transmisora y dañina
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
Urgencias médico-quirúrgicas
Envenenamiento e intoxicaciones, descripción, etiología, síntomas y signos, cuidados de emergencia
Sanidad militar en campaña
Enfermedades venéreas
Táctica de sanidad

DICIEMBRE

Salud pública y epidemiología
Parasitología
Relaciones huésped-parásito
Aspectos administrativos del servicio de sanidad
Elaboración de documentos
A. Radiograma
B. Partes diversos
C. Certificados médicos
Urgencias médico-quirúrgicas
Emergencias ambientales
Sanidad militar en campaña
Higiene de la marcha
Táctica de sanidad
Documentos para el empleo y operación del servicio de sanidad

ACTIVIDADES PARA EL PERSONAL DE TROPA

ENERO

Legislación militar
Movimientos
Orgánica de las unidades del servicio
Nociones de táctica de sanidad

FEBRERO

Primeros auxilios
Primeros auxilios en campaña

MARZO

Primeros auxilios en campaña
Maniobras de esterilización
Técnicas de trabajo social

ABRIL

Técnicas de trabajo social
Técnicas básicas de enfermería

MAYO

Técnicas básicas de enfermería
Instalación nasal
Procedimientos básicos de enfermería
Disposición de excretas

JUNIO

Disposición de desechos sólidos
Manejo adecuado del agua
Control de la fauna nociva y transmisora
Control sanitario de los alimentos
Conservación ecológica

JULIO

Instrucción de orden cerrado
Instrucción con camillas en orden cerrado
Levantamiento, transporte, arrastre y evacuación de heridos
Ética militar y civismo
Legislación militar

AGOSTO

Táctica de sanidad
Auxilio a la población civil en caso de desastre
Guerra irregular
Disturbios civiles
Atención médica de urgencia
Anatomía del cráneo

SEPTIEMBRE

Anatomía de cara
Anatomía de cuello
Anatomía de tórax
Anatomía del abdomen
Anatomía de la pelvis masculina
Anatomía de la pelvis femenina

OCTUBRE

Anatomía de las extremidades superiores
Anatomía de las extremidades inferiores
Anatomía de la columna vertebral
Fisiología del sistema nervioso

Fisiología del sistema cardiovascular
Fisiología del aparato respiratorio

NOVIEMBRE

Fisiología del aparato digestivo
Fisiología del aparato urogenital masculino
Fisiología del aparato urogenital femenino
Microbiología y parasitología
Patología
Salud pública y medicina preventiva

DICIEMBRE

Medicina preventiva y salud pública
Prevención de enfermedades respiratorias
Nociones de prevención y control de enfermedades transmisibles
Prevención de enfermedades de la piel
Prevención de enfermedades digestivas, respiratorias y de la piel

BIBLIOGRAFÍA PARA EL MÉDICO CIRUJANO

Técnicas actuales de planificación familiar
Manual del controlador de bienes muebles
Manual de operaciones en campaña
Manual de medicina de aviación
Manual de tropas de sanidad
Boletín de la sección de salud mental
Manual de aspectos administrativos del servicio de sanidad
Sistema nacional de protección civil
Manual de táctica de sanidad
Aplicación de métodos estadísticos: curva percentil
Técnicas de inmunización
Plan DN-III-E
Manual de A.T.L.S.
Boletín de dietología
Manual de Elaboración de ficha médica
Manual de certificación aeromédica

BIBLIOGRAFÍA PARA EL CIRUJANO DENTISTA

Dunm MJ, Booth D.F.
Medicina Interna y Urgencias en Odontología
Manual Moderno 1980
Apoyo Vital Prehospitalario en trauma
John O. Forrest
Edit. Manual Moderno
P.S.O. Aspectos Administrativos
Manual de Operaciones en Campaña
Baskar-Patología Oral
Colección de Legislación Militar
Manual de Táctica de Sanidad
Endodoncia-Harty
Farmacología Clínica para el Odontólogo

Sebastián G. Ciancio Priscilla C. Bourgout
Edit. Manual Moderno
Cirugía Bucal
Daniel Waite
Odontología Pediátrica
Sidney Finn
Edit. Interamericana

BIBLIOGRAFÍA PARA EL OFICIAL DE SANIDAD

Manual de aspectos técnicos de enfermería
Manual de aspectos administrativos del servicio de sanidad
Manual de diagnóstico y tratamiento de urgencias de la Edit.
Manual Moderno
Manual de Instrucción de Tropas de Sanidad, Demostrativo
Manual de Táctica de Sanidad
Manual de Procedimientos Administrativos para el personal
de Enfermería en Salud Pública del IMSS, 1987.
Manual del Controlador de Bienes Muebles
Manual de Tratamiento de Urgencia
Manual de las enfermedades transmisibles en el hombre

BIBLIOGRAFÍA PARA EL PERSONAL DE TROPA

Colección de Legislación Militar
Manual de Instrucción de Orden Cerrado de Tropas de
Sanidad
Manual de Táctica de Sanidad
Manual de Sanidad Militar 2o. Nivel
Manual de Apoyo Vital Prehospitalario en Trauma, Asociación
Americana de Paramédicos Traducción del Hospital
Central Militar, México.
Principios Fundamentales de Enfermería
Fuerts y Wolff
Prensa Médica Mexicana
Introductory Nutrition. H.A. Guthrie
C.V. Mosby Co. Last Edition.
Boletines sobre Aspectos Técnicos de Salud Mental, Direc-
ción General de Sanidad Militar.
Manual de procedimientos de Enfermería. Edición 1974
Manual de Aspectos Técnicos de Enfermería. Editado por
S.D.N.
Manual de Tropas de Sanidad
Guía del Soldado Edit. E.M.D.N.
Mc Graw-Hill 1986.
Manual de Instrucción de Orden Cerrado de Infantería.
Manual de Ética Militar y Civismo
Plan DN-III-E
Manual de Guerra Irregular E.M.D.N.
Manual de Disturbios Civiles
Diagnóstico y Tratamiento de Urgencias.
John. Mills, Patricia R. Salber, Mary T.Ho. Donald D.
Trunkney
Atlas de Anatomía Humana, López Antúnez. Amendolla.

Edit. Interamericana
Fisiología Humana. Arthur C. Guyton. Ed. Interamericana

PLAN DE EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL SEGUNDO Y TERCER NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA DEL SERVICIO DE SANIDAD

I. Justificación

Ante el deseo manifiesto del alto mando de que el personal integrante del servicio de sanidad alcance un nivel de excelencia en los aspectos técnicos, científicos y castrenses, a través de programas de educación continua que les permita mantenerse actualizados acorde a los avances técnicos y científicos, se elabora el presente plan.

II. Concepto

Educación continua es el conjunto de actividades que le permite al personal del servicio de sanidad mantenerse actualizado en sus funciones profesionales o técnicas en el ejército y fuerza aérea mexicanos, cubriendo los siguientes aspectos:

- A. Salud Pública y Medicina Preventiva
- B. Patología General
- C. Diagnóstico
- D. Terapéutica
- E. Didáctica
- F. Metodología de la Investigación
- G. Administración Militar y de Servicios de Salud

III. Objetivo

Que el personal del servicio de sanidad de segundo y tercer niveles cuente con un instrumento que le permita tener el adiestramiento adecuado para cumplir con las tareas operativa, técnica y administrativa de ese escalón.

Que además les permita obtener un elevado nivel académico y científico, a fin de enfrentar eficientemente problemas asistenciales, docentes y de investigación de su responsabilidad con el propósito de alcanzar la atención médica de excelencia.

IV. Organización

- A. RESPONSABLE: Dirección General de Sanidad a través de la Coordinación Nacional de Enseñanza e Investigación.
- B. UNIVERSO DE TRABAJO: Médicos cirujanos, cirujanos dentistas, psicólogos, enfermeras, oficiales de sanidad y personal especialista.
- C. TIEMPO: Permanente
- D. ESPACIO: Enfermerías militares, hospitales militares regionales y hospital central militar.

E. Los jefes de enseñanza de los hospitales militares regionales mantendrán enlace permanente con la Coordinación Nacional de Enseñanza con el apoyo de las jefaturas regionales que serán el instrumento de enlace y supervisión, a fin de establecer continuidad en el desarrollo y evaluación del mencionado plan.

V. Actividades generales

A. El director y el jefe de enseñanza de cada una de las instalaciones del 2o. y 3er. nivel elaborarán un programa anual de enseñanza continua según sus necesidades con el visto bueno del mando militar correspondiente, el cual se concentrará a la Coordinación Nacional de Enseñanza e Investigación para su revisión y aprobación.

B. Asistencia a cursos, congresos, reuniones, etc., de índole científica o técnica.

C. ACADÉMICAS: Participación como profesores en cursos de formación de pre o postgrado, cursos universitarios, congresos, etc.

D. PUBLICACIONES: Artículos científicos en revistas nacionales o extranjeras, artículos de investigación clínica o básica, publicación o participación en los libros científicos o técnicos, etcétera. (Anexo A).

E. DE AUTOENSEÑANZA: Adquisición de conocimientos a través de publicaciones diversas. (Anexo B)

F. DE INVESTIGACIÓN: Planeación y desarrollo de proyectos de investigación. (Anexo C)

G. ESTADAS: Permanencia temporal en instituciones de salud nacionales o extranjeras. (Anexo D)

VI. Recursos

A. HUMANOS:

a. Personal del servicio de los diferentes escalones

B. MATERIALES:

Instalaciones del servicio, instalaciones militares e instituciones civiles del país y del extranjero.

C. FINANCIEROS:

a. Aportaciones efectuadas por el alto mando a través de la Dirección General de Sanidad.

b. Aportaciones de las jefaturas de enseñanza de los hospitales militares

c. Las aportaciones por el personal civil y militar asistentes a diferentes eventos académicos.

d. Donaciones efectuadas por la industria química, farmacéutica y fabricantes de material y equipo médico.

VII. Evaluaciones:

A. La Dirección General de Sanidad a través de la Coordinación Nacional de Enseñanza e Investigación realizará la

evaluación del plan de educación continua por medio del análisis de:

a. Los informes escritos, gráficos y financieros que remitan los hospitales militares de los eventos académicos por ellos efectuados.

b. Los informes individuales de los asistentes a los diferentes eventos académicos previamente revisados por los jefes de enseñanza.

c. Los informes elaborados por las jefaturas de enseñanza relativos al desempeño profesional y académico del personal sujeto a este plan de educación continua. Estos informes se deberán remitir semestralmente a la Coordinación Nacional de Enseñanza e Investigación.

B. Los resultados de esta evaluación serán tomados en cuenta por la Dirección General de Sanidad para proponer ante el alto mando las siguientes acciones:

a. El ingreso a la Escuela Militar de graduados de sanidad.

b. Designación de cargos.

c. Realización de cursos o comisiones en el extranjero.

d. Para efectos de promoción superior.

e. Permanencia o cambio de escalón.

ANEXO "A" PUBLICACIONES

I. OBJETIVO

El personal profesional o técnico del servicio será capaz de estructurar un escrito científico para transmitir sus conocimientos.

II. EVALUACIÓN

Se asignará una calificación que tendrá un valor curricular a cada publicación, para tal efecto la Dirección General de Sanidad, a través de la Coordinación Nacional de Enseñanza e Investigación, establecerá un catálogo de créditos de publicaciones.

ANEXO "B"

I. OBJETIVO

Desarrollar en el individuo el interés por su superación profesional, a través de la consulta de material bibliográfico o audiovisual.

II. PROCEDIMIENTO

La Dirección General de Sanidad proporcionará los siguientes apoyos.

A. Se asignará una sección de la revista de sanidad para artículos de educación continua.

B. BOLETINES BIBLIOGRÁFICOS PERIÓDICOS.

Los escalones del servicio serán responsables de contar con:

A. Una biblioteca básica.

B. Una hemeroteca básica.

C. Videograbaciones de técnicas y procedimientos.

(Se recomienda que los recursos sean obtenidos a través de los fondos de enseñanza y/o cuotas de recuperación previa autorización de la Dirección General de Sanidad.)

D. MÓDULO DE ENSEÑANZA COMPUTARIZADA (EN DESARROLLO)

III. EVALUACIÓN

La Dirección General de Sanidad efectuará una evaluación escrita anual sobre los temas contenidos en el material proporcionado.

ANEXO "C" ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

I. OBJETIVO

El personal profesional o técnico del servicio, será capaz de identificar un problema para investigar, diseñar el protocolo de investigación correspondiente, apegándose al método científico, para confirmar la investigación y redactar el informe de la misma.

II. EVALUACIÓN

Se asignará una calificación con valor curricular a cada investigación realizada. La Dirección General de Sanidad determinará el valor que se deba asignar a dicha investigación y propondrá a la superioridad aquellas que a su juicio ameriten las recompensas que marca la ley.

ANEXO "D" ESTADAS

Se refiere a la permanencia en servicios especializados en instituciones del país y del extranjero donde se adquiriera una experiencia comprobada sobre algún aspecto técnico o científico, teniendo una duración de entre 15 días a un año.

I. OBJETIVO

El personal del servicio de sanidad al término de una estada será capaz de integrar la experiencia obtenida de otros escalones del servicio y de otras instituciones, para la solución de los problemas que le competen.

II. EVALUACIÓN

Se asignará a cada estada una calificación con un valor curricular; la Dirección General de Sanidad, a través de la Coordinación Nacional de Enseñanza e Investigación, establecerá un catálogo de créditos de estadas.

Marco teórico y fundamentos de la educación médica continua

Roberto Uribe Elías*

El hombre vive y aprende, la actividad cotidiana le otorga diversas experiencias y los campos y disciplinas científicas, artísticas y humanísticas han conformado los cuerpos de conocimiento que sustentan las posibilidades del hombre de aprender.

Pero así como el hombre aprende también olvida, además, el ensanchamiento de las posibilidades de ser, de vivir y el avance en los cuerpos de conocimiento, así como el desarrollo de la tecnología hace, sobre todo en las últimas décadas, de la necesidad del hombre de aprender, una verdadera entrega, vocación y urgencia para que el hombre viva de acuerdo a su tiempo y a sus necesidades.

Es pues, la educación continua un proceso del cual el hombre moderno no puede desprenderse a riesgo de aislarse.

En medicina, las circunstancias no han sido distintas, el avance del conocimiento, la introducción de nuevas tecnologías y el dinámico cambio de las diversas partes que la constituyen desde los conceptos, metodologías, estructuras, organización e incluso bases de desarrollo, han hecho que la educación médica continua sea un anhelo permanente de la medicina moderna.

Antecedentes

Si bien se acota tradicionalmente que el pensamiento de Osler subraya de manera formal, por vez primera, la necesidad de una educación permanente para el médico, es después de la Segunda Guerra Mundial y con los avances en el ámbito educativo de los sesenta, en donde la tecnología educativa, la didáctica, los principios de evaluación y posteriormente en los setenta, la aplicación de la estrategia de la atención primaria y de la ampliación de la cobertura de la atención médica, hacen urgente el desarrollo no sólo del concepto, sino de estrategias operativas que permitan la aplicación a nivel universal de la educación médica continua.

Concepto

Si aceptamos que la educación médica continua es la serie de actividades educativas planeadas, sustentadas en la necesidad de una atención médica de mayor calidad, moderna, científica, que le permita al médico mantener, desarrollarlo e incrementar su conocimiento, destrezas y proyección profesional para servir mejor a sus pacientes, a las instituciones y desempeñarse dignamente como un profesional actualizado y científico.

Hemos de aceptar que este proceso, no es un ciclo, porque si bien se inicia durante la formación profesional no debe de terminar hasta que el sujeto decida interrumpir su proyección profesional, y aun en ese entonces la búsqueda intrínseca del propio individuo, de conocimientos complementarios aun sin proyección formal pueden sustentar el principio de educación médica continua a lo largo de la vida.

Es la condición humana el motivo primordial de desencadenar este proceso permanente de aprendizaje.

Orientación

Si hablamos de aprendizaje tenemos que relacionarlo con la competencia profesional y con la efectividad, eficiencia y calidad de la atención médica. La competencia profesional está representada por el conjunto de conocimientos básicos y clínicos, destrezas y actitudes, juicios de valor y proyección ética dentro de las funciones que el médico, como profesional, debe de realizar para cumplir con sus propósitos en los diversos momentos que la vida profesional le solicite, independiente de dónde la realice y con quién.

El juicio clínico, el pensamiento lógico y la metodología científica sólo pueden sostenerse en la práctica médica con una educación continua integral.

Funciones

La educación médica continua tiene tres funciones primordiales: 1) *La vigencia y actualización* del conocimiento médico obtenido durante la formación y la del conocimiento integral que reestructure el cuerpo básico en la medida que la ciencia y la tecnología lo facilite; 2) *la capacitación del profesional* en conocimientos, técnicas, metodologías, etc., procesos específicos que le permitan incorporarse a un sistema, norma, método o institución o enfoque y 3) la que sustente *la inquietud o la necesidad* permanente del sujeto para poder saber más o mejor de su propia profesión.

Bases

La educación médica continua se sustenta en las premisas de: *la curva del olvido, el avance científico y tecnológico* que en nuestra época ha sido verdaderamente explosivo; las necesidades normativas o institucionales que aplicadas desde el punto de vista de la organización obliguen al profesional a

* Académico numerario

nuevos conocimientos; las *estructuras formales* y recientemente con reconocimiento jurídico que obliga al profesional de la medicina a cumplir objetivamente con elementos de formación, de actualización y/o capacitación para poder ejercer su profesión, en nuestro medio los mecanismos de certificación y recertificación a nivel de especialidades que se exigen en diversas áreas de la práctica médica y por último la *motivación del individuo* que, no por no existir de manera formal, podemos desecharla ante el creciente conocimiento, la avalancha de información, el desarrollo de la industria químico-farmacéutica, el mercado de la industria de aparatos médicos y las modas prevalentes y emergentes de la atención médica, causada por la aplicación de modelos de atención a la salud, a la enfermedad mediante sofisticados medios.

Mecanismos de desarrollo

Por lo anterior los mecanismos a través de los cuales la educación médica se desarrolla es: *por la motivación individual* del profesional, *por la normatividad institucional* para implementar nuevas estrategias, estructuras y organización de la atención a la salud; *por las necesidades de salud y médicas de la población* que al cambiar los perfiles demográficos, de morbilidad y mortalidad requieren de formación, actualización y capacitación que le permita a la sociedad, al sistema de salud y a la profesión médica contender con esos retos; *por el avance del conocimiento en áreas específicas* en donde la profundidad, conceptualización, interpretación, aplicación de nuevas técnicas o de tecnología avanzada, hacen de los procedimientos tradicionales estructuras obsoletas que requieren de nuevos profesionales con nuevas *actitudes* y nuevas destrezas para poder enfrentar con problemas ya conocidos pero con un enfoque diametralmente distinta; de igual manera las *transformaciones sociales, económicas* y aún *las éticas* obligan al profesional a una capacitación y una actualización que hagan de su quehacer diario un proyecto de actuar y decidir vigentes, científicos y modernos.

Un mecanismo de desarrollo que no debe ser olvidado ya que para la educación médica continua ha constituido uno de los pilares que la sustentan y la proyectan de manera definitiva es el *quehacer de las sociedades científicas* que en los diversos ámbitos han tenido a la educación continua como bandera de proyección de interrelación con sus asociados y con otros profesionales y mecanismos de obtención de beneficios económicos como vector principal, para el sustento y como una acción natural de quienes, constituidos en grupo interesado y selecto, pueden hacer del conocimiento, siempre entendido de manera integral, un elemento de intercambio de beneficios económicos realista.

Teoría de la educación médica continua

La educación médica continua ha sido desprendida de las experiencias de la educación para adultos, que en los años

recientes se ha desarrollado de una manera más sistematizada, y que por lo tanto pueden aplicarse a los médicos.

Los condicionantes del aprendizaje en adultos aceptan de entrada que el ser humano, independientemente de la edad, tiene la posibilidad de aprender pero que este aprendizaje va a estar modulado por su propia experiencia o experiencia anterior, la participación activa y sobre todo el propio autocontrol que el adulto, es decir que el médico, tenga sobre su propio proceso de aprendizaje; la existencia de una motivación y de la decisión voluntaria de la búsqueda del conocimiento. En este sentido, la educación continua va a tener como elementos positivos, para su desarrollo, la posibilidad inmediata de poner en práctica el conocimiento recientemente adquirido, también cuando se utilizan metodologías que involucren al estudiante adulto-médico y cuando para su desenvolvimiento se le otorga retroalimentación inmediata que les permita corregir su conducta y por lo tanto, sustentar de una manera más sólida el nuevo conocimiento, que los contenidos por aprender pueden estar más en relación con la decisión del estudiante-adulto más que con un programa prefijado, que se otorgue un verdadero valor a los ritmos individuales de aprendizaje y que de ninguna manera se pretenda calificar grupalmente estas acciones, los estudiantes adultos hacen cambios en sus propios programas para poder tener conceptos más claros.

Por todo lo anterior la posibilidad de aprendizaje del médico-adulto tendrá como base de sustentación sus experiencias previas y el contexto en el que se esté desarrollando, pero el factor más importante será el mantener la competencia en sus labores diarias o en aquellas recién integradas y de las que **no** tenga un manejo completo.

La decisión voluntaria de iniciar el aprendizaje tendrá que ver con proyectos o actividades en las cuales se le involucre de manera directa y que puedan servir como mecanismos de aprendizaje teniendo como resultados, además del aprendizaje esperado, elementos de trabajo o de planeación que retroalimente al propio individuo y al sistema.

Un claro ejemplo de lo anterior fue el desarrollo de los programas básicos de salud por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social en la década de los setenta, mediante los cuales se lograba hacer un diagnóstico integral de las necesidades de salud de una unidad operativa correlacionándola con las necesidades de formación de recursos humanos lo que permitía integrar programas operativos y particulares de educación médica continua, cuyos resultados fueron una mayor actualización y capacitación del personal, un otorgamiento de atención médica de mayor calidad y la modificación paulatina de los indicadores de salud que en esa unidad específica se tenían.

Es trascendente tomar en cuenta la experiencia de los estudiantes adultos tanto para los objetivos de aprendizaje, como para las estrategias o actividades educativas que sean

más acordes con su desarrollo y no los obliguen a la adopción de roles que para ellos puedan sentirlos degradantes.

El ejemplo de los programas básicos de salud del IMSS, también sustenta el aprendizaje voluntario y la participación activa y práctica, tanto de los elementos educativos como de los educandos, que involucraban retroalimentaciones objetivas y muy operativas que tenían que llevar a una mayor efectividad del profesional obteniendo metas mensurables.

La teoría de la educación continua involucra además, la planeación en donde se tomen en cuenta las necesidades o normas de la institución, la necesidad de actualización y las propias inquietudes de los estudiantes que permitan iniciar una vía de un proceso que no debe tener fin.

La planeación es una necesidad indispensable dentro de educación médica continua que debe tomar en cuenta la formación previa, las estructuras curriculares de las cuales provengan los educandos, los recursos y facilidades que se tienen para implementar los diversos conocimientos que se requieran de ser o se hayan decidido y las posibilidades de tiempo, tanto de los profesores, los estudiantes adultos y de la propia institución para lograr el aprendizaje esperado. Como dos elementos importantes de la planeación estaría el diagnóstico de la población de estudiantes adultos, las necesidades de actualización con las variantes ya planteadas, los recursos de información y facilidades tecnológicas para sustentar el conocimiento, el presupuesto para realizar las actividades tanto de profesores como de alumnos, así como los materiales educativos y de trabajo que, en no pocos casos, constituyen limitantes infranqueables para el logro de una educación médica continua.

El otro elemento sustantivo dentro de la teoría de la educación médica continua, lo constituye el proceso de evaluación, será imposible establecer cualquier programa o sistema de educación médica continua si no se diseña una evaluación racional y congruente con lo que se pretenda. La evaluación debe involucrar no sólo las actividades de educación, los logros en la competencia y en el desarrollo profesional, sino que deben incluir a todos los factores que participan en el proceso enseñanza-aprendizaje, como son: los profesores, coordinadores, instructores, supervisores, materiales, empleados, evaluación de los propios criterios y medios de evaluación, así como del propio programa, su efectividad, impacto y logro de los objetivos.

Un elemento imprescindible de esta evaluación es la participación de los estudiantes adultos que les permitan establecer sus propios logros y las nuevas insatisfacciones que serán el mejor enlace para continuar el desarrollo del proceso de educación médica continua.

Los mecanismos de evaluación pueden ser muy variados y más que insistir en ellos, desearía señalar que debe establecerse una política de evaluación inmediata con la planeación que permita hacer un seguimiento del desarrollo del progra-

ma, un conocimiento de los principales logros y obstáculos, el establecimiento de indicadores que sirvan como focos de atención para reestructurar, retroalimentar o reorganizar cualquiera de los integrantes del proceso y por último obtener mediante la evaluación una participación muy activa de todos los factores del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Sistema de educación médica continua

Para poder establecer, por lo menos en teoría, un sistema que nos sirva como marco de referencia para el desarrollo de las actividades de educación médica continua que hemos calificado como proceso, deberemos aceptar de entrada que este sólo podrá ser un sistema abierto, en el cual la movilidad de los insumos, los elementos de transformación y obviamente los productos tengan una flexibilidad y agilidad que permita ajustes permanentes que no constituya rupturas en la estructura o sean impedimentos para la obtención de las metas.

El enfoque sistemático de la educación médica continua involucra de manera especial a la necesidad de una retroalimentación permanente.

El surgimiento de indicadores, evaluaciones, mecanismos de supervisión y control, determinación e identificación de problemas, de logros con sistemas de recolección y análisis de los datos que constituyan el propio proceso es un elemento primordial que nos otorga este enfoque sistemático.

Hay que retroalimentar y asesorar lo más pronto posible a los propios estudiantes adultos, a los profesores, al programa, a la institución, además, a todos y cada uno de los aspectos conceptual, metodológico y de resultados que pudiéramos obtener. Esta retroalimentación efectiva e inmediata quizá constituya una de las características más predominantes de la educación para adultos.

El sistema abierto de la educación médica continua nos llevaría a considerar como insumos a los participantes, a los organizadores, a las instituciones educativas y de salud, a la organización de la propia educación médica continua, a las necesidades o diagnósticos que la orientarán y a toda la infraestructura de recursos humanos y materiales necesarios para desarrollar las actividades decididas.

La traducción de necesidades, que en objetivos y posteriormente en metas, será un elemento importante de insumo para el sistema general.

El estadio de transformación o la “caja negra” puede ser muy variable desde el punto de vista educativo, incluiría los contenidos curriculares, las metodologías de enseñanza-aprendizaje, las diversas estrategias educativas, la interacción de las instituciones de salud con las educativas, los roles de las sociedades médicas, empresas químicas-farmacéuticas, de aparatos médicos, los tipos de objetivos de aprendizaje, de destrezas y la orientación en general que se pretenda dar a uno o a otro proceso de aprendizaje, dentro de los cuales deberá quedar incluida las ideologías políticas y las necesidades

sociales que serán elementos en transformación dentro del proceso.

Los productos en este sistema abierto deberán de constituir el logro de los objetivos, las metas, las facilidades para realizar las nuevas operaciones, el establecimiento de una actividad moderna, el equipamiento con nuevas tecnologías, el manejo de aparatos de avanzada, y sobre todo, el logro de una atención médica de mayor calidad, más eficiente, efectiva, con un alto nivel de satisfacción para quien la imparte y para quien la recibe.

El problema más importante de este enfoque sistemático, es sin lugar a dudas, dos tipos de interacción que se da en las instituciones educativas y de atención a la salud y la que se establece entre las necesidades individuales del profesional y las de la institución, normativas o de cambio que permitan una consecución más fácil de las actividades y por supuesto de los logros.

Acreditación y certificación

Para que la educación médica continua tenga una adecuada repercusión y cumpla con los objetivos propuestos se requiere que sea reconocida. Debe establecerse el esfuerzo de los médicos ya formados en su afán de actualizarse o capacitarse; valorar el esfuerzo de los profesores-instructores por trabajar en el campo de la realidad de igual a igual con sus alumnos.

Reconocer que el esfuerzo de las instituciones, corporaciones o sociedades que dedican parte de sus recursos para la realización de la educación médica continua.

Este reconocimiento tiene dos orientaciones primordiales: la acreditación y la certificación. La acreditación es el reconocimiento de una institución o sociedad que sustente un esfuerzo específico de educación médica continua en un periodo determinado.

Certificación se relaciona con el tipo de actividad y con el esfuerzo o complejidad que de él derive, los créditos están dados por las instituciones que organizan los programas pero son reconocidos por las instituciones que se relacionan con el personal en formación.

En nuestro país, el esfuerzo de los consejos médicos de especialidad, ha redundado en la certificación de los médicos que de esa manera cumplen con los parámetros o niveles que para algunas circunstancias se le requiere.

Ya se han iniciado los procesos de recertificación para la mayor parte de los consejos de especialidad, lo cual asegura a la población en general, la vigencia y actualización de los conocimientos de dichos profesionales recertificados.

Objetivos educacionales

Es importante señalar que ningún programa de educación médica continua puede estructurarse si no se toman en cuenta, de manera clara, los objetivos educacionales que definan los

alcances del aprendizaje que se pretende, sólo deseo señalar que las aportaciones de la taxonomía de Bloom y los esfuerzos para la edición de los propios objetivos de Mager siguen constituyendo elementos indispensables para la expresión de los mismos.

El empleo de la tecnología educativa nos permite expresar las reglas del juego para educadores y educandos y nos permite diferenciar el conocimiento, la conducta y la destreza, asimismo, clarifica, para todos los participantes en el proceso, de dónde se parte y hasta dónde se llega.

La expresión clara de los objetivos educacionales permite medir los propósitos y tener una base muy clara para realizar la evaluación, de igual manera, los objetivos nos sirven para realizar los cambios de acuerdo a los comentarios o retroalimentaciones y los propios objetivos dan un sentido claro del proceso educativo y de los métodos de enseñanza que se requieren según se hayan alcanzado o no.

Los objetivos deben expresarse de manera clara para que describan el proceso y correlacionen la participación del profesor-alumno y materiales o material empleado; este claro marco de referencia marcará la participación de cada uno de los factores del proceso de educación médica continua e incluso evitará repeticiones o que se involucren en programas profesionales que ya cuenten con el conocimiento o la experiencia que hacen innecesaria su participación.

Actividades educativas

De acuerdo a los objetivos de aprendizaje y las necesidades planteadas, estas actividades o estrategias educativas podrán tener la variedad que requieran y los comentarios generales es que se preferirán pequeños grupos con técnicas de trabajo interactivo en donde el manejo coloquial, la participación activa, la realización de actividades prácticas y el apoyo de medios audiovisuales de computación o de información solamente sirvan para un sustento rápido del conocimiento o la destreza que facilite la retroalimentación seguida de la acción o de la actividad del propio alumno.

Estos pequeños grupos de trabajo, más que de aprendizaje, permitirán interactuar de una manera muy igualitaria a instructores y a estudiantes alrededor de un programa convencional que podrá modificarse siempre que el grupo lo decida.

Las estrategias educativas irán desde la motivación, la participación activa del educando que pueda incluir su propia experiencia y la realización supervisada del procedimiento, se recomienda que se utilicen problemas reales con la estrategia de solución de problemas, se dé retroinformación inmediata y positiva, se sugiera la repetición, el reforzamiento y se utilicen mecanismos de apoyo para consolidar el aprendizaje cognitivo con múltiples señales que favorezcan el recuerdo y la representación.

La utilización de los medios modernos de comunicación que van desde los casos de autodiscusión, simulación clínica,

autoaprendizaje por computadora, video discos interactivos, hasta las conferencias vía satélite, simplemente son variantes que puedan utilizarse de acuerdo a la posibilidades, a las necesidades y a los recursos de los interesados.

No podemos sustentar que el empleo de los medios de comunicación o audiovisuales de avanzada sean el sustento básico o fundamental para el logro del éxito de los programas de educación médica continua.

La discusión de pequeños grupos, la formación de grupos de trabajo, la enseñanza individualizada, o la utilización de problemas reales que den sustento a los contenidos curriculares son simplemente posibilidades de obtener el éxito.

