

Situación actual de la educación médica continua en México 1996*

I. Antecedentes y justificación

Norberto Treviño García-Manzo**

Recepción versión modificada: 31/07/98

aceptación: 19/08/98

Ser coordinador de este importante simposio es para mí un honor porque interesado por este tema desde 1977, es hasta ahora cuando con esta investigación conoceremos más objetivamente la situación, a 1996, de la educación médica continua (EMC) en México, y también por que para llevarla a cabo, fue necesaria la participación, a nivel nacional, de muchas personas valiosas. Los académicos Varela, Villalpando y Campillo, así como un servidor, sólo somos los portavoces de muchas voluntades e inteligencias deseosas de colaborar con una averiguación de esta envergadura. Mención especial merecen dos personas, el doctor Roberto Sánchez Ramírez investigador de la Facultad de Medicina de la UNAM y el doctor Javier Rovalo de los laboratorios USV Grossman. A ellos nuestro sincero agradecimiento. También extendemos un amplio reconocimiento a la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica por su importante y desinteresada colaboración.

Hablar de los antecedentes de la EMC en nuestro país es un asunto difícil porque, aunque teóricamente no es razonable pensar en un médico que ejerza con responsabilidad su profesión carente del gusto y la necesidad de estudiar toda su vida, en realidad esta doble cualidad no se cumple ni en todos los casos, ni con la profundidad suficiente. Los médicos y sus agrupaciones siempre han tenido el interés por continuar con actividades prácticas a lo largo de su vida actuante, que les permitie-

ran seguir al tanto de su profesión. De acuerdo con Campillo Serrano, a grandes rasgos podríamos dividir nuestro mundo médico en tres etapas: de 1824, y en especial de 1864, cuando se fundó nuestra Academia, a 1940. De 1940 a 1975, y de dicho año hasta nuestros días.

“Es evidente - continúa Campillo Serrano - que durante la primera etapa la vida médica era muy reducida, concentrada en la gran ciudad, en especial nuestra capital, con escasos servicios de salud pública y dos o tres hospitales en donde se formaban todos los médicos e informalmente se hacía EMC. En el segundo tramo ocurrieron hechos de mucha importancia para la medicina mexicana, y desde luego, para el asunto del cual hoy nos ocupamos. Nacieron grandes instituciones como el Instituto Nacional de Cardiología y el Instituto Nacional de la Nutrición, pero sobre todo el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado. También en ese período brotaron las primeras sociedades de especialistas, que desde luego empezaron a tener importante papel en las acciones de su educación continua. La tercera etapa corresponde a los últimos veintidós años, lapso que se identifica por una preocupante fragmentación de la medicina, con la consecuente proliferación de subespecialidades, algunas de ellas casi absurdas. Con ello la EMC también ha sufrido algunas de sus consecuencias: atomización y pér-

*Presentado el 28 de agosto de 1997, Academia Nacional de Medicina.

**Académico Titular.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Norberto Treviño García-Manzo. Fuego 464, Col. Jardines del Pedregal, 01900 México, D.F. Tel. 55 84 94 70.

didada del todo a expensas de una profundidad tan a fondo que por definición casi es ciega". Hasta aquí Campillo Serrano.

Esta situación mejoró al consolidarse los consejos de especialidad, organizaciones con gran prestigio y autoridad moral que han contribuido a dar orden conceptual y educativo a tantas y tantas especialidades y subespecialidades. Por desgracia, de los médicos generales no podemos decir lo mismo. Ellos nadan entre corrientes de diferentes direcciones, y se dejan llevar (los que quieren hacerlo) por las más fuertes, las más fáciles, las más atractivas, o hasta las que tienen más a la mano.

Vale la pena recordar que en 1965, en el seno de la UNESCO, fue cuando por primera vez se trató de manera explícita el tema de la educación continua o permanente, y fue durante la Primera Reunión Nacional de Educación Médica Continua, organizada por la Academia Nacional de Medicina, que se aceptó por el consenso de los expertos asistentes que aquella "es un proceso alimentado por la devoción de aprender, es una actividad que debe funcionar bien sistematizada, y en ello deben comprometerse el individuo y las instituciones educativas y de salud". Se estuvo de acuerdo en que "debe ser activa y permanente, debe tomar en cuenta la práctica diaria, la capacidad, las habilidades, el tipo de aprendizaje y la ética de quién la ejerce con el fin de mantener en el médico su capacidad para resolver los problemas de salud que presente el ser humano".¹ En esa ocasión, 1980, se recomendó poner atención a las sociedades que agrupan a los médicos generales, y es en ese sentido, que a partir de los últimos años, se han realizado actividades intensas e interesantes, como seremos informados en esta misma Reunión. Catorce años después, se "determinó como urgente propiciar, nuevamente, el intercambio de experiencias, inquietudes y propuestas en torno a este tema... con el objetivo de ir más allá de los aspectos teóricos de 1980 y dar respuesta a las situaciones que prevalecen en el ámbito general de la medicina";² debido a ello, la Academia Nacional de Medicina, organizó en abril de 1994 la II Reunión Nacional de Educación Médica Continua cuya riqueza conceptual fue excelente y entre sus principales conclusiones estuvieron las dos siguientes: "No obstante que la EMC ha sido una preocupación

constante para las instituciones y organizaciones relacionadas con la salud... desafortunadamente sólo ha tenido una respuesta adecuada entre algunos grupos privilegiados", por lo tanto, "es necesario hacerla llegar a todos los niveles y profesiones, cuidando que el diseño del programa se adecue y se haga específico para cada grupo en particular", y finalmente se asentó "que la EMC... debe clasificarse de acuerdo con la modalidad del ejercicio profesional, sea institucional o privado... especializado a no, urbano o rural".

Muchos podrían ser los antecedentes para sustentar una investigación como la que hicimos en relación con la situación actual de la EMC en nuestro país, pero para los fines de este simposio creo que he anotado los más importantes.

Estimuladas nuestras mentes por estos primeros conceptos fue que, de manera clara para los integrantes del Comité de Educación Médica Continua de la Academia Nacional de Medicina, surgió la necesidad de ser más objetivos y contundentes.

Así, Alejandro Díaz Martínez, Guillermo Díaz Mejía, Luis Martín Abreu, Luis Peregrina Pellón, Carlos Varela Rueda, José de J. Villalpando Casas y un servidor, coordinados por Carlos Campillo Serrano consideramos que era importante tener una visión más cercana a la realidad que la que pudiéramos tener mediante la opinión valiosa, pero subjetiva, de los expertos en relación con este tema. En vista de ello nos planteamos el siguiente propósito general:

Tener una idea más clara de lo que está ocurriendo en nuestro país acerca de esta actividad, y conocer las respuestas que puedan darse para las preguntas que surjan de los objetivos de nuestro estudio, que junto con la metodología serán tratados por el académico Carlos E. Varela Rueda, los resultados y las conclusiones por el también académico José de Jesús Villalpando y las recomendaciones que con conocimiento y certeza serán hechas por el académico Carlos Campillo Serrano.

Referencias

1. **Treviño N.** Simposio sobre educación médica continua. *Gac Méd Méx* 1981;117:215-231.
2. Presentación. II Reunión Nacional de Educación Médica Continua. *Gac Méd Méx* 1994;130(Supl.3):1-2.

Encuesta Nacional de educación médica continua 1996

III. Resultados y conclusiones*

José de J. Villalpando-Casas**

A partir de la identificación de los diversos componentes y variables del proceso de actualización y capacitación de los médicos en nuestro medio, así como del entorno en que éste se ubica y, con el propósito de sistematizar la información obtenida de la aplicación de encuestas para explorarlos, se concibió un modelo integral de educación médica continua, (EMC) cuyos elementos acoplados con los resultados obtenidos en la investigación, permiten su análisis y desprender conclusiones relevantes, como se presenta a continuación.

Componentes del modelo

El modelo se ubica en el contexto que proporcionan las políticas institucionales en la materia y sus ordenamientos, en tanto que los componentes estructurales provienen de los sistemas educativo, asistencial y afines a la práctica médica; se incluye la organización institucional dedicada a la EMC, sus ordenamientos y procedimientos, así como el personal que participa y el financiamiento a que se recurre; otros componentes estructurales se refieren a la oferta de servicios de EMC, los medios que

**Presentado el 28 de agosto de 1997, Academia Nacional de Medicina de México, A.C.*

***Académico Numerado.*

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José de J. Villalpando Casas. Monte Caucaso 981, Col. Lomas de Chapultepec, 11000 México, D.F. Tel. 5355 5294.

se emplean para darla a conocer y el financiamiento de su impartición, además de los costos que significan para los educandos, de la acreditación de los programas y de su reconocimiento académico e institucional.

Los elementos funcionales comprenden la planeación educativa y la técnica pedagógica, así como la oferta y entrega de servicios. Se insertan en el modelo las características técnicas de los cursos que se analizan en la muestra, tales como: el campo del conocimiento que abordan y los destinatarios de los cursos con sus datos personales y grupales. En este capítulo se presta atención a los objetivos educacionales, contenidos programáticos, metodología didáctica, evaluación y bibliografía de los cursos.

Las instituciones educativas, de salud, empresas farmacéuticas, asociaciones profesionales y organismos a la medicina, así como los médicos comprendidos en el espacio muestral del estudio, se agrupan y comparan según el estamento y carácter privado o público al que pertenecen.

Los resultados se presentan en cada apartado del modelo y en sus variables circunstanciales en forma descriptiva y después se analizan para fundamentar estadísticamente su interpretación; todos los valores con una probabilidad menor de 0.05 se consideran significativos. A continuación, se conjuntan los resultados y se integran en un todo, cuyas partes se complementan, con ello se genera una imagen representativa del estado actual en que se encuentra la EMC en México.

I. Contexto

1. *Políticas institucionales.* El 43 % de las instituciones abordadas en la encuesta declararon contar con políticas de EMC; 36% lo negaron y 21% aunque afirmaron tener tales políticas no lo documentaron. De lo anterior se desprende que falta la definición de ese tipo de preceptos en las instituciones, situación que adquiere significancia estadística (Cuadro I).

Cuadro I. Políticas de educación médica continua

Instituciones	Afirmativo	Negativo	No documentado	Total
Educativas	6	3	5	14
Salud	7	3	3	13
Empresas	0	7	0	7
Organismos	7	4	2	13
Total	20(43%) $\chi^2 = 16.298$	17(36%) $p = 0.012$	10(21%)	47(100%)

Al comparar las respuestas de las instituciones educativas y de salud, por ser quienes más directamente tienen que ver con el desarrollo de la EMC, se observa que no hay diferencia en su pronunciamiento, ya que existe similitud de sus respuestas tanto si al considerarse como grupo como en su carácter de públicas o privadas (Cuadro II).

