

Factores relacionados con la participación de Médicos de Familia del Ecuador en programas de Educación Médica Continua

Mauricio Cuadrado, Carlos Alejandro Troya Altamirano

Hospital Hesburgh

Recibido: 23/08/2016 Aprobado: 12/10/2016

DOI: <https://doi.org/10.23936/pfr.v1i3.65>

PRÁCTICA FAMILIAR RURAL | Vol.1 | No.3 | Noviembre 2016 | Recibido: 12/07/2016 | Aprobado: 25/10/2016

Como citar este artículo

Cuadrado M, Troya C. Factores relacionados con la participación de Médicos de Familia del Ecuador en programas de Educación Médica Continua. PFR [Internet]. 23 de noviembre de 2016 [citado 2 de noviembre de 2021];1(3). Disponible en: <https://www.practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/65>.

Resumen

Introducción: La Educación Médica Continua (EMC) es una etapa en la cual un médico recibe formación después de terminar su instrucción básica o cualquier estudio adicional. Como herramienta de educación, la EMC requiere el desarrollo de diversos niveles de aprendizaje (informativo, formativo y transformativo) por parte de los profesionales médicos.

Objetivo: Identificar los factores condicionantes para la participación en programas de Educación Médica Continua en un grupo de médicos de familia del Ecuador.

Metodología: Se realizó investigación cuantitativa, de diseño transeccional descriptivo, basada en una encuesta estructurada, con respuestas cerradas, que fue enviada a través de un correo electrónico. Las preguntas se orientaron a identificar factores relacionados con la participación en programas de EMC. Participaron 82 médicos de familia del Ecuador. Los resultados fueron tabulados en el programa estadístico SPSS, se usaron tablas de contingencia para la relación de variables y se aplicó chi cuadrado.

Resultados: Los factores que mostraron relación estadísticamente significativa con la participación en algún programa EMC fueron la satisfacción ($p < 0.05$) y el hecho de que en el sitio de trabajo faciliten el acceso a estos programas ($p = 0.001$). Otros factores estudiados no mostraron diferencias estadísticamente significativas

Conclusiones: La participación de médicos de familia en programas de EMC está condicionada por factores tanto internos como externos (la satisfacción de participar y el acceso laboral respectivamente), reflejando los vestigios de una enseñanza tradicional. Las instituciones educativas requieren reorientar sus programas de formación para sentar bases que permitan avanzar hacia nuevos modelos de aprendizaje.

Palabras clave

Retención, médicos de familia, área rural

Factors in the Participation of Ecuador's Family Physicians in Continuing Medical Education Programs

Abstract

Introduction: Continuing Medical Education (CME) is the stage of education in which a physician receives training after completing his basic instruction or any additional study. As an educational tool, the CME allows for the development of various levels of learning (informative, formative and transformative) by medical professionals.

Objective: To identify the conditioning factors for participation in Continuing Medical Education programs in a group of family doctors in Ecuador.

Methodology: Quantitative research was carried out with a descriptive, trans-sectional design based on a structured survey with closed answers sent by e-mail. The questions were aimed at identifying factors related to participation in CME programs. 82 family doctors from Ecuador participated. The results were tabulated in the SPSS statistical program, contingency tables were used for the relationship of variables, and chi square was applied.

Results: The factors that showed a statistically significant relationship with the participation in some CME program were: satisfaction ($p < 0.05$), and the fact that in the workplace they facilitate access to these programs ($p = 0.001$). Other factors studied did not show statistically significant differences.

Conclusions: The participation of family doctors in CME programs is affected by both internal and external factors: the satisfaction of participating and access to employment, respectively. This reflects the vestiges of traditional education. Educational institutions need to reorient their training programs in order to allow progress towards new models of learning.