Organización y estructura

Los participantes esenciales en el proceso de la educación médica continua son: el médico interesado, el conocimiento por adquirir y el profesor-instructor enfrentados a una realidad y deseos de transformarla.

Puede haber una amplia gama de participantes en la estructura organizativa en los programas de educación médica continua que van desde las instituciones gubernamentales, hospitales regionales, hospitales o unidades rurales, facultades y escuelas de medicina, grandes instituciones que constituyan el sistema de salud, sociedades científicas de especialidad o de medicina general, hospitales privados o instituciones o empresas relacionadas con la atención a la salud o a la enfermedad.

De acuerdo a la experiencia de nuestro país, las instituciones educativas y de salud, tienen organismos encargados de la educación médica continua y un gran porcentaje de estas actividades las desarrollan las sociedades científicas.

La estructura debe facilitar los medios para la realización y tener mecanismos o incentivos que propicien que el proceso continúe, en algunos casos deberá estar muy pendiente de que la organización no haga demasiados complejos y burocráticos los mecanismos para introducirse a los programas de educación médica continua y que estos no compitan con las labores cotidianas o el trabajo habitual del educando porque, podría constituirse en una barrera insalvable o en un mecanismo de desmotivación tan fuerte que impida la educación médica continua.

La estructura debe dar facilidades, puede dar apoyos y evitar una política de selección o exclusión que impida una participación más generalizada. La educación médica continua, dentro de la organización, ha mostrado la necesidad de ser un proceso descentralizado, de ser posible regionalizado, unido a sistemas reales y operativos de atención a la salud y de estructuras curriculares de las facultades de medicina, que faciliten la interacción multi e interdisciplinaria, que favorezca la interacción de los integrantes del equipo de salud, que maneje requisitos administrativos mínimos, que se encuentren mecanismos facilitadores para incluir a todos los profesionales.

Profesores

Dentro de los programas, los profesores constituyen un eje invaluable para el funcionamiento y el éxito de la educación médica continua. El profesor debe ser un experto, tener un conocimiento sólido del área, materia o técnica, tener una actitud abierta a la crítica, que sea humilde, flexible y este dispuesto a tratar como iguales a aquellos a los que va a enseñar o capacitar. Las grandes figuras siempre son importantes en este tipo de programas, pero si no tiene la facilidad de comunicarse con los alumnos o educandos es inútil su inclusión. Los profesores o expertos o educadores clínicos pueden ser, a su vez, capacitados, y formar equipos de instructores que recorran unidades o regiones de manera coordinada para ir creando paulatinamente la masa crítica que maneje el concepto, la técnica, la actitud, la norma, es decir, que favorezca el cambio.

Tenemos que aceptar que no puede haber instructores ideales pero que deberemos tener claro el perfil del mismo para tratar de acercarnos a él.

La formación, la actualización y la capacitación se requiere en todos lados, pero quizá los profesores o instructores no se puedan encontrar en todos lados, hay la necesidad de formarlos de capacitarlos.

Instituciones, escuelas y facultades de medicina

En ellas se encuentran los mejores recursos para poder realizar la educación médica continua, los miembros de los colegios de profesores de las diversas áreas constituyen el elemento invaluable para sustentar nuestros grandes ideales con una organización menos compleja.

La variedad de actividades que se pueden planear con grupos de especialistas o expertos procedentes del campo de la docencia y de la investigación han mostrado que son la base más confiable para otorgar el elemento de vigencia y actualización.

Instituciones de atención médica

Los prestadores de servicio son el eje de necesidad y sustento de los programas de educación médica continua, los ámbitos clínicos que estas instituciones puedan proveer, facilitan la capacitación y el entrenamiento en servicio. El empleo de los campos clínicos reales constituye, en nuestro medio, un privilegio en la formación, actualización y capacitación de los recursos médicos. Tenemos que continuar por el camino de la coordinación y buscar que los mecanismos para la introducción de las nuevas tecnologías o los avances tengan un amplio sustento académico.

Las instituciones de atención a la salud deberán de continuar siendo pilares de vanguardia de la medicina moderna.

Sociedades médicas

Las agrupaciones de profesionales, como médicos generales y especialistas, así como los consejos médicos para acreditación constituyen el elemento más amplio que en nuestro país sustenta los esfuerzos de la educación médica continua.

Estos grupos de profesionales constituyen la cantera de conocimiento más importante para la operación de la actualización y la capacitación, el desarrollo de sus programas corporativos comprenden, en lo general, la mayor parte de avances científicos y tecnológicos que constituyen la medicina moderna; sin embargo, no existe una coordinación, ni una confluencia entre los objetivos de sus programas, lo que hace que esta riqueza de información tenga, en el momento actual, una orientación múltiple y no necesariamente interconectada.

Políticas de educación médica continua

Existen dos tendencias fundamentales, por un lado, el de ofrecer un programa único centralizado o parcialmente centralizado que puede referirse a un país, a una institución, o a una de las grandes ramas de la medicina, la general o las especialidades.

La otra es de favorecer los programas en cada una de las áreas, regiones, unidades o grupos interesados y que de manera local o grupal realicen un programa de educación médica continua que ofrezcan, de manera abierta a la población interesada, entre estas dos tendencias existe un denominador común y es no perder de vista las orientaciones, las funciones y las bases de la educación médica continua y permita el acercarnos a una etapa que está rebasando el postmodernismo.

Prospectiva de la educación médica continua

Alcanzar la modernidad no significa de manera exclusiva, desencadenar el cambio, deberá enmarcarse de manera clara el problema de la llamada educación remedial, que puede estar dirigida a nivel de licenciatura o a nivel de las propias residencias médico-quirúrgicas y que sólo significan que los programas y las estructuras curriculares que sustentan la formación de profesionales como el médico general o de especialidades no responden a las necesidades, expectativas o avances que los interesados y participantes en dichos programas tienen; para esta circunstancia no debe servir la educación médica continua, su función debe ser de mayor calidad.

Para poder contender con el problema de la incompetencia tenemos que establecer que debe de entenderse, de acuerdo a la frase acuñada por Pierson: a la falta de capacidad para poder

desarrollar el ejercicio profesional de manera óptima y que implica una conciencia personal de falta de conocimiento, destreza o limitación de actitudes que limitan de manera franca y real, la acción profesional.

Por otro lado, la necesidad de reavivar el conocimiento establecido para ser congruente la práctica profesional con los avances del conocimiento y la tecnología que están vigentes.

De igual manera el obtener un desempeño profesional suficiente, apropiado y sustentado en criterios científicos, actuales permiten la obtención de resultados en todos los campos del quehacer médico de manera exitosa e influyen de manera directa en la aplicación de la nueva tecnología, la racionalidad en el uso de la misma y la implementación de normas que transforman los enfoques tradicionales en el diagnóstico y en el tratamiento. De esta manera la incompetencia, el desempeño y los mecanismos para reavivar las bases del quehacer cotidiano del médico serán los ejes fundamentales en los que deberán sustentarse los programas de educación médica continua.

La vida del hombre se transforma constantemente, la medicina como una respuesta humana, amplía su base de conocimientos y los mecanismos para poder enfocar las interrogantes que continuamente se presentan en el quehacer clínico cotidiano; es la condición humana en su transcendencia, renovación y proyección lo que va a constituir el elemento de vanguardia y el sustento permanente sobre el cual la educación médica continua se justifique, se oriente y se proyecte.

Bibliografía

- Adelson R. Adult Learning. Continuing Education for the Health Professional. Educational and Administrative Methods. Ef. R. Adelson. F. Watkins. R. Caplan. An Aspen Publication. Rockville, Maryland. 1985.
- Anylan W.G. Continuing Medical Education. A Collaboration Between Academia, Industry, and Government. The Journal of Continuing Education in the Health Professions. Volume 9. pp. 221-224.
- Chappelear, H.E. CME: Continuing Mutual Education. The Journal of Continuing Education in the Health Professions. Volume 9. pp. 229-232
- Educación Continua, Guía para la organización de programas de educación continua para el personal de salud. Organización Panamericana de la Salud, OMS
- Lowenthal W. Continuing Education for Professionals. Voluntary or Mandatory. Journal of Higher Education, 1981, Vol. 52, No. 5.
- Pennington F. Defining Learner Objectives. Continuing Education for the Health Professional. Educational and Administrative Methods. Ef. R. Adelson. F. Watkins. R. Caplan. An Aspen Publication. Rockville, Maryland, 1985.
- Primer A. Continuing Medical Education. Second Edition. Edited by Rosoff A.B. & Campbell F.W., Praeger, Westport, Connecticut, London.
- Shortell, S.P. Continuing Education for the Health Professions, Alpha, Washington, D.C. 1978.

La educación médica continua en diversos países

Efraín Vázquez Benítez*

Puede decirse que la Educación Médica Continua es una preocupación que está presente en todos los países del mundo, al hacerse consciente en todas las latitudes la necesidad de que el médico esté al tanto de los avances positivamente formidables y continuos que, a velocidad creciente, suceden en todas ramas de la medicina; esto incluye, a diversos grados de profundidad, tanto a la medicina general como a las especialidades. Sin embargo, la diversidad en el grado de preparación de los médicos, las necesidades disímiles de la atención a la población, la demanda específica según la cultura local y el sistema de atención a la salud que implementa o permite cada gobierno, etc., son variables que hacen sumamente difícil una siquiera mediana comparación entre países y zonas geográficas o económicas. El presente trabajo tiende a mostrar una recopilación de lo que parcialmente he encontrado publicado en revistas de medicina general y de ginecología y obstetricia, como muestra somera de la afirmación que antecede, sin recurrir a las revistas especializadas sobre el tema y con miras a explorar lo que de ello pudiera ser aplicable en nuestro país. Se omite hacer referencia al Canadá, donde hay grandes avances al respecto, en vista de que hay en este simposio un ponente especialmente invitado para exponer los interesantes avances que se han logrado en ese país.

DIVERSOS MODOS DE ENTENDER Y PLANTEAR LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

Ya en 1894 John Shaw Billings, de Boston, escribió: "La educación del médico después de que se gradúa es, después de todo, la parte más importante"

De acuerdo con Jaramillo¹, del Ecuador, "La educación médica continua es el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permite al trabajador de la salud mantener, aumentar y mejorar su competencia para que ésta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades"

Para McManus² es "el desarrollo de un enfoque crítico y vitalicio sobre la difícil avenencia entre el arte y la ciencia médica". Según Treviño³ es "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"

Con palabras más o palabras menos, el concepto es compartido por los responsables de la atención médica a la población en los países latinos, anglosajones y asiáticos de los que tengo alguna información, y es aplicable tanto al que ejerce la medicina general, como a los especialistas de cada una de sus ramas, de las cuales en diversos países se consideran entre 39 y 45.

Aparentemente la necesidad de la existencia de la educación continua para los profesionistas nació hacia finales del siglo XIX en las universidades alemanas involucrando el ideal Humboldtiano de la unidad de investigación y educación. Sobre este modelo básico pasó la idea a las universidades norteamericanas, donde se le adaptó a las condiciones e idiosincrasias locales⁴. La necesidad de aplicar estos principios a la educación médica fue sentida en este país por William Mayo en 1907⁵, así como la de su afiliación a un sistema universitario e hizo que se implementaran fondos y se iniciaran programas específicos en la Universidad de Minnesota, de donde se expandió a muchas otras y actualmente, para fines prácticos, abarca a las 286 escuelas de medicina que existen en los Estados Unidos. La extensión fue particularmente rápida a raíz de la segunda guerra mundial y se convirtió pronto en el patrón de referencia mundial, pero ha habido una gran diversidad en su implementación según los puntos de vista y posibilidades locales en cada país.

Hoy día no se discute su imperativo absoluto, sino que las diferencias se basan en tres premisas no siempre bien entendidas: 1) el médico egresado de una facultad se involucra en su ocupación profesional cada vez más profundamente y no se da tiempo para mantenerse al día, perdiendo el impulso hacia la actualización y con ello su eficiencia real para dar un buen servicio profesional concordante con las exigencias del momento. 2) La medicina tiene un avance cada vez más rápido, de manera que la información se duplica aproximadamente cada dos y medio años y para enterarse sólo de lo importante que sobre medicina interna se publica en el mundo, habría que dedicar a la lectura 60 horas diarias, lo cual en sí mismo es absurdo. 3) Las demandas de atención a la salud son muy

* Académico titular. Hospital Español. México, D.F.

diversas en variadas latitudes y dependen del énfasis que se dé a los aspectos preventivos o curativos pero, especialmente, de la capacidad instalada y del mecanismo de acceso que a esos servicios tenga la población atendida, sea por dispensa estatal o por pago individual total o parcial.

Así, en tanto que en los Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania hay cierta equivalencia en el grado de preparación de los egresados, en Japón está muy poco atendida y en China se maneja un esquema eficaz localmente, pero inexportable a otros países. En América Latina se reconoce su importancia como idea, pero mientras que en Argentina alcanza niveles casi adecuados, y en Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Panamá y Venezuela hay considerables avances, en el resto del continente la situación parece ser aún poco satisfactoria. Un ejemplo típico de esta situación lo constituye la emisión desde 1984, por parte de la Universidad de cualquiera de los países de la Comunidad Económica Europea de un certificado de anestesia y cuidados intensivos o en anatomía patológica, que requiere un examen en tres partes y se puede presentar en cualquiera de 8 idiomas, el cual es aparentemente válido en los otros países afiliados pero que, de hecho, no es aceptable al solicitar contratación en Inglaterra⁶.

En muchos países de Europa, en realidad falta una verdadera "carrera de especialista" y la preparación individual depende mucho del *patronazgo* personal de los profesores y el avance está sujeto a sus preferencias y prejuicios, por lo que resulta dispar e inoperante como sistema. Se considera deseable que el currículum se integre articuladamente en lo horizontal (a lo ancho de las especialidades) y en lo vertical (entre ciencias básicas y disciplinas básicas), dejando muchas áreas cognoscitivas y destrezas como optativas.

Criterios sobre quién imparte o debe impartir la EMC

En los países donde primero se implantaron los equivalentes de nuestros "Consejos" (Boards o Royal Colleges) parece percibirse la aceptación general de que su función actual es la de certificar la capacidad profesional de los médicos en las especialidades respectivas mediante exámenes, puntuación de méritos y créditos académicos y a veces evaluaciones prácticas, pero no la de enseñar, ni siquiera la metodología de los exámenes que, cuando son escritos, recurren casi siempre a las preguntas con respuestas de opción múltiple cuya validez metodológica es puesta en duda por algunos.

La iniciativa de que la EMC sea impartida por los hospitales afiliados a universidades fue originada al parecer en los Estados Unidos pero en países como China⁷, tanto la educación básica como la de posgrado es dependiente del estado casi en totalidad y comprende tres niveles de competencia, teniendo los tres sus propios programas de contenido curricular diverso; esto es concordante con el hecho de que predomina aún la medicina tradicional china y sólo unos pocos centena-

res de médicos en todo el país conocen y ejercen la medicina al estilo occidental, desafiada ampliamente por la mayoría.

En Cuba⁸ la formación de especialistas y la educación de posgrado está bajo exclusivo control estatal, las calificaciones que se exigen a los candidatos son muy altas en cuanto a calidad de conocimientos, actitudes y destrezas demostradas, así como la obligación de profesar una ideología y una conducta política fiel y congruente con la oficial. El número que se admite cada año es muy restringido y sólo se determina por la solicitud de los jefes de departamento de las distintas provincias, para satisfacer exclusivamente la demanda real de servicios. Durante el adiestramiento se exige un cumplimiento muy literal de los programas y reglamentos y los exámenes son exhaustivos. El seguimiento ulterior no parece muy claro en su metodología, pero aparentemente es periódico.

En Australasia⁹ existe un programa que, a partir de 1994, involucrará cada año al azar al 20% de los médicos del país para realizar de manera organizada una serie de actividades de educación médica continua durante un periodo de cinco años que, al completarse a satisfacción del Royal Australasian College, ameritará la certificación por cinco años más. El programa es conocido como MOPS (Maintenance of Professional Standards) toma en cuenta principalmente las necesidades del clínico que atiende pacientes, pero tiene áreas aplicables y dotadas de un valor para los profesores e investigadores. Los tipos principales de actividades son: reuniones o congresos de sociedades, colegios y facultades, seminarios y talleres de trabajo, proyectos de autoenseñanza; proyectos de autoevaluación, actividades relacionadas con la práctica, créditos por labores de enseñanza, por presentación de trabajos, publicaciones, asistencia pasiva o activa a hospitales y, finalmente, revisión solicitada de la propia práctica privada, por parte de evaluadores acreditados. Todas estas actividades son debidamente proyectadas, controladas y sujetas a rigurosa comprobación en su operatividad.

Algunos mecanismos de implementación

Desde su comienzo la EMC ha inquietado a gobiernos, autoridades sanitarias, universidades y a los propios médicos, sobre la importancia de su existencia misma y actualmente muy en especial sobre los mecanismos para su implementación y su obligatoriedad.

En países donde el ejercicio de la medicina ha sido liberal y sujeta a la abierta competencia, se ha dado como hecho que es el médico en lo individual quien debería procurar su mejoría profesional suponiendo que ello debería llevarlo a una mejor remuneración y a un estado de satisfacción de sus inquietudes intelectuales y mayor prestancia social. Sin embargo, la demostración repetitiva de que este móvil no basta para garantizar que la generalidad de los médicos la busquen, se establecieron los consejos (boards) y los colegios que, mediante examen, certifican la capacidad de los egresados y

su revalidación periódica obliga indirectamente a procurar su actualización. Esto se hace particularmente agudo cuando aparece una *elite* de médicos afiliados a universidades y hospitales gubernamentales con una serie de privilegios y posibilidades de avance profesional y salarial progresivos y garantizados. Por otro lado, la aparición de crecientes grupos de "terapias colaterales", así como de individuos y grupos francamente de charlatanes, deja en medio un proletariado médico al que se exige mucho y se le ofrece comparativamente poca ayuda para subsanar las limitaciones.

Los cursos de actualización que dan las sociedades tienen un valor curricular frecuentemente preestablecido, acumulable hacia la recertificación, como en el American College of Obstetricians and Gynecologists, y sus costos pueden ser incluidos como gastos profesionales deducibles de impuestos, pero no hay una compensación por los ingresos dejados de percibir durante la ausencia, sobre todo si el individuo ejerce solo; todo lo anterior puede redundar en un déficit de las finanzas individuales.

Un aspecto importante de la posibilidad de efectuar la EMC en algunos países es la discordancia entre la oferta y la demanda. P. ej. en Turquía se tienen 10,000 solicitudes para ocupar menos de 1,000 plazas disponibles, incluidas las 39 especialidades que el gobierno reconoce. Al igual que en otros países, esa disparidad entre la demanda y la oferta hace que muchos aspirantes opten por buscar adiestramiento en el extranjero, con resultados muy variables, como se comenta en un párrafo ulterior¹⁰.

Se menciona también la sorpresa que reciben los estudiantes "de ultramar" al descubrir la falta de programas organizados de enseñanza en los hospitales y universidades de Inglaterra¹¹, lo cual no deja de ser válido en muchos lugares de los Estados Unidos, Alemania y Francia. Una explicación podría ser que se deja a la iniciativa y madurez intelectual de cada individuo la búsqueda de sus propios caminos y la solución de sus inquietudes, pero eso repercute negativamente en una enorme disparidad en la preparación de los egresados, pues la "educación" es delegada a los residentes de mayor jerarquía hacia los más jóvenes siendo, por lo tanto, parcial, irregular, anárquica y deficiente en cuanto a creación del juicio crítico personal.

El Japón, tecnológicamente tan avanzando, tiene con respecto a la medicina occidental un importante rezago y sus cuadros tienen que ser reforzados con la implementación subsidiaria de servicios¹². Paradójicamente, la industria automotriz y la electrónica tienen inversiones de fondos para el avance de la tecnología biomédica en centros y universidades norteamericanas pero, aparentemente, sólo les interesa patrocinarlo que pueda ser de aplicación y rentabilidad inmediata, lo cual limita su productividad académica y científica de calidad con un significado a largo plazo.

Una faceta interesante es la que corresponde a la ayuda que los países avanzados ofrecen a los menos favorecidos a través

de convenios intergubernamentales o por agencias mundiales de colaboración para la formación de médicos bien adiestrados en universidades y hospitales de avanzada. La paradoja radica en que al regreso a su lugar de origen el posible "pionero" se encuentra en una situación de que no existen las instalaciones adecuadas o el personal adiestrado o el suministro de materiales para el tipo y nivel de trabajo para el que está destinado, donde frecuentemente es obstaculizado por los ya instalados que sienten riesgo de competencia o desplazamiento, ni el salario es aceptable, o simplemente la tramitación burocrática lo paraliza, acaba por desesperar y al final, desilusionado y desprotegido, busca acomodo en el centro donde recibió su formación de posgrado, con lo cual el país originario "pierde un cerebro importante". Esto ha sido motivo de inquietud reciente en Inglaterra, con relación a la India, Pakistán y Chile¹³.

En países de África como Ilorin, Moi, Nigeria, Kenya y Malawi se ha hecho el experimento de sustituir la enseñanza tradicional mediante enseñanza pasiva por una autoenseñanza activa en servicios de campo en la que cual el estudiante enfrenta problemas reales de la comunidad y luego busca información sobre cómo ayudar a resolverlos; esto se completa con la posibilidad de consultar semanalmente en sus universidades de origen con profesores y autoridades de mayor prestigio. Eso da a los alumnos una percepción de lo que de ellos se necesita, pero Godfrey, que ha trabajado entre ellos, sospecha que sus ideales pueden quedar anulados por el aislamiento y la pobreza del servicio gubernamental y es muy probable que los graduados estén pronto solicitando adiestramiento en otros países para poder ganarse la vida en la práctica privada urbana¹⁴.

Incentivos para la educación médica continúa

La obligatoriedad de la EMC por disposición oficial es también digna de consideración aparte, pues si al médico que desea, repite un puesto en el sistema sanitario gubernamental no se le da el tiempo necesario, contado como trabajo, y no se le cubren los gastos de los cursos, puede percibir esa obligatoriedad como una imposición injusta o ilegal, y por lo tanto, a través de sus organizaciones laborales llegar a la protesta y al paro de labores, como sucedió recientemente en Noruega.

Se percibe en muchos países una importante inquietud sobre la motivación salarial para que los médicos procuren su mejoría asistencial, sobre todo cuando la paga depende del gobierno, pues resulta muy diferente el salario según lo que se acepte como criterio de eficiencia: La erradicación de una enfermedad en la comunidad, el desarrollo de actividades preventivas, la satisfacción superficial del sistema o el número de pacientes vistos por hora o día. Se requieren sistemas equitativos en la forma como se paga al médico o a la institución y leyes que regulen satisfactoriamente el trabajo de los especialistas, el implementar estructuras no hospitalarias

para la atención de la salud y una reorganización de cómo prestar los servicios, a la vista de las tendencias actuales.

Entre los incentivos para que los médicos busquen la actualización de sus conocimientos está la disminución en las primas de seguros contra las posibles reclamaciones y demandas legales, reducción que en Escocia se calcula equivaldría a 85 libras esterlinas por año. Quien se preocupe por esa preparación cuenta, además, con el registro apropiado en los *Royal Colleges* y con mayor posibilidad de contratación o mejoría jerárquica y salarial por el NHS (National Health Service).

Algunas consideraciones referentes al profesorado

Un punto crucial en cualquier consideración sobre EMC es el de la disponibilidad numérica, calidad docente, actitud personal y capacidad de comunicación de los profesores que la imparten, de los cuales el número parece ir lamentablemente disminuyendo. La pregunta angustiosa de algunos maestros es: ¿Quién debe educar a los educadores y cómo lograr una auténtica eficiencia en la enseñanza?

Resulta sorpresivo notar que, tanto en países industrializados como en los subdesarrollados se comenta repetitivamente que hay una lamentable falta de "educación para la docencia" entre los profesores, por lo cual no hay ni disponibilidad ni menos aun uniformidad de criterios sobre cómo debe impartirse la EMC, lo que hace muy dispares los programas operativos concretos de los hospitales y universidades.

Al asumir progresivamente las universidades de los países industriales la enseñanza de graduados, se fue creando una identidad mental entre investigación y docencia, asumiendo que los mejores investigadores deberían ser los más idóneos educadores, idea que se ha ido infiltrando en el ambiente cada vez con mayor profundidad. A la fecha se ha demostrado que esto puede resultar falaz, ya que con creciente frecuencia se ve que los investigadores básico, y aun los clínicos, tienen su interés intelectual e incluso económico más en sus proyectos de investigación y en la publicación de trabajos que justifiquen sus financiamientos, que en la docencia. Se ha hecho ya clásico el paradigma de que "primero importa la investigación, después la atención de los pacientes y muy en tercer término la enseñanza, a la cual muchos profesores consideran o una pérdida de su valioso tiempo o francamente una interferencia en su trabajo"; de esta actitud resulta que hay profesores universitarios que dedican a la docencia una hora semanal o menos y dejan la "formación en el trabajo" a cargo de la cascada descendente de los auxiliares y de los residentes de mayor jerarquía hacia los más jóvenes.

Autores hay que proponen, para subsanar la ausencia o desdén por la enseñanza de los grandes investigadores, que la instrucción clínica sea dada por clínicos ejercitantes que

tengan vocación para ello y que los grandes maestros den verdaderas conferencias magistrales que sean orientadoras más que informativas y que marquen criterios y principios generales sobre la información que aquéllos hayan proporcionado¹⁵. En Australia, donde la capacidad de las aulas se encuentra sobrecargada, Ambach opina que la lección magistral debe servir para orientar y concordar ideas, no para transmitir las. Por su parte Saunders opina que no es deseable que todos tengamos que enseñarles de todo a todos. Un buen profesor clínico debe ser entusiasta, claro y bien organizado en su capacidad de comunicación y adepto a las interacciones personales, cualidades difíciles de atesorar en una sola persona. En el "mejor de los mundos" los profesores serían notables por sus investigaciones, altamente capaces en la educación y verdaderamente interesados en la enseñanza de la medicina y en los estudiantes; actualmente la correlación parece ser muy cercana a cero. Para complicar un poco más la situación en algunas universidades y departamentos de hospitales de enseñanza es frecuente que haya cambios de profesores y directores en muchos niveles docentes, a veces por diferencias salariales, otras por percibir ellos mismos una falta de respeto a sus actividades o personas o de autonomía en su desempeño o falta de la importante motivación que es la "sensación de pertenencia" u otras razones que el profesor espera que mejoren al cambiarse de lugar, pero se pierde continuidad y deja de formarse una verdadera "escuela" como había sido tradicional.

Algunos datos sobre el contenido curricular de la EMC

Un cambio muy importante que se prevé en el futuro de la enseñanza de la medicina a todos sus niveles y que ya está empezando en forma experimental en algunas universidades, se refiere a la forma de adquirir por parte del alumno los conocimientos y destrezas. Hay corrientes de opinión de que lo difícil es seleccionar entre lo mucho que se tiene acumulado qué debe enseñarse y qué puede omitirse, pues para algunos parece demostrado que "de lo que se enseña muy poco resulta realmente útil y menos aún es recordado". Eso conduce a la muy difícil tarea de definir cuál debe ser el "núcleo central" indispensable en cuanto a la información sobre el cual el médico puede buscar el complemento oportuno y actualizado que requiera, recurriendo a las fuentes electrónicas de recopilación a través de computadoras que le facilitan la búsqueda clasificada, rápida y eficaz. Esta situación da por sentado que el alumno tiene a su disposición la infraestructura y la capacidad o la ayuda para consultar de esta manera la información específica que necesita por lo que, para muchos países no parece probable que a corto plazo se cambien por computadoras los clásicos "libros de texto", aun concediendo la rapidez con que éstos envejecen. Además, la educación puede ser muy abstrusa pero poco práctica, como ha sucedido en el Sudán 16).

En vista de estos hechos se repite frecuentemente la opinión de que hay que reducir el currículum en cuanto a la información, mejorar el "adestramiento en servicio" y reducir muy substancialmente la carga administrativa que actualmente abruma a los educandos en algunos centros hospitalarios, donde consumen la mayor parte de su tiempo en llenar formularios, dar explicaciones a los familiares o detener reclamaciones, dedicando sólo un sexto de su tiempo útil a su auténtica formación. Ya en 1938 decía O'Kell sentenciosamente: "Si enseñáramos menos y examináramos menos, nuestros estudiantes aprenderían más".

De acuerdo con informes relativamente recientes^{7, 17}, en China funciona un procedimiento educativo un tanto peculiar: Hay planes de estudio variables de 4, 6 y 8 años que ofrecen a los solicitantes ingresar en alguno de los 120 colegios de medicina que existe en el país, que aprenden principalmente "medicina tradicional" y satisfacen aparentemente la demanda de servicios. De los 100,000 estudiantes que ingresan al año, el 60% van a nivel medio, 40% al nivel alto y sólo unos 50 ó 60 muy distinguidos llegan al *Peking Union Medical College*, donde reciben estudios de posgrado en medicina y cirugía al estilo occidental. Los colegios de medicina son autónomos e independientes de las universidades y preparan médicos generales con un profesorado en proporción de 1/6 (en 1988 se calculaba que sólo el 0.1% eran especialistas en algún tipo). El término que se acuñó en la época Maoista de *médicos descalzos* en 1968 fue prohibido en 1985 y ahora se les llama *médicos de nivel básico*. Existe una tabla de indicadores de salud para juzgar su desempeño y se les estimula para hacer cursos de "refrescamiento" cada tres años, cuyas buenas intenciones parecen no ser muy aceptadas ya que al volverse la medicina, antes estatal, ahora en medicina pagada en un 80% por los individuos, a los médicos les resulta muy oneroso pagar esos cursos y dejar temporalmente su clientela.

Igualmente que en el occidente, el aumento en la esperanza de vida en China está imponiendo una severa carga sobre el sistema de salud, pues la patología está cambiando de enfermedades transmisibles de control relativamente fácil y de curación barata hacia problemas degenerativos crónicos que requieren más cama de hospital, instalaciones de diagnóstico más elaboradas y cuidados a largo plazo como la hipertensión, la diabetes, el cáncer hepático, los accidentes vasculares, accidentes traumáticos y suicidio. Consideran cuestionable la utilidad de tener médicos entrenados a costo elevado para las comunidades rurales y, en conjunto, creen que su sistema actual de atención es satisfactorio en su país, pero no es exportable a otras culturas y circunstancias.

Cuando el contenido curricular y la forma de adquirirlo depende de disposiciones estatales puede ser muy objetable por ser implementado con criterios sesgados y se considera saludable que prevalezca el criterio de que es esencial que esa sea una función de los Colegios y de la propia profesión y no

de los políticos ni de los burócratas. Se dice que el desarrollo de currículum en algunas universidades a veces no es lógico ni educacional, sino político y emocional.

Algunos datos importantes sobre la manera de impartir la EMC

En algunos ambientes se prohija la "educación orientada ala resolución de problemas" y sus defensores afirman que esto tiene un gran rendimiento práctico, pero de las 2,000 escuelas de medicina encuestadas sólo 20 proceden de esta manera. Otros, en cambio, opinan que esto puede causar "problematis" si todo se enseña así y se suspenden del todo las conferencias y orientaciones teóricas. Igualmente, parece seguir siendo muy apreciada la enseñanza tutorial, ya que "el comienzo de la educación radica en la imitación, por lo tanto, el estudiante busca y escoge en forma natural alguien a quien emular". Aunque intervengan las computadora, la medicina se basa en la relación humana entre dos personas y este arte sólo se aprende por noviciado.

Correlativo de este punto es el referente a los horarios de trabajo y guardias: En el estado de New York en E.U., donde se ha estudiado su rendimiento intelectual y asistencial, entre las 405 regulaciones del Código de hospitales se señala que "...por ley, los residentes no deben tener turnos de más de 8 horas, las guardias agregadas a lo anterior deben sumar menos de 80 horas por semana y deben programarse periodos de descanso semanales de cuando menos 24 horas lejos del hospital". Estas disposiciones probablemente serán extendidas pronto a otros estados de la Unión Americana¹⁸.