Cuadro II. Comparación de políticas de educación médica continua entre instituciones educativas y de salud

Intragrupos			
Instituciones Educativas		Privadas	
Públicas	$\chi^2 = 5.289$	Privadas	$p = 0.071$
Instituciones de Salud		Privadas	
Públicas	$\chi^2 = 2.940$	Privadas	$p = 0.230$
Intergrupos			
Instituciones		Salud	
Educativas	$\chi^2 = 0.541$	Salud	$p = 0.763$

Los resultados indican que en las circunstancias actuales, el sistema de EMC no cuenta con suficientes políticas que guíen su planeación y orienten su desarrollo. Situación que es válida también para las asociaciones profesionales, los organismos afines y las empresas farmacéuticas.

II. Componentes estructurales

1. Organización institucional. El 40% de las instituciones estudiadas informaron contar con áreas dedicadas a la EMC, especialmente las de salud, no obstante, cuando se analizan estadísticamente en el conjunto de grupos (Cuadro III), no se encuentra diferencia.

Cuadro III. Áreas de educación médica continua

Instituciones	Afirmativo	Negativo	No documentado	Total
Educativas	4	4	6	14
Salud	8	1	4	13
Empresas	0	4	3	7
Organismos	7	4	2	13
Total	19(40%)	13(28%)	15(32%)	47
	$\chi^2 = 11.354$		$p = 0.078$	

Estos datos muestran que las áreas especializadas existentes no son suficientes para dar el debido impulso a la EMC. Situación que se confirma cuando se comparan estadísticamente entre sí los grupos de instituciones educativas y de salud (Cuadro IV).

Cuadro IV. Comparación de áreas de educación médica continua en las diversas instituciones

		Intragrupos	
Instituciones Educativas	Privadas	$\chi^2 = 2.431$	0.2971
	Públicas		
Instituciones de Salud	Privadas	$\chi^2 = 1.381$	$p = 0.501$
	Públicas		
		Intergrupos	
Instituciones Educativas	Salud	$\chi^2 = 3.501$	$p = 0.174$

2. Documentación administrativa. Se demostró la existencia de manuales de organización y procedimientos en 40% de las instituciones, mientras que 28% no disponen de ellos y 32% más no lo documentó. Por otra parte, 92% de las instituciones afirmó contar con personal. En cuanto a la disponibilidad de un presupuesto específico para EMC, en ningún caso se obtuvo respuesta afirmativa, por lo contrario, 51% de las áreas especializadas de las instituciones negó disponer de recursos

financieros y el 49% restante, aunque señaló contar con recursos económicos, no estuvo en posibilidad de comprobarlo por tratarse de información restringida el interior de la corporación (Cuadro V).

Cuadro V. Documentación administrativa: datos porcentuales

Instituciones	Afirmativo	Negativo	No documentadas
Manual de procedimientos	40	28	32
Personal	92	8	0
Presupuesto	0	51	49

III. Planeación educativa

El modelo aborda diversos aspectos de carácter técnico educativo, como son: el plan institucional de EMC, los objetivos, metas y etapas.

1. Plan Institucional de EMC. Se encontró que solamente 12 instituciones diseñaron un plan de esa naturaleza (Cuadro VI), sin importar si se trataba de corporaciones educativas, de salud u organismos profesionales.

Cuadro VI. Planes institucionales de educación médica continua

Instituciones	Afirmativo	Negativo	No documentado
Educativas	4	9	1
Salud	5	5	3
Empresas	0	6	1
Organismos	3	4	6
Total	12(25%)	24(51%)	11(24%)
	$\chi^2 = 11.004$		$p = 0.088$

No obstante, cuando se analiza por separado a las instituciones de salud en su carácter de públicas y privadas, se encuentra que sí existe una diferencia estadísticamente significativa entre ellas, dado que 80% de las primeras sí dispone de un plan de EMC en comparación con 12% de las segundas (Cuadro VII), en cambio la comparación entre las instituciones educativas no muestra diferencia estadística.

Cuadro VII. Planes de educación médica continua en instituciones de salud

Institución de Salud	Afirmativo	Negativo	No documentado
Pública	4	1	0
Privada	1	4	3
	$\chi^2 = 6.240$	$p = 0.044$	

2. Objetivos, metas y etapas. Excepto el grupo denominado empresas, las 12 instituciones que contaban con un plan de EMC incluyeron el señalamiento de objetivos, 67% de ellas fijaron metas y sólo 28% etapas (Cuadro VIII).

Cuadro VIII. Contenido de los planes institucionales de educación médica continua

Instituciones	Objetivos	Metas	Etapas
Educativas	4	3	1
Salud	5	3	3
Empresas	0	0	0
Organismos	3	2	0
Total	12(100%)	8(67%)	4(28%)

De lo anterior se desprende que la existencia de planes institucionales hace esperar que las actividades de EMC realizadas hayan ocurrido conforme a las políticas enunciadas en la respectiva institución.

3. Información y evaluación. Solamente los planes de EMC de las instituciones educativas y de salud incluyen sistemas de información y supervisión del plan, no así los organismos y empresas del estudio. Adicionalmente, el sistema de evaluación de resultados del plan aparece en la totalidad de las instituciones de salud, la mitad de las educativas y sólo en un tercio de las asociaciones profesionales.

4. Prioridades institucionales. Las respuestas obtenidas indican que sólo el 11% de las instituciones definieron sus prioridades en materia de EMC, 62% no lo hicieron y 28% más, aunque afirmaron haberlo efectuado, no lo comprobaron (Cuadro IX)

Cuadro IX. Definición de prioridades institucionales

Instituciones	Afirmativo	Negativo	No documentado
Educativas	2	9	3
Salud	3	7	3
Empresas	0	6	1
Organismos	0	7	6
Total	5(11%)	29(62%)	13(28%)
	$\chi^2 = 7.478$	$p = 0.279$	

Al comparar los resultados por estamentos y carácter público o privado de las instituciones estudiadas, se encontró que las de salud, de tipo público, sí lo hicieron a diferencia de las de carácter privado que no lo efectuaron, hecho que tiene valor estadísticamente significativo (Cuadro X).

Cuadro X. Prioridades en educación médica continua en instituciones de salud

Instituciones	Afirmativo	Negativo	No documentado
Públicas	3	0	2
Privadas	0	7	1
Total	3(23%)	7(54%)	3(26%)
	$\chi^2 = 10.183$	$p = 0.006$	

5. Necesidades de los educandos. Al analizar las respuestas de las instituciones del espacio muestral se encontró que se conocía poco acerca de las necesidades de los educandos, a juzgar por los resultados que se presentan (Cuadro XI), donde predominan con 53% las Instituciones que no las investigaron, en comparación con 15% que sí lo hicieron.

Cuadro XI. Necesidades de educación continua de los educandos

Instituciones	Afirmativo	Negativo	No documentado
Educativas	3	5	6
Salud	4	7	2
Empresas	0	7	0
Organismos	0	6	7
Total	7(15%)	25(53%)	15(32%)
	$\chi^2 = 15.221$	$p = 0.019$	

Nuevamente las instituciones de salud públicas destacan frente a las de corte privado ya que las últimas manifiestan menor interés por conocer las necesidades de EMC de los médicos, según se apunta a continuación (Cuadro XII).

Cuadro XII. Diagnóstico de necesidades de educación continua en instituciones de salud

Instituciones	Afirmativo	Negativo	No documentado
Públicas	3	0	2
Privadas	1	7	0
Total	4(31%)	7(54%)	2(15%)
	$\chi^2 = 9.831$	$p = 0.007$	

6. Necesidad de educación continua de los docentes. El conjunto de instituciones de la muestra no indagó suficientemente sobre las necesidades educativas de los docentes, como se refleja en los siguientes resultados (Cuadro XIII), donde tan sólo en 13% de las instituciones se supo de tales requerimientos.

Cuadro XIII. Necesidades de educación continua de los docentes

Instituciones	Afirmativo	Negativo	No documentado
Educativas	2	8	4
Salud	3	6	4
Empresas	0	7	0
Organismos	1	6	6
Total	6(13%)	27(57%)	14(30%)
	$\chi^2 = 8.313$	$p = 0.216$	

IV. Oferta de servicios

1. Propuesta por instituciones. Se estudiaron 22 cursos de EMC de los ofrecidos en 1996 a la comunidad médica, observándose cierto predominio de las instituciones de salud, seguidos en proporción por las instituciones educativas, los organismos profesionales y las empresas (Cuadro XIV).

Cuadro XIV. Oferta de cursos de educación médica continua

Instituciones	Número	Porcentaje
Salud	9	41
Educativas	7	32
Empresas	1	4
Organismo	5	23
Total	22	100

2. Medios de difusión. Los medios más utilizados por los organizadores para ofrecer los cursos a los médicos son de tipo impreso, a través de carteles y diversas publicaciones institucionales y revistas científicas, como se anota a continuación (Cuadro XV).

Cuadro XV. Medios de difusión utilizados en la muestra estudiada

Medios	Número	Porcentaje
Cartel	37	79
Publicaciones institucionales	34	72
Revistas	23	49
Prensa	22	47
Red informática	21	45
Telecomunicaciones	18	38
Radio	15	32
Televisión	12	25
Otros	27	57

En el grupo de otros medios cabe destacar que los trípticos fueron empleados por 12 instituciones, el correo se empleó en seis casos, las visitas de representantes de laboratorio ocurrió en dos instituciones, lo que significa una presencia de 6% en la muestra analizada.

3. Financiamiento de la EMC. Ninguna de las instituciones estudiadas refirió tener presupuesto específico para efectuar actividades de EMC, no obstante, éstas se llevan a cabo con financiamiento interno o mixto, como se apunta a continuación (Cuadro XVI).

Cuadro XVI. Financiamiento de la educación médica continua

Número de Instituciones	Interno		Mixto		
	Núm.	%	Núm.	%	
Educativas	14	7	50	7	50
Salud	13	7	54	6	46
Empresas	7	7	100	0	0
Organismos	13	4	31	9	69
Total	47	25	53	22	47

Destaca en los resultados que 53% del financiamiento ocurre desde el interior de las mismas instituciones sin despreciar el apoyo externo, empero, cabe distinguir que 100% de las empresas tienen su propio financiamiento, en tanto que las asociaciones de profesionistas sólo lo hacen en 31% de sus cursos y dependen mayoritariamente del apoyo externo.

4. Costo para los educandos. El costo promedio de inscripción a los diversos cursos fue de \$350, encontrando que 67% de ellos tenía una cuota por debajo de \$349 y el restante 33% se ubicaba por arriba de \$350 (Cuadro XVII).

Cuadro XVII. Costo promedio de asistencia a cursos

Instituciones	Hasta \$349	\$350 o más	Total
Educativas	4	1	5
Salud	1	1	2
Empresas	0	0	0
Organismos	3	2	5
Total	8(67%)	4(33%)	12

Como puede apreciarse el costo de los cursos es accesible a todos los médicos. Cabe mencionar que en las instituciones de salud no se cobra a los educandos cuando se trata de personal propio, con excepción del reconocimiento universitario.