Keywords

Retention, family doctors, rural areas

Introducción

Los primeros programas de Educación Médica Continua (EMC) datan desde 1911, en la Universidad de Kansas (EUA), y posteriormente han ido incrementando. (1) (2) En 1973 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la Educación Médica Continua como “la formación que un médico recibe después de iniciar su instrucción básica o, en su caso, después de terminar cualquier estudio adicional, para ejercer como médico general o especialista”. (1)

Para autores como Alfonso Mejía, la EMC evita el deterioro de la competencia profesional y la mejora, ya que existen factores que provocan el decrecimiento de la misma de forma progresiva e inexorable. Estos factores son: 1) la incongruencia entre la educación inicial con la práctica; 2) el valor de la experiencia que consolida y agrega competencias pertinentes, pero también induce hábitos y prácticas de dudosa validez; 3) el olvido; y, 4) los cambios tecnológicos, sociales, epidemiológicos, laborales, etc., en los que están inmersos los profesionales (3)

La Federación Mundial para la Educación Médica (FMEM),[\[1\]](#) centra su interés en todas las etapas de educación médica, enfatizando el autoaprendizaje, que debería iniciar desde la educación médica básica, reforzando esta iniciativa en la educación médica de postgrado, culminando en la educación médica continua, con un profesional sanitario, motivado para la adquisición permanente de nuevos conocimientos en post de mejorar la calidad de atención sanitaria. (4)

Un informe de la FMEM (2002), que enfoca al médico como individuo gestor de su aprendizaje, estipula que la motivación para la EMC, se basa en tres componentes: 1) motivación personal para brindar una atención sanitaria óptima, 2) enfocar su práctica de acuerdo a los cambios institucionales y de la sociedad, 3) perdurar la satisfacción en su trabajo. (4)

La FMEM considera que las organizaciones profesionales médicas son los organismos que tienen la principal responsabilidad en la planificación global y la coordinación de la EMC, incluyendo el registro y documentación de actividades de EMC. Esto no subestima el interés y el rol de otras organizaciones, instituciones, agencias, autoridades sanitarias y la sociedad para garantizar la calidad de la EMC. (4) A pesar de los resultados alentadores, de la EMC (5), en la mejoría del conocimiento y el estado de salud de los pacientes, muchos países no tienen políticas nacionales encaminadas a favorecer la EMC, tal como sucede en Ecuador.

Para Víctor Frenk, copresidente de la Comisión de Educación de Profesionales de la Salud para el siglo XXI (2010), la reforma educativa “debería estar basada en mejorar el desempeño de los sistemas de salud mediante la adaptación de las competencias profesionales básicas a contextos específicos, sobre la base de conocimiento global” (7).

Esto requeriría la implementación, en los centros educativos encargados de la formación de profesionales médicos, de programas educativos orientados a dos resultados particulares: aprendizaje transformador y la interdependencia en la educación. El aprendizaje transformador es la cúspide de tres niveles sucesivos: informativo, formativo, y transformador. (7)

El Aprendizaje Informativo produce expertos, el Aprendizaje Formativo, produce profesionales. Y, finalmente el aprendizaje transformativo, que trata de desarrollar los atributos de liderazgo; y su propósito es producir agentes de cambio (7). La eficacia de sistema de educación se mediría por su habilidad para construir cada nivel anterior necesario para su sucesor.

Por otro lado, la interdependencia es un elemento clave en un enfoque de sistemas, ya que pone de relieve las formas en que diversos componentes interactúan unos con otros. La interdependencia en educación implica tres cambios fundamentales: el paso de sistemas educativos y de salud aislados a un sistema armonizado; trascender de instituciones independientes a redes, alianzas y consorcios; y pasar de las preocupaciones institucionales que miran al interior hacia un aprovechamiento del flujo mundial de contenidos educativos, recursos docentes e innovaciones. (7)

Si se correlaciona con el sistema educativo ecuatoriano, para el caso de educación médica, los niveles de aprendizaje, informativo y formativo, serían provistos por las instituciones universitarias a través de la educación Pregrado y Postgrado, respectivamente. Idealmente el aprendizaje transformativo debería ser una meta de estas instituciones, pero también es un aspecto de la vida profesional que se gesta a lo largo de la vida (aprendizaje permanente).