Las propuestas de cambio se orientan hacia el desarrollo de cualidades que incluyan un núcleo sólido de conocimientos, un núcleo de destrezas a la cabecera del enfermo, una buena capacidad para comunicarse con éste y una excelente madurez de juicio. La duración de los estudios de medicina tienden a reducirse de 6 a 4 años en la Universidad de Melbourne, Australia.

Por lo que hace a la experiencia clínica y la adquisición de destrezas manuales, también está cambiando en forma rápida el panorama educativo debido a causas que previsiblemente van a ser cada día más adecuadas: La transformación de la medicina del hospital, como la hemos venido conociendo, está orientándose progresivamente hacia dar "servicios en la comunidad", por lo que la permanencia de pacientes en las salas del hospital es cada día más breve y los médicos jóvenes tienen ya poca oportunidad de presenciar y aprender la evolución de los enfermos que antes pasaban días o semanas internados. El progresivo avance de los procedimientos endoscópicos en todas las especialidades hace más difícil el acceso personal y el adiestramiento organizado en el quirófano, al mismo tiempo que reduce la experiencia en la "cirugía abierta" y eso restringe necesariamente la capacidad real para resolver los problemas a la manera "tradicional" cuando la

cirugía miniinvasiva está contraindicada o se complica. Añadido a lo anterior, se reducen oportunidades educativas al disminuir los centros hospitalarios de enseñanza, como es el caso de Londres, donde había 12, se han reducido a 8 y la tendencia es a disminuirlos hasta 6¹⁹, debido a la mengua del número de pacientes, al envejecimiento de las instalaciones y al elevado costo de su mantenimiento y reposición del equipo.

Encuestados los estudiantes de posgrado sobre el adiestramiento real que reciben p.ej. en ginecología y obstetricia en los Estados Unidos, frecuentemente responden que reciben menos adiestramiento del que dicen sus profesores, al grado alarmante de que en su tercer año el 43% nunca han hecho un legrado uterino y la mayoría no han colocado nunca un dispositivo intrauterino²⁰.

Los intentos que ya se están haciendo en algunos países como Holanda para subsanar estas limitaciones indudables parecen destinados a diseminarse a corto plazo y consisten en el uso de "simuladores clínicos" en computadora o mediante actuación de enfermos o sanos que se dejan interrogar como si lo estuvieran y, para las experiencias sensoriales, mediante maniqués o dispositivos de Limburg, en Maastricht. El adiestramiento en maniqués o aparatos de autoenseñanza ha dado excelentes resultados en los centros donde se imparten cursos de obstetricia, algunos de cirugía o de laparoscopia y el trabajo en animales tienen una muy larga y sólida tradición pero su efectividad parecería limitada ante las perspectivas que se comentan.

El papel mismo del médico en algunos países como Estados Unidos y Alemania está siendo reevaluado por razones múltiples de tipo político (reforma de los servicios de salud),²¹ académico y de costos, pues se considera innecesaria la erogación en formar médicos y, peor aún, de especialistas que cuestan mucho en su formación y encarecen la prestación de servicios que, para un 80% de los casos, pueden ser bien resueltos por técnicos "ayudantes de médico" o por enfermeras avanzadas²² que, además, tienen mayor opción de acercamiento personal a los enfermos y sus familiares, así como una mejor orientación hacia la medicina preventiva y comunitaria. Las enfermeras y ayudantes de médico así formadas tienen bastante autonomía y autorización para prescribir en casos "de rutina" y sólo recurren al médico ante una duda razonable. En algunos hospitales están formando enfermeras obstétricas para atender los partos normales, lo que había sido tradición por muchos años en todo el mundo incluido nuestro país, bien implantado en Holanda hace décadas, y que ahora está siendo redescubierto entre los americanos, donde llega a excesos actualmente la "medicalización del parto".

Muchos de los conceptos aquí repasados han sido proyecciones de la inquietud mundial sobre la EMC que inició desde 1984 el Profr. Henry Walton de la Universidad de Edimburgo, que culminó con una gran reunión del 7 al 12 de agosto de 1988, con la participación de representantes de las seis regiones del mundo, como educadores, ministros de salud

y de educación y que al término de sus labores emitieron la llamada "Declaración de Edimburgo"²³. De ella y de comentarios adjuntos que se suscitaron, pueden adaptarse a este contexto los siguientes conceptos: "La formación de especialistas debe tener en cuenta el contenido humanístico y social, la necesidad de mantenerse en el camino del progreso sin desviaciones aberrantes, la concepción de la medicina integral y humanística con respecto a la dignidad humana y deberá tender a que los especialistas tengan la capacidad de ser atentos en escuchar a sus pacientes, cuidadosos al observarlos, sensatos al comunicar y eficaces clínicos o investigadores que ofrezcan garantía de calidad y suficiente capacidad intelectual, con un contenido ético y de valores sociales".

Mecanismos de control y evaluación

Respecto a la forma que las organizaciones encargadas de la calidad de servicios médicos que se ofrecen a la población se aseguren de lo apropiado de su calidad, el modelo clásico ha sido el examen por el Estado u organizaciones gubernamentales, por consejos, colegios, universidades, etc. cuya aprobación es revalidada en forma periódica, generalmente cada cinco años. Esa revalidación puede hacerse por nuevo examen, con diversas variantes o mediante la justificación de que el ejercitante ha cumplido determinado tipo y número de "créditos". En vista de la tensión que la presentación de un examen impone al candidato, que para algunos educadores y en opinión de grupos de sustentantes puede resultar hasta humillante, ha habido serias propuestas de que sea suprimido²⁴, para lo que se aducen variados argumentos. Para otros, el problema radica en el acceso a la información pertinente para preparar los exámenes, lo cual no es siempre fácil aunque en algunos países existe ya una verdadera "industria de los exámenes" que elabora gran variedad de productos educativos que ponen a la venta con variado énfasis en su empleo y eficiencia no necesariamente comprobada.

Sorpresivamente para quienes hicieron una encuesta sobre este punto en el Reino Unido²⁵, muchos médicos señalaron que les parecía adecuada la existencia del examen, ya que les brindaba la oportunidad de repasar y actualizar sus conocimientos, lo que les permitía ponerlos en un adecuado orden y organización mental y, además, que el aprobar el examen les había proporcionado la satisfacción de superar un reto importante y mejorado la seguridad en sí mismos y su autoestima. Por otro lado, se recomendaba que en los exámenes se haga énfasis sobre todo en lo que el graduado estará enfrentando en la clínica diaria. Parece claro que a mejor calidad del graduado habrá una mejor calidad en la infraestructura de los servicios de salud.

Resumen y conclusiones

Viendo el panorama y las inquietudes que pueden percibirse al repasar la literatura y tratando de tener una idea de lo que de ello es posiblemente aplicable a nuestro país, se consolida

la idea de que siendo una inquietud universal las soluciones al problema de la EMC tienen algunos puntos de convergencia y muchos de divergencia en sus lineamientos idealistas inoperantes que en algunos lugares han llevado a serios errores. Los principios educativos deben aplicarse con criterio pragmático y adecuarse a las necesidades locales y a las posibilidades operativas de la coyuntura geográfica, cronológica, social, económica y aun política, basándose en el auténtico realismo para tener una utilidad verdaderamente provechosa. De esta somera revisión pueden sacarse las siguientes conclusiones:

1. No debe confundirse el informar con el educar, y debe considerarse prioritaria una verdadera educación.
2. Es indispensable que la educación continua en medicina sea orientadora y formadora de criterios y proporcionadora de una disciplina dialéctica que permita, dentro de lo posible, juzgar recta y firmemente lo que es realmente válido y probablemente permanente, separándolo de lo que es moda transitoria o interés mezquino disfrazado de pseudociencia.
3. Parecería que la educación formal del posgrado debiera atender primordialmente a la implementación en los graduados de capacidades intelectuales y destrezas manuales, utilizables de inmediato. Quedan en cambio, para unos cuantos, especialmente adiestrados sobre una capacidad y vocación muy definidas, los niveles de la investigación básica y profunda en institutos y universidades.
4. La impresión prevalente parece ser que el involucrar directamente en forma indiscriminada a todos los **estudiantes** de posgrado en programas de investigación no conduce sino a un dispendio de tiempo valioso para ellos, de recursos de toda índole para las instituciones o gobiernos y en un detrimento en la calidad del contenido de las publicaciones.
5. La metodología educativa está cambiando ante los avances tecnológicos de la informática y es previsible que, a muy corto plazo, en muchos países se modifiquen los contenidos curriculares para reducirlos a un **mínimo indispensable** que podrá ser complementado por información electrónica selectiva y actualizada para las necesidades concretas del momento en que se **necesite**. Probablemente **esto** es también **aplicable** a la adquisición de destrezas.
6. Es preocupación universal la de mejorar la capacidad docente del profesorado, dado que no basta ser un buen investigador, ni siquiera un buen médico, para tener automáticamente esa capacidad y menos aún esa vocación. Esto parece ser válido aún en países más avanzados.
7. Pasada la etapa de educación formal de posgrado, la EMC debe atender a proporcionar a los egresados la información pertinente a su ocupación diaria concreta, que les sea útil, a través de cursos monográficos, publicaciones especializadas y otras de divulgación que los mantengan al tanto en forma condensada de los avances de la medicina y la tecnología.

8. La manera de motivar al médico a su preparación continua varía según los países y el régimen político y gubernamental vigente y va, desde la liberalidad más absoluta para el individuo hasta la obligatoriedad legal punitiva, pasando por las reglamentaciones a través de consejos, colegios, etc. que autorizan o cancelan las licencias para ejercer.

9. Los métodos para comprobar la efectividad de la Educación son también muy variables entre ser inexistentes o la valoración por medio de comentación y puntajes, hasta la existencia de exámenes iniciales y periódicos, más o menos rígidos y frecuentemente impugnados por quienes se ven obligados a sufrílos y aún por ciertos grupos de educadores.

10. Parece que ningún país, por próspero que sea, puede actualmente salvar la distancia entre lo que puede hacer hoy día la ciencia médica y lo que el país puede realmente pagar.

Referencias

1. Cisneros Jaramillo G., Realidad de la educación médica continua. Ponencia presentada en el XIV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, Panamá, 28 nov - 3 dic, 1993.
2. McManus I C, How will medical education change?, *Lancet*, 1991, 337: 1519.
3. Treviño-García Manzo N, Simposio sobre educación médica continua, *Gaceta Médica de México*, 1981, 117: 215.
4. Amsterdamka O, Arrangements for advanced training (Book Reviews), *Science*, 1994, 263:543.
5. Pruitt R D, The Mayo legacy in medical education, *Mayo Clin Proc*, 1991, 66:317.
6. Editorial, European Diploma in anaesthesia and intensive care, *Lancet*, 1991, 338:219.
7. Chen Z & Godfrey R, Becoming a doctor in China, *Lancet*, 1991, 338:169.
8. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Normas de docencia médica superior para el régimen de residencias, La Habana, 1987.
9. The Royal Australasian College of Physicians, Maintenance of professional standards program. Information Kit, Sydney, Australia, oct 1993.
10. Paksoy N, Turkey, Only crubs for doctors, *Lancet*, 1991, 338:241.
11. Weatherall D J, Examining undergraduate examinations, *Lancet*, 1991, 338:37.
12. Valigra L, U.S. Japan Collaboration. Academic Biotech Deals Offer More Promise than Product, *Science*, 1994, 263:168.
13. Patel V & Araya R, Trained overseas, unable to return home: plight of doctors from developing countries, *Lancet* 1992, 339:110.
14. Godfrey R, All change?, *Lancet*, 1991, 338:297.
15. Kay L A, Corresp., *Lancet*, 1991, 338:256.
16. Kandela P, Academic defiance in Sudan, *Lancet*, 1993, 342:44.
17. Osuntokun B O & Cheng KK, Doctors in China, *Lancet*, 1991, 338:515.
18. Seltzer V, Foster H W & Gordon M, Resident scheduling: float programs. *Obstet Gynecol*, 1991, 77:940.
19. Dean M, Whither medical education?, *Lancet*, 1992, 339:798.

20. Westhoff C, Marks F & Rosenfield A, Residency training in contraception, sterilization and abortion, *Obstet Gynecol*, 1993, 81:311
21. Epstein A M, Changes in the delivery of care under comprehensive health care reform, *N Engl J Med*, 1993, 329:1672
22. Iglehart K K, Health Care Reform - The role of physicians, *New Engl J Med*, 1994, 330:728
23. Warren K, World Conference on Medical Education, Edinburgh, *Lancet* II, 1988, 462. Ver también en Notes and News The Edinburgh Declaration en la pág. 464.
24. Munding M O, Advanced-Practice nursing-Good medicine for physician?, *N Engl J Med*, 1994, 330:211

La recertificación en la enseñanza médica continua

Pelayo Vilar Puig*

Introducción

La Educación Médica Continua (EMC), es hoy en día aceptada universalmente como una necesidad, para que los médicos después de haberse graduado y después de terminados sus estudios de postgrado, mantengan los conocimientos y destrezas que garanticen un ejercicio profesional acorde con el progreso del conocimiento médico y de las innovaciones tecnológicas. En el terreno conceptual nadie discute la validez de la EMC, el problema se presenta cuando se lleva tal proposición al terreno práctico y de inmediato surgen un alud de preguntas para las que no hay respuestas sencillas: a) ¿Cuáles son los instrumentos de medición para conocer el grado de conocimientos y destrezas? b) ¿Con qué periodicidad deben aplicarse? c) ¿Quién debe sufragar los costos directos e indirectos de tal sistema? d) ¿Qué organismos son los autorizados para crear e implementar la EMC? e) ¿Qué mecanismos deben desarrollarse para limitar o aun impedir el ejercicio del profesionista que no desarrolla la EMC?

Al respecto no abundaré sobre estas preguntas, ya que han sido o serán tratadas con amplitud durante el desarrollo de la presente reunión.

La tendencia actual es que cada vez los modelos que se apliquen sean lo más uniformes posibles, por un lado porque, debido a que las diferentes áreas geográficas del mundo, tienden a tener necesidades similares al integrarse en grandes bloques económicos (Comunidad Europea, TLC entre Canadá, EU y México) y tanto los gobiernos como la propia sociedad, reconocen la necesidad de crear estándares mínimos que aseguren la calidad más alta posible del ejercicio profesional.

Analizaremos a continuación algunos sistemas aplicados en diversos países.

Estados Unidos

En los EU la EMC y por tanto la recertificación tiende a ser cada vez más de carácter universal, sin embargo aun no es absolutamente obligatoria, sólo en 24 de los 50 estados la EMC, y por ende la recertificación, es requisito para obtener una licencia. Sin embargo de los 27 consejos ("boards") 21 otorgan el certificado por tiempos limitados, lo que significa que los médicos especialistas deben mantenerse en algún esquema de EMC, sin embargo el sistema es completamente voluntario.

Gran Bretaña

En Gran Bretaña el tema ha despertado muy diversas opiniones. En el terreno práctico, en las reformas llevadas a cabo por el "National Health Service", el gobierno estableció la obligación para todos de someterse a la EMC. El sistema se basó en la automotivación de los médicos generales para asistir a reuniones médicas y cursos de actualización, pero unido a la disposición que 2,000 libras de su sueldo anual estaban condicionadas a la asistencia a estas actividades. Así se logró, en 1990, que del 80 al 90 % de los médicos generales asistieran a un promedio de 5 días de actividades de EMC en el primer año.

Por otra parte los expertos en la materia insisten en que cualquier sistema que se utilice para la EMC tiene que estar basado en que los médicos se hagan responsables de su propia enseñanza, lo que se aleja un tanto de sistemas basados en exámenes y asistencia a cursos. En esta propuesta los médicos se convierten en los facilitadores del proceso de aprendizaje y los maestros en mucho más que transmisores de conocimientos.

Dinamarca

En Dinamarca el médico general suele emplear el doble de tiempo en EMC del que utilizaba hace 10 años, a pesar de ello, una tercera parte de los médicos no siguen ningún sistema de EMC y de los que lo siguen, un buen número lo hacen cumpliendo menos de los 6 días exigidos por año. Actualmente se están estudiando sistemas para hacerlo obligatorio, relacionado esto a las exigencias de la Comunidad Europea, sin embargo la idea de obligatoriedad es altamente impopular, especialmente entre los especialistas y los profesores universitarios, quienes consideran que la naturaleza de sus actividades los mantiene actualizados. Por otra parte, en la comunidad médica danesa, hay un rechazo total hacia los exámenes, ya que se considera que miden conocimientos pero no destrezas.

Francia

En Francia se calcula que la mitad de los médicos se encuentran recibiendo algún tipo de EMC, pero el sistema se ha considerado muy irregular y hasta anárquico, ya que en él participan cientos de sociedades que forman 28 grupos regionales y que están coordinados en forma muy débil por un

*Académico numerario. Tesorero de la ANM.

organismo nacional llamado l'Union Nationale des Associations de Formation Medical Continue (UNAFORMEC)

La EMC no es obligatoria, pero es muy estimulada por el gobierno y las asociaciones médicas, que contribuyen en gran medida a los costos de estas actividades, sin embargo en muchos casos los médicos cubren el 50% del costo. Los expertos en el tema ven muy difícil que en un futuro cercano la EMC se haga obligatoria en Francia.

Australia

En Australia, la introducción de un sistema obligatorio a los médicos generales ha generado bastantes inquietudes entre la comunidad médica; en ese país existe un exceso de médicos, lo que ha ocasionado que quienes ejercen la medicina general han solicitado que se limite la producción, así como la llegada de inmigrantes médicos. Desde 1989 en Australia, una vez que un MG tiene los grados para ocupar un puesto de trabajo, debe hacer un entrenamiento en medicina familiar, a tiempo parcial por un lapso de 3 años. El programa está controlado por el "Royal Australian College of General Practitioners" con una cobertura de 2,500 médicos. Este programa, a pesar que fue aceptado con reticencia, ha creado una influencia positiva en los médicos, haciéndoles aceptar la necesidad de la EMC y la conveniencia de la asesoría externa para juzgar y orientar sus actividades. Todo este programa creó entre los médicos más jóvenes o en los que estaban cerca de la graduación gran oposición, ya que consideraban que haría muy difícil para ellos obtener a corto plazo un puesto como MG, de suerte que en Nueva Gales del Sur, esta situación provocó una huelga médica.

En lo tocante a los especialistas existe cada vez un mayor acuerdo en la necesidad de la EMC, en algunos casos, como los especialistas en Ginecología y Obstetricia, desde 1980, después de obtener el certificado del consejo (Fellowship), se exige cada 5 años la recertificación, de acuerdo a un sistema de EMC ("Continuous certification"). Se piensa que en un futuro no lejano, cada vez más grupos de especialistas se unirán a este sistema, de tal forma que el gobierno no permitirá a los médicos cobrar tarifas de especialistas, si no tienen el certificado del Consejo correspondiente.

Canadá

Por último me referiré al Canadá, que, como otros países, trata que el ejercicio de la medicina sea de la más alta calidad posible. El "Royal College of Physicians and Surgeons", tiene como uno de sus atributos principales ser un organismo normativo, más no un cuerpo expedidor de licencias médicas. En años recientes puso en marcha el sistema de "Maintenance of Competence Program" (MOCOMP), motivo de interés mundial. Como afirma el Dr. John Parboosingh, "es el único programa que proporciona un sistema de créditos basado en

la calidad". La mayor parte de los programas pre-existentes se basan en reglamentaciones que basan a la EMC o a la recertificación mediante examen. El programa propuesto por los canadienses está estructurado para motivar a los médicos a que aprendan a tener capacidad crítica para juzgar la calidad de su propia EMC y mantener actualizado constantemente su ejercicio médico.

El programa basa su estrategia en establecer actividades que cambien la forma de actuar del médico y a partir de este sistema se desarrolla una forma de otorgar créditos. A lo largo del año, el médico anota su progreso, especialmente en lo tocante a la autoenseñanza y lo envía a evaluación del cuerpo coordinador del programa y al final del año, reciben un informe sobre su perfil de EMC.

De esta forma va llenando una especie de diario, a través de la adquisición de nuevos conocimientos, sea leyendo artículos, consultando a expertos, asistiendo a conferencias, etc. Este sistema ha probado ser superior a la práctica de exámenes para la recertificación, basados en los principios actualmente aceptados sobre sistemas de educación de los adultos.

Antecedentes sobre los programas de recertificación de los Consejos de Especialidad en México

En México los Consejos Médicos de Especialidades, como es sabido, se han desarrollado progresivamente durante las dos últimas décadas, como una respuesta de la comunidad médica, para buscar la mejor calidad posible en el ejercicio de la profesión. Ha llenado un vacío legal y va en aumento su aceptación como un requisito deseable, pero falta aún mucho trecho para lograr su universalidad y legalización. Más aun, hay instancias burocráticas que hacen pensar que para lograr tales objetivos, el camino será muy largo.

La misión fundamental de los Consejos es certificar si los profesionistas están calificados para ejercer determinada área de la Medicina. El someterse a un examen de aptitud voluntariamente, ante un organismo no gubernamental, integrado por profesionistas "iguales", es sin lugar a dudas el procedimiento que en el terreno práctico más se acerca a lo deseable; en nuestro país los exámenes de los Consejos se han desarrollado lenta y paulatinamente, pero cada vez con mayor arraigo y perfeccionamiento a lo largo de los últimos 20 años.

Al abordar el tema de la recertificación, podemos palpar que éste es un problema no resuelto ni siquiera en países con sistemas médicos más desarrollados que el nuestro. Estamos por lo tanto ante una situación donde intervienen innumerables factores que deben tomarse en cuenta al proponer cualquier esquema, por sencillo y lógico que éste parezca.

En el caso de la recertificación, se trata de comprobar que el especialista certificado, continúa renovando sus conoci-

mientos y destrezas y que sigue manteniendo su preparación acorde con el progreso de la ciencia médica.

La idea indudablemente es adecuada, el problema surge cuando los organismos calificadoros y la propia comunidad médica se hacen preguntas como las siguientes:

1. ¿Con qué frecuencia deben hacerse estas evaluaciones?
2. ¿Cuáles son los sistemas más útiles para comprobar que el especialista sigue siendo apto?
3. ¿Existe una edad límite en la que el especialista ya no debe someterse a estas evaluaciones?

1. En lo tocante a la primera pregunta (la frecuencia de las recertificaciones), si tomamos en cuenta la velocidad a la que se incorporan nuevos conocimientos y destrezas al quehacer médico, algunos expertos han calculado que cada 5 años, mientras que otros cada 10, el 50 % de los conocimientos que poseemos son obsoletos y deben sustituirse por nuevos. Tomando en cuenta esta apreciación, aún en una forma un tanto simplista, podríamos considerar que una re-evaluación cada 5 años o alrededor de este lapso parecería adecuada.

2. La segunda pregunta (qué tipo de evaluaciones) puede contestarse afirmando que la forma más útil sería un examen periódico de conocimientos y destrezas. Esto es a todas luces es sumamente difícil de llevar a cabo; en primer lugar por factores económicos --sería extremadamente complejo y caro examinar a un número acumulativo de especialistas, dispersos a lo largo de un país--. En segundo lugar, además del factor económico, existe un factor psicológico de rechazo hacia nuevos exámenes, considerando que, en la profesión médica, el individuo ha hecho a lo largo de su preparación básica y después en la especialidad, un sinnúmero de exámenes.

Por otra parte, como hemos señalado en la introducción, éste no parece ser tampoco el mejor sistema que asegure el aprendizaje y el cambio de actitud en los médicos, de acuerdo con las nuevas teorías de enseñanza para los adultos.

La otra alternativa es a través de evaluar las actividades profesionales que el individuo ha tenido en determinado lapso y otorgarle un puntaje a cada actividad, exigiendo un mínimo de puntos para que se haga acreedor a la recertificación. Así se otorgan créditos por asistencia a cursos, simposios, congresos; se califican el desempeño hospitalario, las actividades docentes en pre y postgrado, la producción científica y las publicaciones. También se ha recurrido a los programas de autoenseñanza que se desarrollan en el domicilio y los exámenes son contestados y enviados a los organismos calificadoros, como se está realizando en otros países como Canadá y EU.

Es una realidad que todos estos métodos dan por hecho, sin poderlo comprobar, que el individuo ha aprendido; la única excepción serían los paquetes de autoenseñanza en sus diversas modalidades. A pesar de lo afirmado, es lógico pensar que el sujeto que lleva una vida hospitalaria sostenida y asiste a

actividades diseñadas para su constante actualización, mejora su preparación profesional, en el peor de los casos aunque sea por rebosamiento.

Como contraparte, a nadie escapará que muchos asisten a estas actividades, especialmente a los Congresos, más por lo social que por lo académico. Por otra parte todas estas actividades se han convertido en una forma de disminuir el monto de los gastos fiscales del médico, de suerte que sin negar su validez desvirtúan la idea fundamental de sus objetivos iniciales. Finalmente, para las sociedades o instituciones organizadoras, esto ha resultado en una muy buena forma de tener asegurada una numerosa clientela.

Como se está constatando en otros países, lo importante es que grupos de expertos en las diferentes especialidades y en enseñanza, desarrollen sistemas bien fundamentados que logren el propósito real de la EMC que permita una recertificación basada en el aprendizaje y actitud del médico y que no se convierta en un trámite administrativo más.

3. La tercera pregunta (edad límite) puede contestarse afirmando que es obvio que todos los que continúan ejerciendo la profesión, deben recertificarse periódicamente. En el marco teórico esto resulta congruente, pero en la práctica en nuestro medio y como hemos constatado, lo mismo sucede en otros países, resulta sumamente difícil que quien ha ejercido su profesión por muchos años, en ocasiones figuras brillantes de la medicina, con 60 o más años de edad, acepten someterse a estas evaluaciones.

Con estos tres cuestionamientos, observamos que no es fácil encontrar soluciones perfectas que permitan resolver la problemática de la recertificación en lo general y en nuestro país en lo particular, vista esta como un instrumento que nos permita juzgar que los enfermos recibirán servicios de un médico calificado en su especialidad.

Encuesta sobre los programas de recertificación de los Consejos de Especialidad en México

Con motivo del simposio sobre los Consejos de Certificación de Especialidades Médicas presentado y publicado por la Academia Nacional de Medicina en 1993, efectuamos en ese año una encuesta a los 43 consejos médicos aceptados por la Academia Nacional de Medicina, con objeto de conocer cuál era la dinámica de la recertificación en nuestra país.

De los 43 consejos, 33 contestaron oportunamente la hoja de encuesta que contempló los siguientes incisos. En primer lugar se interrogó si realizaban o no la recertificación; en caso afirmativo cada cuando la realizaban; si existía alguna edad límite para que los miembros ya no tuvieran esta obligación y en caso afirmativo a qué edad. Se solicitó a cada consejo que enviara una copia del Reglamento de Recertificación en caso que contara con él. Otra pregunta solicitaba que se mencionara qué hacía el consejo, en caso que determinados miembros

no se recertificaran y qué porcentaje de ellos dejaban de hacerlo anualmente. En otro inciso se solicitó que contestaran si consideraban a la recertificación útil para mantener una mejor preparación de los especialistas. Se preguntó también si consideraban que, en lugar de la evaluación curricular, debía hacerse un examen periódicamente. Asimismo se interrogó si pensaban que la recertificación era bien recibida por la comunidad médica y finalmente se dejó un espacio libre para cualquier comentario adicional.

Resultados

1. De los 33 encuestados que contestaron la hoja, 25 manifestaron que si llevaban a cabo la recertificación periódica, mientras que 8 no lo hacían, el Consejo Mexicano de Oncología recientemente aceptado tiene ya contemplado en sus reglamentos la recertificación, mientras que los restantes que a continuación se enlistan, no recertifican por no haberlo considerado a la fecha. Éstos son:

- I. Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica (1965)
- II. Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva (1968)
- III. Consejo Mexicano de Dermatología (1974)
- IV. Consejo Mexicano de Geriatria (1983)
- V. Consejo Mexicano de Rehabilitación (1973)
- VI. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina del Trabajo (1985)
- VII. Consejo Mexicano de Nefrología (1985). Afirman tenerlo considerado, pero en realidad han rebasado el límite superior de 7 años aconsejado por la ANM

2. De los 25 Consejos que si recertifican, 22 lo hacen cada 5 años, 1 cada 4 (C.Hematología), 2 cada 7 (C.Medicina Familiar y C.Ortopedia) y 1 cada 6 años (C.Radiología)

3. A la pregunta sobre si existía alguna edad límite para no exigir a sus miembros la recertificación, 23 contestaron que no lo tenían reglamentado y tres respondieron afirmativamente. El Consejo de Anestesiología fija la fecha a la edad que el médico se jubila de la institución o de su práctica privada. El de Ortopedia a los 60 años y el de Medicina Familiar contestó afirmativamente pero no especificó la edad.

4. De los 25 consejos que si efectúan recertificación, 20 enviaron el reglamento correspondiente. A través de estos reglamentos se observan grados muy diversos de organización, aunque todos califican basados en la actividad asistencial y académica del médico en determinado lapso de tiempo.

Algunos consejos, como el de Gastroenterología, tienen un folleto de excelente presentación, donde se explica con todo detalle y claridad el proceso de la recertificación; otros consejos en cambio sólo cuentan con unas cuantas líneas, como parte del estatuto, donde se menciona muy someramente cómo recertificarse.

Como datos peculiares, algunos consejos, como el de Cardiología y el de Cirugía Pediátrica, además de otorgar puntos a las actividades universalmente aceptadas, también los conceden si el médico está suscrito a revistas de la especialidad. En el caso del Consejo de Cirugía Maxilo Facial, además del puntaje curricular, el hecho de asistir a la Asamblea Anual del Consejo, otorga puntaje.

5. Cuando se interrogó qué determinación tomaba el consejo con los miembros que no se recertificaban, obtuvimos las siguientes respuestas de un total de 25 consejos:

- a) Diez excluyen al miembro del consejo y si éste desea obtener su recertificación, debe presentar un nuevo examen.
- b) Once consejos no tienen contemplado qué hacer en estos casos
- c) Dos cesan temporalmente al médico en sus derechos, mientras no regulariza su situación de recertificación.
- d) Dos carecen de la información al respecto.

6. En lo tocante al número o porcentaje de especialistas que dejan de recertificarse por año, las respuestas fueron un tanto irregulares. En síntesis, de los 21 consejos que contestaron a esta pregunta se obtuvo la siguiente información:

Dejan de recertificarse por año:

0 %	1
10 %	1
20 %	1
30-35 %	4
40 %	1
50 %	1
70 %	1
75-80%	1
Lo ignoran	6

Cuatro consejos lo expresaron en números absolutos por año. En el caso de Medicina Interna informaron que dejan de recertificarse de 250 a 270 miembros por año. Los restantes consejos dieron cifras variables o apenas están iniciando sus programas de recertificación

7. Cuando se preguntó si consideraban útil la recertificación, los 33 encuestados respondieron afirmativamente.

8. Cuando se interrogó si pensaban que sería mejor efectuar un examen periódico en lugar del puntaje curricular, 6 contestaron a favor del examen, 26 a favor del puntaje curricular y 1 consideró que podían combinarse ambos procedimientos.

9. En lo referente a la pregunta sobre si consideraban que la comunidad médica aceptaba voluntaria y favorablemente la

recertificación, dos contestaron que no, mientras que los restantes respondieron afirmativamente.

10. En el renglón de sugerencias para la recertificación nadie aportó ideas nuevas.

11. Finalmente en el espacio para comentarios libres tres solicitaban que la ANM promoviera el respaldo legal, tema que no es motivo de la presente encuesta ni presentación. El Consejo Mexicano de Nefrología sugirió que se promoviera la uniformidad de los sistemas de recertificación entre todos los consejos.

Conclusiones

De lo aquí expuesto podemos concluir lo siguiente:

1. Existe un consenso favorable entre la mayoría de los Consejos, acerca de la utilidad de la recertificación.

2. Las dificultades para lograr una recertificación universal, son conocidas y reales.

3. La recertificación cercana a la universal sólo se logrará en la medida que los consejos mejoren su organización para informar y facilitar los trámites a sus miembros.