5. Fuente de ingresos. Para 70% de las instituciones, las actividades de EMC que realizan no representan una fuente adicional de ingresos (Cuadro XVIII).

Las instituciones educativas de carácter público y las asociaciones profesionales, en la mitad de las ocasiones, sí refieren que tienen ingresos provenientes de esta fuente.

Cuadro XVIII. Fuente adicional de Ingresos a las instituciones

Instituciones	Afirmativo	Negativo	Total
Educativas	5	9	14
Salud	2	11	13
Empresas	1	6	7
Oganismos	6	7	13
Total	14(30%)	33(70%)	47(100%)

De lo anterior se desprende que las actividades de EMC no tienen una finalidad lucrativa y que las instituciones sólo buscan el beneficio profesional de quienes recurren a ellas para actualizarse y mantener su competencia.

6. Acreditación y reconocimiento. El 37% de los cursos que se analizaron en la muestra tiene reconocimiento universitario, el restante 63% sólo de la institución que lo imparte. Ambos tipos de acreditación son ampliamente aceptados en los sectores académico y asistencial.

V. Características de los cursos

1. Áreas del conocimiento. En la muestra de 22 cursos analizados se observa una preferencia de 95% por abordar temas clínicos, de los que corresponden en mayor proporción los relacionados con la atención de urgencia (Cuadro XIX).

Cuadro XIX. Campo médico de los cursos de educación médica continua

Campo de la medicina	Frecuencia	Área	%
Urgencias	5	Clínica	22
Diabetes mellitus	4	Clínica	18
Ginecología y obstetricia	3	Clínica	13
Cardiología	1	Clínica	4.7
Dermatología	1	Clínica	4.7
Geriatría	1	Clínica	4.7
Informática	1	Informática	4.7
Medicina interna	1	Clínica	4.7
Nutrición	1	Clínica	4.7
Oftalmología	1	Clínica	4.7
Ortopedia	1	Clínica	4.7
Otorrinolaringología	1	Clínica	4.7
Pediatría	1	Clínica	4.7

2. Destinatarios. Los cursos dirigidos a médicos generales ocuparon 21% de la muestra de cursos analizados; 26% se destinó a médicos especialistas, y 21% más a los diversos integrantes del equipo de salud, mientras que 32% de los cursos se ofrecieron indistintamente a médicos generales y especialistas (Cuadro XX).

Cuadro XX. Destinatarios de los cursos de educación médica continua

Institución	Médicos grales.	Médicos especial.	Grales. y especial.	Equipo salud	Total
Educativas	2	1	2	2	7
Salud	0	2	3	2	7
Empresas	1	0	0	0	1
Organismos	1	2	1	0	4
Total	4(21%)	5(26%)	6(32%)	4(21%)	19

Esta circunstancia hace patente, en el espacio muestral explorado, la baja atención hacia la EMC de los médicos generales. Asimismo, el hecho de ofrecer recursos a médicos generales y especialistas juntos significa que los temas tratados rebasan el campo de la medicina general y que tampoco pueden satisfacer las expectativas de los especialistas.

3. Duración de los cursos. La mayoría de los cursos revisados tiene duración de 20 horas (72%), que cubren dos veces la unidad mínima aceptada en medios académicos. (Cuadro XXI).

Cuadro XXI. Duración de los cursos de educación continua de la muestra

Instituciones	20 h	40 h	más de 40 h
Educativas	5	1	1
Salud	5	2	1
Empresas	1	0	0
Organismos	4	0	1
Total	15(72%)	3(14%)	3(14%)

4. Horario de los cursos. Los cursos se impartieron preferentemente en el horario matutino en 52%, en tanto que 24% se efectuaba por las tardes y 16% en horario mixto, dos de los cursos no indicaron su horario.

5. Objetivos educacionales. El 64% de los cursos revisados contenía una descripción de sus objetivos educacionales, como se anota enseguida, con un claro predominio de los de tipo cognoscitivo (79%), seguido de los psicomotores (57%) y por último de los afectivos (14%) (Cuadro XXII).

Cuadro XXII. Objetivos educacionales en los cursos de educación médica continua

Instituciones	Cognoscitivos	Psicomotores	Afectivos
Educativas	3	2	0
Salud	4	5	1
Empresas	1	1	0
Organismos	3	0	1
Total	11(79%)	8(57%)	2(14%)

6. Aspectos didácticos. Con excepción de uno, la totalidad de los cursos analizados contaba con una descripción detallada de las actividades del mismo. El 55% de los cursos refería la metodología didáctica que emplearía. El 56% de ellos consideraba la realización de evaluaciones, entre los que destacan los impartidos en las instituciones de salud, y sólo en los cursos de estas instituciones se recomendó la lectura de bibliografía alusiva. (Cuadro XXIII).

Cuadro XXIII. Aspectos didácticos en relación al número de cursos por tipo de institución, expresados en por ciento

Instituciones	Contenido programático	Metodología didáctica	Evaluación	Bibliografía
Educativas	100	28	14	0
Salud	89	33	89	22
Empresas	100	100	100	100
Organismos	100	60	20	0

VI. Destinatarios

1. Datos personales. Se entrevistaron 384 médicos de práctica general y especialistas; en el grupo predominó el género masculino (77%), siendo la edad promedio para los varones de 47 años y de 42 para las mujeres (Cuadro XXIV)

Cuadro XXIV. Distribución por género y edad de los médicos encuestados

Grupo de edad	Masculino		Femenino		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
25 a 29	4	1.3	4	4.6	8	2.1
30 a 34	12	4.0	10	11.5	22	5.7
35 a 39	58	19.5	27	31.1	85	22.1
40 a 44	79	26.6	17	19.5	96	25.0
45 a 49	51	17.2	10	11.5	61	15.9
50 a 54	35	11.8	10	11.5	45	11.7
55 a 59	23	7.7	5	5.8	28	7.3
60 a 64	15	5.1	3	3.4	18	4.7
65 y más	20	6.7	1	1.1	21	5.5
Total	297	100.0	87	100.0	384	100.0

2. Formación profesional. Los médicos de la encuesta realizaron sus estudios profesionales en 24 instituciones nacionales y una extranjera; 6 de las universidades nacionales son privadas y de ellas egresaron 11.7% de los médicos.

El año de titulación para el grupo corresponde a 1977 en el percentil 50, 1972 en el percentil 25 y 1983 en el percentil 75.

3. Especialización. 231 médicos, 60% de la muestra estudiada, declararon tener estudios de especialización, en tanto que 153 sólo practican la medicina general, de lo que resulta una razón de 1.5 especialistas por cada médico general. Se trata de 26 especialidades, de las que ginecología y obstetricia junto con pediatría ocupan 48% de la muestra (Cuadro XXV).

Cuadro XXXV. Especialidades identificadas en la muestra

Especialidad	Núm.	%
Ginecología y obstetricia	65	28.1
Pediatría	46	20.0
Cirugía general	20	8.7
Medicina familiar	19	8.2
Medicina interna	15	6.0
Dermatología	12	5.3
Ortopedia	11	4.8
Otorrinolaringología	11	4.8
Anestesiología	4	1.7
Gastroenterología	4	1.7
Medicina del trabajo	3	1.3
Psicoterapia médica	3	1.3
Cardiología	2	0.9
Cirugía plástica y reconstructiva	2	0.9
Endocrinología	2	0.9
Radiología e imagen	2	0.9
Cirugía cardiotorácica	1	0.4
Cirugía pediátrica	1	0.4
Geriatría	1	0.4
Medicina del deporte	1	0.4
Medicina legal	1	0.4
Nefrología	1	0.4
Neumología	1	0.4
Patología clínica	1	0.4
Psicoanálisis	1	0.4
Urología	1	0.4
Total	231	100.0

El adiestramiento en las especialidades se realizó en 37.6% de los casos en el Instituto Mexicano del Seguro Social; 16.4% en la Secretaría de Salud; 10.8% en el ISSSTE y 6.5% en los Institutos Nacionales de Salud, el restante 26.7% lo hizo en diversas instituciones. Los estudios fueron avalados por un total de 20 instituciones de educación superior, de las que en su gran mayoría corresponden a la UNAM, seguidas de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad de Guadalajara.

Los años de 1975, 1983 y 1988 en que los médicos terminaran sus cursos de especialización corresponden a los percentiles 25, 50 y 75.

4. Maestría y doctorado. En este nivel de preparación sólo se encontró a 7 médicos con estudios de maestría y uno de doctorado.

5. Dúptomados. 10% de los médicos del estudio había realizado cursos denominados diplomados, principalmente en el área sociomédica, seguido de áreas biomédicas y de investigación científica e informática. Los cursos se efectuaron principalmente en el IMSS y en la UNAM.

6. Ejercicio profesional. La práctica de tipo mixto (privada e institucional) concentra 45% de los médicos sujetos a la encuesta; 37.5% practica solamente la medicina de consultorio privado; 12% más se encuentran ligado a alguna institución de salud particular y el restante 5.5% se dedica exclusivamente a la medicina institucional de carácter público.

7. Membresía en sociedades médicas. 244 médicos, 63.5% de la muestra, informaron que pertenecen al menos a una sociedad médica; 163 son socios de 2 agrupaciones; 91 médicos se conjuntan en tres sociedades; 49 lo hacen en 4 y 18 tienen pertenencia a 5. La mayor afiliación corresponde a la presente década (Cuadro XXVI).

Cuadro XXVI. Pertenencia a sociedades médicas

Década	Número de sociedades				
	1	2	3	4	5
1940 a 1949	1				
1950 a 1959	1	2			
1960 a 1969	14	5	3		
1970 a 1979	41	25	14	3	
1980 a 1989	76	51	26	16	4
1990 -	111	80	48	30	14
Total	244 (63.5%)	163 (42.4%)	91 (23.7%)	49 (12.8%)	18 (4.7%)

8. Cursos de actualización. Para mantenerse actualizados en el ejercicio profesional, los médicos recurren a diversas opciones, entre las que destacan en cifras del mismo orden la bibliografía que proporcionan las empresas farmacéuticas, los cursos monográficos, la suscripción a revistas y la asistencia a congresos (Cuadro XXVII).

Cuadro XXVII. Modalidades de actualización en la muestra estudiada

Modalidad	Médicos	%
Bibliografía de laboratorios	283	74
Cursos monográficos	279	73
Suscripción de revistas	276	72
Congresos	274	71
Simposio	256	67
Sesión clínica	253	66
Conferencia	250	65
Consulta en bibliotecas	170	44
Consulta a banco de datos	155	40
Jornada científica	152	40
Educación a distancia	116	30

9. Medios de información de la oferta educativa. Los médicos relataron haberse enterado de los eventos de educación continua principalmente a través de las revistas científicas y de los boletines, gacetas, catálogos y trípticos institucionales, asimismo, mediante los carteles y otras medios (Cuadro XXVIII).

