

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-Maciel 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.