Paralelo a esto, la necesidad cada vez mayor de contar con el certificado actualizado del consejo, está haciendo que los médicos se sometan a la recertificación cada vez con más frecuencia y muy al margen que este trámite sea o no exigido por la ley.

4. Existe una gran desigualdad en el grado de organización y conceptualización sobre el proceso de la recertificación entre los diversos consejos; consideramos que la ANM, con el respeto que siempre ha mostrado por la autonomía de los Consejos, puede colaborar en forma importante a uniformar la periodicidad y forma de la recertificación, lo cual ha sido motivo que se haya programado un taller sobre recertificación en esta reunión del que esperamos salgan propuestas que contribuyan a la mejoría de este complejo problema.

5. Si bien el sistema de puntaje curricular no es el ideal, es el más viable en el terreno práctico y en general es aceptado con facilidad por los médicos. Este sistema favorece indirectamente que los profesionistas asistan a actividades que potencialmente mejoran sus conocimientos y destrezas.

6. Resulta impráctico hoy por hoy, dar de baja del Consejo a quienes no han realizado su recertificación y exigirles que para ingresar vuelvan a presentar un examen, la regla es que excepcionalmente lo hacen.

Consideramos que lo propuesto por algunos consejos, que simplemente cesan en sus derechos al médico hasta que no regularice su situación, es una forma más real, de suerte que cuando el interesado aporta la documentación correspondiente y cubre los pagos atrasados, recupera sus derechos estatutarios.

A mayor abundamiento, es un hecho probado que cuando alguien no se recertifica, esto no evita que siga ejerciendo. Esta conducta irá cambiando en la medida que continúe y se incremente la tendencia actual en las organizaciones médicas gubernamentales y privadas, que cada vez obligan más a los profesionistas a actualizar su recertificación para poder ejercer la especialidad.

7. Los Consejos deben mantener una actitud ecuánime, paciente e inteligente, ya que esta estrategia aunada a los crecientes requerimientos de la colectividad médica, lograrán tarde o temprano que la recertificación sea aceptada y llevada a cabo en forma universal. Esto se verá aún más acelerado como resultado de la reciente firma del tratado de libre comercio entre los tres países de Norteamérica.

8. Finalmente si se tiene visión histórica y voluntad política, las instancias gubernamentales se darán cuenta que los Consejos, son los cuerpos médicos de especialistas más serios y mejor estructurados con que cuenta nuestro país y si el trabajo realizado por los Consejos durante los últimos 20 años, con la concurrencia de la Academia Nacional de Medicina, no es respetado, respaldado y estimulado, se corre el riesgo que instancias administrativas gubernamentales de segundo nivel, dañen lo hasta ahora logrado e impidan el desarrollo necesario de nuestras organizaciones. El daño que se haría a la sociedad si esto no se entiende, puede ser de dimensiones incalculables.

Referencias

1. The Maintenance of Competence Program. Supplement of The Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 26:5, 1993
2. Goldstein G.C. The Birth of the Boards. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana* 35:1 51-57, 1993
4. Treviño García-Manzo, N. Simposio sobre Educación Médica Continua. *Gaceta Médica de México* 117:6 215-231, 1981
5. Vilar-Puig P. Los Consejos de Certificación de Especialidades Médicas. La Recertificación. *Academia Nacional de Medicina. México DF.* 1993
6. Continuing Medical Education. *British Medical Journal* 306:6869, 1993

El Programa de Mantenimiento de Aptitudes del Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá

John T. Parboosingh* • S. Tunde Gondocz

La meta del Mantenimiento de Aptitudes (Maintenance of Competence, MOCOMP) del Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, RCPSC) consiste en motivar a los especialistas a emprender un acercamiento curricular con miras a administrar su propia educación médica continua (Continuing Medical Education, CME). En Canadá, "especialista" se refiere a todos los médicos que han sido miembros certificados del RCPSC. De las 54 sociedades de especialidades médicas que existen en el Canadá, 10 están tomando parte en el proyecto MOCOMP y otras cinco están negociando su participación. El MOCOMP está terminando su segundo año de fase piloto. El 13 de septiembre, nos reuniremos con las 54 sociedades de especialidades y esperamos que, también ellas, se unan al programa.

En el programa MOCOMP los especialistas, a título individual, establecen un currículum personal de educación médica continua, que incluye una asesoría objetiva de sus necesidades prácticas, el uso de recursos autodirigidos (por ejemplo, lectura de revistas médicas y otros materiales impresos), recursos grupales (conferencias, mesas redondas), seleccionadas con base en un sistema de créditos que premia la participación en educación de calidad basada en la práctica, y la evaluación del impacto de estas actividades educativas en la práctica clínica. El Programa MOCOMP recurre a minuciosas comparaciones para motivar a los individuos y para promover altos niveles de educación médica continua. Cada año, los especialistas son retroalimentados en relación con sus actividades de EMC y aquellas que se refieren a su misma especialidad y práctica. Un perfil anual de MOCOMP (que consiste en una relación de actividades de EMC) dará a los médicos la oportunidad de evaluar críticamente sus actividades cotidianas y hacer cambios en sus planes de actividades de EMC, a partir de sus necesidades concretas.

El sistema de créditos

Los coordinadores de MOCOMP, designados como representantes de las sociedades nacionales de especialidades, y las oficinas de EMC asignan créditos a los programas de EMC, de acuerdo con lo bien que los planes de cada programa abarquen criterios educativos específicos:

- Información de miembros de la audiencia piloto es utilizada para determinar los contenidos del programa.
- Los objetivos del programa son establecidos y relativos a aquello que los participantes aprenderán.
- Los objetivos de aprendizaje se establecen al comparar la práctica cotidiana de los participantes con su práctica deseada.
- Se destina un tiempo específico en el programa para la discusión entre los participantes.
- El diseño del programa incluye oportunidades para los participantes de recibir retroalimentación sobre su aprendizaje.

Se promoverán altos niveles en los programas de EMC mediante la certificación de los asesores de créditos, y retroalimentando esta información a quienes imparten la EMC para evaluar sus niveles de créditos. Asimismo, una supervisión aleatoria se llevará a cabo para determinar la relación entre los niveles de puntaje otorgados y los programas ofrecidos. La asistencia a congresos será enviada electrónicamente a la oficina MOCOMP del RCPSC; las asistencia a programas no prerregistrados por el MOCOMP será guardada en una agenda de bolsillo.

El plan autodirigido de EMC

Los especialistas se apoyan especialmente en la EMC autodirigida, tal como lectura, búsqueda bibliográfica e investigación. En el programa MOCOMP, los especialistas grabarán el desarrollo de sus actividades de EMC (por ejemplo, los problemas clínicos revisados y cualquier cambio en el manejo clínico que ellos prevean llevar a cabo) en un diario computarizado que puede ser electrónicamente transferido a la oficina de MOCOMP. El programa de la computadora permitirá a los especialistas a cruzar referencias sobre EMC, tales como información sobre un nuevo medicamento con los nombres de sus pacientes en la práctica. Se llevarán a cabo talleres para enseñar a los especialistas y médicos residentes cómo usar el plan de EMC y el programa computarizado para enlazar sus actividades educativas con sus necesidades prácticas.

Las palabras clave, proporcionadas por los miembros del MOCOMP para identificar proyectos de autoaprendizaje, serán reportadas en el resumen anual, junto con el pretendido impacto del proyecto en la práctica de los especialistas. Esta característica, exclusiva del programa MOCOMP, alentará a los especialistas a revisar sus actividades de EMC. Una revisión aleatoria del 2% de los perfiles anuales de MOCOMP se llevará a cabo de forma minuciosa para validar la documentación y revisar el impacto de las actividades de EMC en la práctica especializada. Esta revisión será de gran valor educativo para los especialistas y demostrará la validez del programa MOCOMP.

Además de proveer a los especialistas individuales la evidencia de su continuo desarrollo profesional, el perfil

MOCOMP puede ser eventualmente usado al igual que un documento expedido por universidades, con fines curriculares que permitan optar a puestos hospitalarios o de enseñanza, y como una evidencia de un continuo desarrollo profesional en aspectos médico-legales. El perfil puede también usarse en negociaciones salariales y de incentivos.

El Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá ha iniciado una serie de proyectos de investigación para examinar hasta qué grado el MOCOMP puede fortalecer el papel de la educación médica continua para mantener y fortalecer la aptitud profesional.

La educación médica continua en las sociedades y asociaciones médicas de México

Enrique Graue* • Carlos Campillo** • Manuel Marrón

México debe cambiar y está cambiando. A su vez la medicina evoluciona rápidamente. A los cambios en esta última el médico está habituado. Sabemos que lo que aprendimos ayer no necesariamente es cierto el día de hoy. Reconocemos la extemporaneidad de nuestra educación inicial y la necesidad de actualizarla. De esto trataremos el día de hoy, de sumarnos a los cambios que ocurren en México al desarrollar un marco de referencia que permita en un futuro organizar las actividades de la educación médica continua. Por ello están ustedes aquí y por ello se han distraído de sus actividades cotidianas.

La práctica de la medicina se hace sobre las bases de una ciencia que crea nuevos caminos, que corrige otros y que renueva expectativas de vida. La búsqueda constante del bienestar del cuerpo humano es el fin de la ciencia médica. El brindar oportuna y eficazmente estos nuevos conocimientos a quien padece una enfermedad debe ser compromiso de todo profesional de la medicina. Por tradición, así lo hemos reconocido, con este fin nos hemos espontáneamente organizado, en ello hemos dedicado mucho tiempo y recursos.

Pocas profesiones pueden jactarse de tener tantas organizaciones sin otro fin que la difusión del conocimiento.

Así la Academia Nacional de Medicina cumple 130 años de existencia, así tenemos hoy aquí reunidos a diversos colegios, asociaciones y sociedades médicas. Entre ustedes existen agrupaciones ya centenarias y otras que son de aparición reciente. En todos ustedes el común denominador es y ha sido el brindar a sus agremiados información actualizada y oportuna. La Academia Nacional de Medicina reconoce que entre ustedes se encuentra lo mejor y más genuino de la educación médica continua.

Ustedes, sin embargo, no representan a todos los médicos del territorio nacional. Desafortunadamente existen un gran número de ellos, especialistas o no, que no tienen acceso a una información actualizada. Es de suponerse que gran parte de la atención médica mexicana se brinda con un cierto retraso de conocimientos. En un país de grandes diferencias y contrastes esto no es extraño aunque sí explicable. Reconozcamos que hay diferencias en conocimientos y carencias en los recursos. Aceptemos que el mantener un nivel homogéneo de conocimientos es nuestra responsabilidad y obtener los recursos necesarios para su aplicación, nuestra exigencia.

Lo primero es el motivo de esta Segunda Reunión Nacional sobre Educación Médica Continua. Con nosotros se encuentran también los encargados de este tema en las instituciones nacionales de salud y con nosotros también están los consejos médicos de especialidad, organismos avalados por la Academia, cuyo objetivo es el calificar y certificar la homogeneidad y calidad de conocimientos.

Antes de iniciar los trabajos de discusión se consideró necesario presentar un diagnóstico que nos permita conocer el estado que guarda la educación médica continua en las sociedades y asociaciones médicas en México.

Para el efecto se elaboró un sencillo cuestionario tomando en cuenta los puntos más representativos sobre la actividad educativa en las diferentes agrupaciones médicas. Esta encuesta se repartió entre las 58 agrupaciones médicas de las que la Academia Nacional de Medicina tiene conocimiento.

Sociedades, asociaciones y colegios

Vale la pena señalar que al llevar a cabo esta encuesta se presentaron diversas dificultades. La primera de ellas fue la detección de las diferentes agrupaciones y su domicilio actual. Por ser este tipo de organizaciones totalmente libres y con un manifiesto desinterés político o económico, no han sido sujetas de ningún tipo de censo, lo que hizo difícil su localización. Para lograrlo, uno de nosotros se acercó a los académicos, a los consejos de especialidad, a la Facultad de Medicina y a distintas casas comerciales. Con esta información se generó un directorio --con toda seguridad incompleto--, compuesto por 58 asociaciones, sociedades o colegios de diversa índole. Con el domicilio obtenido, se les envió la encuesta antes citada. Solo 25 agrupaciones regresaron el cuestionario.

Creemos que la respuesta es, en términos generales, aceptable, sobre todo si se tiene en consideración que los domicilios de sus representantes son en muchos casos cambiantes, y que no existe por parte de las agrupaciones la costumbre a responder preguntas sobre su libre actividad. No obstante, el 44% contestó con más o menos precisión a las preguntas formuladas en la encuesta.

Hemos considerado importante tener una información más fiel y por ello, en sus carpetas, se ha vuelto a incluir el cuestionario. Si alguna de las agrupaciones aquí presente no

* Académico numerario

** Presidente de la ANM.

respondió debidamente a la encuesta, le solicitamos lo haga a fin de obtener una mejor información.

Sociedades

¿Cuentan con estatutos protocolizados?

Entre las agrupaciones encuestadas existen grandes diferencias. Las hay de ingreso competitivo y por inscripción abierta. Las hay con gran representatividad numérica —de más de 5000 miembros— y otras pequeñas con apenas 80 socios. Contamos con algunas de existencia centenaria y otras con menos de una década. Esta gran heterogeneidad corresponde a la estructura, intereses y evolución de cada uno de los grupos constituidos y no mella de ninguna forma, el carácter educativo de todas y cada una de ellas. La gran mayoría, el 81 %, están formalmente constituidas y cuentan con estatutos protocolizados. Este último dato reviste cierta importancia pues el registro notarial les permite expedir comprobantes fiscales a sus agremiados por las cuotas de filiación y por los programas educativos que organizan.

Carácter de las sociedades

Asociaciones regionales agremiadas

El 80% de las sociedades se reconocen a sí mismas con carácter nacional, aunque es de hacer notar que de aquellas que así se definen, sólo el 39 % cuenta con asociaciones regionales federadas a la agrupación nacional, lo que permite suponer que en el 61% de los casos los programas educativos tienen que ser organizados desde la sede de la sociedad con escasa participación de las regiones que integran el territorio nacional.

Todas ellas cambian con regularidad sus mesas directivas. En el 72% de los casos, esto sucede en forma bianual.

Periodicidad de sesiones

Temas que se tocan dentro de las sesiones

El principal objetivo de las agrupaciones médicas aquí reunidas es la difusión y actualización de los conocimientos. Este fin se consigue por medio de sesiones, talleres, cursos, congresos o publicaciones. Sin lugar a dudas el esquema educativo en forma de sesión es lo más frecuente. No es por lo tanto de extrañar que el 81% de las asociaciones encuestadas sesionen con regularidad. Detengámonos un momento en las sesiones. La frecuencia de éstas es mensual en el 70% de los casos y aunque en el cuestionario no se interrogó por la frecuencia con la que sesionan las sociedades regionales o locales afiliadas a una sociedad nacional, es de imaginar que lo hacen con una periodicidad similar, lo que hace suponer dentro de todas las agrupaciones una actividad académica intensa por este concepto.

Aunque tradicionalmente no se ha tomado en cuenta la asistencia regular a las sesiones como una práctica de la educación médica continua, cabe destacar que en las sesiones regulares casi el 50% de los temas abordados versan sobre la revisión y actualización de temas relacionados con la ciencia médica.

La presentación de casos clínicos y trabajos libres, aunque no carentes de un trasfondo educativo, se tocan con una frecuencia igual a los temas de revisión. Sin embargo, también dejan en quien los escucha una determinada enseñanza y suponen en quienes lo presentan, la necesidad de revisar exhaustivamente un tema. Por ello no pueden dejar de considerarse como una actividad importante de la educación médica continuada y sujeta, por lo tanto, a un criterio de evaluación.

Talleres y cursos sobre temas específicos

Periodicidad de los talleres

Consideramos importante cuestionar sobre la frecuencia con la que las sociedades organizan cursos o talleres con fines de actualización. No hicimos hincapié en la diferencia entre cursos y talleres aunque sea probable que con fines educativos uno tenga mayor eficiencia que otro.

El curso implica la presentación de una información tamizada y expuesta por expertos con escasa participación del educando. Por otra parte, la dinámica de los talleres en sus diferentes modalidades, exige del educando una mayor participación, por lo que probablemente el taller tenga mayor valor educativo. Sin embargo, ambos persiguen el mismo fin y su organización estructural es parecida. Cuando se pregunto sobre su existencia, el 66% de las agrupaciones respondieron que si los organizaban, pero cuando se les pregunto sobre la periodicidad de ellos, el 48 % se abstuvo de contestar, lo que hace suponer que con gran frecuencia, cuando estos cursos o talleres se dan, suceden irregularmente, más como algo eventual que como una actividad periódica programada.

Duración de cursos y talleres

Cursos a médicos generales

Existe asimismo cierta irregularidad en la estructuración de estos cursos y talleres. Su duración, por ejemplo, es de media hora o menor en el 47% de los casos y de media a una hora en el otro 35 %. El 18% de las agrupaciones que organizan estos cursos no respondieron a la pregunta específica. Sería muy discutible si el ser un curso de mayor duración que otro lo hace por eso mejor o más educativo. Sin embargo, otros países han optado por dar a este tipo de actividades de educación médica continua un valor crediticio en horas, tema que, sin duda, discutiremos en alguno de los talleres.

Cuando se preguntó en forma específica si las sociedades organizan cursos de actualización en forma regular dirigidos a médicos generales, sólo el 45 % respondió que sí lo hacía y aunque la pregunta sobre la regularidad de estos se omitió indebidamente en el cuestionario, es de suponerse que sea mucho menor a los cursos que organizan las sociedades para sus agremiados.

Asistencia a congresos nacionales

La actividad académica nacional y conjunta en forma de congresos en las diferentes especialidades y áreas comunes de

conocimiento, es universal a todas estas organizaciones y es sin duda una fuente de gran riqueza académica, educativa y social. Vale la pena analizarla con detenimiento por ser una de las actividades de educación médica continuada más espontánea y efectiva.

La estructura de los congresos nacionales es por lo regular homogénea. Se conforman por cursos de actualización, trabajos libres, carteles informativos, conferencias magistrales, mesas redondas y con alguna frecuencia con invitados extranjeros --generalmente de alto nivel-- que imparten temas de actualidad. Su valor como fuente de educación médica es indiscutible. En un 68% de los casos se llevan a cabo en el interior de la República, lo que hace, unido a las actividades sociales, --muy *sui generis* a nosotros--, que la asistencia sea generalmente numerosa. Los congresos nacionales son por todo esto, un gran lazo de unión entre los médicos con intereses comunes, y son y han sido, la semilla de una organización médica nacional.

La asistencia que en ellos se registra depende sin duda del número de miembros de cada sociedad. El promedio de asistencia en las sociedades encuestadas es de 614 congresistas.

Periodicidad de los congresos nacionales

Duración promedio de los congresos nacionales

Estas reuniones nacionales suceden anualmente en la mayoría de los casos y bianualmente en un 25 %. Aparentemente no tienen una periodicidad definida en una cuarta parte de las sociedades encuestadas. La duración de los congresos es en todos los casos menor de una semana. La fórmula más socorrida es de 4 días.

Cursos de actualización en los Congresos

Costo promedio de inscripción a un congreso

Dentro de la actividad académica cotidiana de los congresos, el 77% de las sociedades reserva tiempo específico para cursos de actualización médica de la especialidad. Este tipo de actividad tiene la singular importancia de concentrar médicos de todo el territorio nacional y de cumplir cabalmente con la función de la educación médica continua.

La asistencia a los congresos es en gran parte sufragada por el patrimonio personal de los médicos asistentes. El costo de inscripción fluctúa dentro de un rango de 300 a más de 1,500 nuevos pesos, con un promedio de 564. Cantidad nada despreciable, particularmente si a ella se agregan los gastos de traslados, hospedaje y desatención de las actividades profesionales privadas de los asistentes. A pesar de estos altos costos, los congresos nacionales suceden con regularidad y dejan en la mayor parte de los casos, nimias utilidades a las agrupaciones. Aún así, estos escasos márgenes de ganancia permiten su mantenimiento y subsistencia. Es deseable que todo este genuino esfuerzo por mantenerse al día en conocimientos y destrezas, se compense con estímulos fiscales para los asistentes y sociedades organizadoras, a fin de que

el proceso sea más saludable en su realización y alcances.

Por todo ello, los congresos nacionales son la mejor muestra de que la educación continua es posible en la medicina y esta sea una realidad a la que tal vez solo tengamos que enmarcar, organizar y darle un valor crediticio uniforme.

¿Qué porcentaje de ellas tiene una publicación periódica?

¿De ellas cuantas están indexadas?

En ocasiones la actividad y memoria científica de una asociación, sociedad o colegio se ve plasmada en la edición de una revista periódica de la especialidad. Dentro de las agrupaciones encuestadas se encontró que más de la mitad de ellas editan una revista regularmente y que el 53% de estas se encuentran registradas dentro de algún índice internacional, sin precisarse en que tipo de índices.

¿Cuántas tienen al día sus publicaciones?

¿Cuántas tienen algún otro tipo de publicación no periódica?

Al preguntar si estas publicaciones periódicas se encuentran al día en sus ediciones, se encontró que el 85% se salen de los márgenes aceptables que los editores definen como regularidad.

Aunque las fuentes de información científica evolucionan a una velocidad vertiginosa, la revista con tal carácter sigue constituyendo hoy en día una de las más valiosas vías para la información actualizada. Su formato internacional, al cual la inmensa mayoría se sujeta, permite el intercambio universal de conocimientos. Pero hay que decir que este formato no tiene un componente orientado a la educación. Su fin es la difusión, y la información, aunque parte integral de la educación, no es cuantificable. Así pues es cuestionable el valor educativo del formato habitual de una revista científica. Sin duda, la autoría de un artículo científico supone la exhaustiva revisión de un tema en particular. Esta revisión a su vez será mayor cuanto más exigente sea el comité editorial de la revista.

En los datos presentados observamos que sólo la mitad de ellas se encuentran debidamente indexadas, lo que hace pensar en la inexistencia o ineficacia de algunos de los comités editoriales. Pero aceptemos que el escribir un artículo científico, original o de temas de revisión, representa en la mayoría de los casos, una forma rigurosa de actualización de conocimientos para quien lo escribió. Aun así, el formato de estas publicaciones científicas dirigidas a una gran cantidad de lectores potenciales, hace imposible conocer si existe en ellos algún tipo de aprovechamiento educativo, pues en su mayoría, en el contenido, no contiene, valga la redundancia, algún tipo de autoevaluación y mucho menos una retroalimentación de los resultados de esta a los editores de la publicación.

Por ello se preguntó si existía algún otro tipo de publicación encaminada a la educación médica de la especialidad.

lidad, que sin pretensiones de revista científica, llegara a sus agremiados con un valor educativo. Se encontró que sólo un 8% de ellas publican periódicamente un boletín con esta intención.

¿Qué tiraje tienen las revistas?

¿Quién y cómo se patrocina una revista?

La encuesta reflejó que existen 17 revistas de edición periódica, con un tiraje promedio de 1,700 números por revista y un tiraje global de 29,000 números. Esto, debe decirse, es una cifra importante, particularmente si tomamos en cuenta que no consideramos aquí revistas de gran difusión como aquellas del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Gaceta Médica, las de los institutos del sector salud, a más de los números de la revista de la Academia Mexicana de Cirugía, de publicaciones de otros sectores y los boletines y revistas de hospitales independientes, así como la posible existencia de publicaciones de especialidad entre las sociedades que no respondieron a la encuesta.

Creemos que si sumamos los números que no fueron tomados en cuenta en la encuesta, sería conservador pensar que el tiraje global de publicaciones científicas periódicas en México es de alrededor de 50,000 números de edición regular. Esto es un inmenso potencial y nos vuelve a llevar a la simple conclusión de que la educación médica continuada existe pero es difícil de cuantificar. Con toda esta información escrita y de alto costo surge si duda la interrogante sobre si los comités editoriales deberían considerar en el formato un inserto que permitiera conocer el efecto de la educación continua en el lector de las revistas.

Cuestionamos también el origen del patrocinio de las ediciones y encontramos que estas son sufragadas por recursos de los agremiados en un 6%, por anuncios de casas comerciales en el 61% y en la otra tercera parte de los casos, por participación de las sociedades y recursos provenientes de anunciantes diversos. Es aquí, como lo es en los congresos y en algunos cursos, donde las casas comerciales de productos médicos ayudan efectivamente a la educación médica continua.

¿Cuántas agrupaciones tienen un comité de educación médica continua?

Si existe este comité, ¿califica a sus miembros?

A pesar de esta intensa actividad científico educativa, ya sea en forma de sesiones, cursos, talleres, congresos o publicaciones, es de llamar la atención que sólo una tercera parte de las sociedades cuentan con un comité específico de educación médica continua, pues es de imaginar que aquellas que no respondieron a la pregunta, no lo tienen o simplemente no hayan identificado la necesidad de estructurarlo específicamente, ya que la esencia misma de todas estas agrupaciones es la educación médica. Sin embargo, habría que señalar que

la finalidad de un comité de educación médica continuada es doble: por una parte debe ser el promotor de los medios para hacer llegar a su comunidad la información actualizada, pero por la otra, debe evaluar de alguna forma el cambio de actitudes en los que recibieron esta información.

Entre las sociedades que sí cuentan con un comité específico de educación médica continua se preguntó si se evaluaba el resultado de las actividades educativas mediante algún mecanismo y se encontró que el 65% de ellos cuenta con algún instrumento específico y establecen alguna forma de puntuación.

Criterios de calificación por actividad o presencia **Calificación por actividad selectiva o por horas**

Nos interesó entonces conocer cuál era el criterio utilizado para dar esta puntuación y preguntamos en forma dirigida si éste era por asistencia a cierto tipo de actividades, a lo que respondieron afirmativamente el 23% de ellas, o si lo era por presencia física en tiempo, cuantificable en horas, a lo cual, el 13% respondió en forma positiva. Curiosamente dos terceras partes de las agrupaciones no marcaron un criterio definido, ya sea por tener otros puntos de vista o por no haber sido formulada debidamente la pregunta.

Entre aquellas que cuentan con un comité de educación médica continua y que califican la actividad, se preguntó específicamente sobre el criterio para calificar las diferentes actividades desarrolladas. Las sociedades respondieron que el criterio de dar puntuación a sus miembros es, en orden de frecuencia, la impartición de clases a residentes, la presentación de trabajos libres, la participación activa en cursos y talleres, la publicación de artículos, y con menor frecuencia, la asistencia a congresos y sesiones.

Relación del consejo y la agrupación

¿Califica el consejo?

Una de las más importantes funciones de los consejos de especialidad es la recertificación de sus miembros a fin de garantizar en alguna forma su actualización. Para ello, cada consejo se vale de un criterio particular que cuantifica las actividades que ha desarrollado el profesionista. Estas actividades se realizan dentro de instituciones de salud, centros educativos o agrupaciones científicas. Por ello, la comunión entre sociedades, asociaciones o colegios con el consejo de especialidad es de gran conveniencia.

Cuando se preguntó a las sociedades qué tipo de relación existía entre el consejo de la especialidad y la agrupación, el 55 % contestó que la relación era muy buena, el 13 % que la relación era satisfactoria, el 6 % que era pobre y el 26% no respondió, lo que hace suponer que no existe un buen acercamiento con el consejo de la especialidad. Este es un tema que debe ser bien entendido, los consejos de especialidad no cumplen ninguna función educativa, sólo certifican el grado

de conocimientos y vigilan la actualización de quienes, por el momento, desean someterse a sus mecanismos evaluatorios.

Dos conceptos se desprenden de los resultados presentados: los consejos deben acercarse más a las agrupaciones científicas y éstas deben entender mejor la actividad de los consejos. Sirva esta reunión para deslindar mejor estas responsabilidades y trabajar conjuntamente para mejorar las condiciones de la educación médica continua en México.

Cuando las agrupaciones mantienen una buena comunicación con el consejo de la especialidad correspondiente, se encontró que éste calificaba de alguna forma las actividades de educación médica continua de las sociedades solo en el 41 % de los casos, lo que permite deducir que a pesar de llevar una buena relación, no existe una comunicación efectiva entre los comités de educación médica continua de las agrupaciones y la comisión de recertificación de los consejos. Existe, pues, un gran desperdicio de esfuerzos y de información.

¿Cuántos miembros de las sociedades pertenecen al consejo?

Finalmente cabría preguntarnos cuántos de los miembros agrupados dentro de las diferentes asociaciones de especialistas han cabalmente reconocido la necesidad de ser certificados en sus conocimientos por los consejos. La encuesta nos contesta que el 44% de ellos lo están.

Menos de la mitad de ellos aceptan que las normas éticas del ejercicio médico moderno implican alguna forma de homogeneidad de conocimientos y algún tipo de actualización en su educación. Esto obviamente es un lastre con el que acarreamos y que si queremos modernizar nuestro ejercicio médico debemos cambiar.

Conclusiones

Concluyamos esta presentación sobre la educación médica en las sociedades y asociaciones médicas en México. Desde hace más de un siglo, con el nacimiento de las especialidades, la medicina mexicana se ha organizado libremente en grupos de intereses comunes. Como la medicina cambia y se generan nuevas áreas de conocimiento, constantemente vemos surgir nuevas agrupaciones.

Este interés de reunirse con sus iguales no es privativo de nuestro país, es común a nuestra profesión. Lo es porque el médico reconoce y ha reconocido la necesidad de comunicarse, de compartir experiencias, de aprender de otros para

mejorar, para ofrecer en su práctica cotidiana lo mejor de sí mismo.

Para el efecto el médico se ha organizado en sociedades, asociaciones o colegios, el nombre es lo de menos. Le ha restado tiempo a su familia, a su práctica y a su patrimonio. Lo hemos hecho con tanta intensidad que en muchas ocasiones la pasión nos ha llevado a competir entre nosotros para dirigir estas agrupaciones. Lo hemos hecho y lo seguiremos haciendo por vanidad, por esa vanidad productiva que nos lleva a ser reconocidos por nuestros pares, para ofrecer lo mejor de nosotros, pero siempre con el fin de difundir y compartir conocimientos.

Por ello la Academia Nacional de Medicina reconoce que en estas agrupaciones está lo más genuino y desinteresado de que lo se ha dado en llamar la educación médica continua.

La encuesta que se llevó a cabo y cuyos resultados preliminares presentamos hoy --y son preliminares porque esperamos completarlos con los datos que nos proporcionen las agrupaciones que no respondieron a ella --, no representa otra cosa que un diagnóstico superficial de toda esa intensa actividad de difusión que se lleva a cabo en forma silenciosa y desinteresada. Se hizo porque hoy nos convoca la Academia a que discutamos un marco nacional que encuadre las actividades de la educación médica continua, y este marco estaría incompleto si no se tomara en cuenta toda esa actividad educativa desarrollada por ustedes. Sirvan estos resultados preliminares para ser tomados en cuenta en la discusión que ha de llevarse a efecto dentro de los talleres.

El nombre de educación médica continua o continuada nos puede parecer extraño, de hecho hasta molesto. Su actividad, sin embargo, no nos es ajena, la practicamos desde hace mucho tiempo. Debe quedar claro, nadie pretende normarla, nada más lejano a la intención de esta reunión. La actividad educativa que por conducto de las diferentes agrupaciones se da, debe seguirse dando dentro de ese marco de libertad de organización y decisión.

¿Por qué entonces esta reunión? Estamos aquí para discutir ciertos puntos que como referencia nos permitan conocer hasta dónde en la educación médica continua podemos llegar y cómo podemos fortalecerla. Estamos aquí porque la vecindad del tratado de libre comercio con Norteamérica seguramente nos exigirá esta actividad. Estamos aquí porque reconocemos que una mejor educación médica, con o sin el tratado de libre comercio, nos permitirá ser mejores como médicos, como pacientes potenciales y como mexicanos.

Papel de la industria químico-farmacéutica en la educación médica continua

Ivo Stern Becka*

La Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica agradece, por mi conducto, a la Academia Nacional de Medicina la oportunidad de participar en este foro y de ratificar nuestro apoyo total al tema que hoy nos reúne: "La Educación Médica Continua".