Cuadro XXVIII. Medios de información de la oferta educativa

Medios	Médicos	%
Revista científica	346	90
Publicación institucional	278	72
Cartel	156	41
Redes informáticas	80	21
Prensa	69	18
Televisión	48	13
Radio	44	12
Telecomunicación	32	8

10. Actividades de EMC en 1996. En el año precedente a la encuesta, 47% de los médicos informó no haber tenido actividades de educación continua, el restante 53% sí participó al menos en un tipo de actividad (Cuadro XXIX).

Cuadro XXIX. Participación en eventos de educación médica continua en 1996

Núm. de cursos	Médicos	%	Acumulado
0	180	47	47
1	77	20	67
2	58	15	82
3	38	10	92
4	31	8	100

11. Satisfacción de necesidades profesionales. El grado de satisfacción de los médicos cuando buscan cubrir sus requerimientos de actualización formativa o asistencial se manifestó en una escala de frecuencia; así, 54% de los encuestados casi siempre encontró respuesta a sus necesidades formativas, y 47% a sus exigencias asistenciales, como se anota a continuación (Cuadro XXX).

Cuadro XXX. Satisfacción de necesidades de educación médica continua

Grado de satisfacción de los educandos	Necesidades			
	Formativas		Asistenciales	
	Médicos	%	Médicos	%
Siempre	77	20	85	22
Casi siempre	208	54	179	47
Ocasionalmente	78	20	78	20
Nunca	14	4	0	0
Sin respuesta	7	2	42	11
Total	384	100	384	100

12. Certificación de especialidad. 151 de los médicos entrevistados, 39% de la muestra, señaló estar certificado en su especialidad, encontrándose la mayor concentración en las especialidades de pediatría y ginecología y obstetricia con 34 y 25 médicos, respectivamente; sin embargo cuando se contrasta el número de certificados por especialidad con el número de especialistas entrevistados (Cuadro XXXI), en las disciplinas representadas con más de 10 médicos, las que tienen mayor proporción de certificados son: ortopedia, otorrinolaringología, pediatría, cirugía general, medicina interna, medicina familiar, y en último lugar la ginecología y obstetricia que fue la especialidad más frecuente en la muestra estudiada.

Cuadro XXXI. Proporción de médicos certificados y educación médica continua

Especialidad	Médicos	Certificados	Proporción
Ginecología y obstetricia	65	25	38
Pediatría	46	34	74
Cirugía general	20	13	65
Medicina familiar	19	8	42
Medicina interna	15	9	60
Dermatología	12	7	58
Ortopedia	11	10	91
Otorrinolaringología	11	10	91
Anestesiología	4	0	0
Gastroenterología	4	4	100
Medicina del trabajo	3	1	33
Psicoterapia médica	3	2	66
Cardiología	2	0	0
Cirugía plástica y reconstructiva	2	2	100
Endocrinología	2	0	0
Radiología e imagen	2	1	50
Cirugía cardiotorácica	1	0	0
Cirugía pediátrica	1	3	?
Geriatría	1	0	0
Medicina del deporte	1	0	0
Medicina legal	1	0	0
Nefrología	1	1	100
Neumología	1	1	100
Patología clínica	1	0	0
Psicoanálisis	1	0	0
Urología	1	0	0
Total	231	151	---

Se hace notar que 45% de los médicos certificados lograron ese estado en los últimos 6 años. Asimismo, que de los 151 certificados, 15% requiere recertificación, por haber transcurrido su tiempo de validez ante el consejo respectivo.

VII. Contrastación de variables circunstanciales

1. Principales variables. La encuesta aplicada a los médicos considera, como se ha visto, una serie de variables, mismas que al contrastarse entre sí ofrecen información para mejorar la identificación del sistema y contribuir a complementar el modelo de análisis, variables que se enuncian a continuación:

- A. Estudios profesionales
- B. Especialización.

- C. Tipo de ejercicio profesional.
- D. Membresía en sociedades.
- E. Modalidades de EMC.
- F. Medios de difusión.
- G. Cursos de actualización en 1996.
- H. Certificación de especialidad.

2. Contrastación de variables. A fin de comparar recíprocamente las variables circunstanciales se utilizó una matriz de doble entrada (Cuadro XXXII) cuyos resultados se ilustran a continuación.

Cuadro XXXII. Matriz de contrastación de variables circunstanciales

Variables	A	B	C	D	E	F	G	H
A		ns	ns	s	ns	ns	ns	s
B			s	s	s	ns	ns	s
C				s	s	ns	s	s
D					s	ns	s	s
E						ns	ns	s
F							ns	ns
G								s
H								

s = estadísticamente significativo
ns = no hay significancia estadística

En la matriz se identifican 28 cruces de variables, de los cuales por su pertinencia y relevancia en materia de EMC se escogieron los siguientes 11:

- 1) BD. Estudios de especialización y membresía a sociedades. Los médicos especialistas se afilian a sociedades y asociaciones profesionales en mayor proporción que los médicos generales.
- 2) BE. Estudios de especialización y modalidades de EMC. Los especialistas recurren con mayor frecuencia a programas de educación a distancia, bibliografía proporcionada por laboratorios, conferencias, sesiones clínicas, consulta en bibliotecas y bancos de datos, suscripción a revistas, jornadas científicas y congresos.
- 3) BF. Estudios de especialización y medios de difusión de actividades de EMC. No se encontró diferencia entre médicos especialistas y médicos generales en cuanto a uso de medios de difusión donde se enteran de la oferta educativa.
- 4) BG. Estudios de especialización y cursos de actualización en el año anterior a la encuesta. No se encontró diferencia estadística entre las proporciones de médicos especialistas y generales que acudieron a cursos de EMC en 1996.
- 5) BH. Estudios de especialización y certificación en el consejo respectivo. Se encontró que predominaban los especialistas certificados en ejercicio profesional sobre quienes no lo estaban.
- 6) CF. Ejercicio profesional y medios de difusión. Los medios más empleados por los médicos del estudio para informarse sobre las actividades de EMC son las publicaciones institucionales y los carteles, por encima de otros medios de difusión.
- 7) CG. Ejercicio profesional y cursos de EMC. Los médicos en ejercicio profesional mixto acudieron a EMC en el año anterior a la encuesta, en una proporción mayor a la de aquellos en ejercicio profesional privado o institucional exclusivo.
- 8) CH. Ejercicio profesional y certificación de especialidad. Los médicos certificados recurren a la EMC en mayor proporción que aquellos que no lo están.
- 9) DG. Membresía en sociedades y cursos de EMC en 1996. Los médicos pertenecientes a agrupaciones profesionales acudieron en el año precedente a la encuesta a mayor número de cursos de EMC.
- 10) DH. Membresía en sociedades y certificación de especialidad. Los médicos que se agrupan en sociedades se certifican en mayor proporción.
- 11) GH. Cursos de actualización en 1996 y certificación de especialidad. Fue mayor la proporción de médicos certificados que acudieron a cursos de actualización, que quienes no lo estaban.

Integración del modelo e imagen de su situación actual

Una vez considerados los diferentes componentes de contexto, estructura, planeación educativa, oferta de servicios, características de los cursos, destinatarios y variables circunstanciales del modelo de análisis de la EMC en México y

conocidos sus resultados, procede ahora integrar cada una de sus partes para ofrecer una imagen del estado actual en que ésta se encuentra.

La EMC está considerada como una parte fundamental del ejercicio profesional y desarrollo de los médicos. La función educativa y responsabilidad de su realización recae en las instituciones de salud y educativas principalmente, no obstante el enunciado de políticas en la materia es insuficiente, por lo que se aprecia la necesidad de que existan mayores guías.

La estructura de las instituciones dedicadas a la EMC de su personal en particular las de salud, es adecuada; disponen de áreas especializadas, con personal preparado. Sin embargo, no cuentan con presupuestos dedicados para ese tipo de educación, aunque suelen disponer de apoyo económico interno.

La EMC en nuestro medio no persigue fines lucrativos, el costo de los cursos, en gran parte, es solventado por las instituciones que buscan el desarrollo de los individuos, especialmente de sus trabajadores. El costo que significa para los educandos acudir a eventos de capacitación y actualización está a su alcance, sin impactar grandemente su economía. El trabajo de las sociedades y agrupaciones médicas por estimular la EMC, así como la exigencia moral de la certificación de especialistas han sido determinantes en el impulso del proceso de actualización profesional.

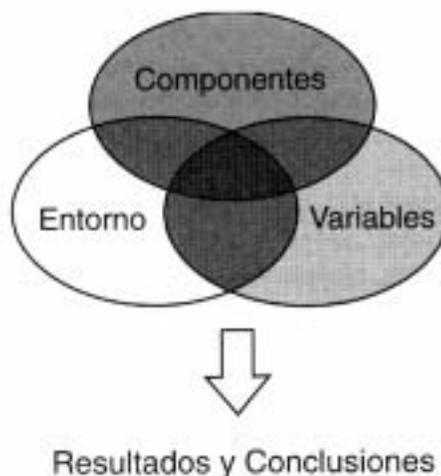
La planeación educativa toma poco en cuenta las necesidades académicas y asistenciales de los propios médicos, educandos y docentes, dándose preferencia a la medicina de especialidad sobre la medicina general, situación que afecta la consecución de sus objetivos. Técnicamente los cursos se llevan a cabo de manera adecuada, con la salvedad de la baja atención a la evaluación. Los cursos se enfocan principalmente al área cognoscitiva y en forma secundaria a la psicomotora y afectiva. Los cursos son debidamente aceptados en el Sistema Nacional de Salud y reconocidos sus créditos en todas las instituciones participantes, no obstante el aval universitario es minoritario sobre el que otorgan las instituciones que los imparten.

La difusión de actividades de EMC es amplia y variada, utilizando con mayor frecuencia las publicaciones institucionales y los carteles. La duración de los cursos y su horario de impartición son acordes a las condiciones de trabajo de los educandos.

Entre los asistentes a actividades educativas sobresalen los médicos certificados y asociados a diversas agrupaciones profesionales; predominan los varones de edad media, con un promedio de 20 años de titulación y 14 de ejercicio especializado. Las modalidades educativas más utilizadas son la lectura de bibliografía proporcionada por los laboratorios, la asistencia a cursos manográficos, la suscripción a revistas y los congresos.

El grado de satisfacción de las necesidades formativas de EMC percibido por los propios médicos ocurre casi siempre en 54% de las ocasiones, y de las necesidades asistenciales en 47%. No obstante, se hace notar que 43% de los médicos del estudio en el año precedente a la encuesta no participó en ninguna actividad de EMC, ello significa que en el espacio muestral estudiado solamente 27% de los médicos encontró respuesta a sus requerimientos profesionales.