Es pertinente la discusión acerca de la EMC, pues resulta ser la actividad que promovería y/o potenciaría el aprendizaje permanente. Los estudios realizados en Ecuador acerca de la EMC son escasos. En el contexto nacional, no se cuenta con un programa de certificación profesional. Además se han dado cambios políticos que han motivado de manera negativa al acceso a programas de EMC.

La EMC reduce la brecha entre la evidencia científica y el ejercicio de la práctica diaria, típicamente su promoción puede darse en dos niveles, universitaria o formal y los no formales (desvinculados de las Universidades). (6) La pertinencia del acceso a programas de EMC, así como la participación y la necesidad de mecanismos de regulación y mejoramiento de la calidad de estos programas son indiscutibles.

Objetivos

- El objetivo del trabajo fue identificar los factores que motivan el acceso y la participación en los programas de educación médica Continua en un grupo de médicos especialistas en Medicina Familiar del Ecuador.

Objetivos específicos

- Comparar los diferentes factores relacionados con la participación en los programas de EMC.

- Analizar los condicionantes de la participación en los programas de EMC.

Metodología

Se trata de una investigación cuantitativa, de diseño transeccional descriptivo. Se elaboró y administró una encuesta estructurada, con respuestas cerradas, la misma que fue enviada a través de un correo electrónico. Las preguntas se orientaron a identificar factores relacionados con la motivación a participar y la participación en programas de EMC en el último año.

La población de interés fue la población nacional de médicos de familia del Ecuador. Para poder acceder se utilizó la base de datos disponible de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina de Familia. La selección de la muestra fue por conveniencia, pues la invitación fue hecha a través de correo electrónico y se empleó las encuestas recibidas luego de un plazo de dos semanas de espera después de haber enviado la invitación. Participaron 82 médicos de familia del Ecuador.

Los resultados fueron tabulados en el programa estadístico SPSS, se usaron tablas de contingencia para la relación de variables y se aplicó el chi cuadrado.

Los factores estudiados fueron: edad, sexo, estado civil, años de ejercicio como médico de familia, universidad de formación de postgrado, localización del sitio de trabajo, área de trabajo del profesional, acceso laboral a programas de EMC. También se realizaron preguntas acerca de factores específicos como: la motivación personal, la satisfacción de participar, la auditoría médica, la demanda legal, el financiamiento, la necesidad de actualización, la necesidad de certificación profesional y el hecho de considerar a la EMC como un factor que mejora la calidad de atención a los pacientes; los mismos que fueron relacionados con la participación en programas de EMC en el último año.

Resultados

Una descripción general de la población se puede ver en la **Tabla 1**. Del total de 82 médicos de familia en ejercicio, los factores relacionados con la participación en EMC incluyeron: motivación personal (78.0%), satisfacción personal (52.4%), accesibilidad laboral (56%), necesidad de actualización (41.5%), demanda de pacientes (36.6%), facilidades de financiamiento (24.4%), certificación (15.9%) y auditoría (3.7%).

El promedio tiempo de ejercicio como especialista fue de 6 años. Más de dos tercios de los encuestados ejercían su profesión en zonas urbanas (85.4%) en comparación a zonas rurales (14.6%). De este trabajo, el 68,3% de los encuestados manifestó tener acceso a la educación médica continua. El 56,1% de los encuestados manifestó su preferencia por el idioma inglés para leer la información de actualización. Un 97,6% de la población encuestada manifiesta que prefiere utilizar los medios electrónicos (páginas web) para buscar información. No se indagó sobre técnicas de lectura o uso de herramientas de lectura crítica o de medicina basada en evidencia.

Los factores que mostraron relación estadísticamente significativa con la participación en un programa EMC fueron la satisfacción personal ($p < 0.05$) y el hecho de que en el sitio de trabajo faciliten el acceso a estos programas ($p < 0.05$), (ver **Tabla 2**). Los otros factores demográficos estudiados no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Las preguntas hechas acerca de los factores que motivan la EMC tampoco mostraron relación estadísticamente significativa, excepto la satisfacción (ver **Tabla 2**).