Quisiera iniciar mi participación en este evento, repitiendo el primer párrafo de las palabras pronunciadas por el Dr. Víctor Espinosa de los Reyes el 16 de junio de 1993 en este magno auditorio:

"Hace algunos años en México, poco se hablaba y se pensaba de obtener grados académicos o certificaciones después de haber terminado los estudios profesionales y quizás menos, en una educación médica continuada; y como decía el maestro don Ignacio Chávez en una de sus conferencias magistrales: ...parecía una verdad probada que el hombre que había hecho con fruto sus estudios, cualquiera que fuera el tipo, se había preparado y educado para toda la vida."

Desde siempre, los médicos se han reunido con el afán de intercambiar sus experiencias y de hacer llegar, a todos los que ejercen la profesión, los conocimientos más actualizados y ello, en buena parte, ha sido también la razón de la existencia de sociedades, academias y otras agrupaciones médicas y científicas.

Esta última mitad del siglo XX, se ha caracterizado por grandes cambios en todos los campos de la actividad del quehacer humano. La profesión médica, una disciplina dinámica, no ha escapado a los importantes avances tecnológicos aplicados al diagnóstico y a los tratamientos médicos, provocando esto una necesidad y avidez real de información y actualización para alcanzar su objetivo, que es el de prevenir y curar las enfermedades que afectan la salud del hombre.

Es un hecho que el haber cursado una residencia u obtenido un grado académico, no basta para que el médico se encuentre a la vanguardia del conocimiento científico por el resto de su vida profesional; es indudable que requiere de una educación continua y de la profundización y ampliación de sus conocimientos.

La continuidad del proceso educativo a lo largo de toda la vida del profesionista, es una condición reconocida y deseada para todo quehacer humano. De particular relevancia lo es para aquellos que cultivan la ciencia y el arte de la medicina, interés que los compromete a vivir un proceso ininterumpido de estudio y preparación en función de lo vasto de los campos

relacionados con su actividad profesional de tal forma que la autoformación es insuficiente y, en ocasiones, peligrosa.

Es obvio que los médicos dedican más tiempo al ejercicio de su profesión que al estudio y la mayoría de los que ejercen fuera de los campos de especialización o en las instituciones de salud del sector público y privado, no tienen oportunidad de estudiar y mantener al día sus conocimientos médico-científicos de manera metódica y sistemática, aunado a que en sus sitios de trabajo, no fácilmente encuentran apoyo y ayuda.

Ante esta situación, su fuente de información y actualización primordial pasa a ser la consulta de diversas publicaciones y revistas especializadas, actividad a la que destinan una parte considerable de su tiempo.

Por otra parte, si tomamos en cuenta la velocidad a la que se incorporan los nuevos conocimientos relacionados con el quehacer médico ya que, según los expertos cada 5 años aproximadamente el 50% de los conocimientos se tornan obsoletos y deben sustituirse por nuevos, surge la necesidad ineludible de la actualización formal y continua inducida por expertos que orienten y complementen el estudio y el esfuerzo personal.

Tal circunstancia ha originado un concepto nuevo: La Educación Médica Continua, la cual se concibe como un método que implícita y explícitamente brinde al médico, que ha concluido su preparación formal, la oportunidad de mantener su instrucción mediante un proceso integrado por las actividades de enseñanza que desarrollan, mantienen, amplían, actualizan y profundizan sus conocimientos en beneficio del paciente.

De tal forma que la Educación Médica Continua se convierte así en una base importante para el enriquecimiento de sus conocimientos, aptitudes y destrezas habitualmente reconocidas y aceptadas por la profesión médica dentro de las disciplinas básicas, socio-médicas, clínicas y terapéuticas.

La experiencia mundial ha demostrado que la Educación Médica Continua no es una tarea fácil pero es impostergable.

Los diferentes departamentos de la división de postgrado de las facultades de medicina, así como las agrupaciones médicas, los departamentos de enseñanza e investigación de las instituciones médicas y las instituciones privadas como la industria farmacéutica, que están comprometidas en su quehacer con la atención a la salud, participan activamente en la educación médica continua y suman esfuerzos para la reali-

*Presidente de la Cámara Nacional de la Industria Químico-Farmacéutica

zación de cursos de actualización, seminarios, congresos, simposia, mesas redondas, etc., con duración y grado de complejidad diversos.

Aquí se presenta una necesidad básica, el establecimiento de una autoridad rectora que elabore los programas que cada médico, según su capacitación, sus años de ejercicio de la medicina, su especialidad, su lugar de trabajo, etc., deber seguir.

En la actualidad, existen una gran variedad de alternativas para la actualización del médico (en algunos casos con validez curricular), no existe un patrón que permita evaluar, de manera uniforme, el grado de actualización que cada profesional de la medicina ha alcanzado.

Considero que esta tarea debe ser encomendada a un grupo multidisciplinario que represente a nivel nacional las múltiples necesidades que conlleva el ejercicio de la medicina, desde las instituciones de salud pública, facultades, escuelas y centros de capacitación, hasta la pequeña población donde el médico no dispone más que de sus conocimientos, un instrumental reducido y medios de diagnóstico rudimentarios para ejercer su profesión.

Desde luego aquí no se trata de definir quien es más importante o quien ejerce una actividad de mayor repercusión social, sino sólo de señalar que las necesidades y posibilidades de actualización de cada uno son totalmente diferentes, lo cual hace un programa de educación médica continua sea enormemente complejo.

Por otra parte y como resultado de la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio, nos enfrentamos también a la tarea de armonizar los requisitos del ejercicio de la profesión médica entre México, Estados Unidos de Norteamérica y Canadá y es indudable que a la larga tendrán que encontrarse equivalentes en los tres países será la educación médica continua, dirigida a quienes va terminaron sus estudios profesionales, la que conducirá a una paulatina homologación de esta noble profesión.

En México la industria farmacéutica participa en la educación médica continua de muy diversas maneras. En forma general podemos agrupar su actividad en tres áreas principales:

La primera de ellas se da a través del apoyo que brinda la industria farmacéutica a los eventos organizados y avalados por las academias, sociedades y asociaciones, orientados de acuerdo a los temas y necesidades de actualización sugeridos por el propio gremio médico. En este campo, el papel de la Industria farmacéutica ha sido básicamente el de brindar un apoyo financiero y logístico para la realización de este tipo de eventos.

Una segunda área se da también en el ámbito de acción de la empresa farmacéutica que, en forma permanente, ofrece al médico información científica utilizando para ello diversos medios, como por ejemplo, la visita del representante.

Es necesario tomar en cuenta que el profesionista para realizar su importante labor de prevención, diagnóstico y terapia, con los conocimientos farmacológicos adquiridos, en primera instancia, a lo largo de su amplia formación profesional y académica.

Sin embargo, debido al ritmo de innovación que caracteriza a los medicamentos y que obliga al profesional a tener una actualización permanente para conocer los nuevos usos de sustancias conocidas, las últimas innovaciones, formas de dosificación, etc., este esfuerzo personal no es suficiente.

La industria participa también muy activamente en la actualización del médico debido a su estrecha vinculación con la investigación. Da cuenta de ello el hecho de que en los últimos años el 90% de los medicamentos patentados han sido descubiertos dentro de la industria farmacéutica, el 9% en las universidades y otras instituciones académicas y el 1% por laboratorios de investigación dependientes del gobierno.

Es importante destacar que la información científica que la empresa le brinda al médico se elabora tomando en consideración los más estrictos criterios éticos para la promoción de los medicamentos que existen, avalados por organismos internacionales como la organización mundial para la salud y, en el caso de México, por la Secretaría de Salud, tomando como base los criterios éticos que fija también la propia industria.

En este sentido, la industria farmacéutica está consciente de su papel y de su estrecha vinculación con la educación continua dirigida al médico.

Es claro que la responsabilidad del buen uso de los medicamentos no es exclusiva del médico prescriptor, sino que involucra a todos los que participan en el proceso de elaboración de los medicamentos desde su desarrollo y producción, hasta su comercialización, promoción y uso.

Finalmente, una tercer área en la materia es la gremial ya que a través de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica y bajo un esquema de trabajo conjunto con las principales instituciones académicas y asociaciones de profesionales, se apoya también esta labor de educación continua.

La experiencia de CANIFARMA al respecto ha sido fructífera, ya que se llevan a cabo periódicamente sesiones conjuntas con la Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas, las Asociaciones de Profesionales Farmacéuticos y la propia Academia Nacional de Medicina.

En este mismo sentido y a partir de hace dos años, la Cámara cuenta con un programa de educación continua dirigido al gremio médico cuyos resultados han sido muy alentadores ya que ha habido una respuesta espontánea y abundante y, de acuerdo a los comentarios recabados al término de estos eventos, se ha manifestado un gran interés y urgencia de los participantes, para que se intensifique este tipo de acciones.

En el marco de este programa se han realizado diversos simposia sobre investigación clínica, manejo racional de medicamentos, biodisponibilidad y bioequivalencia y farmacoterapia en geriatría, por citar algunos.

Tanto las empresas como la Cámara tenemos un largo camino andado en este campo que, sin embargo, debemos de enriquecer y de consolidar a través de la complementación y de la interacción con todos los sectores involucrados.

Quiero señalar que el papel de la industria farmacéutica en la EMC no se puede definir en este momento en tanto no se llegue a un diagnóstico actualizado de lo que esta actividad representa en cuanto a: necesidades de cátedra y materiales; así como requerimientos de tiempo por parte del médico y conocimiento de los recursos financieros que este esfuerzo implica, tanto para quien proporciona la educación como para quien la toma es decir, mientras no se cuente con un diagnóstico de la situación actual que permita integrar un programa global para la educación continua.

Hasta entonces podremos profundizar y enriquecer la relación médico-educación-industria y determinar que papel tendrá que desempeñar cada uno de los participantes.

Lo cierto es que las acciones que se emprendan en este sentido, deben partir del respeto mutuo y de la confianza en que cada quien asumirá la responsabilidad que le corresponde en esta importante tarea. Se trata así de estructurar no sólo un programa, sino un marco de convivencia y de interacción que permita que se de una sinergia positiva entre todos los involucrados para llegar a la meta.

Estoy convencido de que esta tarea, a pesar de lo arduo y difícil, puede y debe llevarse a cabo para mantener y acrecentar la excelencia del médico mexicano ya que la educación continua es una pieza clave no sólo en la actualización profesional, sino también para alcanzar el objetivo final al que se dirigen el quehacer médico y el de la industria farmacéutica que es el de hacer realidad el derecho constitucional a la salud para todos los mexicanos.

Es por ello que me permito desearles que esta Segunda Reunión alcance el éxito tan merecido por la ardua labor de preparación que han realizado los señores académicos, a la vez les agradezco nuevamente la oportunidad que me han brindado de comentar con ustedes algunas ideas.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SEGUNDA REUNION NACIONAL DE EDUCACION MEDICA CONTINUA

ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA

LA EDUCACION MEDICA CONTINUA EN LAS SOCIEDADES Y ASOCIACIONES MEDICAS DE MEXICO

DR. CARLOS CAMPILLO
DR. ENRIQUE GRAUE
DR. MANUEL MARRON

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

SOCIEDADES ENCUESTADAS

SOCIEDAD MEXICANA DE DERMATOLOGIA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE ANESTESIOLOGIA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE ORTOPIEDIA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGIA PEDIATRICA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE NEUROFISIOLOGIA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE ANGIOLOGIA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA
Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE PSIQUIATRIA BIOLOGICA, A.C.
SOCIEDAD DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA DE MEXICO, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICION Y ENDOCRINOLOGIA, A.C.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

SOCIEDADES ENCUESTADAS

SOCIEDAD MEXICANA DE REUMATOLOGIA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE ALERGIA E INMUNOLOGIA PEDIATRICA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGIA NEUROLOGICA, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE MEDICINA FISICA
Y REHABILITACION, A.C.
SOCIEDAD MEXICANA DE OFTALMOLOGIA, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE PATOLOGIA CLINICA, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE GASTROENTEROLOGIA, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE BIOQUIMICA CLINICA, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, A.C.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

SOCIEDADES ENCUESTADAS

ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA GENERAL, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE CARDIOLOGOS DE I.M.S.S., A.C.
ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE GENETICA HUMANA, A.C.
ASOCIACION MEXICANA DE PSIQUIATRIA INFANTIL, A.C.

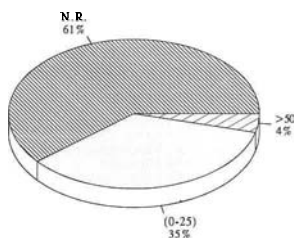
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

CARACTER DE LAS SOCIEDADES



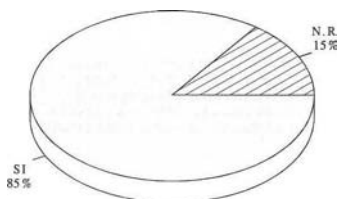
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

ASOCIACIONES REGIONALES



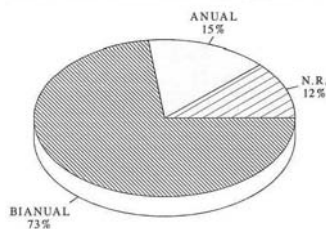
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

ESTATUTOS PROTOCOLIZADOS



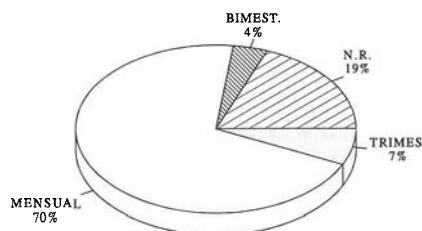
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

PERIODICIDAD DE MESAS DIRECTIVAS



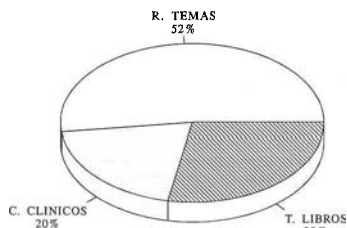
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

PERIODICIDAD DE SESIONES



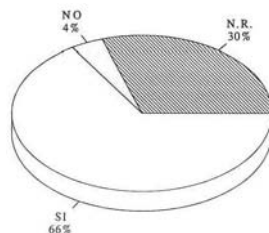
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

TEMAS DENTRO DE LAS SESIONES



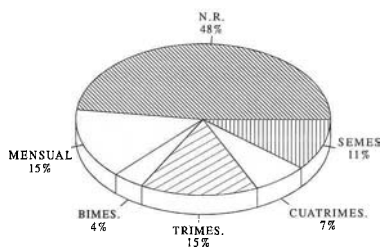
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

TALLERES SOBRE TEMAS ESPECIFICOS



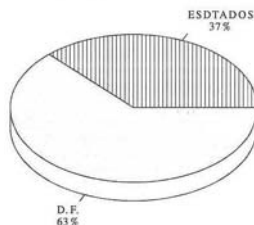
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

PERIODICIDAD DE LOS TALLERES



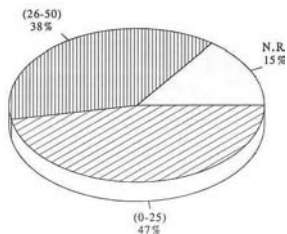
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

SEDES DE TALLERES



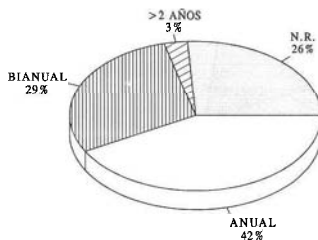
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

DURACION DE CURSOS Y TALLERES (HRS.)



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

PERIODICIDAD DE LOS CONGRESOS NACIONALES



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

DURACION DE LOS CONGRESOS NACIONALES



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

ASISTENCIA A CONGRESOS NACIONALES

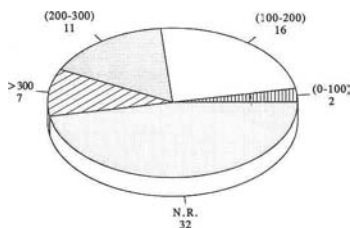


PROMEDIO GENERAL
POR CONGRESO:

614 ASISTENTES

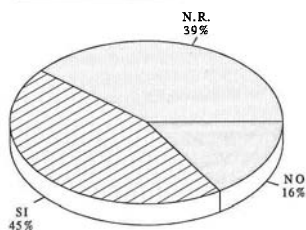
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

ASISTENCIA A CONGRESOS



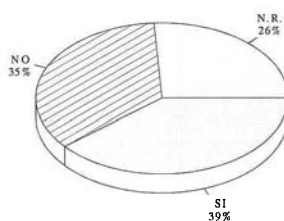
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

CURSOS A MEDICOS GENERALES



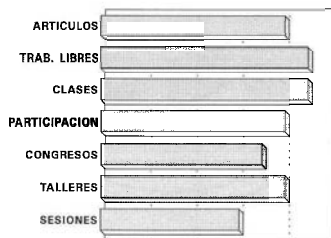
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

COMITE DE EDUCACION MEDICA CONTINUA



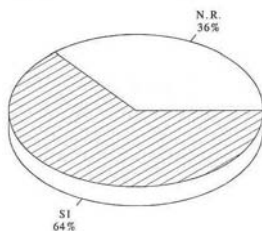
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

CRITERIOS DE CALIFICACION POR ACTIVIDAD



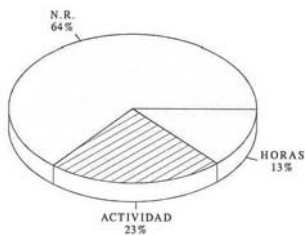
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

¿COMITE DE E.M.C. CALIFICA A SUS SOCIOS?



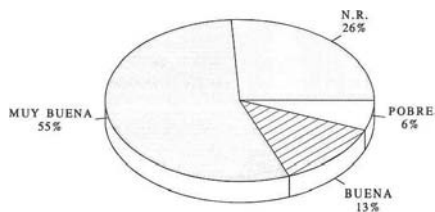
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

CRITERIO DE CALIFICACION



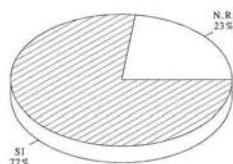
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

RELACION ENTRE CONSEJO Y ASOCIACION



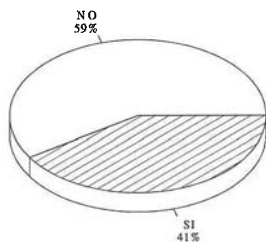
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

CURSOS DE ACTUALIZACION EN LOS CONGRESOS



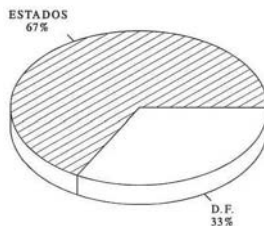
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

¿CALIFICA EL CONSEJO?



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

SEDES DE LOS CURSOS



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

MIEMBROS QUE PERTENECEN AL CONSEJO



TOTAL DE MIEMBROS:
6412

TOTAL BAJO CONSEJO:
2809

PORCENTUAL EN CONSEJO:
43.80%

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

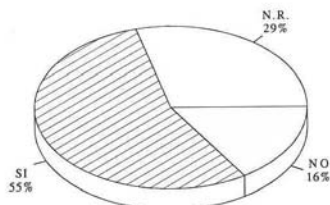
COSTO PROMEDIO DE INSCRIPCION A UN CONGRESO



N\$ 564.54

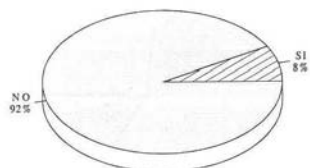
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

AGRUPACIONES CON PUBLICACION PERIODICA



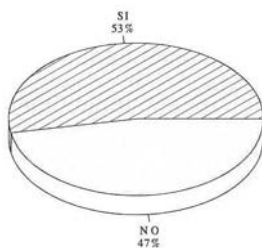
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

ALGUN OTRO TIPO DE PUBLICACION NO PERIODICA



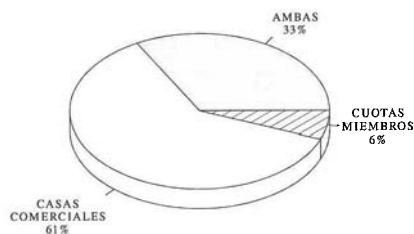
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

PUBLICACIONES INDEXADAS



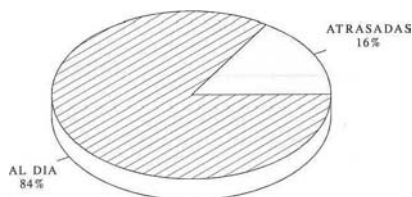
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

PATROCINIO DE LA REVISTA



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

PUBLICACIONES AL DIA



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA
Educación Médica Continua

TIRAJE DE PUBLICACIONES

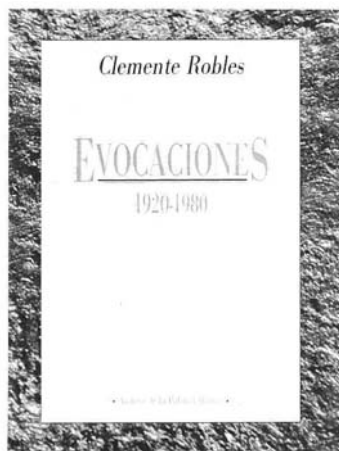


TOTAL DE REVISTAS:
17

TOTAL PROMEDIO POR REVISTA
1700 EJEMPLARES

TIRAJE TOTAL ANUAL:
28900 EJEMPLARES

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA



La más reciente publicación de la Academia, como parte de un proyecto con el Instituto Nacional de Antropología e Historia, realizado en 1977, y que forma parte de una serie de entrevistas con académicos que presenciaron los acontecimientos científicos y sociales más importantes de los dos primeros tercios del siglo.

Clemente Robles, personaje que vivió muy de cerca los acontecimientos del Hospital Juárez y del Hospital General en su época de mayor significación, de la segunda mitad de los años veinte hasta la postguerra; vió nacer el Hospital Infantil, los Institutos de Cardiología y Nutrición, y fue miembro activo de todas esas instituciones. Actor fundamental en la creación de dos especialidades, la neurocirugía y la cirugía cardiovascular; y contribuyó al desarrollo de la cirugía gastroenterológica y endocrina, fue el personaje protagónico de la remodelación, reorganización y restauración científica y espiritual del Hospital General.

Profesor emérito de la UNAM, y funcionario de la Secretaría de Asistencia, que conoció, durante sus años juveniles, las dificultades, esperanzas y fatigas de la investigación biológica en nuestro medio.

Academia Nacional de Medicina, Av. Cuauhtémoc 330, Bloque B, Unidad de Congresos
Centro Médico Nacional " Siglo XXI", Col. Doctores, C.P 06725
Tels: 578-4271 y 578-4271

Taller 1

La recertificación por los Consejos

Coordinador: Dr. Pelayo Vilar Puig*

Secretario: Dr. Antonio Soda Merhy

Participantes:

Ma. del Carmen Amigo Castañeda
Ricardo León Anzures Carro
Sara Arellano Montaña
Carlos Javier Arnáiz Toledo
Francisco Avelar Garnica
Gilberto Barrientos Báez
Pedro Pablo Carmona Sánchez
Daniel Cruz Gómez
Vicente Cuairán
Óscar del Ángel Guevara
Victoria del Castillo Ruiz
Sefarín Delgado Gallardo
Ma. Guadalupe Fabián San Miguel
Jorge Fernández Díez
Manuel García Velasco
Tomás Gómez Maganda y Silva
Gerardo Heinze
Carlos Alejandro Hernández González
Xochiquétzal Hernández López
Guillermo Hernández Morales
Ma. del Carmen Lara Muñoz
Ricardo León Pérez
Ignacio López Caballero
Arturo Lozano Cardoso
Jesús Martínez Sánchez
Rafael Morado Gutiérrez
Ignacio Morales Camporredondo
Onofre Muñoz Hernández
Humberto Ortega Gómez
Elsa Ma. Ortega Treviño
Gonzalo E. Pacheco Vera
Luis Pérez Tamayo
Giovanni Porras Ramírez
Marco Antonio Pulido Muñoz
Luis F. Quinzanos Sordo
Nelly Ramírez Chanona
Manuel Riestra Cano
Sergio Rodríguez Cuevas
Fernando Rueda Franco
Ma. Antonieta Schettino Maimome
Rubén Tamayo Pérez

Objetivos

1. Analizar los sistemas que actualmente tienen los Consejos en México para la recertificación
2. Valorar otros sistemas para su posible aplicación en México
3. Proponer un modelo universal de recertificación para todos los Consejos en México

Conclusiones finales

Las conclusiones finales fueron alcanzadas mediante consenso general, después que divididos en cuatro grupos, cada uno de ellos, hizo sus propuestas, mismas que fueron discutidas por todos los asistentes, hasta llegar al acuerdo final de cada uno de los temas.

Propuestas

1. Se recomienda que todos los Consejos que tengan más de 5 años de antigüedad, realicen a partir de este año la recertificación periódica.
2. Se considera que esta recertificación debe hacerse en forma uniforme por todos los Consejos cada cinco años
3. No debe haber ningún límite de edad para que los médicos dejen de recertificarse, es decir, mientras un profesionista esté en activo, debe recertificarse cada cinco años sin importar su edad, considerando que se trata de garantizar su aptitud para continuar prestando sus servicios a los enfermos.
4. Se recomienda que cuando algún miembro de un Consejo, llegada la fecha de su recertificación no lo haga, no sea expulsado del mismo, considerando que no se trata de una membresía en una sociedad. Se sugiere a los Consejos que consideren a los profesionistas que no cumplan con este requisito en el momento oportuno, cesados temporalmente en sus derechos dentro del seno del Consejo, siendo el principal, el que no se les renueve el certificado, razón por la cual todos los certificados que expidan los Consejos deberán tener la fecha de vigencia.

Si en fechas posteriores el médico desea obtener su recertificación podrá hacerlo, siempre y cuando cumpla con el puntaje anual mínimo exigido por cada Consejo, no importando el número de años que hubieran transcurrido. Si no estuviera en posición de comprobar esta situación, podrá

*Académico numerario. Tesorero de la ANM

optar por un examen, cuyas características fijará cada Consejo.

5. Se consideró que por el momento debe continuarse la recertificación mediante el puntaje obtenido por las diferentes actividades académicas y asistenciales de los médicos, durante el periodo de cinco años. Si bien es claro que este sistema no es el más objetivo para conocer el grado de actualización del médico, debe continuar en tanto se fortalece lo que podemos llamar la "cultura" de la recertificación entre la comunidad médica del país, pero se recomienda a los Consejos, que introduzcan paulatinamente métodos controlados de EMC que garanticen mas objetivamente que el médico mantiene sus conocimientos y destrezas debidamente actualizados.

Se enlistan a continuación las actividades asistenciales, docentes y de investigación, que potencialmente pueden otorgar puntaje a los médicos para su recertificación. Se deja abierto a cada Consejo el puntaje que cada actividad pueda otorgar, considerando la complejidad de las actividades y las peculiaridades de cada especialidad.

A Cursos de temas de la especialidad o afines

Asistencia a los cursos en calidad de alumno

Profesor de curso (tomar en cuenta si es el titular, el adjunto o conferencista invitado)

Nacional o internacional (tomar en cuenta el contenido temático, su duración, si es teórico o práctico, la calidad del cuerpo de profesores y si se contó con evaluación de los alumnos pre y postcurso así como la evaluación del curso por parte de los alumnos)

B Programas hospitalarios dirigidos (capacitación individual en servicio, programas organizados de visitas hospitalarias)

C Sistemas de autoenseñanza (autoexámenes, programas de estudio domiciliario, caso del mes, videos, revistas, etc)

D Actividades académicas

Docencia de pre o postgrado en escuelas o facultades de medicina, en instituciones de salud o en asociaciones médicas.

En actividades con nombramiento de pre o postgrado tomar en cuenta si es titular, adjunto o asociado.

Dirección de tesis de especialidad, maestría o doctorado.

E. Publicaciones

Revistas nacionales o extranjeras (indexadas y no indexadas)

Primer autor, coautor

Considerar si se trata de artículo de investigación, caso clínico, artículo de revisión. Valorar índice de citas (no autocitas)

Libros. Autor, coautor, colaborador.

Edición de material didáctico, folletos, monografías, diskettes, videos.

F. Investigación

Miembro del Sistema Nacional de Investigación (Niveles I, II y III). Investigador de algún instituto nacional de Salud (Titular, asociado o auxiliar)

G. Otras actividades

Grados académicos. Especialidad, maestría, doctorado

H. Congresos y otras actividades

Asistencia a congresos nacionales e internacionales*

Participación en congresos nacionales e internacionales

I. Actividad asistencial

En hospital del sector salud

En hospital privado

Jefatura de división, departamento o servicio

Médico adscrito o equivalente

Práctica médica en consultorio

J. Membresía en sociedades médicas

Sociedad nacional o internacional

Ingreso abierto o mediante concurso

Puestos directivos (Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero) Presidente de Congreso Nacional o Internacional

D. Distinciones académicas (premios en concursos de sociedades, academias, instituciones de salud, menciones honoríficas, etc)

E. Asistencia a conferencias, seminarios, simposios, etc

Cuando se acredite la asistencia a este tipo de actividades, puede sumarse el total de los mismos, sugiriendo 1 crédito por cada 8 horas acumuladas.

6. Tomando en cuenta que en la actualidad la mayoría de los Consejos que otorgan aval a los cursos de EMC no tienen control sobre la actividad que están certificando, se recomienda que paulatinamente se establezcan medidas que permitan tener mayor información acerca de estas actividades.

Se considera que para otorgar el aval, quien organice un curso debe solicitarlo por escrito al Consejo, con la debida anticipación. El programa deberá contemplar titulo, nombres de los profesores, objetivos del curso, duración, metodología de la enseñanza y a quién va dirigido.

La constancia de asistencia o de cumplimiento de objetivos del curso, deberá señalar el número de créditos que el Consejo le ha otorgado.

Es muy deseable que cuando un curso tenga el aval de un consejo, informe al mismo posteriormente, mediante formas o cédulas pre-establecidas, donde se anoten los resultados del curso (número de asistentes, cumplimiento del programa y

*Nota: Se considera que una actividad es internacional, cuando es organizada por un organismo extranjero de gran prestigio fuera o dentro del territorio nacional, o cuando un evento organizado en nuestro país es avalado y controlado en su calidad por el organismo internacional. No debe considerarse un curso o congreso como internacional, por el hecho de que asistan uno o mas profesores extranjeros.

muy especialmente resultados de la encuesta postcurso y del grado de aprendizaje obtenido comparando la evaluación precurso vs la postcurso)

7. Se sugiere que progresivamente los Consejos establezcan sistemas que les permitan conocer mejor el desarrollo de los cursos que avalan, por tal motivo se proponen tres sistemas:

- a) Que el profesor del curso implemente al final del mismo una encuesta que previamente le entregue el Consejo, esto permitirá a nuestras organizaciones obtener información sobre la calidad de los cursos
- b) Que profesores invitados en los cursos que son miembros del Consejo correspondiente, proporcionen información pre-establecida al Consejo sobre el desarrollo del curso
- c) Asistencia de un observador del consejo, con la autorización del profesor titular del curso. Estos observadores asistirían en forma aleatoria a algunos de los eventos.

8. Finalmente los asistentes a este taller propusieron que se establezca un grupo permanente de trabajo, con representantes de todos los consejos, para que se reúna en el seno de la Academia Nacional de Medicina, cada 6 meses o con más frecuencia si fuera necesario, con el fin de analizar periódicamente los problemas comunes de la recertificación. Entre los propósitos de este grupo de trabajo estaría intercambiar información sobre los resultados y problemas de la recertificación en cada consejo y creación de un banco central computarizado de información sobre la certificación primero y posteriormente sobre la recertificación, con el objeto de editar un boletín informativo a todos los consejos.

En un futuro esto podría permitir a los Consejos que la recertificación de cada uno de los médicos se realizara en forma automática, al haberse incorporado la información al banco central. Con ello se evitaría la necesidad de acumular y revisar la documentación como hasta la fecha hacen los Consejos que han implementado la recertificación.