Si estos datos se extrapolan a la comunidad médica nacional se tiene una clara idea de la magnitud de la tarea para que la EMC se convierta en parte sustancial de la práctica médica.



Situación actual de la educación médica continua en México, 1996

II. Objetivos y metodología*

Carlos E. Varela-Rueda**

En concordancia con lo mencionado en el artículo 1 del Reglamento Interno del Comité de Vinculación Externa de Educación Médica Continua de la Academia Nacional de Medicina,¹ mismo en el que se señala que "... el Comité... es un órgano colegiado de carácter permanente y propositivo cuya finalidad es estudiar ...las necesidades de educación médica continua (EMC) de los profesionales de la medicina mexicanos...", y en apego a lo enunciado en los tres primeros atributos del Comité contenidos en el artículo 5 del Reglamento citado anteriormente, los que a la letra dicen: "identificar las necesidades de EMC de los profesionales de la medicina del país", "generar los medios y mecanismos que permitan conocer en forma global el desarrollo de la EMC continua en México" y "establecer comunicación con los diferentes proveedores de EMC en el país para conocer su forma de operar, sus puntos de vista y sus necesidades", el Comité en pleno diseñó y llevó a cabo un proyecto de investigación tipo encuesta retrospectiva comparativa² con la finalidad de dar cumplimiento a uno de los puntos centrales de su programa de trabajo³ y poder conocer mejor, a través de los resultados que arrojara el estudio, la situación que guardaba en 1996 la EMC en México.

Para abordar el asunto, el proyecto fue organizado en tres grandes vertientes que permitieran abordar de manera integral aspectos distintos pero complementarios de la EMC, tales como son las estructuras institucionales en su carácter de proveedoras, los programas de EMC ofrecidos por éstas durante 1996 y los médicos como consumidores.

En virtud de lo anterior, para la realización del trabajo se plantearon tres grandes objetivos:

1. Identificar la oferta de programas de EMC en las principales instituciones de salud, educativas y académicas, organizaciones no gubernamentales y empresas proveedoras de insumos para la salud;
2. Identificar en los programas respectivos las principales características de los cursos de EMC continua que se ofrecen; y
3. Identificar las principales necesidades de los médicos en materia de EMC.

En relación con el primer objetivo se precisaron como variables a estudiar las políticas y la organización institucionales, los trabajos realizados para contar con un diagnóstico de necesidades, la existencia de un plan (que incluyera objetivos, metas, etapas programadas, recursos, sistema de información y supervisión y sistema de evaluación) y los cursos que se ofrecieron durante 1996.

Los informantes fueron funcionarios de instituciones de salud de carácter nacional públicas, estatales públicas y privadas, de escuelas y facultades de medicina tanto públicas como privadas, de academias, sociedades y asociaciones académicas, de organizaciones no gubernamentales y de empresas de la industria químico-farmacéutica.

La información referente a dichas variables se obtuvo por medio de la realización de una entrevista personal dirigida a los funcionarios mencionados. Para recoger los datos se utilizó una cédula diseñada *ex profeso* para caracterizar el modelo

*Presentado el 28 de agosto de 1997, Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

**Académico Numerario.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Carlos E. Varela Rueda. Zempoala 374, Depto. 9, Col. Narvarte, 03020 México, D.F. Tel. 5584 9470.

institucional de planificación de la EMC. Las respuestas proporcionadas de manera verbal se complementaron por medio de una revisión que se hizo de los diferentes documentos entregados por los entrevistados al contestar cada uno de los rubros de la cédula. La revisión se hizo mediante una guía que fue preparada expresamente para poder analizar los documentos de manera sistematizada.

Las variables que se consideraron en relación con el segundo objetivo fueron nombre del programa, área abordada (clínica, biomédica o sociomédica), organizadores, profesorado, destinatarios, duración, horario, cupo, sede, requisitos de inscripción, costo para los alumnos, objetivos educacionales, contenidos programáticos, metodología didáctica, evaluación, bibliografía, forma de acreditación y reconocimiento institucional.

La información correspondiente se recopiló mediante una guía que se preparó para identificar las características de los diferentes programas de EMC entregados por los funcionarios entrevistados al momento de abordar con ellos el primer objetivo.

Las variables estudiadas con motivo de lo planteado en el objetivo tres fueron los datos personales de los médicos, su formación académica, tipo de ejercicio profesional, membresía en sociedades médicas y modalidades de EMC utilizadas para su actualización, así como la identificación y satisfacción de sus necesidades de EMC.

Dichas variables se abordaron por medio de una cédula diseñada especialmente para identificar las necesidades de los médicos en materia de EMC. La cédula fue entregada y recogida personalmente por los encuestadores en el domicilio profesional de un conjunto de médicos generales y especialistas que se encontraban en ejercicio profesional activo, individual y privado. Los médicos encuestados completaron de manera individual los diferentes apartados que constituyen la cédula.

La información necesaria para completar el estudio se obtuvo en distintas regiones del país, las cuales fueron elegidas en función de dos ejes de análisis: la distribución de los médicos de acuerdo con el nivel de marginalidad de las entidades federativas que integran la República Mexicana⁴ y la existencia de escuelas y facultades de medicina, tanto públicas como privadas, en cada una de las entidades seleccionadas. Así se resolvió simultá-

neamente el abordaje tanto de las instituciones educativas que participarían en el proyecto como el de los cursos que las mismas ofrecieron durante 1996 a los médicos que constituyeron la población de la que se tomó la muestra en cada entidad.

La probable representatividad de las distintas regiones se vio fortalecida por los procesos de aleatorización empleados para la selección de los médicos a partir de una base de datos constituida con 36,203 registros de médicos visitados en todo el territorio nacional por los promotores de una compañía farmacéutica.

Los médicos encuestados fueron elegidos mediante muestreo aleatorio simple sin remplazo. El tamaño muestral se determinó con base en una confiabilidad de 95%, una precisión del cinco por ciento, la suposición de una variabilidad de 50 por ciento⁵ y tomando como elemento nuclear del marco muestral la característica de ser médico, con lo que el tamaño estimado fue de 384 para el total de la muestra a estudiar en las entidades seleccionadas, mismas que lo fueron por su nivel de marginalidad:⁴ muy alta (Oaxaca), alta (Puebla), media (Jalisco y Tamaulipas), baja (Nuevo León) y muy baja (Distrito Federal).

El número específico de personas a entrevistar en cada entidad se determinó en función del porcentaje que los médicos existentes en ella representaba en relación con los que había en el conjunto de las seis entidades seleccionadas de acuerdo al número total de médicos registrado en la base de datos. Se consideró la probabilidad de que se presentara un porcentaje de "no respuesta" del veinte por ciento, por lo que para poder completar el tamaño muestral se tuvo en disponibilidad un número adicional de médicos equivalente a dicha proporción.

La información que se obtuvo a propósito de cada uno de los objetivos del proyecto fue compilada en Clipper y procesada mediante equipo y programas de cómputo adecuados a las características del estudio. El tratamiento estadístico de los datos se hizo con auxilio de los programas Epi-Info versión 6 y Primer. Según fuera el caso, además de la estadística descriptiva se aplicó la prueba de χ^2 no paramétrica para k muestras independientes⁶ o la de la probabilidad exacta de Fisher.⁷ Las diferencias que se identificaron entre las variables que se pudieran comparar se consideraron

estadísticamente significativas cuando se encontraron valores de p menores de 0.05.

Para concluir, resulta pertinente resaltar que la recopilación, descripción y análisis de la información procedente de las tres vertientes que fueron abordadas en este estudio implicó el escrutinio de aspectos particulares y específicos de cada una de las variables estudiadas, aspectos que serán comentados ampliamente en la sección de resultados y conclusiones. Sin embargo, vale la pena destacar desde ahora que los elementos comunes otorgan al trabajo realizado una dimensión sin precedente y tienen un carácter generalizador que da lugar a una imagen bastante aproximada de lo que ocurre actualmente con relación a la EMC en México.

Referencias

1. Academia Nacional de Medicina. Reglamento Interno del Comité de Vinculación Externa de Educación Médica Continua. México, no publicado.
2. **Méndez RI, Namihira GD, Moreno AL, Sosa MC.** El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. México: Trillas, 1984. pp. 11-27.
3. **Varela-Rueda CE.** El Comité de Vinculación Externa de Educación Médica Continua de la Academia Nacional de Medicina. *Gac Méd Méx* 1997;133:19-22.
4. **Frenk J.** El mercado de trabajo médico. En: De la Fuente JR, Rodríguez CR (Coords.). *La educación médica en México*. México: Siglo XXI, 1996. p. 90.
5. **Méndez RI.** *Ibid.* pp. 111-131.
6. **Siegel S.** Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas, 1984. pp. 204-209.
7. **Méndez RI.** *Ibid.* pp. 120-130. *Ibid.*

Situación actual de la educación médica continua en México, 1996

IV. Recomendaciones*

Carlos Campillo-Serrano**

De acuerdo con los hallazgos encontrados en la encuesta nacional sobre educación médica continua (EMC) y sin dejar de tomar en cuenta la composición y organización de la práctica profesional de los médicos en nuestro país, se expondrán una serie de recomendaciones que podrían contribuir a la mejoría y al desarrollo de esta actividad. En primer término se enunciarán todas las recomendaciones de una manera general, después se justificarán y sustentarán individualmente las propuestas y al último, se describirá la manera en que cada una de ellas podría llevarse a cabo.

Se sugieren las siguientes siete recomendaciones: 1) reconocimiento de la EMC en forma explícita y clara, 2) creación de una instancia que evalúe, registre y certifique las actividades de la EMC, 3) adopción de medidas que estimulen la certificación y recertificación entre especialistas y médicos generales, 4) responsabilizar a las instituciones médicas y a los mismos profesionistas del costo económico de la EMC, 5) procurar que los médicos usuarios sean quienes generen las actividades de EMC, 6) favorecer en forma especial a los médicos generales para que se comprometan con la EMC y, 7) planear, de acuerdo a las necesidades y condiciones de grupos particulares de médicos como son los jóvenes, los de mayor edad y las mujeres, algunas actividades de EMC.