Discusión

El contenido de la EMC debe estar dirigido a mejorar las funciones y competencias, desde los conocimientos teóricos, gestión, comunicación, ética médica, docencia, investigación, hasta la práctica clínica per sé. (6) Las motivaciones para mantener el aprendizaje pueden ser extrínsecas o intrínsecas, según respondan a factores externos o propios del profesional. En este estudio factores como la creencia de que la EMC mejora la práctica, la motivación personal, la satisfacción personal y la necesidad de actualización son factores intrínsecos.

En este estudio, más del 76% de los encuestados participó en alguna actividad de EMC en el último año. Los factores extrínsecos revisados en este estudio son: el acceso a la EMC, la auditoría médica, el financiamiento, la demanda médico legal o la necesidad de certificación.

Un estudio de la Universidad de Ottawa, realizado por Lindsay y cols. (2016), demostró que al menos 61% de respondedores a una encuesta acerca de la participación en programas de Desarrollo Profesional Continuo había participado en algún tipo de programa de esta naturaleza organizado por una universidad en los últimos 18 meses (7). Este 61% representó el 28% del total de población a la que se dirigió la encuesta.

En relación con el estudio de Lindsay y cols. (2016), la proporción de médicos respondedores que han participado en un programa de EMC en el último año es comparable. Sin embargo, los factores que resultan de interés (la satisfacción personal y el acceso a los programas de EMC) están insuficientemente explicados en esta experiencia de médicos de familia ecuatorianos.

Por otra parte, considerando que en el ejercicio profesional luego de cualquier especialización médica, las necesidades de EMC serán permanentes, se esperaría que en aquellos médicos que ya hayan alcanzado una especialización como la medicina de familia, muestren una preferencia por factores condicionantes de tipo intrínseco. Expresando así, el compromiso propio con el desarrollo personal y profesional de la práctica médica.

Conclusiones

Los factores más sobresalientes para la participación en programas de EMC en este grupo de médicos de familia son la satisfacción personal y el acceso laboral a EMC, que corresponden a categorías de tipo intrínseco y extrínseco, respectivamente. En consecuencia, estos factores de tipo extrínseco son vestigios de los modelos tradicionales de enseñanza, los mismos que no son suficientes para hacer frente a los desafíos que tienen hoy en día dichos profesionales. Los programas de EMC de la actualidad requieren el desarrollo de destrezas y competencias de autoaprendizaje para el mejoramiento profesional.

Los programas de EMC que puedan desarrollarse en un futuro, deberán contemplar factores intrínsecos y extrínsecos a fin de garantizar sus objetivos y mantenerse activos. En otras palabras, esto significaría que a pesar del diseño, la creación de programas de EMC requeriría que existan políticas públicas que sirvan de incentivos para hacer atractivos a los programas.

Las escuelas de medicina están inculcando es los profesionales una cultura de EMC basada en la “satisfacción personal” y dependiendo del “acceso que el ámbito laboral” permita, una consecuencia de la influencia de la lógica del mercado en la educación, lo cual trae resultados nocivos sobre los problemas que la práctica médica enfrenta. Estas instituciones educativas requieren reorientar sus programas de formación para sentar bases que permitan avanzar hacia nuevos modelos de aprendizaje.

Se necesitan estudios más grandes sobre esta temática para profundizar la comprensión del rol de la EMC en el Sistema de Salud ecuatoriano, así como detallar la influencia de factores como la edad de los participantes o las preferencias sobre determinados tipos de actividades de EMC. Entre los limitantes de este estudio se encuentran la cantidad de participantes así como la cantidad de factores estudiados, pues se han omitido factores como el monto económico destinado a la EMC, el tipo de práctica de EMC en la cual se participó, etc.