Taller 2

Las equivalencias de acreditación para las actividades de educación médica continua

Coordinador: Dr. Roberto Uribe Elías*

Secretario: Dr. Manuel Marrón Peña

Jefe de la Unidad de Educación médica continua, Facultad de Medicina UNAM

Relator: Dra. Rosalinda Cáceres

Jefe del Departamento de Actualización de Profesores, Facultad de Medicina, UNAM

Participantes

Manuel Álvarez Navarro
Luis Enrique Batres Maciel
Ma. del Carmen Castillejos Márquez
Ana Laura Castro Ahumada
Roberto del Valle Flores
Alicia García Hernández
Javier Hernández Hermenegildo
Óscar Izquierdo Izquierdo
Alejandro V. Jaimes Malacara
Miguel Loyo Ovalle
Ignacio Magaña Sánchez
Luis Francisco Molina Jaimes
Aída Mota García
Ángel S. Olivares Morales
Jesús Ortega Rocha
Leonor Pedrero Nieto
Luis Peregrina Pellón
José Luis Rodríguez López
Rubén Solache Alcaraz

Justificación

En México las instituciones educativas y de salud, la Academia Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, las Asociaciones y Sociedad Médicas, los Colegios y Consejos de Especialidades Médicas, otorgan valores diferentes a cada una de las actividades de Educación médica continua que realizan los médicos generales y especialistas, en ejercicio libre o institucionalizado.

Cuando estos profesionales necesitan la evaluación de su *curriculum vitae* con fines de ingreso, de conservación o de ascenso laboral a las distintas instituciones o de certificación

y recertificación por el Consejo de su Especialidad, encuentran una gran diversidad de criterios en la validación de las actividades asistenciales, docentes, de investigación y de actualización en los que participan, propiciando inconformidad, problemas de comunicación intersectorial y problemas para quien se encarga de hacer las valoraciones.

Otro aspecto fundamental es que al otorgar un valor definido a cada una de las actividades de EMC, ésta se convierte en obligatoria para todos los médicos del país, existiendo parámetros para la calificación o evaluación por parte de las autoridades involucradas en el proceso.

Objetivos

Lograr la unificación de criterios en todas las instituciones para la calificación de las actividades de EMC.

Establecer las bases para la homogenización de los valores (créditos, unidades, puntos, etc.) a usar en la calificación de actividades de EMC.

Otorgar un valor intercambiable similar en las instituciones para actividades del médico como:

- Alumno de cursos de actualización, especialización, maestrías y doctorados.
- Docente: titular, adjunto, asociado y ayudante de cursos de pregrado y/o posgrado.
- Investigador y autor de artículos originales publicados en revistas y libros reconocidos académicamente.
- Profesionistas en actividad asistencial de instituciones públicas y privadas.

Estrategia

Se expondrán tres pláticas integradoras, para que los participantes reciban información relevante y puedan problematizar acerca de los criterios y metodologías de evaluación usadas por las instituciones educativas y de salud en la acreditación y sus equivalencias, de las actividades de EMC en las que participa el médico.

Después, con el uso de guías de discusión, los participantes expresarán opiniones basadas en su experiencia, que se

*Secretario de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.

transformarán en conclusiones para llegar a los objetivos propuestos.

Guía de discusión

Las equivalencias de acreditación para las actividades de educación médica continua.

Marco teórico de la importancia de la acreditación en EMC

1. Definición de las actividades de EMC
2. Necesidad de la validación de las actividades de EMC
3. Conceptos de crédito, equivalencia, punto, unidad crediticia
4. Objetivos de la Acreditación de EMC
5. Instrumentos de evaluación usados en las instituciones educativas, de salud, de las Asociaciones y de los Consejos de Especialidades Médicas para calificar las actividades de EMC que realiza el médico.
6. Diferencias y semejanzas en la acreditación interinstitucional e intersectorial.

Marco legal de la acreditación de las actividades de EMC

1. Legislación institucional.
2. Legislación de los Consejos
3. Calificaciones otorgadas al médico como:
 1. Alumno de cursos de actualización y/o capacitación
30 hrs. 90 hrs.
60 hrs. 120 hrs.
De diplomados: más de 200 hrs
En créditos, en horas, en unidades, etc
2. Profesor (pregrado o posgrado)
Titular, Adjunto, Asociado, Ayudante. Por conferencia, mesa redonda, taller, hora práctica, etc.
3. Por publicaciones:
Revistas, libros, folletos, etc., como autor o coautor.
Artículos de investigación original, de revisión, etc.
Por presentación de películas y videos.
4. Por actividades asistenciales como médico:
Adscrito, Adjunto, Jefe de Departamento, Jefe de División o Unidad, Subdirector, Director o sus equivalentes.

Necesidad de Unificación de Criterios de Acreditación de las Actividades de EMC para

1. Autorización de ejercicio profesional, público y privado.
2. Ingreso, conservación y ascenso con el puesto.

3. Ingreso y conservación de grado en academias médicas, asociaciones, sociedades etc.
4. Certificación y recertificación por Consejos de Especialidades Médicas.
5. Formas de homogenización de sistemas de evaluación usadas institucionalmente.

Conclusiones

La base para la acreditación de las actividades de educación médica continua y sus equivalencias está en relación a:

- A) El concepto de la educación médica continua,
- B) Que se trata de actividades formales y no formales,
- C) Dirigidas a la medicina general o las especialidades.
- D) Siempre se imparten en periodos fuera de la formación, es decir, después de la licenciatura o la especialidad.

Los mecanismos de acreditación están dirigidos a reconocer y validar los esfuerzos que el individuo realiza cumpliendo las acciones, actividades o estrategias educativas que conforman los programas de educación médica continua.

En contraste, las acciones de certificación están orientadas a programas, instituciones y corporaciones de manera preferente y, en algunos casos, también a los individuos.

El grupo decidió recomendar, en vista del análisis realizado:

- 1) Los programas de educación médica continua deberán hacer explícitos los requisitos académicos de los aspirantes.
- 2) Que exista un reconocimiento uniforme a los esfuerzos realizados por las diversas instituciones de salud o educativas para programas de educación médica continua.
- 3) Que existan equivalencias de acreditación que faciliten y favorezcan el reconocimiento interinstitucional.
- 4) Que para favorecer este reconocimiento interinstitucional se utilicen formatos semejantes en donde se exprese de manera clara, objetiva y evidente el tipo de actividad, el número de horas, la existencia, y en su caso aprobación de la evaluación, que sirvan para estructurar los créditos o, si es pertinente, el reconocimiento formal de dicha actividad.
- 5) Se recomienda que los formatos semejantes utilicen en todos los casos la firma del profesor titular y del encargado o funcionario del área, previo registro y verificación del mismo con número y firma en el reverso para fines de referencia, lo cual puede llegar hasta el reconocimiento de firmas por las instancias habituales.
- 6) Se recomienda que la coordinación entre las instituciones de salud y educación, para fines de planeación, programación, operación y reconocimiento, se mantenga para consolidar los esfuerzos de la educación médica continua.
- 7) El grupo consideró útil la siguiente nomenclatura de cursos de EMC: actividades formales (tipo 1) y no formales

(tipo 2), tomando en cuenta la planeación, programación, evaluación y sistematización de cualquiera de las actividades o estrategias educativas seleccionadas, el número de horas necesarias para el cumplimiento de los objetivos y metas decididos. (Ver Anexo)

Sin embargo, no se descartó que las actividades no formales (Tipo 2), cuando tiendan a transformarse y cumplir con los conceptos integrales de la Educación médica continua, pueden iniciar de manera flexible su inclusión paulatina, realizando la acreditación en la medida que cumplan con los requisitos formales.

8) Por otro lado, el grupo también consideró que cualquier instancia que desarrolle programas de educación médica continua deberá estar debidamente certificada.

9) Por último, no se debe olvidar que la educación médica continua es un medio para alcanzar una mejor calidad en la atención de la salud, que es su fin principal, para evitar que se utilice únicamente con la finalidad de obtener créditos o puntuación curricular.

Anexo

A) Actividades formales o de Tipo 1, que son aquellas en las que tanto su realización como el aprendizaje son verificados por una instancia externa al alumno, se orientan hacia la mejora de la calidad de la práctica médica y de la atención de la salud de la población, y se fundamentan en un programa académico formal, entre ellas están los cursos introductorios o básicos, los cursos intermedios o de actualización, las capacitaciones o adiestramientos en servicio, y los cursos avanzados o diplomados. Su realización satisfactoria es susceptible de acreditación.

B) Actividades no formales o de Tipo 2 que se llevan a cabo en grupo, cuyo aprendizaje es autoevaluado por el alumno y su realización puede ser verificada por una instancia interna. Entre ellas están: la participación en congresos, sesiones clínicas, sesiones bibliográficas, sesiones generales de hospital, ciclos de conferencias, etc., cuyas acciones deben ser verificadas de manera objetiva por los organizadores y que actualmente no son acreditadas.

Taller 3

Interrelación de las instituciones educativas con las instituciones de salud, sociedades y consejos y otras agrupaciones médicas

Coordinador: Dr. Alejandro Díaz Martínez*

Secretario:

Dr. Enrique González Ruelas

Relatores:

Dr. Enrique Camarena Robles

Dr. Marco Antonio López Butrón

Dra. Claudia Fouilloux Morales

Participantes

Juan Ramón Aguilar Ramírez

Germán Bautista Saavedra

Gerardo Blanco Rodríguez

Guillermo Brito Guraieb

Roberto G. Calva Rodríguez

Enrique Camarena Robles

Carlos Barballar Rivera

José Ceja González

Alejandro Díaz Martínez

Ma. Eugenia Espinosa Pérez

Armando Josué Figueroa Rea

José Domingo Gamboa Marrufo

Marisela García Meneses

Alfredo Gómez Aviña

Victor González Carmona

Rosa Ma. Llano Gutiérrez

Joaquín López Barcena

Judith López Zepeda

Juan Lozano Nuevo

Pablo Miranda Fraga

Silvia Ortiz León

Victor Hugo Rosas Peralta

Rafael Santana Mondragón

Ricardo Urbina Méndez

Jesús Vázquez Escamilla

Mario Velez y Tello de Meneses

Roberto Villasaña Cano

Carlos Zamora González

Objetivos

1. Conocer y analizar las relaciones, los mecanismos de las mismas, los compromisos establecidos entre las instituciones del sector salud, las instituciones del sector educativo y las agrupaciones médicas, en relación con la EMC.
2. Conocer y analizar los recursos humanos, materiales y económicos que las instituciones de salud, educativas y agrupaciones médicas dedican a la EMC.
3. Proponer mecanismos y sistemas, programas de trabajo y calendarización de actividades que permitan la optimización y la mayor utilización de los recursos dedicados a la EMC en el sector salud, en el sector educativo y en las agrupaciones médicas.
4. Proponer el establecimiento de principios, áreas de actividad común y formas de comunicación expeditas, en el campo de la EMC, entre estas tres instancias.

Guía de discusión

1. Presupuesto que las instituciones del sector salud dedican para la EMC.
2. Recursos humanos y materiales que las instituciones del sector salud dedican a la EMC.
3. Presupuesto que las instituciones del sector educativo dedican para la EMC.
4. Recursos humanos y materiales que las instituciones del sector educativo dedican a la EMC.
5. Presupuesto que las agrupaciones médicas dedican para la EMC.
6. Recursos humanos y materiales que las agrupaciones médicas dedican a la EMC.
7. Reconocimiento de las actividades de la EMC, acreditación de profesores y alumnos y valor de la actividad interinstitucional.

*Presidente de la Federación Mexicana de Sociedades Pro Salud Mental, A.C.

8. Coordinación de los programas de trabajo, calendarización y contenidos de la EMC interinstitucional.
9. Propuestas de principios generales y sistemas comunes de acreditación interinstitucional.
10. Propuestas de intercambio de programas, de profesores y de alumnos a nivel nacional e interinstitucional.
11. Propuestas de establecimiento de compromisos interinstitucionales y formulación de convenios y acuerdos.

Conclusiones

1. Presupuesto que las instituciones del sector salud dedican para la EMC

Problema: El presupuesto existe, pero es insuficiente y no se conoce por el personal médico.

Propuesta: Que el presupuesto y su destino sea supervisado y se haga del conocimiento general.

2. Recursos humanos y materiales que las instituciones del sector salud dedican a la EMC.

Problema: Los recursos humanos y materiales son insuficientes y mínimos. En algunas instituciones son habilitados pero de manera independiente.

Propuesta: Aumentar los recursos humanos y materiales para la EMC a nivel nacional y coordinarlos.

3. Presupuesto que las instituciones del sector educativo dedican para la EMC

Problema: Se desconoce este presupuesto pero evidentemente es insuficiente

Propuesta: Que este presupuesto se haga del conocimiento médico

4. Recursos humanos y materiales que las instituciones del sector educativo dedican a la EMC

Problema: Se desconocen

Propuesta: Que el sector educativo informe periódicamente sobre estos recursos, el plan para emplearlos y los resultados obtenidos.

5. Presupuesto que las agrupaciones médicas dedican para la EMC

Las sociedades médicas dedican la mayor parte de su presupuesto a la EMC, aunque éste es insuficiente.

6. Recursos humanos y materiales que las agrupaciones médicas dedican a la EMC

Problema: Faltan recursos humanos y materiales. así como estrechar los lazos académicos entre las diversas asociaciones.

Propuesta: La mesa directiva de cada asociación médica debe promover la interacción académica de sus agremiados y contratar personal que se dedique exprofeso a la administración de recursos materiales y económicos.

7. Reconocimiento de las actividades de la EMC, acreditación de profesores y alumnos y valor de la actividad interinstitucional.

Problema: El reconocimiento no tiene uniformidad ni para el profesor ni para el alumno.

Propuesta: a) Que se dé reconocimiento para profesores y alumnos que demuestren su aprovechamiento académico, equivalente en todas las instituciones, asociaciones y consejos; b) Formar un comité plural avalado y coordinado por la Academia Nacional de Medicina. Dicho Comité estará constituido por los médicos representantes de las instituciones del sector salud, educativas y las agrupaciones médicas reconocidas por la Academia nacional de Medicina; c) Los profesores titulares y adjuntos deberán estar certificados por sus respectivos Consejos médicos.

8. Coordinación de los programas de trabajo, calendarización y contenidos de la EMC Interinstitucional.

Problema: No hay coordinación

Propuesta: Coordinación de las instancias comprometidas para programas anuales, calendarios y contenidos por niveles académicos con un enfoque nacional.

El diseño de los programas será supervisado por el Comité plural, la coordinación estará a cargo de la Academia Nacional de Medicina y el aval por el Consejo respectivo.

9. Propuestas de principios generales y sistemas comunes de acreditación interinstitucional.

El Comité plural dará la acreditación de la EMC, los créditos serán homogéneos para todas las instituciones del sector salud, educativas y agrupaciones médicas avaladas por la Academia Nacional de Medicina.

10. Propuestas de intercambio de programas, de profesores y de alumnos a nivel nacional e interinstitucional.

a) Promover el intercambio interinstitucional individual y de grupo para los cursos de EMC.

b) Permitir a profesores y alumnos el acceso a estos cursos a nivel nacional.

c) Aprovechar los congresos nacionales para realizar actividades paralelas de EMC dirigidas al médico general.

d) Crear cursos de EMC para el personal de salud no médico.

e) Hacer un directorio y darle difusión.

11. Propuestas de establecimiento de compromisos interinstitucionales y formulación de convenios y acuerdos.

a) Establecer en los estatutos de asociaciones e instituciones los lineamientos que favorezcan la EMC: becas, permisos, incentivos, etc.

b) Renovar o crear convenios académicos interinstitucionales y con las agrupaciones médicas avaladas

por la Academia Nacional de Medicina. Hacer que estos convenios sean conocidos por el gremio médico.

- c) Crear estímulos para los médicos que lleven a cabo la enseñanza y/o aprendizaje de la EMC a través de calificación curricular, incentivos laborales, aporte pecuniario.
- d) Contemplar la generación de un diario médico y material de autoenseñanza y autoevaluación.
- e) Instar al médico para que cumpla un mínimo anual de actividades de EMC para que pueda ejercer satisfactoriamente la profesión médica.
- f) Conminar a cada médico para que pertenezca a alguna agrupación médica reconocida por la Academia Na-

cional de Medicina y recomendar a dichas agrupaciones comprometerse a proporcionar la EMC.

- g) Evaluar el impacto a corto y largo plazo de las acciones realizadas.
 - h) Difundir a la opinión pública los acuerdos aprobados y los logros obtenidos.
 - i) Dar periodicidad a las reuniones de las partes involucradas (reuniones de EMC)
12. Los participantes del taller consideraron conveniente recomendar al Comité Organizador de esta reunión la publicación de estos trabajos.

TALLER 4

Evaluación de la educación médica continua

Coordinador: Dr. Alberto Lifshitz*

Secretarios: Dr. Alberto García Mangas, Dra. Aída Mesina Aguilar

Relator: Dr. José Luis García Vigil.

Participantes

Gustavo Arenas Serna
Leonor Barile Fabris
Ignacio Calderón
Francisco Calderón Ferro
Moisés Casarrubias
Guadalupe Castillo Hernández
Ma. Guadalupe Castro Martínez
Ma. del Rocío Chapela Mendoza
Norberto Manuel Heredia Jarero
Apolinar Membrillo Luna
Antonio Moreno Guzmán
José Navarro Robles
Domingo Antonio Ocampo
Octavio Noel Pons Alvarez
Gilberto Salgado Arteaga
Octavio Sierra Martínez
Nora Janitzia Vázquez-Mellado Cervantes
Magdalena Villagómez Amezcua
Jorge Larracilla Alegre
Enrique Graue

Se plantearon como objetivos la identificación de los aspectos de la educación médica continua que deben someterse a evaluación y control, y la propuesta de métodos, procedimientos e instrumentos para la evaluación y el control de la educación médica continua.

Antes de iniciar las discusiones en torno a los objetivos se llegó a acuerdos en relación a la terminología, de modo que se aceptó que la evaluación es el proceso que consiste en la medición del desempeño, la comparación de los resultados contra un estándar establecido previamente y la emisión de juicios de valor, mientras que el control es el proceso de verificación del desempeño observado en relación con el esperado, la identificación de desviaciones y la aplicación de medidas correctivas necesarias para asegurar el logro de los objetivos.

Al considerar que sólo son evaluaciones verdaderas las que abarcan de manera integral todos los aspectos de la educación médica continua, no se consideró que hubiese aspectos de privilegiar, independientemente de que, para propósitos de certificación o acreditación, se puedan realizar evaluaciones parciales, consideradas "cuasievaluaciones". El enfoque del grupo fue más hacia la evaluación de la educación médica continua en su conjunto que hacia la evaluación tan sólo del proceso o de los resultados. Por lo tanto, se propuso que habría que incluir la evaluación del contexto, incluidas las políticas, el marco legal, la ética profesional y los recursos; la evaluación de los servicios de educación médica continua, incluyendo cursos y programas, reuniones académicas y científicas y los Centros de Documentación en Salud, mediante sistemas internos de control de calidad y mediante encuestas de opinión de prestadores de servicios y de usuarios; y evaluación de la calidad del programa educativo, incluyendo su diseño, su congruencia con las necesidades de salud de la población, con las necesidades de capacitación del personal médico y con los avances científicos y tecnológicos, el desarrollo de los programas y sus resultados en términos tanto de aprendizaje como de satisfacción y de impacto.

Se propuso que sea la Academia Nacional de Medicina el órgano que coordine los trabajos de evaluación de la educación médica continua en México, a través de grupos interinstitucionales que abarquen tanto el sector público como el privado, para que elaboren los lineamientos generales de la evaluación y el diagnóstico situacional de la educación médica continua en el país.

Aspectos de la educación médica continua que pueden someterse a evaluación

Elemento: *El contexto*

Objetivo: Evaluar el contexto de la EMC

Unidades de análisis:

- Las políticas
Certificación de los profesionales por los consejos de especialidad.
Acreditación de los profesionales por las instituciones educativas.

* Titular de la Jefatura de Servicios de Educación Médica, Subdirección General Médica, IMSS.

- Los recursos destinados a la educación médica continua
- El marco legal
- La ética profesional

Criterio: Describir, en lo general, las condiciones reales y deseables de la EMC en el país.

Elemento: *Los servicios de educación médica continua*

Objetivo: Evaluar la calidad de los servicios de EMC

Unidades de análisis:

- Los programas y cursos que se desarrollan en sus diferentes modalidades.
- Los adiestramientos en servicio
- Las actividades básicas de capacitación
- Las reuniones o eventos académicos y científicos
- Los servicios que prestan los centros de documentación en salud
- Las publicaciones de revistas y libros

Criterios:

- Relevancia de los programas educativos
- Eficiencia en la prestación de servicios
- Efectividad en la prestación de servicios
- Equidad en la prestación de servicios
- Constancia de la prestación de servicios
- Satisfacción de expectativas de los usuarios de servicios de EMC
- Elemento: *Calidad del proceso educativo*

Objetivo: Evaluar la calidad del proceso de EMC

Unidades de análisis:

- Diseño de los programas de EMC
- Desarrollo de los programas de EMC
- Resultados de los programas de EMC

Criterios

Para evaluar el diseño:

- Relevancia de los programas de EMC
- Congruencia con las necesidades de salud de la población

Congruencia con las necesidades de capacitación del personal médico

Congruencia con los avances científicos y tecnológicos

Para evaluar el desarrollo y los resultados:

Cumplimiento de los objetivos educativos planeados

Evaluación formativa del avance individual e los educandos

Satisfacción de los educandos por la calidad de la EMC que recibieron

Eficacia terminal

Uso adecuado de los recursos destinados a la EMC

Impacto o efecto producido por los programas de EMC en la solución de problemas específicos y en la calidad del servicio médico que proporcionan los egresados.

Ganancia de aprendizaje en las tres esferas del conocimiento

Rendimiento académico

Elemento: *El grado de capacitación lograda por los médicos*

Objetivo: Evaluar el grado de capacitación de los médicos

Unidades de análisis:

- Evaluación de la participación en actividades de EMC escolarizada y su congruencia con la práctica.
- Evaluación de los conocimientos, competencia clínica y conducta prescriptiva de los médicos.

Criterios

Médico capacitado para la práctica clínica

Grado de capacitación:

Suficiente

Buena

Muy buena

Excelente

Médico no capacitado para la práctica clínica

Grado de capacitación:

Insuficiente

Taller 5

Principios y fundamentos de la educación médica continua

Coordinador: Gral. de Brigada Médico Cirujano Leobardo C. Ruiz Pérez*

Secretario:

Coronel Médico Cirujano

Octavio Martínez Natera

Relator:

Teniente Coronel Médico Cirujano

María Lorena López Quezada

Participantes

Jorge Arellano López

Ernesto Castelazo

Jesús del Real Sánchez

Luis Limón Limón

Melitón Luna Castro

Fernando Magallanes Negrete

Enrique Mandujano Vera

Julio Ordóñez Martínez

Rodolfo Reynoso Torres

Héctor Rodríguez Villarruel

Esteban Soto Flores

Raúl Vizzuett Martínez

Justificación

1. La protección a la salud es una garantía social estipulada en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. La salud es una necesidad básica para la sociedad y amerita se consolide una "Doctrina de Salud" que demanda tanto la participación del estado como la del individuo.
3. La educación médica continua es un elemento estratégico para cualquier cambio sustancial en la atención a la salud, con proyección trascendental en los ámbitos político, económico y social del país.
4. Los avances cognoscitivos y tecnológicos de la medicina determinan e imponen el progreso de la metodología de la enseñanza, lo que obliga a su vez a un cambio de actitud para que se dé el fenómeno de enseñanza-aprendizaje.

Objetivos

1. Definir el concepto de educación médica continua conforme a la situación que vive la medicina moderna en general, y en particular la de nuestro país.

2. Determinar el ámbito de la educación médica continua, donde debe impartirse y cómo hacerla llegar a quienes se desempeñan fuera del contexto hospitalario.

3. Determinar las modalidades más adecuadas para un mejor proceso de enseñanza.

4. Implementar un mecanismo eficiente de evaluación.

5. Diseñar un mecanismo de enseñanza continua con diferentes modalidades, que pueden beneficiar a médicos especialistas, médicos generales, enfermeras, técnicas y personal para médico, siendo la preparación de todo este equipo en conjunto, indispensable para el desarrollo óptimo de la medicina moderna.

Material de apoyo bibliográfico

Álvarez Manilla, José Manuel y cols: Los desafíos de la educación médica en México. Universidad Nacional Autónoma de México. Secretaría General. Primera edición: 1990.

Ashikawa, Hidemichi et. al., Reexamination of Relationships between Student's Undergraduate Majors, Medical School Performances, and Career Plans at Jefferson Medical College, ad. med., vol. 66 (8); 1991:458-464.

Bentley James D. et. al. Faculty Practice Plans: The Organization and Characteristics of Academic Medical Practice. Acad. Med. 66 (8); 1991: 443-439.

Dunn Earl V. et. al. Study of Relation of Continuing Medical Education to Quality of Family Physicians's Care. J. Med. Ed. 63 1988; 775-785.

Friedman Charles P. et. al. Improving the curriculum through continuous evaluation. Acad. Med. 66: (5); 1991. 257-258.

García de Paredes Gaspar. Improving Medical Education in the Americas. Acad. Med. 66. 3. 1991: 152-153.

Honet Joseph C. Graduate Medical Education: does Form follow Function? Arch Phys Med Rehabil Vol 72, January 1991. 1-6.

Howell Joel D. An elective Course in Medical History. Acad. med. 66:11. 1991. 668-669.

Pruitt Raymond D. The Mayo Legacy in Medical Education. Mayo Clin Proc 66:317-321,1991.

*Director General de Sanidad Militar.

Pulido Pablo A. Improving Medical Education in the Americas. Acad. Med. 66:9. 1991. 520-521.

Spooner Charles E. J. Med. Ed. 63 April 1968. 339-340.

Conclusiones

La educación médica continua ha sido una preocupación constante para las instituciones y organizaciones relacionadas con la salud. Podríamos decir que es una práctica generalizada pero desafortunadamente sólo en un grupo privilegiado ha tenido respuesta adecuada. El equipo de salud para lograr impactar en el nivel de bienestar de una nación, debe tener un desarrollo homogéneo y por lo tanto la EMC no debe ser prerrogativa de una profesión o grupo laboral.

Los integrantes del taller "Principios y fundamentos de la EMC" se dieron a la tarea de analizar los objetivos y estrategias señalados inicialmente por el Comité Organizador de la reunión. Igualmente se consideraron definiciones y conceptos elaborados con anterioridad por el Comité Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.

El grupo de trabajo se permite proponer que la EMC sea considerada como un proceso educativo que se inicia al término de una carrera del área biomédica en sus diferentes niveles académicos, el cual debe ser formal y sistemático, durante la vida profesional de los miembros del equipo de salud.

Elevar el nivel profesional o la capacidad técnica de los prestadores de servicio no tendría razón si no fuera esto con el propósito fundamental de proporcionar a la comunidad una mejor calidad en la atención integral de la salud, procurando que ésta sea, además de oportuna, humanitaria y adecuada.

La medicina tiene como modelo matemático la curva Gaussiana, lo que implica que el equipo de salud durante su vida profesional vaya ganando desviaciones estándar mediante la EMC. Podríamos decir entonces que de, acuerdo con este modelo, el conocimiento no sería total y sólo podría enriquecerse mediante la experiencia propia y la adquisición de nuevos conocimientos.

En la época actual la velocidad de cambio en los ámbitos científico y tecnológico es considerable, de ahí que a espacios muy cortos los conocimientos y las habilidades están obligados a modificarse. En una revisión llevada al cabo en la Universidad de Harvard, relativas a una comparación de la primera y décimo cuarta ediciones del libro de medicina interna de Cecil, entre las cuales hay 50 años de diferencia, se pudo comprobar que el 70% de la terapéutica propuesta en 1927 podía clasificarse en cuatro grupos de acuerdo con criterios actuales: 1) cuestionables, 2) inefectivos, 3) peligrosos y 4) francamente mortales; sólo el 3% continuaba vigente. Dar alcance a tan significativos cambios sólo puede lograrse mediante la EMC.

La atención a la salud y otras actividades humanas no están exentas de los paradigmas y esto compromete al equipo de salud a utilizar la EMC como herramienta en el manejo de ellos.

La actividad que desarrolla el equipo de salud es una disciplina de ciencia y arte, debe ser un proceso metódico con un valor y una actitud bien definidos. La EMC incrementará la base científica y por lo tanto también le dará mayor solidez.

El equipo de salud, cualquiera que sea su nivel de atención al que enfoque su actividad, requiere además del servicio oportuno, amable y profesional que debe de prestar, llevar a cabo actividades que eleven su autoestima y realización; la EMC contribuye sustancialmente a que los profesionales de la salud se perciban como un grupo de valor e influencia dentro de la comunidad. Esto es especialmente válido para la atención primaria a la salud en donde quizá no existan los diplomas y las constancias de los especialistas, pero que existe un reconocimiento explícito por parte de quienes son sujetos de la atención.

Por otra parte la comunidad nacional cada día se encuentra mejor informada de los problemas de salud que le aquejan, aunque algunas veces exagerados y deformados por los medios masivos de comunicación. De cualquier modo estos conocimientos constituyen una mayor exigencia para los prestadores de servicios que los llevan algunas veces al ensañamiento terapéutico y otros muchos vicios. La EMC es una respuesta a esas demandas y le dan posibilidades a los integrantes del equipo de salud de atender más adecuadamente estas conductas.

Si bien el equipo de salud es fundamentalmente un grupo interdisciplinario, es necesario que exista un factor que unifique criterios, sume los esfuerzos y mantenga la disciplina en la atención a los problemas de salud. Por lo tanto es un grupo que requiere de un líder que conduzca y facilite la acción y que además cuente con el reconocimiento de todos los integrantes. La EMC permitirá que el médico ejerza ese liderazgo racional siempre y cuando demuestre a los demás que sus conocimientos y habilidades lo colocan en una situación de atender al paciente y al mismo tiempo facilitar el trabajo del resto del equipo.

La EMC debe permitir que los intereses de quienes constituyen las profesiones biomédicas se satisfagan y se hagan compatibles con las necesidades asistenciales, de enseñanza e investigación, así como socio-económicas.

En la actualidad la EMC debe abarcar todo el personal del área biomédica del territorio nacional, pudiendo sin embargo, clasificarse de acuerdo a la modalidad del ejercicio profesional, sea este institucional o privado, si se trata de personal especializado o no especializado y de si se encuentra en el ámbito urbano o rural. Es pues necesario hacer llegar la EMC

a todos los niveles y profesiones, pero cuidando que el diseño del programa se adecue y se haga específico para cada grupo en particular.

La implementación de los programas de EMC para el personal institucional es responsabilidad de la institución que los emplea; para los especialistas esto correspondería a las agrupaciones e instituciones que proporcionarán no sólo el diseño, sino también los instrumentos y de preferencia someterán los resultados a la consideración de los consejos respectivos.

El grupo de profesionales no institucionales, en especial aquéllos que ejercen en el área rural, constituyen un objetivo preferente, ya que no gozan de la proximidad a los centros de estudio y de atención médica especializada, independientemente que para muchos de ellos los horarios de trabajos son, además de prolongados, bastante irregulares. Es en estos casos donde la autoridad sanitaria local debe responsabilizarse de implementar y promover los programas de EMC, haciéndolos accesibles a todo el personal del equipo de salud que se encuentre registrado en su jurisdicción. Habrá de evaluar también los resultados y extender las constancias respectivas; todo esto de manera formal y permanente. La misma autoridad sanitaria identificará el acervo, los medios

de consulta y demás medios de EMC con fines de divulgarlo a la comunidad.

Para el grupo mencionado en el párrafo anterior, y probablemente también para el grupo institucional especializado o no, la EMC debe de contemplar conocimientos básicos del área biomédica. Aspectos importantes también habrán de ser los relativos a los niveles socioculturales de las comunidades en donde prestan sus servicios. Recientemente han tomado capital importancia los aspectos bioéticos puesto que la tecnología ha incorporado procedimientos que al mismo tiempo que favorecen a la población beneficiaria de los sistemas de salud, existen otros que pueden dañarla física y emocionalmente de manera irreparable.