Reconocimiento de la EMC en forma explícita y clara

Los resultados de la encuesta y algunos aspectos de la práctica médica muestran que no hay un reconocimiento explícito, claro y uniforme entre las diversas instancias responsables, sobre la impor-

tancia y el lugar que la EMC debe ocupar en el ejercicio profesional de los médicos. El 23% de las instituciones encuestadas consideran esta actividad como un asunto prioritario, ninguna de ellas dijo contar con presupuesto propio para desarrollarla, la mayoría (57%) carece de políticas que guíe su planeación y oriente su desarrollo. Sólo la cuarta parte de ellas diseñó un plan educativo. A pesar de que los encargados de la asistencia médica no se cansan de manifestar que la única manera de alcanzar una atención óptima es mediante la preparación y actualización de su cuerpo de profesionistas,^{1,2} al momento de actuar, las instituciones no les brindan a sus médicos las facilidades suficientes para que cumplan con esa tarea. Por ejemplo, en los contratos de trabajo no existen cláusulas que permitan a los médicos asistir a congresos u otras actividades similares. Su asistencia a ellas, las más de las veces, obedece a una concesión de sus superiores y no a un derecho del trabajador. En teoría, las escuelas de medicina son de las principales promotores de la EMC.³ Sin embargo, la importancia que cada una de ellas le otorga a esta actividad es de lo más variable. Para ello, basta con revisar sus distintos organigramas: en algunas ni siquiera hay instancias responsables de cumplir con estas tareas, en otras, estas instancias apenas alcanzan el rango de departamento y en pocas llegan a nivel de subdirección. En las sociedades médicas la situación no es muy diferente. Una encuesta que se efectuó hace tres años, mostró que sólo en algunas existe una dependencia en el cuerpo directivo que se dedique especialmente a la EMC.⁴

Por los datos anteriores, es importante que las instituciones asistenciales reconozcan en forma explícita y clara la importancia de la EMC, además de pugnar para que las escuelas de medicina y las

*Presentado el 28 de agosto de 1997, Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

**Coordinador del Comité de Vinculación Externo de Educación Médica Continua de la ANM

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Carlos Campillo Serrano. José Ma. Velasco 110 P.H. Col. Sn José Insurgentes, 03900 México, D.F. Tel. 5563 7112.

agrupaciones médicas le otorguen el lugar que ellas mismas reconocen que merece. Para eso es necesario llevar a cabo acciones concretas que vayan más allá del puro reconocimiento teórico y de una buena voluntad. Deben ser acciones que impulsen realmente esta actividad y contribuyan a su desarrollo. Entre ellas podrían considerarse las siguientes opciones: 1) Que las instituciones encargadas de promover y proveer la EM elaboren y divulguen en forma explícita y clara sus políticas, para así establecer un marco de referencia que oriente y defina con mayor precisión el camino que estas acciones pueden seguir. 2) Que en los organigramas de las escuelas de medicina, la EMC tenga un lugar definido, con responsabilidades y atribuciones bien establecidas y cuyo nivel administrativo le permita gozar de un presupuesto adecuado y de ejercer sus funciones con un mínimo de trabas burocráticas. 3) Que los organismos encargados de emplear a los médicos les faciliten, de preferencia mediante medidas legales, la asistencia y la participación en actividades de EMC. 4) Que en las agrupaciones y asociaciones médicas se formen áreas dentro de los cuerpos de gobierno encargadas exclusivamente de la EMC.

Creación de una instancia que evalúe, registre y certifique las actividades de la EMC

Por fortuna, en los últimos años, las actividades formales de la EMC (los cursos, las conferencias, los talleres, las mesas redondas), han adquirido una mayor importancia a raíz de que los consejos de especialidades médicas establecieron la práctica de la recertificación,⁵ situación que muy recientemente también incluye a los médicos generales con la constitución del Comité Normativo Nacional de Medicina General.⁶ La recertificación consiste habitualmente en revisar y calificar los *curricula* de los candidatos que la soliciten. Para otorgarla, cada consejo fija un cierto número de puntos que deben de acumularse en un tiempo establecido. Los puntos se obtienen principalmente de las actividades formales de EMC que los consejos hayan decidido previamente aceptar como válidas por su buena calidad. Ellos deciden a su "leal saber y entender" qué actividades de EMC aceptan y cómo las

cuantifican. Como puede observarse, se trata de un proceso completamente individual que a la larga no favorece al proceso de la recertificación en su conjunto, porque le resta uniformidad y ocasiona una gran disparidad entre los diferentes consejos. Existen unos cuya evaluación es rigurosa y los puntajes son lo suficientemente realistas para evaluar verdaderamente a los candidatos. En cambio en otros, el procedimiento deja mucho que desear.

Lo importante para la EMC es que la heterogeneidad del proceso de recertificación, no ayuda a mantener uniforme la calidad de sus actividades que, de acuerdo con los resultados de nuestra encuesta parece ser bastante desigual. Por ejemplo, en un poco más de la mitad (55%) de los cursos revisados no se especificó la metodología didáctica utilizada, en un tercio no se describieron los objetivos generales de enseñanza-aprendizaje y en los que sí se consignaron, con frecuencia se ignoraron aquellos que no pertenecen al área cognoscitiva, ya que 63% omitió los psicomotores y sólo 14% mencionó los afectivos. Sólo las instituciones de salud utilizaron apoyo bibliográfico para los cursos, no así las del ramo educativo. Con respecto a uno de los requisitos esenciales en la evaluación de los cursos que consiste en valorar su impacto entre los asistentes, únicamente 56% de los encuestados cumplieron con él.

Los datos anteriores, aunque no son definitivos son una muestra de la situación nacional, mueven a la reflexión y cuestionan la calidad de las actividades de EMC que se llevan a cabo en nuestro país. El problema es que si no existe la seguridad en la calidad de la EMC, tampoco la puede haber en el proceso de la recertificación, situación sumamente grave, porque si algo es capaz de darle valor a este proceso es la confianza de que se lleva a cabo con rigor y de que por lo tanto, garantiza que los médicos recertificados están realmente bien preparados. Recuérdese que la recertificación no es sino un aval y un sello de calidad sobre la probidad profesional de los médicos. Su valor y aceptación descansa en la confianza, si ésta falta, todo el proceso se viene abajo. Por ese motivo es fundamental afianzarlo, mostrando con toda claridad y sin dejar ninguna duda que la EMC es realmente de una calidad incuestionable.

Las estrategias que podrían utilizarse para afianzar el esquema de la recertificación y de que éste

realmente contribuya a elevar y uniformar la eficacia de la EMC son las siguientes: 1) diseñar un sistema que establezca en forma sencilla y cuantificaba los criterios de calidad que deben reunir las diferentes actividades de EMC, para que así puedan ser aceptadas como válidas y sea posible asignarles un valor numérico, 2) establecer un mecanismo para que los criterios de calidad cuenten con la aceptación de la mayoría de los cuerpos encargados de la recertificación y 3) instituir un procedimiento para que, con una fuerte autoridad moral y en forma imparcial y objetiva, revise y apruebe si las actividades de EMC realmente cumplen con los criterios de calidad y posteriormente les asigne un valor.

El Consejo de Salubridad General y la Dirección General de Enseñanza en Salud de la SSA,^{7,8} ya han presentado esquemas sobre los criterios de calidad de la EMC, así como formas para poder asignarles un valor. Sin embargo, hasta ahora, dichos esquemas no han sido sometidos a la aprobación de los organismos encargados de la certificación y por lo tanto, no se han puesto en práctica; aunque tampoco se ha mencionado cuál sería la forma en que se conseguiría la aprobación de estos esquemas, porque como ya se mencionó, sin esa aceptación el mejor de ellos carecería de toda utilidad. Por otro lado, ninguna de las dos instituciones (El Consejo de Salubridad General y la Dirección General de Enseñanza en Salud de la SSA) ha publicado alguna guía que, bajo los criterios de calidad propuestos, permita evaluar las actividades de EMC, ni ha mencionado qué organismos o entidades serían los encargados de llevar a cabo estas responsabilidades.

La elaboración de guías que permitan evaluar los criterios de calidad y la designación de algún organismo que se encargue de revisar si realmente estos criterios se cumplen, son dos requisitos indispensables para garantizar la excelencia de la EMC. El establecer los criterios de calidad y asignarles un valor es un primer paso que debe ser seguido por una guía que, con detalle, explique cómo deben calificarse esos criterios y bajo qué reglas se tasarán su precio curricular. Este paso es fundamental porque la evaluación de estas actividades contempla una serie de aspectos que deben señalarse con anticipación como son: los objetivos que pretenden alcanzarse, la población a

que está dirigida, la bibliografía en que se fundamenta, la metodología de enseñanza que se utilizará, etc. Todos estos aspectos son los que permiten realmente evaluar un esfuerzo pedagógico y asignarle un valor final. Se trata de una labor compleja, que aún con las guías para poder llevarse a cabo, requiere de personal con cierto nivel de capacitación. Por eso es también indispensable que esta tarea la realice alguna instancia que cuente con ese personal. En nuestro país, las escuelas de medicina, algunos hospitales e instituciones de salud y educativas cuentan con el, pero desafortunadamente ninguna de ellas podría en forma individual extender el aval de la EMC, porque para extenderlo no sólo se requiere de una alta capacidad pedagógica, sino de una autoridad moral que sea aceptada por todos los proveedores de EMC y que mantenga una posición neutral e imparcial. Sin una instancia con estas características sucede lo que se encontró en nuestra encuesta: sólo 37% de los cursos recibieron reconocimiento universitario y el resto (63%) fue la misma instancia proveedora la encargada de extender el reconocimiento. Como puede observarse, se trata de una situación en que es fácil cuestionar la objetividad e imparcialidad de la certificación, porque aunque se trate de organismos prestigiados y de probidad bien demostrada, no es convincente que ellos mismos sean quienes sancionen sus propias actividades. No se puede ser juez y parte al mismo tiempo. Por otro lado, el que una instancia universitaria, ajena al organizador de la actividad de EMC, sea la encargada de dar el aval, sí garantiza la probidad y la imparcialidad, pero no cumple con otras condiciones a las que el proceso de certificación debe aspirar, como la uniformidad del procedimiento y su aceptación por todos los actores. Por los motivos expuestos no es absurdo proponer que se instituya una instancia con una autoridad moral fuera de duda, que cuente con personal calificado, que sea aceptada por todos los responsables de suministrar la EMC y que sea quien certifique y avale estas actividades.

La proposición no es inédita, sino que se encuentra inspirada en lo que se ha hecho en Canadá y Estados Unidos, cuyo desarrollo en la EMC es universalmente aceptado.⁹ Desde hace algún tiempo en ambos países funciona un organismo con las características del que se propone. Sus funciones y manera de operar son similares en los dos

lugares, sólo varía en su composición. En Canadá, únicamente las 16 escuelas de medicina están facultadas para llevar al cabo programas de EMC y éstas se han constituido en la *Association of Canadian Medical Colleges*¹⁰ que es la dependencia responsable de censurar dichas actividades.

En EU la situación es más compleja. La responsabilidad de impartir la EMC no recae sólo en las escuelas de medicina. Se calculan en 2500 el número de proveedores,¹¹ pues además de las escuelas participan las sociedades médicas de especialidad, las organizaciones voluntarias de salud, las agrupaciones médicas estatales, los hospitales y corporaciones autorizadas. Todas estas instituciones se encuentran representadas en el *Accreditation Council for Continuing Medical Education* encargado de certificar a los proveedores. Es un organismo cúpula formado por las siguientes organizaciones: 1) *American Board of Medical Specialities*, 2) *American Medical Association*, 3) *American Hospital Association*, 4) *Association of American Medical Colleges*, 5) *Association for Hospital Medical Education*, 6) *Council of Medical Speciality Societies*, y 7) *Federation of State Medical Boards of U.S.* Además se incluye a un representante del gobierno federal y a otro del público en general.