Por último, el grupo que constituye el taller “Principios y fundamentos de la EMC” se permite proponer a esta reunión la conveniencia de promover la revisión de la legislación en materia de profesiones del área biomédica, de manera tal que se establezca la renovación periódica de la cédula profesional y de esta manera introducir un factor de estímulo y obligatoriedad que haga posible la EMC en las profesiones biomédicas y de esta manera asegurar a la nación mexicana una atención moderna y ética de los problemas de salud.

TALLER 6

Problemas de financiamiento de la educación médica continua

Coordinador: Dr. Francisco Flores Mercado*

Secretario: Dr. Félix Octavio Martínez Alcalá
Relator: Dr. Aquiles Ayala Ruiz

Participantes:

Judith Ablanado
Jesús Ávalos Soberano
Ramón Celaya Barrera
Rosa Elia Ordóñez Juárez
Claudio Rangel Quintanar
Tlatoani Real Mata
Miroslava Marisol Reyes Davis
Jorge Oropeza Morales
Concepción Rugerio Vargas
Javier Santacruz Varela
Silvia Santamaría Galván
Fermín Valenzuela

Introducción:

La educación médica continua es un proceso a través 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 de una responsabilidad compartida entre los médicos interesados -que deberían serlo todos sin excepción-, instituciones y diversos organismos. La coordinación de estas acciones entre las diversas instituciones es muy compleja y, por tanto, es necesario definir conceptos y deslindar atribuciones.

La educación médica continua en nuestro país confronta además otro tipo de problemas singulares, ya que un porcentaje muy elevado de los médicos que ejercen no han tenido acceso a educación formal de posgrado, y a lo más que han podido aspirar es a obtenerla por medio de cursos monográficos, cortos, monotemáticos, las más de las veces mal organizados y administrados desde el punto de vista docente, educacional, y en los que ha participado en forma determinante el problema del financiamiento.

Otro aspecto que se debe destacar es que aunque existe un centralismo marcado, la mala distribución de los médicos en el país hace que su localización agrave aún más el problema de la organización de la educación médica continua, ya que se hace difícil su desplazamiento a los centros donde se realiza, interviniendo nuevamente aquí, de alguna manera, el problema del financiamiento.

En la educación médica continua deberían tomarse en cuenta como problemas para su financiamiento algunos aspectos, entre los que podríamos destacar los siguientes:

- Salarios del personal docente (profesores)
- Costos de la administración logística, como hospedaje alimentación, uniformes, etcétera.
- Alimentación, uniformes, etcétera.
- Costos de las becas de los educandos.
- Costos del mantenimiento de bibliohemerotecas, videotecas, material bibliográfico de apoyo, fotocopadoras, etcétera.
- Costos del personal secretarial
- Costos de administración general
- Costos de los seguros de responsabilidad civil que cubra posibles demandas penales y civiles de enfermos involucrados en la educación médica continua

¿Quiénes en México realizan el financiamiento de la educación médica continua?

Entre otras organizaciones podemos mencionar a:

- Universidades
- Instituciones del Sector Salud (gobierno)
- Otras instituciones gubernamentales (CONACYT)
- Industria químico-farmacéutica
- Fundaciones nacionales
- Fundaciones extranjeras
- Agrupaciones culturales
- Instituciones bancarias y financieras

Dado que es evidente que la alianza entre la profesión médica y la industria químico-farmacéutica es incuestionablemente benéfica para la educación médica con-

*Director General del Hospital Santa Teresa

tinua, en muchas ocasiones sólo gracias al financiamiento proporcionado por ésta es posible, pero es importante destacar que esta alianza e interacción debe ser responsable, productiva, comprometida y constantemente supervisada, para que rinda un sinergismo benéfico. En México conviene regular este apoyo en beneficio de ambas partes, como ya se está haciendo formalmente en otros países, como en Estados Unidos e Inglaterra, en los que se ha normado la participación de la industria farmacéutica en los eventos de educación médica continua, por ejemplo en cuanto a :

- Valor de los obsequios o regalos promocionales, tipo y mensajes subliminales
- Ética de eventos científicos, pseudocientíficos, sociales, convivios, etcétera.
- Simposia satélites que fueron prohibidos en los Estados Unidos por la FDA
- Monto y tipo de gastos que otorgan a profesores durante actividades de educación médica continua (pago de boletos de avión a familiares).
- Contenido del material publicitario impreso que se “reparte” en los eventos
- Situación de las “salas de exhibición”, que no deben estar dentro del propio recinto donde hay actividad científica (por ejemplo, en el mismo salón donde se exhiben carteles científicos).

En términos generales se considera que en esta relación debe imperar una actitud sensata, precavida, siguiendo siempre normas estrictas en las que claramente exista predominio de la conducta ética y científica, y dentro de un marco de respeto mutuo.

Otros aspectos interesantes que es importante señalar cuando se habla de los problemas de financiamiento de la educación médica continua son:

¿Se debería reglamentar este financiamiento?

¿Qué facilidades económicas, recursos materiales y tiempo les otorgan a los educandos las instituciones de salud, y cuáles serían las idóneas?

¿En las mismas instituciones de salud los sindicatos representan ayuda o bloqueo para llevar a cabo acciones de educación médica continua?

¿Son suficientes los estímulos fiscales que tiene el médico para educarse continuamente?

¿Cuál es la fuente tradicional en la que se sustentan las asociaciones médicas para realizar la educación médica continua?

¿Cuál es el costo para las instituciones de salud de la educación médica continua y cuál es el beneficio que se obtiene a largo plazo?

Objetivo:

- Identificar la situación actual y problemática del financiamiento de la educación médica continua, así como sus alternativas de solución

Guías de discusión:

Para el mejor aprovechamiento del taller se plantearon varias guías de discusión:

1. Identificación y propósitos de los organismos públicos, sociales que desarrollan actividades de educación médica continua.

- ¿Qué organismos desarrollan actividades de educación médica continua?
- ¿Cuáles son sus características principales y los propósitos de estas organizaciones?

2. Situación actual del financiamiento de la educación médica continua. Papel que juega la industria farmacéutica, fundaciones privadas, organismos internacionales, instituciones de salud y el personal médico en su contexto individual, como parte de una institución y de un sindicato.

- ¿Puede cuantificarse la magnitud de las aportaciones?
- ¿Qué trámites se requieren para disponer de los fondos?
- ¿Qué trámites se requieren para participar como alumno en esas actividades? ¿Orogamiento de becas? ¿Costo para los alumnos?
- ¿Quién define el presupuesto y las actividades a financiar?
- ¿Costo de la educación médica continua?
- ¿Honorarios profesionales de los profesores?

3. Congruencia entre objetivos particulares de los alumnos, instituciones, Programa Nacional de Salud y el financiamiento de la educación médica continua por parte de las instituciones de salud, la industria farmacéutica, fundaciones privadas, organismos internacionales, organizaciones sindicales y del personal de salud.

- ¿Existe congruencia entre los objetivos personales y las actividades de educación médica continua que son financiadas?
- ¿Existe congruencia entre los objetivos de las instituciones de salud y las actividades de educación médica continua que son financiadas?
- ¿Existe congruencia entre las actividades de educación médica continua que son financiadas por diversas entidades, con los objetivos del Programa Nacional de Salud?

4. Diseño de propuestas para la mejor utilización de los presupuestos que se erogaron para financiar actividades de educación médica continua.

- ¿Es posible organizar un Programa Nacional de Educación Médica Continua?
- ¿Es factible integrar un solo presupuesto para el financiamiento de las actividades del programa?

- ¿La estructura administrativa de las diferentes instituciones y organizaciones lo permite?
- ¿Qué alternativas existen?

Conclusiones:

Existen múltiples programas de educación médica continua, tanto a nivel institucional, como organizados por entidades públicas y privadas, obedeciendo a necesidades específicas de ellas. Lo anterior genera duplicación y repetición múltiple de esfuerzos e ineficiencia en la utilización de los recursos.

El financiamiento para la organización de estas actividades proviene de aportaciones del gobierno federal, vía presupuesto, donativos de instituciones privadas y públicas, en particular de la industria farmacéutica, y de recursos propios de los educandos. Todas estas aportaciones, con excepción del presupuesto, no obedecen a un plan determinado.

En términos generales, existe en las instituciones un presupuesto asignado para la educación médica continua, mismo que habitualmente es insuficiente, en muchos casos no se conoce su monto por parte de las autoridades educativas y, en otras ocasiones, se desvía hacia otros programas de tipo asistencial, desconociéndose el costo-beneficio y el impacto educacional.

El financiamiento por las instituciones privadas y organismos internacionales, en especial el que proviene de la industria farmacéutica, se orienta al apoyo de actividades aisladas, que no toman en cuenta prioridades institucionales o nacionales, y cuya autorización está sujeta al criterio prevaleciente en ese momento y a la disponibilidad de recursos de cada una de ellas.

Dado que es evidente la alianza benéfica entre la profesión médica y la industria químico-farmacéutica, particularmente en las acciones de educación médica continua, sugerimos que se regule este financiamiento con el fin de hacerlo más

productivo, y que brinde un verdadero beneficio dentro de un marco de ética profesional.

La creación de un patronato formado no sólo por la industria químico-farmacéutica, sino también por otros organismos que fuesen fuente de financiamiento y manejado por la Academia Nacional de Medicina, evitaría la duplicidad de eventos, racionalización de costos y su programación de acuerdo con el beneficio de la comunidad médica.

El personal de salud ve limitada su participación por el costo de las actividades educativas, cuando éstas se realizan fuera de sus instituciones, gastos por desplazamiento a otras zonas geográficas (transportación, hospedaje y viáticos). Por otra parte, las posibilidades de actualización individual, también implican un costo, como es el caso de suscripciones a revistas, libros y otro tipo de material didáctico. Esta situación se ve magnificada para el personal médico que no ejerce en alguna institución.

En el contexto actual, la posibilidad de efectuar una utilización óptima de los recursos financieros que se emplean en la educación médica continua, implica la creación de un plan nacional, que identificara objetivos, estableciera políticas y estrategias, señalando las necesidades y las fuentes de recursos disponibles. Este plan sería el eje rector que orientara los programas dirigidos tanto al personal institucional como no institucional.

El desarrollo de este plan implica la existencia de un órgano rector que coordine su aplicación a todos los niveles y se propone que, por su capacidad de convocatoria y fuerza moral, sea también la Academia Nacional de Medicina quien asuma esta función.

Recurrir a otros sistemas neopedagógicos “no escolarizados”, menos costosos como teleconferencias vía satélite, solicitando a la Secretaría de Comunicaciones la difusión por este medio, optimizando así los recursos al menor costo posible y su difusión en toda la República Mexicana.

TALLER 7

Regulación de la Educación Médica Continua

Coordinador: Dr. Raúl Gutiérrez Gutiérrez

Secretario: Dr. Federico Díaz Ávila
Relator: Dr. Roberto Alfaro Sánchez

Participantes:

Elías S. Canales Pérez
Dirta del Carmen Cisneros Vera
María Eugenia Espinoza Pérez
Rigoberto Martínez Benavides
Jorge Rodríguez Fernández
Héctor Rodríguez Moyado
Niels Wachter Rodarte
Leopoldo García Himmelstine
María Martha Méndez Vargas

Objetivos:

1. Establecer una reglamentación efectiva de la EMC considerando las normas básicas indispensables.
2. Basado en lo anterior, dejar abierta la posibilidad de enriquecerla con sustracciones, adiciones y modificaciones.

Guía de discusión:

1. Análisis situacional

¿Cuál es el panorama de la educación médica continua en la asistencia médica institucional y privada?

¿Se considera que la infraestructura es suficiente para poder tomar decisiones que involucren a las áreas de la práctica médica que no se encuentren comprometidas en ello, aprovechando la experiencia de las academias, sociedades médicas y otros cuerpos colegiados, que han establecido en su organización y detectar los aspectos que formen un común denominador básico?

2. Marco Conceptual

La EMC como una necesidad definitiva

¿Debe comprender todos los niveles de la atención médica?

¿Se crea la obligatoriedad de pertenecer a una sociedad médica?

¿La certificación periódica es un medio para garantizar el conocimiento y las destrezas profesionales?

¿Qué organismo es el responsable de esta rectoría?

3. Marco Jurídico

En el reglamento de la EMC se debe tomar en cuenta primordialmente las leyes que rigen estas acciones, los reglamentos profesionales, reglamentos de las instituciones, estatutos de organismos colegiados, acuerdos para la integración de la comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud, información general de normas y procedimientos para la EMC, condiciones generales, manual de procedimientos para la capacitación y desarrollo del personal de salud, etc.

4. Propuestas definitivas

1. MARCO CONCEPTUAL

Después de revisar varias definiciones de Educación Médica Continua, para fines del taller se aceptó la siguiente:

Proceso permanente que se inicia al concluir la educación formativa, encaminado a incorporar los avances científicos y tecnológicos en el saber y quehacer profesionales. al tiempo que se cumplen funciones asistenciales que perfeccionan las destrezas y fortalecen las actitudes.

Si se entiende a la Educación Médica Continua desde el punto de vista conceptual como una necesidad definitiva. No se encontró que exista una regulación suficiente que comprometa los tres niveles de atención médica, que implique la necesidad de pertenecer a una sociedad médica, que considere la recertificación como un medio para garantizar el conocimiento y las destrezas profesionales ni la definición del organismo rector.

2. ANÁLISIS SITUACIONAL

Después de analizar las condiciones actuales en que se desarrolla la Educación Médica Continua en las instituciones de salud pública, así como en el ejercicio privado de la profesión, se encontró lo siguiente:

Han habido esfuerzos encaminados hacia la regulación de la EMC como lo evidencia la Primera Reunión Nacional de Educación Médica Continua, celebrada en agosto de 1981 por la Academia Nacional de Medicina; se realizó un nuevo

intento en el año de 1986 a través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, mismo que se repite en 1992, pese a lo cual no se ha consolidado la regulación en materia de EMC.

Existen programas de educación médica continua en todas las instituciones de salud pública y en algunas privadas en forma heterogénea en cuanto a su conceptualización, reglamentación, obligatoriedad y sistemas de evaluación.

No existen estímulos específicos en relación con las actividades de EMC en ninguna de las instituciones del sector salud.

Los planes y programas se hacen con base en la oferta de profesores y cursos y no en las necesidades personales, institucionales y sociales.

Los sistemas de evaluación de estas actividades no consideran el impacto que tienen en la práctica profesional y con frecuencia se limita sólo a la evaluación cognoscitiva.

El sector más desprotegido es el de la práctica privada, en especial aquellos que se dedican al ejercicio de la medicina general, responsables de la atención de la mayoría de los problemas de salud de la población, dichos médicos frecuentemente no están afiliados en asociaciones profesionales.

Los médicos generales no cuentan con un consejo encargado de su recertificación.

El valor curricular que se otorga a las diferentes actividades de EMC es variable para cada institución, siendo inexistente en algunas.

RECOMENDACIONES

Con el propósito de que la regulación de la educación médica continua sea efectiva:

Se sugiere que se adopte una definición que sirva como eje para todo el sistema de enseñanza continua en materia de salud (art. 93 Ley General de Salud).

Se recomienda que al generar la normatividad en materia de EMC se haga énfasis en considerar los tres niveles de atención médica.

Plantear la necesidad de pertenecer a una agrupación médica para cumplir con estos fines.

Considerar la recertificación como un medio que garantice el conocimiento, las destrezas y actitudes profesionales.

Se propone que sea la Academia Nacional de Medicina el órgano de consulta técnica ante las secretarías de Salud y Educación Pública responsables de la normatividad (basado en el artículo 15 de la Ley General de Salud).

Se propone la formación de un órgano, similar a los consejos, en el área de medicina general que permita la aplicación de la regulación en materia de EMC.

Finalmente el grupo de trabajo recomienda que como producto de esta Segunda Reunión Nacional de Educación Médica Continua, se establezca una segunda comisión permanente que dé continuidad a los esfuerzos realizados, que concluya con la regulación global de la EMC.

TALLER 8

Las nuevas tecnologías en los programas de Educación Médica Continua (EMC)

Coordinador: Dr. José Antonio García Reyes* ♦ Dr. Mariano García Viveros**

Secretario: Dr. Luis Alberto Vargas

Relator: Dra. Norma Juárez Díaz

Participantes:

Ma. del Carmen Ávila Vázquez
Arturo Becerril Lerín
Carlos García Calderas
Amanda Gómez González
Salvador González
José Jaramillo Magaña
Norma Juárez Díaz González
Victoriano Llanca
Gilberto Lozano Lozano
José Antonio Martínez González
Alberto A. Mercado Coria
Marco Antonio Mora García
Antonio Navarrete Ramo
Pedro Ordaz Porras
Efraín Palacios Quintero
Juan Pablo Pinsón
Patricia Romano
Emma Ruiz Cruz
Maximiliano Toledo González
Manuel Gándara
Ana María Barnes
Graciela Muller
Mercedes Llano
Javier González Durazo
Ángel Torres
Jorge García Reyes Barroso
Carlos Coronado

Objetivos:

1. Revisar la información actualizada sobre los diversos equipos e instrumentos disponibles para el proceso de enseñanza-aprendizaje en la EMC.
2. Hacer un análisis de las posibilidades que ofrecen cada uno de los diferentes instrumentos y equipos.

3. Identificar la disponibilidad de los nuevos medios y equipos en las instituciones del país.

4. Discutir la aplicabilidad de los diversos elementos técnicos disponibles a las necesidades específicas de la modalidad individual o grupal, en presencia o a distancia en programas multicéntricos.

5. Obtener el consejo de expertos en cuanto al análisis de eficiencia-costo de acuerdo con las modalidades señaladas en el inciso anterior.

Estrategia:

1. Introducción: Dr. Mariano García Viveros
2. Precisión de los objetivos del taller y explicación de la estrategia a seguir
3. Presentación de la Guía de Discusión y preguntas sobre la misma
4. Presentación de los participantes expertos invitados:
 - a) Ing. Jorge García Reyes (IBM)
Las nuevas tecnologías y su aplicación en la educación
 - b) Dr. Luis Alberto Vargas (UNAM)
Modalidades para la Educación Médica Continua
 - c) Ing. Manuel Gándara (C.I.S.E. UNAM; Ed/Mac)
Aprendizaje interactivo. Recursos y estrategias
 - d) Dr. Javier González Durazo (IBM)
El potencial de la tecnología en la actualización profesional del médico
 - e) Dr. Rodolfo Pérez Carrillo (IBM)
 - f) Mtro. Ángel Torres (ILCE)
 - g) Q.F.B. Ana María Barnes
 - h) M.C. Graciela Muller
 - i) M.C. Mercedes Llano

*Académico numerario. Director Médico de Pfizer, S.A. de C.V.

**Jefe de Educación para la Salud. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Conclusiones:

Los objetivos del taller fueron:

1. Revisar la información actualizada sobre los diversos equipos e instrumentos disponibles para el proceso de enseñanza-aprendizaje en la EMC
2. Hacer un análisis de las posibilidades que ofrece cada uno de los diferentes instrumentos y equipos.
3. Identificar la disponibilidad de los nuevos medios y equipo en las instituciones del país.
4. Discutir la aplicabilidad de los diversos elementos técnicos disponibles a las necesidades específicas de la modalidad individual o grupal, presencial o a distancia o en programas multicéntricos.
5. Obtener el consejo de expertos en cuanto al análisis de eficiencia costo, de acuerdo con las modalidades señaladas en el inciso anterior.

La estrategia empleada durante el taller fue la presentación, a cargo de expertos, quienes analizaron la situación actual en nuestro país en lo referente a la panorámica de las posibilidades, necesidades y disponibilidad de nuevas tecnologías en la EMC, no sólo en instituciones de asistencia y enseñanza médica, escuelas y facultades de medicina, sino también a través de asociaciones profesionales y grupos locales en los tres niveles de atención a la salud.

Se llevó a cabo un análisis de las modalidades de la educación médica continua en la que se hizo una distinción muy clara entre aquellas entre las que se evalúa el aprendizaje (formal) y las que no se realizan (no formal).

Para la revisión de las nuevas técnicas como herramienta de apoyo para el proceso enseñanza-aprendizaje, se contó con la participación de expertos en el empleo de los sistemas de computación, multimedia, videodisco y disco compacto, principalmente.

Como resultado del análisis de la información proporcionada, los participantes hicieron las siguientes propuestas:

1. Mediante la metodología de la planeación estratégica:
 - 1.1 Promover la colaboración interinstitucional tanto nacional como internacional, para compartir los recursos tecnológicos existentes, disponibles y adecuados para la EMC.
 - 1.2 Identificar en forma permanente los avances tecnológicos adecuados para la educación médica en nuestro país.
 - 1.3 Revisar los modelos de EMC ya existentes y proponer otros que tomen en cuenta las necesidades de salud de la sociedad y de los recursos educativos necesarios para resolverlas y que consideren los principios de la educación para adultos (andragogía) que favorezcan la adquisición del conocimiento en forma sistematizada, crítica e interactiva y se acepte a este proceso educativo

como un acto interdisciplinario en donde deben intervenir no solamente los médicos sino los especialistas en educación para adultos, comunicólogos, expertos en informática, en tecnología educativa, psicólogos, etc. (entre otros).

- 1.4 Diseñar programas integrales de EMC y de desarrollo en tecnología educativa moderna.
- 1.5 Identificar las instituciones que cuentan con recursos tecnológicos apropiados para la educación médica y establecer convenios de colaboración interinstitucional tanto nacional como internacional que sirvan para generar experiencias valorativas y evitar el despido.

Por otro lado se identifica la necesidad de:

2. Regionalizar las actividades de la EMC a la par del modelo de atención vigente en nuestro país.
3. Desarrollar y aplicar la técnica educativa moderna para la elaboración de material didáctico adecuado a las necesidades de EMC en el ámbito nacional, institucional e individual, bajo la coordinación y supervisión de las instituciones asistenciales y educativas y sociedades y asociaciones médicas especializadas con el apoyo de la Academia Nacional de Medicina.
4. Realizar investigación educacional para valorar la utilidad, efectividad y costo-beneficio de la tecnología educativa moderna sobre el aprendizaje, y que sirva de base epistemológica, y garantice la incorporación racional de estos recursos al proceso educativo.
5. Evaluar formalmente el impacto de la tecnología educativa moderna sobre el aprendizaje y valorar los riesgos del uso indiscriminado de la técnica haciendo énfasis sobre los aspectos afectivos, filosóficos (humanistas), axiológicos y epistemológicos del acto educativo.
6. Involucrar a las autoridades gubernamentales y de alta dirección en la necesidad de fortalecer el uso de la tecnología y la técnica educativa moderna.
7. Integrar las bases teórico-metodológicas de la EMC, de la informática y las telecomunicaciones al currículum de la formación médica desde sus etapas iniciales en todas las escuelas y facultades de medicina del país.
8. Diseñar modelos de formación docente que consideren los conceptos de la EMC y el diseño y desarrollo de tecnología educativa moderna.
9. Diseñar y realizar programas autofinanciables para la incorporación de la técnica y la tecnología educativa moderna en la EMC, recuperando ingresos por el uso de dichos recursos (recuperación de información, teleconferencias, audiokonferencias, videos, etc.) promoviendo la creación de fondos para el fomento a la educación.
10. Aprovechar las técnicas modernas de "bajo costo" como son la audioconferencia, la videoconferencia, el correo electrónico, modem, facsímil, teléfono amplificado, etc. para la

EMC a médicos generales y especialistas en todo el país

11. Optimizar el uso de la técnica existente como es el caso del programa CEMESATEL que tiene 10 años de existencia y está disponible para las instituciones de salud y que solamente requiere de una antena parabólica casera (de las más económicas) orientada hacia el satélite para recibir las teleconferencias (Solicitar autorización de la SCT para su uso permanente en EMC).

12. Es necesario crear y fomentar una cultura de la educación médica continua y del uso racional de los recursos tecnológicos, sin olvidar que como médicos el aprendizaje más importante se realiza ante el paciente y en la comunidad.

Se reconocieron las siguientes ventajas de los recursos tecnológicos mostrados:

1. Favorecen los procesos de enseñanza-aprendizaje presenciales y a distancia.
2. Hacen más accesibles los contenidos y por lo consiguiente el logro de los objetivos educativos.
3. Pueden favorecer el ahorro de tiempo en el proceso educativo y de evaluación del aprendizaje.
4. Pueden influir en el impacto esperado comparado con la magnitud del impacto recibido.
5. Puede apoyar la asesoría en el proceso enseñanza-aprendizaje.
6. Favorecen la creatividad de profesores y alumnos.
7. Favorecen que el conocimiento se construya en forma dinámica, interactiva e integral pudiendo dar pie al inicio de una "neopedagogía digital".
8. Favorecer la combinación de varios canales de comunicación (audio, video, texto y animación).

Se reconocieron también las siguientes desventajas:

1. Alto costo.
2. Velocidad de obsolescencia.
3. Puede sobrevalorar la información y los contenidos educativos por el sólo hecho de haber sido transmitidos por estos medios.
4. Generar dependencia tecnológica.
5. Fragilidad en su aplicación circunscrita a factores inesperados de índole físico o económico (p. ejem. carencia de energía eléctrica).

Finalmente, el taller concluyó que la técnica y la reflexión que sobre ella se haga con vistas a resolver los problemas educativos, aparecen inexorablemente vinculadas con unos tiempos en que se demanda, especialmente, calidad en la educación. Con unos tiempos en que la comunicación internacional es fluida y contamos con un gran bagaje de saber acumulado que puede orientar fehacientemente la actuación pedagógica. Rechazar todo esto supone volver a la artesanía,

y si bien la educación tiene mucho de arte, es evidente que no todos los educadores que nos dedicamos profesionalmente a ello somos artistas, por lo cual la técnica aparece como una ayuda para nuestras limitaciones.

Anexo I

Las nuevas tecnologías en los programas de educación médica continua

Dr. Mariano García Viveros

Jefe del Depto. de Educación para la Salud

Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

La tecnología es considerada como una realidad incuestionable, entendiendo por tal la superación de la mera dependencia de la naturaleza por parte del género humano. La técnica es, por tanto, un producto humano surgido para facilitar la vida humana, un conjunto de acciones coordinadas que se encaminan a resolver problemas ya sean físicos, biológicos o sociales.

La racionalidad de la técnica tiene una primera justificación en la ciencia vigente en cada momento histórico. No se puede hacer técnica al margen del conocimiento científico preponderante. Pero existe otro tipo de racionalidad, la derivada de la práctica reflexiva por los propios profesionales.

Si la primera racionalidad orienta la práctica según principios de carácter teórico (formalización simbólica) y normas de carácter técnico (actuación procedimental) la segunda procede de manera inversa: se llega a la formalización y normativa a partir de la propia acción práctica.

También se puede considerar que la **racionalidad científica** es (o debe ser) una racionalidad de carácter social, en tanto se nutre del conocimiento compartido, mientras que la racionalidad práctica es de tipo subjetivo, fruto de la reflexión sobre las acciones, que una vez formalizada, comunicada y aceptada, pasará a integrarse en el patrimonio colectivo.

Han sido los mismos conocimientos científicos sobre el APRENDIZAJE humano los que nos han mostrado que no cabe una normativa SILOGÍSTICA ni ALGORÍTMICA para conseguir que todos los sujetos aprendan.

La diferencia de estilos y maneras de ser los justifican.

En el mundo actual, en nuestro país, bajo las condiciones sociales, económicas, geográficas y epidemiológicas que nos

rodean como médicos estamos obligados a responsabilizarnos de contribuir a mejorar las condiciones de salud de toda la población.

A lo largo de nuestra historia, la forma en que los seres humanos han buscado solución a la pérdida de la salud, han comprendido todas las formas de curación que van de la fe a la magia, el curanderismo, la herbolaria y todas aquellas que comprenden a la más alta y sofisticada tecnología de diagnóstico y tratamiento.

Si detuviéramos un instante el tiempo encontraríamos a todas estas formas de curación practicándose en diferentes puntos de nuestra geografía, sin distinción de clase social y de preferencia cultural. Ninguna ciencia o técnica puede ni debe tener preferencias en tanto representan una alternativa de solución a un problema personal, individual de vida.

Nuestra medicina actual busca hacer llegar el conocimiento emanado de la investigación científica a todos aquellos que han elegido la práctica médica como profesión de servicio a la sociedad. Por ello, la preparación recibida en las escuelas y facultades de todo el país nos dan las bases para ejercer la profesión, tomando en cuenta que el conocimiento está en permanente cambio; todos los días existe algo nuevo que contribuye a conocer las causas de una enfermedad, las manifestaciones clínicas que la caracterizan o el tratamiento más adecuado. Los estudiantes de medicina que están en contacto con instituciones en las que la actualización es parte del trabajo diario, reciben el beneficio de su paso por ellas; los médicos que en ellas trabajan representan el profesorado de avanzada que no sólo genera conocimiento sino que lo inculca y lo transmite.

En un país como el nuestro en el que existen más de 100,000 comunidades con menos de 1,000 habitantes, en el que el 50% de la población habita en el medio rural, en el que el 85% de los recursos económicos están en manos del 15% de la población, el acceso de esta población a los servicios médicos de primera calidad es sumamente difícil y costoso para las mayorías.

En las pequeñas comunidades de nuestra República, la atención médica de la población recae en el personaje que tradicionalmente lo ha hecho a lo largo del tiempo; a él se ha unido el boticario, la partera, el pasante de medicina que en ocasiones llega a hacer su servicio social. Cuando estos recursos fracasan para resolver el problema de enfermedad que se les presenta, si el paciente no muere, la alternativa es el traslado a la clínica del IMSS Copalmar, al Centro de Salud B o al Sanatorio particular más cercano. El nivel de preparación del médico que le corresponda atender el caso será el determinante para que el diagnóstico que se haga sea el correcto y el tratamiento que se inicie el adecuado, cuando no, en el mejor de los casos, se reconoce el "no saber" y se decide el traslado del paciente a la institución en la que se puedan llevar a cabo los exámenes necesarios y se defina el diagnóstico y tratamiento correctos.

La preparación profesional del médico es punto determinante del futuro de la vida de miles de personas en circunstancias específicas. Esta preparación, como señalamos antes, dependerá del lugar en donde el médico labore y del interés que de él surja por estar actualizado, es decir, hasta este momento son muy pocas las condiciones que favorecen el que quienes atienden a los enfermos de nuestro país tengan la obligación de tener el nivel de preparación adecuado para no poner en peligro la vida de un enfermo, tener el criterio necesario para decidir si debe ser o no trasladado o bien para poner en práctica acciones que devuelvan la salud al paciente.

La Educación Médica Continua tiene esa responsabilidad, pero no se ha definido quién tiene la obligación de deber de impartirla y cuándo y cómo deben recibirla los médicos que ejercen la profesión a lo largo y ancho de nuestro país.

La vinculación entre la ética y el actuar tecnológico, constituye otro punto clave de los críticos que últimamente se han vertido sobre la tecnología educativa.

Se ha opuesto el actuar tecnológico al actuar moral de la "reflexión crítica" como si de manera inapelable quien conoce y domina las técnicas estuviera impedido de preocuparse de las restantes dimensiones del proceso educativo. Nada impide, antes al contrario, que la preocupación se proyecte a las siguientes dimensiones:

A. Sobre los FINES, en tanto es preciso valorar el modelo de hombre y de sociedad que se pretende lograr. Un profesional se ha de plantear qué modelos persigue para así vincular su actividad laboral a un proyecto personal y colectivo de progreso y mejora.

B. Sobre las consecuencias de la acción pedagógica desplegada, en tanto que hay que valorar a quién beneficia directa e indirectamente la resolución de los problemas pedagógicos que persigue, no sea que las metas últimas parezcan loables pero los efectos inmediatos favorezcan intereses inconfesables.

C. Sobre el proceso mismo de la actuación pedagógica, en tanto exige reflexión, planificación, rigor, control, etc. El actuar tecnológico comparte hábitos personales tales que para algún autor merecen la consideración de intrínsecamente morales.

D. Sobre el costo, dado que la tecnología no sólo se preocupa de la eficacia o resolución de los problemas planteados sino que también busca la eficiencia u optimización de los recursos disponibles. El costo, expresado en unidades monetarias, materiales o de tiempo no suele ser contemplado en presupuestos alternativos a la técnica, como si no tuviera ninguna importancia cuándo y a qué precio se logran las metas educativas.

E. Finalmente, sobre la naturaleza misma de la acción, dado que la actuación educativa se efectúa sobre seres humanos y se ha de caracterizar siempre por el respeto y la garantía de seriedad.

El tema es muy amplio y tiene múltiples enfoques que están siendo utilizados en otros talleres de esta reunión, a nosotros nos ha correspondido analizar la aplicación de la técnica moderna al proceso de divulgación del conocimiento y de favorecer el proceso enseñanza-aprendizaje, ya sea en la técnica tradicional presencial de alumno ante el maestro o bien en las técnicas de actualización o distancia sea individual o grupal, con apoyos didácticos personales o recursos de alta tecnología que permite una enseñanza asistida por televisión, fax, teléfonos, videos o satélites.

Lo más importante a considerar es que debemos, durante estas reuniones de trabajo, diferenciar claramente entre las potencialidades que ofrecen las tecnologías en un momento dado y la eficacia pedagógica que se puede obtener con su uso. Es frecuente que bajo la fuerte presión del sector comercial, nos dejemos impresionar por la espectacularidad de los avances tecnológicos. Conviene ser muy precavidos ante los múltiples factores humanos, de infraestructura, financieros y de organización que implican un uso generalizado de las innovaciones tecnológicas en la educación.

El concepto de innovación tecnológica sugiere una evolución permanente que hay que dimensionar adecuadamente.

En países como el nuestro, esto implica que una inversión más allá de lo que es posible para las mayorías, puede quedar obsoleta en poco tiempo cuando las mejoras y cambios son constantes. Sin embargo, es cierto que ciclicamente se producen periodos en los que el avance tecnológico permite la creación de estándares que se extienden entre los usuarios de forma generalizada. Es únicamente en este momento cuando conviene plantearse la posibilidad de producir materiales basados en estos soportes, ya que la producción de materiales educativos es un proceso costoso y necesariamente lento, por lo que es necesario asegurar que, una vez finalizados, se van a poder utilizar sin quedarse obsoletos en un periodo de tiempo demasiado corto.

La única forma de que una institución educativa, asistencial o académica, se garantice la posibilidad de introducir estos avances en sus programas formativos y de actualización, es creando grupos de investigación que realicen un seguimiento permanente de las técnicas y tecnologías, su aplicación

educativa en otros entornos, así como de los productos que vayan apareciendo en el mercado.

Finalmente, y desde el punto de vista estrictamente educativo, puesto que las tecnologías multimedia y de las telecomunicaciones únicamente sirven para ampliar las posibilidades de presentación y distribución de la enseñanza asistida por computadora, consideramos necesario que revisemos y analicemos con todo cuidado, antes de elaborar recomendaciones, todas las posibilidades que ofrecen cada uno de los diferentes instrumentos y equipos que pueden favorecer la enseñanza médica continua en los diferentes grupos de profesionales que ejercen a lo largo del país.

La infraestructura académica de escuelas y facultades de medicina: los servicios asistenciales gubernamentales (SSA, IMSS, ISSSTE, DIF, Secretaría de la Defensa Nacional y Marina, Petróleos Mexicanos, DDF, etc.), los servicios médicos privados, las asociaciones de especialistas, los consejos de especialidades, las agrupaciones locales y regionales de las diferentes especialidades, pueden y deben participar en esta labor de mejorar la calidad de la atención médica a través de la EMC en todos los rincones del país. La técnica moderna puede ayudarnos a lograrlo.

El empleo de la técnica no implica convertirse en "tecnócrata" sino, bajo el cobijo de los conocimientos científicos, ser un "tecnólogo", quien tiene en la reflexión práctica la razón de sus decisiones, conjuntamente con la razón técnica que le proporcionan sus conocimientos técnico-científicos.

La técnica y la reflexión que sobre ella se haga con vistas a resolver los problemas educativos, aparecen inexorablemente vinculadas con los tiempos en que se demanda especialmente calidad en la educación. Con unos tiempos en los que la comunicación internacional es fluida y contamos con un gran bagaje de recursos y saber acumulado que puede orientar fehacientemente la actuación pedagógica. Rechazar todo esto supone volver a la artesanía, y si bien la educación tiene mucho de arte, es evidente que no todos los educadores que nos dedicamos profesionalmente a ello somos artistas, por lo cual la técnica aparece como una ayuda para nuestras limitaciones.

TALLER 9

Perfil y requisitos de los profesores

Coordinador: Dr. Benjamín Soto de León*

Secretario: Dr. Omar Valencia Valencia
Relator: Dr. Gilberto Aguilar Loperena

Participantes:

José Luis Amezcua Gastelum
Miguel F. Cedillo Nava
Carlos del Vecchio Calcano
Francisco Hernández Ramírez
Santiago Hernández Salinas
Reyna Mercado Marín
Jorge Negrete Corona
Armando Pichardo Fuster
Jesús Ríos Gaona
Fernando Romero Fernández
Raúl Suárez Sánchez
Sergio Ureta Sánchez
Amada Wilkins Gamiz

Presentación:

La educación en todos los campos y niveles, juega un papel esencial en la sociedad y para la mayoría es tal vez el camino más factible de movilidad social; no sólo porque favorece el desarrollo individual, sino por los beneficios familiares y sociales que se obtienen como consecuencia de la misma.

Hoy día no hay disciplina humana que escape a la necesidad de incorporar aspectos de teoría general de sistemas, caracterizada por un pensamiento de síntesis, donde se considera que:

- a) La conducta de cada elemento tiene un efecto sobre la conducta del todo.
- b) La conducta de los elementos y sus efectos sobre el todo son interdependientes.
- c) Sin importar como se forman los subgrupos de elementos, cada uno tiene un efecto sobre la conducta del todo y ninguno tiene un efecto independiente sobre él.

En la década de los 80 se pone énfasis en la praxis del conocimiento científico, en su naturaleza y su relación con la sociedad y se destacan las aplicaciones reales que cada área del conocimiento tiene dentro de un contexto social, lo cual finalmente es lo que determina la eficiencia del profesor para lograr que los educandos alcancen mediante el aprendizaje del método la posibilidad de participar razonablemente en la solución de problemas profesionales, sociales y personales.

En el campo de la salud y ante el reto de enfrentar los avances científicos y tecnológicos, la educación continua es la base y soporte de una práctica profesional adecuada.

Aún en la actualidad, la mayoría de los organismos educativos y de salud siguen considerando a la Educación Médica Continua (EMC) como una actividad secundaria, muchas veces aislada en vez de aceptarla como parte integrante y muy importante de sus responsabilidades institucionales.

En el momento actual y a pesar de los múltiples y diferentes eventos de actualización médica continua que se realizan en las diferentes asociaciones e instituciones, no existe un perfil definido que enmarque las características y conocimientos que el profesor de EMC debe tener.

Los profesionales de la medicina tienen la responsabilidad de crear para sí mismos un sistema de actualización y perfeccionamiento permanente que permita dar respuesta a las demandas de la población y entender las políticas, así como participar activamente en los programas de las instituciones que integran el Sistema nacional de Salud.

En la capacitación se debe partir de la siguiente **premisa**: entre los médicos nadie enseña a nadie, todos aprendemos de todos.

Las características que se presentan en este documento establecen de manera genérica el perfil de dicho profesor, y serán afines a cualquier grupo de estudio que desee mantenerse actualizado formal y sistemáticamente.

Objetivos:

1. Proporcionar orientación a las instituciones de salud y educativas y al profesor de EMC para que su desempeño y las decisiones que se tomen para elaborar los programas tengan un menor grado de incertidumbre y logren la mayor efectividad.
2. Que el profesor de EMC contribuya con realismo y objetividad en la capacitación y actualización de los profesionales de la salud utilizando las nuevas técnicas con acciones en las diferentes áreas cognoscitivas.
3. Transmitir eficientemente los nuevos conocimientos y despertar en el alumno el interés por la excelencia en las labores asistenciales, docentes y de investigación.
4. Planear, organizar, dirigir, controlar y supervisar y evaluar el proceso de enseñanza-aprendizaje.

*Director de Enseñanza e Investigación de la Dirección General de Servicios de Salud del DDF

5. Planear, diseñar, realizar, asesorar, evaluar y divulgar proyectos de investigación científica médica.
6. Planear, organizar, realizar y evaluar con máxima eficacia programas de capacitación de personal en las diferentes áreas de la medicina.
7. Transmitir conocimientos sobre la teoría de grupos, la comunicación humana, administración general, administración científica y ciencias de la educación.

PERSONALIDAD Y COMPORTAMIENTO DEL PROFESOR DE EMC

Considerando que el objetivo de la práctica médica es preservar y promover la salud a nivel individual, familiar y social, y que ello sólo puede lograrse a través de acciones específicas; es necesario que el profesor de EMC posea las siguientes características:

- Ser el eje fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje
- Tener conocimientos sólidos y gran experiencia en el tema
- Capacidad para transmitir conocimientos en un lenguaje claro
- Saber motivar al grupo en su contexto específico
- Poseer actitud abierta y flexible que le permita adaptarse a los cambios y aceptar la crítica
- Actitud igualitaria y estable ante el grupo
- Integridad ética y profesional.

Descripción del puesto

Si bien es cierto que en la estructura orgánica de las instituciones no existe una celdilla exprofeso, como el puesto de Director, Jefe de Servicio o Profesor Titular de un curso de Enseñanza de Pregrado, también es cierto que el Profesor de EMC tiene funciones formales y específicas que cumplir, por lo que es pertinente hacer la descripción del puesto.

1. Autoridad administrativa

Con base en los lineamientos de la jefatura de enseñanza, o en su caso el director de la unidad aplicativa, establecen reglamentos y disposiciones generales que rigen las actividades de la EMC.

2. Autoridad normativa

Con base en las normas emanadas de jefatura y/o en direcciones de enseñanza de un Nivel Central y de las instituciones de educación superior que otorgan el aval académico, se establecen las normas y procedimientos de los programas y acciones determinadas.

El jefe de enseñanza de la unidad, o quien corresponda en su caso, es el encargado de supervisar, vigilar e informar acerca de la observancia de las normas y procedimientos relacionados con la EMC.

3. Especificaciones del puesto y requisitos académicos

3.1. El profesor de EMC:

Es el responsable de diseñar, organizar y desarrollar programas de educación médica continua con base en la detección de necesidades de salud y lograr la participación activa de los profesionales de la salud en las acciones determinadas.

3.2. Requisitos académicos.

Para ser profesor de EMC se requiere:

Título de médico cirujano o de ciencias afines, registrado en la Dirección General de Profesiones.

En el caso de médicos especialistas, contar con el Diploma Universitario y la certificación del Consejo de su Especialidad.

Tener un óptimo desempeño en servicio, avalado por un Comité de Elección de Profesores integrado por el Cuerpo de Gobierno.

Ser médico adscrito a una institución oficial, social o privada, con antigüedad mínima de tres años.

Preferentemente con antecedentes docentes y de investigación.

Con experiencia en didáctica.

Mínimo tener tres publicaciones en revistas médicas nacionales o extranjeras con Comité Editorial

Buena disposición para desarrollar actividades docentes

Buenas relaciones interpersonales.

3.3. Responsabilidad administrativa y académica

El profesor de EMC es responsable de

Identificar las necesidades de capacitación en coordinación con la Jefatura de Enseñanza y de los Jefes de Servicio.

Diseñar, en colaboración con la Jefatura de Enseñanza de la Unidad aplicativa, organizar, desarrollar y evaluar programas de EMC.

Utilizar racionalmente los recursos asignados.

Vigilar el cumplimiento del programa.

Informar de los resultados obtenidos.

Perfil del profesor de Educación Médica Continua

Las características que integran el perfil ideal del profesor de EMC consideran ciertas habilidades generales para tomar decisiones, planear y organizar acciones, liderazgo y adecuadas relaciones interpersonales.

Además de estas habilidades genéricas el perfil demanda tener determinados conocimientos, destrezas psicomotoras y ciertas actitudes positivas.

Habilidades genéricas

1. Características individuales de trabajo

- Nivel general de actividad

- Mostrarse dispuesto y activo, estudioso, colaborador con iniciativas acertadas.
- Adaptabilidad y flexibilidad ante los cambios que se presentan a lo programado.
- Tener objetiva autocritica a su quehacer como docente.

2. Toma de decisiones

- Preparación actualizada a través de búsqueda personal de la información.
- Seguridad y decisión con base a la realidad social e institucional y la factibilidad de los programas según recursos disponibles.
- Adecuación administrativa institucional

Ser creativo, generando alternativas de solución factibles según las circunstancias.

- Establecer incentivos viables para estimular la participación de todos (docentes y educandos) en los programas.
- Nivel de compromiso
- Debe actuar con firmeza y compromiso en las alternativas de solución propuestas.

Mostrar capacidad para caracterizar un problema que requiere acciones educativas para su solución.

3. Capacidad para elaborar y evaluar programas de EMC

- Planeación de programas

Los programas y acciones son con base en las expectativas de los educandos

Definir los objetivos y metas de programas de EMC.

Elaborar programas realistas y adecuados según la ortodoxia didáctica.

- Desarrollo de los programas

Asumir la responsabilidad general pero distribuir tareas a otros, delegando autoridad

Participar activamente en las acciones educativas programadas

Hacer uso racional de los recursos disponibles.

Establecer una evaluación integral de los programas (educandos, docentes y administrativos)

4. Liderazgo

- Tener ascendencia sobre el grupo; motivar y orientar hacia el alcance de metas y logros de objetivos.
- Dar órdenes en forma adecuada, directa y precisa.
- Mostrar con su ejemplo como debe ser la participación de todos los involucrados en los programas.
- Comportarse con seguridad en sí mismo.

5. Relaciones interpersonales

- Comportarse con un actitud positiva y de respeto hacia sus superiores, subordinados y compañeros de trabajo.
- Establecer situaciones de empatía con los integrantes del grupo.

- La comunicación oral debe ser clara, directa, precisa y suficiente.

- Demostrar tranquilidad y seguridad para manejar los conflictos interpersonales que aparecen en el grupo.

Conocimientos, habilidades psicomotoras y actitudes de profesor de EMC

1. Lo que debe saber

- Debe tener conocimientos amplios y suficientes en: medicina general y la especialidad que profesa.
- Conocer y aplicar conceptos de la teoría general de grupos, dinámica de grupos y comunicación humana.
- Administración científica y teoría de sistemas y su aplicación en la administración de la enseñanza (planeación, organización, integración, ejecución y control)
- Metodología de la investigación científica y su aplicación en la investigación educativa.
- Didáctica general, sociología de la educación.
- Conocer los objetivos, organización y funcionamiento de la unidad aplicativa de su adscripción.

2. Lo que debe saber hacer

- Aplicar las teorías de dinámica de grupos que favorezcan la integración y la cohesión.
- Aplicar las técnicas modernas de los procedimientos de su especialidad.
- Participar activamente en los proyectos de investigación educativa.
- Poner en práctica ejercicios de enseñanza personalizada según técnicas modernas de la didáctica y psicología educativa.

3. Actitudes que debe tener

El profesor de EMC debe:

- Comportarse en quehacer cotidiano de honestidad y participar con responsabilidad y compromiso en las tareas grupales.
- Promover con entusiasmo las acciones de EMC y lograr cada vez más la participación de otros.
- Demostrar genuino interés en su desarrollo personal y profesional a través de acciones formales de EMC personalizada.
- Actuar con compromiso en actividades de EMC y buscar su aplicación para mejorar la calidad de la atención médica.
- Demostrar un comportamiento profesional y social adecuado y congruente con su carácter de profesor de EMC.
- Mostrar disciplina y observancia de las normas y procedimientos establecidos en la unidad aplicativa de su adscripción.
- Realizar sus actividades con alto espíritu institucional y con humanismo verdadero.

TALLER 10

Taller de educación médica continua para médicos generales en ejercicio privado

Coordinador: Dr. José de J. Villalpando-Casas*

Relatores: Dr. Pedro Berruecos Villalobos
Dr. Eduardo Núñez Maciel

Participantes:

Guillermo Arana Pozos
Héctor Gabriel Arteaga Aceves
Consuelo Barrón Uribe
Mario E Bordon Rodríguez
Jorge Bravo Sandoval
Guillermo Díaz Mejía
Rancisco Durán Mosqueda
Margarita F. Flores Vázquez
Victor Enrique Fortuño Córdova
José Alfredo Jiménez Méndez
Luis Martín Abreu
Eduardo Núñez Maciel
Dagoberto Paz Tamez
Alvaro Pedroza Meléndez
Francisco A. Rojo Leyva
Sergio Sánchez Moljo
Erick Servín Torres
Laura Suchill Bernal
Óscar Vázquez Tsuji
Eduardo Vilelas Welchis

Objetivos:

Buscar estrategias para que las instituciones de salud y educativas ofrezcan programas viables de actualización al médico general que solamente se desempeña en la práctica privada.

Contribuir con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS), en la formulación de un plan nacional de educación continua para los médicos generales del sector privado.

Proponer estrategias que permitan a las instituciones de salud y educativas, la concertación de compromisos regionales que permitan atender la necesidad de educación continua de los médicos generales exclusivos del sector privado.

Guía de discusión:

1. Caracterizar a los médicos privados de acuerdo con:
 - 1.1. Ámbito de acción
 - 1.2. Problemas de salud que atienden con mayor frecuencia
 - 1.3. Proporción que representan en la atención a la población.
 - 1.4. Disponibilidad de equipo y tecnología
 - 1.5. Métodos de registro de actividades
 - 1.6. Disponibilidad de tiempo para actualización
 - 1.7. Actitud ante la educación continua
2. Identificar sus necesidades de actualización:
 - 2.1. En ciencias básicas
 - 2.2. En ciencias clínicas
 - 2.3. En ciencias sociales
3. Recomendar modalidades educativas apropiadas
4. Examinar las técnicas didácticas más adecuadas
5. Proponer material didáctico de utilidad
6. Discutir mecanismos para seleccionar docentes
7. Indicar mecanismos para identificar el universo a capacitar
8. Discutir mecanismos de convocatoria
9. Ofrecer parámetros de evaluación de acciones y resultados.
10. Proponer sistemas de reconocimiento a docentes y capacitandos.
11. Plantear bibliografía de apoyo adecuada:
 - 11.1. Para ciencias básicas
 - 11.2. Para ciencias clínicas
 - 11.3. Para ciencias sociales
12. Recomendar cuáles instituciones deben participar y en qué medida:
 - 12.1. En la fase de planeación
 - 12.2. En la fase de ejecución
 - 12.3. En la fase de evaluación
13. Identificar qué organización debe conducir los procesos

*Director General de Enseñanza en Salud, Secretaría de Salud

13.1. En la fase de planeación

13.2. En la fase de ejecución

13.3. En la fase de evaluación

14. Proponer grupos de trabajo regionales ya organizados (comités, asociaciones, etcétera), que puedan atender esta responsabilidad.

15. Ofrecer propuestas de mecanismos de financiamiento

16. Mencionar experiencias semejantes:

16.1. En el extranjero

16.2. En México

17. Idear mecanismos para asegurar la permanencia del programa

El Taller de Educación Médica Continua para médicos generales en ejercicio privado se desarrolló con la participación de 25 personas, provenientes de las siguientes instituciones: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, Centro de Salud "La Esperanza", Hospital Juárez del Centro, Hospital General de México, Hospital Pediátrico de Tlalotelco, Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, Sociedad Mexicana de Alergia e Inmunología, Instituto Nacional de Pediatría, Asociación Mexicana de Medicina General y Familiar, Hospital Central Militar y Servicios Médicos de PEMEX, además de médicos generales en ejercicio privado y estudiantes de Medicina. Al respecto debe mencionarse, que la composición del grupo permitió una aportación multifacética de particular riqueza conceptual.

El trabajo se inició con dos exposiciones integradoras sobre las necesidades de actualización del médico general en el ejercicio privado y sobre experiencias universitarias en programas de educación continua. Enseguida se dio a conocer una guía para el análisis de 16 puntos relacionados con el tema y éstos se asignaron a 5 diferentes grupos de trabajo, con objeto de que las opiniones de los participantes, basadas en su práctica institucional y personal o en sus expectativas, permitieran la proposición de alternativas que pudieran llevar al cumplimiento de los objetivos planteados; asimismo, se buscaron estrategias para que las instituciones de salud y educativas pudieran ofrecer programas viables de actualización al médico general que solamente se desempeña en la práctica privada; también se buscó contribuir con la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud en la formulación de un plan nacional de educación continua, con la participación concertada por regiones de las instituciones de salud y educativas.

Análisis de problemas y conclusiones

Los grupos analizaron el ámbito de acción del médico general, que se desempeña fundamentalmente en el consulto-

rio o el domicilio de los pacientes y solo de manera incidental en hospitalización en pequeñas clínicas; su actuación profesional está limitada en la mayoría de los casos a la labor asistencial curativa y con escasa participación en el campo de la medicina preventiva o rehabilitatoria, siendo, de hecho, nula su participación en materia educativa y de investigación. Se caracterizó también su práctica en la atención de los **problemas de salud** que con mayor frecuencia lo ocupa, a saber: infecciones respiratorias agudas, diarreas, parasitosis, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.

Los grupos señalaron la importante **magnitud con la que participan** los médicos generales en ejercicio privado en la atención de la población, que se estima en 30 por ciento. A ello, hay que agregar que cerca del 15 por ciento del total de camas censables registradas en el país son atendidas por médicos generales privados en clínicas que cuentan con menos de 9 camas, de las cuales existen 1,858. Se destacó que son los profesionales que tienen menos posibilidades de acceder a programas de educación continua.

Respecto a la disponibilidad de **equipo y tecnología**, se comentó que las pautas culturales y la escala de valores determinan la significación del componente tecnológico de la atención, y que la incorporación de esa tecnología es acrítica; por cuanto a la disponibilidad de equipo, es muy heterogénea, ya que suelen adoptarse avances que no corresponden a problemas relevantes y que se basan más en patrones consumistas y en las posibilidades que tienen los grupos restringidos de mayor nivel económico, que en las reales necesidades de demanda.

Se mencionó que entre los médicos generales existe resistencia para el uso de **registros de actividades** médicas, lo que impide la evaluación adecuada y objetiva de su eficiencia, por lo que se sugirió que los programas de educación médica se orienten a las labores cotidianos del médico general.

Otro punto de análisis grupal lo constituyó la **disponibilidad de tiempo para la actualización** del médico general. Se considera que éste actúa sólo, en contacto directo con sus pacientes y que acepta así, una responsabilidad individual. Por esto, su interés, tiempo y recursos son muy variados y difíciles de cuantificar. La motivación del médico para actualizarse debe basarse en factores personales, en los retos que le significan la demanda específica de determinados servicios, y en factores sociales por la presión que implica el desarrollo de la sociedad en la que actúa.

Referente a la **actitud del médico general privado frente a la educación médica continua**, se asentó que dado que la educación continua es precisamente más un problema de actitud que de medicina, debe considerarse el origen del médico, el medio en el que se desenvuelve, su sentido de responsabilidad y sus necesidades de proyección social. Por esto, en la búsqueda de formas de extensión a nivel nacional de este tipo de educación para el médico general, y en

particular para quienes solamente ejercen la medicina privada, se considera que los esfuerzos institucionales no tendrán el fruto que de ellos podría esperarse, si no se toman en cuenta los intereses que al respecto manifieste este importantísimo grupo de profesionales.

Identificación de las necesidades de Educación Médica Continua.

El **área de ciencias básicas** es poco atractiva para el médico general, por lo que ha sido poco explorado y atendido por las instituciones que favorecen la actualización del mismo. En el **área de ciencias clínicas**, los constantes avances metodológicos y científicos obligan a la actualización permanente, ya que la elaboración de diagnósticos y la impartición certera de procedimientos terapéuticos depende de ella. En el **área de ciencias sociales**, es imprescindible que prevalezca la concepción humanística de la Medicina y que los problemas se enfoquen desde los puntos de vista biológico, psicológico y social. Por ello, el médico debe tener acceso a conocimientos de Antropología Social, Filosofía, Psicología y Sociología, sin los cuales su actuación puede verse importantemente limitada.

Por todo lo anterior, se considera que en el diseño de programas de educación continua debe existir búsqueda de calidad más que de cantidad; información equilibrada y con profundidad razonable en las tres áreas mencionadas; proporcionada, para que las ciencias básicas tengan aplicación a la clínica; y regionalizada, para favorecer factores epidemiológicos diferenciales. Además, la temática puede estar basada en el programa nacional de salud en el que están consideradas las prioridades del país y ser motivo de solicitud, por parte de los médicos generales, en función de sus necesidades e intereses particulares y de la situación local o regional en la que se desarrollan. La concentración de estas inquietudes puede estar a cargo de autoridades delegacionales, municipales o jurisdiccionales.

Recomendación de modalidades educativas

Deben utilizarse modalidades prácticas, accesibles y compatibles con el tiempo disponible que al mismo tiempo cubran aspectos cognoscitivos, psicomotores y afectivos en las cuatro ramas básicas de la medicina y que respondan a la vinculación con la práctica profesional y a las necesidades de la población. Por ello, no debe pensarse en un modelo único escolarizado, sino en programas de educación a distancia, como sucede con los paquetes de auto-enseñanza o la disseminación selectiva de bibliografía (materiales impresos, audiovisuales o electrónicos) y eventualmente en el entrenamiento tutorial o presencial y los cursos, jornadas, conferencias, congresos o actividades académicas en grupos limitados. A propósito de las distintas modalidades, deben tomarse en cuenta las ventajas y desventajas de las mismas: cobertura, versatilidad, accesibilidad, experiencia docente, motivación y disponibilidad de tiempo

de los destinatarios del programa, actividad o pasividad, interacción personalizada, facilidades de evaluación, costos y vinculación de la teoría con la práctica.

Técnicas didácticas

Los objetivos por obtenerse determinan las técnicas que se deben utilizar, en conjunción con el tiempo y recursos disponibles y con la modalidad elegida. Así, las modalidades presenciales se relacionan más con exposición de temas, talleres, seminarios o discusión coordinada y las modalidades a distancia con simuladores clínicos, lecturas seleccionadas, redes de información, paquetes de autoenseñanza y material audiovisual o electrónico.

Material didáctico

La elaboración de materiales didácticos debe llevarse a cabo en estrecha relación con las modalidades y las técnicas educativas seleccionadas. En estos materiales también debe prevalecer la calidad sobre la cantidad y deben también proporcionar información actualizada, práctica, concisa, oportuna y periódica.

Mecanismos para la selección de docentes

La selección de docentes debe llevarse a cabo sobre la base de un perfil que cubra, básicamente lo siguiente: Actitud positiva hacia la docencia; compromiso profesional; conocimientos sólidos de las materias que imparte; dominio de los elementos que forman parte del proceso de enseñanza-aprendizaje; actitud humanística; objetividad; capacidad de análisis y síntesis; capacidad de planeación y organización de actividades educativas y facilidad de expresión.

Mecanismos de identificación del universo por capacitar

Se consideró que es necesario realizar censos y encuestas a cargo de sociedades o colegios médicos estatales o locales; de asociaciones de egresados de escuelas y facultades de medicina; y del padrón de registros de consultorios médicos. Además, debe solicitarse la participación de la industria químico-farmacéutica para aportar directorios que, al cruzarse, proporcionen información de mayor amplitud. Finalmente, un mecanismo que puede resultar de interés es la participación de pasantes de medicina para el levantamiento de información en áreas rurales dispersas o concentradas o en áreas urbanas marginadas.

Mecanismos de convocatoria

Cualquier iniciativa al respecto debe ser precedida por una etapa de información completa además de que ambos procesos tienen que ser masivos y motivantes, que hagan explícitas las ventajas profesionales, económicas, éticas y legales con el correspondiente respaldo oficial y académico.

Parámetros de evaluación de acciones y de resultados

Todas las etapas del proceso enseñanza-aprendizaje deben ser motivo de evaluación, ya que sin ello no es posible retroalimentar el sistema, con énfasis en el impacto que significa su desarrollo en el médico general y en la salud de la población que atiende. Deberán también considerarse como prioritarios los procedimientos de autoevaluación, ya que permiten verificar el propio comportamiento profesional, desde un punto de vista integral y altamente real y reflexivo.

Sistemas de reconocimiento para docentes y alumnos

Los reconocimientos estimulan la participación de quienes actúan en procesos de educación médica continua. Se considera que aquellos que expiden las autoridades de salud, la Academia Nacional de Medicina o las asociaciones y colegios profesionales o las instituciones educativas, además de motivar, favorecen la obligatoriedad del cumplimiento de los programas y de los mecanismos de evaluación, seguimiento y control, con lo que se cubren etapas importantes del proceso.

Bibliografía de apoyo

El material bibliográfico debe ser **básico** (por ejemplo las Guías de Prescripción Terapéutica que editan conjuntamente SSA, IMSS e ISSSTE) y **selectivo**, relacionado con temas específicos de los programas de educación médica continua. Este material podrá ser ubicado por las instituciones de salud en las bibliotecas de sus hospitales y tener además el apoyo de equipo computarizado, para estar a disposición de la comunidad médica.

Instituciones que deben participar y coordinación de las mismas

En este programa deben participar todas las instituciones de salud y educativas que puedan cumplir con los parámetros del proceso de enseñanza-aprendizaje en todo el territorio nacional. No obstante, la coordinación de las mismas para la unificación de criterios debe estar a cargo de una organización como la CIFRHS, en cuyo seno se agrupan todas las instancias que tienen responsabilidad en la formación y capacitación de los médicos y del resto del equipo de salud. En esta Comisión participa muy activamente la Academia Nacional de Medicina, con su probada solvencia profesional, académica y moral.

Propuesta de grupos de trabajo ya organizados

A nivel estatal existen los Comités estatales de planeación de Recursos Humanos, dependientes del Comité del mismo

nombre de la CIFRHS, los Comités de Desarrollo Estatal y muy diversas sociedades o colegios profesionales. Todas estas organizaciones, que ya han participado localmente y en diversas medidas en la organización de programas de EMC deben ser invitadas a sumarse a este esfuerzo que tiene que alcanzar la dimensión nacional que merece.

Mecanismos de financiamiento

Las fuentes de recursos deben preverse de aportaciones de agrupaciones médicas, sociedades civiles, fundaciones, laboratorios farmacéuticos, sanatorios privados, instituciones de salud y educativas, organismos internacionales y de las aportaciones simbólicas de los educandos. Se propone crear, con todo lo anterior, un **Patronato Nacional para la Educación Médica Continua**, que podría ser manejado por la propia Academia Nacional de Medicina, con objeto de conjuntar esfuerzos que ahora son aislados, y de dar transparencia y seriedad académica al uso de los fondos obtenidos.

Aprovechamiento de experiencias semejantes

En México la educación médica ha estado a cargo de diferentes instituciones de salud o educativas aunque ha resultado accesible solamente para los médicos generales de áreas urbanas. No obstante, hasta muy recientemente, esas experiencias se han estructurado programáticamente. Las actividades que se conocen de la Academia Nacional de Medicina, de todas las instituciones de salud con sus cursos abiertos a todos los médicos, de la Universidad Nacional Autónoma de México, del Instituto Politécnico Nacional y de algunas universidades privadas, deberán ser motivo de análisis para ser aprovechadas en un plan que se organice a nivel nacional.

Mecanismos que aseguren la permanencia del programa

El impresionante y sistemático avance de las ciencias médicas obliga al mantenimiento constante de un sistema de Educación Continua que garantice el desarrollo, perfeccionamiento y elevación de la práctica profesional, particularmente del médico general. En este sentido, es necesario que la información sea oportuna, periódica y puntual; que existan los mecanismos para que el propio médico incremente su motivación por medio de la retroalimentación que le proporcione el sistema; que la decisión de otorgamiento de incentivos se valore cuidadosamente; que no se considere el planteamiento de mecanismos coercitivos sino de convencimiento y que, con todo lo anterior, se pueda pensar en la creación de un Consejo Mexicano de Médicos Generales y por lo tanto en su recertificación periódica.