La función de ambos organismos es certificar a las instituciones capaces de impartir EMC. El canadiense aprueba a las escuelas de medicina y el de EU a las organizaciones ya referidas. Para que una institución sea certificada se le exige cumplir con los siguientes requisitos: 1) que dentro de sus funciones de organización y sus postulados de operación se incluya la EMC y 2) que cuenten con los recursos administrativos y técnicos para cumplir sus tareas. Además se le exige que sus programas de enseñanza se apeguen a lo que ellos llaman "esencias", "principios" y "estándares",¹² que no es otra cosa sino lo que se ha venido denominando, los criterios de calidad. Los conceptos mencionados tienen sus raíces teóricas en el desarrollo del modelo curricular de Ralph Tyler,¹³ que incluye cuatro clases de actividades: 1) señalar la necesidad de impartir la enseñanza, 2) formular los objetivos del aprendizaje, 3) describir el material, los métodos y los recursos con que se contará para que se sepa a qué atenerse y 4) de acuerdo a los objetivos descritos, evaluar el progre-

so de los educandos.

Según estos organismos, el que los programas se apeguen a los estándares, esencias y principios es para garantizar que las actividades de EMC sean realmente científicas y educativas y que se abstengan de la influencia comercial de las firmas farmacéuticas u otros organismos patrocinadores. El propósito de acreditar a las instituciones responsables de impartir EMC es asegurarle a los médicos y al público en general, que este tipo de actividades cumple con los estándares o las normas educativas, además de intentar que todos los programas contengan una coherencia educativa que esté fundamentada sobre necesidades bien definidas, objetivos de aprendizaje precisos y contenidos y métodos explícitos.

Para fortalecer y desarrollar mejor el sistema de recertificación en México sería conveniente aprovechar la experiencia de Canadá y Estados Unidos e intentar instituir un organismo que cumpla con las mismas funciones, pero teniendo cuidado que su constitución y forma de operar respondan a nuestra propia realidad.

Adopción de medidas que estimulen o incrementen la certificación y recertificación entre especialistas y médicos generales

La certificación y la recertificación entre los médicos tienen como propósito estimular el estudio, mejorar la práctica profesional, elevar los niveles de las especialidades y establecer un control de calidad permanente.¹⁴ En México, los consejos de especialidades médicas se inician en 1972¹⁵ y no es sino hasta 1994 en que se instituye el Comité Normativo Nacional de Medicina General⁶ como primer paso para que estos colegas se inicien en un proceso de certificación. A pesar de los años que llevan de funcionar los consejos de especialidad y del gran número de especialistas que se han certificado, todavía se dejan ver algunos huecos.¹⁶ De acuerdo con nuestra encuesta, sólo 39% de los entrevistados está certificado. La proporción de certificación varía entre las distintas especialidades. Es alta en ortopedia (91%) y otorrinolaringología (91%) y más baja en las especialidades troncales: pediatría 74%, cirugía general 65%, medicina interna 60%, medicina familiar 42% y

gineco obstetricia 36%. La mitad de los encuestados en el último año no participó en ninguna actividad de EMC y 15% ya requieren de recertificación. Entre los médicos que más participan en EMC destacan los que se han certificado y los que pertenecen a agrupaciones gremiales. La certificación es un movimiento que se ha incrementado con el tiempo, ya que el 45% se certificó en los últimos cinco años.

Con estos datos, no hay ninguna duda de que es conveniente establecer medidas que estimulen e incrementen la certificación y recertificación entre los médicos con el fin de que un número mayor de ellos participe en la EMC y de que la sociedad tenga más confianza en sus galenos para que así mejore la imagen pública del gremio.

Entre las medidas concretas que podrían estimular la certificación y la recertificación se propone que las autoridades de salud y educativas, los centros hospitalarios y las asociaciones y sociedades gremiales exijan a los médicos estos requisitos. En una encuesta reciente se encontró que en las sociedades de especialización hay pocos médicos certificados.⁴ Pero algo que definitivamente sería un paso definitivo y que por diferentes motivos se ha ido posponiendo sería que las Secretarías de Educación Pública y de Salud reconocieran legalmente a los consejos de especialidades médicas. Esta última medida sería un espaldarazo fuerte a todo este movimiento.

Responsabilizar a las instituciones médicas y a los mismos profesionistas del costo económico de la EMC

Es innegable que la EMC es un asunto costoso y que en nuestro país actuamos como si no lo fuera. Los costos son directos e indirectos. El precio de los libros, la suscripción a revistas, el material didáctico, el tiempo de los profesores y de los alumnos son renglones onerosos. Además, gran parte de las actividades exigen que los médicos se trasladen a lugares diferentes de donde laboran, por lo que hay que agregar los pasajes, el alojamiento y los alimentos. En la actualidad el importe de los congresos, aún de los más modestos, llega a alcanzar cifras de más de cinco ceros. Sin embargo, se actúa como si se tratara de algo que no representa ningún desembolso de cuantía. De

las 47 instituciones de la muestra, ninguna dijo contar con presupuesto propio y exclusivo para la EMC, pero cuando les preguntamos de donde se obtiene el dinero para financiar estas actividades, 53% respondieron que lo toman de su mismo presupuesto, mientras que 47% lo consiguen de fuentes externas. Esto demuestra que a pesar de lo costoso de estas tareas y de que se carece de partidas presupuestales exclusivas, las instituciones finalmente las financian. Es prudente subrayar que sería deseable una actitud más definida en este aspecto, porque de continuar sí, definitivamente no se le da la importancia que merece, ni se ayuda al desarrollo de la EMC. Desafortunadamente esta actitud no es sólo privativa de las instituciones, también la comparten los médicos, pues volviendo a los datos de la encuesta es de llamar la atención lo poco que gastan en su educación y los bajos costos de estas actividades. En general, hay una tendencia a minimizar el monto real de la EMC y a no reconocerla oficialmente bajo la perspectiva presupuestal. Eso impide que se planeen con anticipación programas a largo y plazo y de alguna manera propicia que se considere a la EMC una prioridad secundaria a la que se atiende una vez cubiertas otras necesidades. También favorece que se contamine con intereses comerciales, pues al no contar con presupuesto oficial para EMC y con una actitud despreñada por parte de los médicos, es fácil que las empresas con intereses en el campo de la salud muestren su disposición a subvencionarla con las condiciones que ellas mismas propongan. Cuando no se dispone de dinero propio para realizar alguna labor, es fácil ceder cuando se ofrece de fuera. Es significativo el hecho de que un poco menos de la mitad de las instituciones encuestadas acude a fuentes externas para cubrir los gastos de su EMC.

Ante la situación descrita es importante que se pugne, tanto por parte de las instituciones como por los médicos, por una cultura de la educación, en el sentido de que se trata de algo costoso y que es un deber ineludible el costearla. Para ello es necesario que las instituciones destinen un presupuesto propio para cumplir con estas tareas y de que los médicos vean que el asignar parte de sus ganancias a su educación y actualización es una responsabilidad con ellos mismos, con sus enfermos y con la sociedad.

Procurar que los médicos usuarios sean quienes generen las actividades de EMC

Es una tradición que la EMC, al igual que la educación de pre y posgrado, sea planeada por los profesores y las autoridades. Es decir, se trata de una planeación de arriba hacia abajo. En el caso de estas últimas, resulta de lo más natural pues son actividades fundamentalmente de orden escolar donde los alumnos carecen de experiencia profesional, apenas se están asomando a la medicina, están a tiempo completo y su única responsabilidad es estudiar para poder alcanzar la preparación que se requiere para ser médicos o especialistas. En cambio la EMC está dirigida a profesionistas ya formados, con experiencia en el ejercicio de la medicina, cuya principal obligación es ejercer su profesión y en donde el estudio es una más de sus muchas responsabilidades y que tiene como propósito, más que alcanzar una meta formativa, actualizarse para poder cultivar la medicina con mayor capacidad. La diferencia entre la EMC con la licenciatura y la especialidad, es que la primera se dirige a médicos ya formados y la otra a alumnos en plena formación, por ese motivo no puede impartirse de manera escolarizada, con una actitud paternalista y tutelar. Voces autorizadas han llamado la atención con una claridad que no deja lugar a dudas sobre las graves limitaciones de este enfoque en el desarrollo educativo de los galenos ya formados.^{17,18}

Los resultados de la encuesta desafortunadamente muestran que la EMC en nuestro país continúa impartándose con una fuerte tendencia escolar. Por ejemplo, pocas de las instituciones investigadas tomaron en consideración las necesidades de los educandos y de los profesores en la planeación de sus programas. Por ello, no es de extrañar que el grado de satisfacción con la EMC en los médicos encuestados deja bastante que desear. Un poco más de la cuarta parte refirió no encontrar respuesta a sus requerimientos profesionales y sólo 57% y 47% dijeron que estaban satisfechos porque sí habían cubierto sus necesidades, tanto formativas como asistenciales, respectivamente.

Con el propósito de que la EMC vaya siendo menos escolar se recomienda adoptar medidas que ayuden a que el médico tome una mayor

responsabilidad en su educación, como que las autoridades educativas y de salud, promuevan encuestas de opinión para que los médicos interesados expresen libremente sus necesidades y deseos. Que se fomenten los programas de autoenseñanza y que se inicien acciones de enseñanza autodirigida como las que ha emprendido el *Royal College of Physicians and Surgeons of Canadá*.¹⁹ También es muy importante que las asociaciones y sociedades médicas desarrollen mecanismos de auscultación y sean mucho más receptivas a las necesidades de sus agremiados.

Favorecer en forma especial a los médicos generales para que se comprometan con la EMC

Los médicos generales se caracterizan porque inmediatamente después de finalizar su licenciatura ingresan al mercado de trabajo, sin continuar con ningún entrenamiento posterior. Su número es elevado y atienden una alta proporción de la población. Se calcula que hay 110,000 en activo y son los responsables de 80% de las consultas de primer nivel.²⁰ También son los que con más frecuencia padecen de desempleo y subempleo.²¹ En resumen, se trata de una población numerosa que careció de la formación educativa rigurosa que se lleva a cabo en las especialidades, que comparte una proporción importante de la responsabilidad asistencial y que sufre de una precaria situación laboral; por lo tanto, requiere de una EMC con más urgencia que el resto de sus colegas y con características que respondan a sus necesidades.

Por eso no deja de ser alarmante que en nuestra encuesta son los que asisten menos a actividades de EMC y que en 32% de los cursos, no se distinguió entre ellos y los especialistas. Por otro lado, la misma encuesta mostró que es un grupo de profesionistas que carece de los estímulos que propicien un desarrollo profesional constante, como son la pertenencia a instituciones asistenciales de salud y la membresía a organismos gremiales, además de que no cuentan con dependencias que certifiquen y avalen la calidad de su desempeño como médicos.

Un intento reciente para remediar la situación de estos galenos fue la creación del Comité Normativo

Nacional de Medicina General el día 20 de noviembre de 1996,⁶ que ya empezó a funcionar y que debe de complementarse con comités locales en los estados de la República que apenas han empezado a formarse. La intención del Comité es que los médicos generales se registren ante este organismo y una vez registrados, a través de llevar diferentes actividades de EMC, obtengan un certificado después de acumular un cierto número de puntos durante un periodo de tiempo.

De acuerdo con la situación descrita y con el propósito de que los médicos generales puedan beneficiarse, se recomienda que los programas de EMC se diseñen especialmente para ellos, para que así se garantice lo más posible que realmente cubran sus necesidades. Es deseable favorecer la creación de asociaciones y sociedades gremiales dedicadas exclusivamente a estos facultativos, porque la pertenencia a estas corporaciones sirve de estímulo para el desarrollo profesional. Por último, es fundamental apoyar las acciones del recientemente creado Comité Normativo Nacional de Medicina General y ayudar a su crecimiento y aceptación, sobre todo a nivel local y estatal.

Planear algunas actividades de EMC más de acuerdo a las necesidades, condiciones y características de grupos especiales como son los médicos jóvenes, los mayores de 65 años y las mujeres.

La población médica del país, al igual que el resto de sus habitantes, no es estática, su estructura en cuanto a edad y sexo cambia constantemente. Es posible destacar tres grupos demográficos: los jóvenes menores de 40 años, que en nuestra muestra son 30%, los mayores de 60 años (10% en la muestra) y las mujeres, cuyo número se incrementó cada vez más. En algunas escuelas de medicina el porcentaje de estas últimas es alrededor de 50, situación que contrasta con el que prevalecía décadas atrás.²² En nuestra muestra se observa la misma tendencia; del total de los 384 médicos encuestados 23% son mujeres, cifra que se incrementó al doble (46%) en los médicos menores de 35 años, mientras que en aquellos con más de 60 años la proporción de mujeres apenas es de 10%.

Desde el punto de vista de la planeación de la EMC, el considerar a la población médica del país en grupos demográficos, lejos de ser un ejercicio ocioso, debe de ser, en algunos casos, un aspecto de capital importancia. No es recomendable programar actividades de EMC asumiendo que todos los médicos se encuentran en una misma situación. La realidad es que las distintas poblaciones de médicos tienen características propias y viven condiciones particulares por lo que sus necesidades, prioridades y hábitos de aprendizaje varían entre sí. Los jóvenes han recibido una educación muy distinta a sus mayores. Se educaron en la época de la computación y de las estadísticas, por lo que están familiarizados a usar los programas de cómputo como herramientas educativas y a manejar los instrumentos electrónicos. Además, en las aulas se beneficiaron con los últimos conceptos de las ciencias básicas, sobre todo los relacionados con la biología molecular y los nuevos paradigmas de la medicina clínica. Los médicos de más edad, que no tuvieron la oportunidad de recibir ese entrenamiento, pero que siguen activos en la práctica profesional y por lo tanto están obligados a mantenerse al día, lógicamente no pueden beneficiarse de esquemas de actualización en que las computadoras destaquen por su protagonismo y donde los más recientes conocimientos de las ciencias básicas se den por sabidos. Ellos requieren sistemas de enseñanza con otras características.

En relación a los médicos del sexo femenino, que como ya se mencionó, cada vez son más, la adecuación de los programas de EMC no se refiere a los contenidos, sino a asuntos de orden práctico como horarios y accesibilidad de las actividades. Es conveniente que las mujeres cuenten con programas de EMC que contemplen las necesidades de su situación personal, que en la gran mayoría de los casos es diferente a la de sus colegas varones. A pesar de la igualdad de los sexos y de que en teoría ambos géneros tienen las mismas oportunidades y de que por eso no es recomendable hacer distinciones, la verdad es que las mujeres médicas tienen una mayor carga de responsabilidades, porque no hay ninguna duda que a las profesionales, se agregan las de la familia y los hijos. Para nadie es un secreto que en nuestro país el mayor peso de las obligaciones domésticas recae en las mujeres y las médicas, con toda seguridad, no son

ninguna excepción. Por eso, no es ninguna sorpresa saber que con más frecuencia que los hombres, las mujeres no continúan con estudios de posgrado al finalizar la licenciatura.²³ Por ello, no es arbitrario sugerir que en la planeación de la EMC se tenga presente esta situación, para que así nuestras colegas médicas cuenten con mayores facilidades para participar en estos programas.

El identificar y distinguir dentro de la planeación de la EMC a diferentes poblaciones de médicos, es cumplir con una de las exigencias más prioritarias de la idiosincrasia de la EMC moderna, en el sentido que una de sus obligaciones sustanciales es el brindar a los médicos usuarios las máximas facilidades de participación y que los programas sean una auténtica respuesta a sus necesidades y expectativas. Como ya mencionamos, en la programación de la EMC, una de las tendencias que es necesario modificar con carácter de urgencia, es que se siga generando de arriba hacia abajo, o sea, de las autoridades y maestros hacia los educandos, pues es la manera en que se pasan por alto las más elementales necesidades de los destinatarios. El tener presente que la población médica no es homogénea, sino que esta conformada por grupos diferentes, es una manera de combatir la tendencia descrita. Wentz y Harrison,²⁴ en un brillante ensayo, mencionan estas consideraciones desde una perspectiva más amplia, mostrando que en la planeación de la EMC no hay que olvidar una serie de factores, que si bien en principio podrían antojarse como ajenos a su naturaleza, la verdad es que actúan desde afuera como fuerzas que resultan definitivas en la orientación que toma esta actividad. Para que en su planeación se consideren las diferentes poblaciones de médicos, la estrategia sería el insistir en que dichas actividades sean generadas por los mismos usuarios y el ayudar a que sean estas mismas poblaciones quienes organicen y propongan sus propios programas.

La EMC es la mejor manera de garantizar una buena asistencia médica. Por medio de ella, los facultativos se actualizan y se capacitan para ejercer su profesión. El estimularla y desarrollarla es una responsabilidad que debe de compartirse entre los mismos médicos como individuos y como gremio, entre las instituciones de salud y educativas, las instancias gubernamentales y organizaciones con intereses en la salud. De acuerdo con

los hallazgos de nuestra encuesta, en México hay una gran actividad en este terreno, pero para que mejore y llegue a alcanzar los niveles de países más desarrollados, es indispensable que todos los actores que participan en ella se coordinen entre sí, aprendan a interactuar y sigan cumpliendo sus funciones, teniendo en cuenta la presencia y actividad de los otros. Las recomendaciones que aquí se han expuesto participan de estas intenciones.

Referencias

1. **Lifshitz GA.** Educación médica continua en el IMSS. *Gac Méd Méx.* 1994;130(Supl. 3):14-20.
2. **Villalpando Casas JJ, Berruecos-Vilialobos P, Nuñez-Maciél E.** La educación médica continua y la capacitación de personal en la Secretaría de Salud. *Gac Méd Méx.* 1994;130 (Supl. 3):10-3.
3. **Cordova-Vilialobos J.** La educación médica continua en la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. *Gac Méd Méx.* 1996;132(Supl 2):148-50.
4. **Graue E, Campillo Serrano C, Marrón M.** La educación médica continua en las sociedades y asociaciones médicas de México. *Gac Méd Méx.* 1994;130(Supl. 3):55-9.
5. **Espinosa de los Reyes V.** La evolución y el estado actual de la certificación de los especialistas en México. *Gac Méd Méx.* 1995;131:72-82.
6. Comité Normativo Nacional de Medicina General. Reglamento 20 de nov. de 1966. (Documento no publicado)
7. **López-Barcena J.** La educación médica continua en la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos. *Gac Méd Méx.* 1996;132(Supl. 2):158-60.
8. **Rivero Serrano O.** El sistema nacional de educación médica continua. *Gac Méd Méx.* 1996;132(Supl. 2):175-177
9. **Swan N.** Continuing medical education. *BMJ.* 1993;306:7-10.
10. Accreditation of University-based Programs of CME: Manual of procedures. Ottawa, Ontario: Association of Canadian Medical Colleges, 1990
11. Accreditation: Procedural and Administrative Information. Lake Bluff, ILL: Accreditation Council for Continuing Medical Education; 1993.
12. **Mazmanian P, Duff W.** Beyond Accreditation and the Enterprise of Continuing Medical Education: An Alternative Model Linking Independent Learning Centers and Health Services Research. En: Davis D, Fox R, eds. *The Physician as Learner. Linking Research to Practice.* Chicago American Medical Association, 1994:285-312.
13. **Tyler R.** Basic Principles of Curriculum and Instruction. Chicago University of Chicago Press, 1949.
14. **Mac-Gregor C.** Los consejos de certificación de especialidades médicas. México DF: Academia Nacional de Medicina, 1993. pp. 13-5.
15. **Espinosa de los Reyes V.** La evolución y el estado actual de la certificación de los especialistas en México. *Gac*

- Méd Méx. 1995;131:72-82.
16. **Vilar-Puig P.** La recertificación en la enseñanza médica continua. *Gac Méd Méx.* 1994;130(Supl. 3):48-52.
 17. **Schön DA.** Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning on the Profession. San Francisco, Calif: Jossey-Bass, 1987.
 18. **Davis D, Parboosingh I.** "Academic" CME and the social contract. *Acad Med.* 1993;68:248-54.
 19. **Parboosingh I, Thivierge R.** The Maintenance of Competence (MOCOMP) Program. *Annals RCPSC.* 1993;26(Supl 1):s12-31.
 20. **Vilar Puig P.** Acta de la Quinta sesión Reglamentaria del Consejo de Salubridad General celebrada el 30 de octubre de 1996.
 21. **Frenk MJ, Duran AL, García C, Vázquez D, Vázquez SL, Ramírez C.** El mercado de trabajo médico. En: De la Fuente JR, Rodríguez-Carranza R, eds. La educación médica y la salud en México. México: Siglo XXI Editores, 1996:83-94.
 22. **ANUIES.** Matrícula y personal docente de la carrera de medicina en México. *Anuarios Estadísticos.*
 23. **Frenk J, Ramírez CC, Vázquez SL.** El mercado de trabajo de las especialidades médicas. *Rev Fac Med UNAM.* 1992;35:157-63.
 24. **Wentz D, Harrison A.** Forces for Change en the CME environment. En: Davis D, Fox R, eds. *The Physician as Learner. Linking Research to Practice.* Chicago, American Medical Association, 1994. pp. 3-13.