Tabla 1. Descripción de la población encuestada

	N	%
Edad		
38,28 años+/- 7 años	82	100
Genero		
Masculino	34	41.5
Femenino	48	58.5
Estado civil		
Casado	59	72
Soltero	17	20.7

Unión libre	4	4.9
Divorciado	2	2.4
Universidad que otorga título		
PUCE*	63	76.8
UCE **	8	9.8
U. del Azuay	6	7.3
U. de Cuenca	3	3.7
Otros	2	2.4
Años como Especialista en Medicina Familiar		
Media	6.88	
Mediana	4	
Rango	37	
Área de trabajo		
Clínica	49	59.7
Docencia	6	7.2
Administrativo	27	32.9
Zona de trabajo		
Urbano	70	85.4
Rural	4	4.8
Urbano, rural	8	9.8
Participación en EMC en el último año		
Si	63	76.8
No	19	23.2

*Pontificia Universidad Católica del Ecuador **Universidad Central del Ecuador

Tabla 2. Distribución de las respuestas de la encuesta

Variable	Si Participó (n=63)	No Participó (n=12)	Variable	Si Participó (n=63)	No Participó (n=12)	
Sexo			¿Cree que la EMC mejora su práctica?	60	18	
Masculino	27	7		3	1	
Femenino	36	12	Si			
			No			
Edad (agrupado)			¿Considera la motivación personal como un factor para acceder a EMC?	51	13	
28-33	20	6		12	6	
34-40	22	7		Si		
41-45	11	5		No		
46 o más	10	1				
Estado civil			¿Considera la satisfacción personal como un factor para	37	6	
Soltero	11	6		26	13	
Casado	47	12				

Unión libre	4	0	acceder a EMC?		
Divorciado	1	1	Si No		
Area de trabajo			¿Considera la auditoria médica como un factor para acceder a EMC?		
Docente	36	13		2	1
Clínico	4	2		61	18
Administrativo	23	4	Si No		
Localización del sitio de trabajo			¿Considera el financiamiento como un factor para acceder a EMC?		
Urbano	53	17		16	4
Rural	2	2		47	15
Urbano y rural	8	0	Si No		
Universidad			Considera la necesidad de actualización médica como un factor para acceder a EMC?		
PUCE	48	15		27	7
UCE	4 3 7	4 0 0		36	12
Universidad de Cuenca	1	0	Si No		
Universidad del Azuay					
Otras					
Años de ejercicio como MF	44	12	Considera la demanda legal como un factor para acceder a EMC?		
0-8 años	13	5		25	5
9-16 años	4	1		38	14
17-24 años	1	0	Si No		
25- 32 años	1	1			
Más de 32 años					
¿Tiene acceso a EMC en su trabajo?	49	7	Considera la certificación profesional como un factor para acceder a EMC?		
Si	14	12		10	3
No			Si No	53	16

Tabla 3. Resultados de la tabla de contingencia para “Participación en programas de EMC en el último año”

Variable	X ²	P valor	Variable	X ²	P valor
Sexo Masculino Femenino	.214	.424*	¿Cree que la EMC mejora su práctica? Si/No	.008	.629*
Edad (agrupado) 28-33 34-40 41-45 46 o más	1.827	.609**	¿Considera la motivación personal como un factor para acceder a EMC? Si/No	1.338	.247**
Estado civil Soltero No soltero	2.596	.099**	¿Considera la satisfacción personal como un factor para acceder a EMC? Si/No	4.315	0.034**

Area de trabajo Clínico No Clínico	0.376	.619**	¿Considera la auditoria médica como un factor para acceder a EMC? Si/No	.181	.552**
Localización del sitio de trabajo Urbano Rural Urbano y rural	4.079	1.30**	¿Considera el financiamiento como un factor para acceder a EMC? Si/No	.149	.479**
Universidad PUCE UCE Universidad de Cuenca Universidad del Azuay Otras	6.567	.161**	Considera la necesidad de actualización médica como un factor para acceder a EMC? Si/No	.218	.424**
Años de ejercicio como MF 0-8 años 9-16 años 17-24 años 25- 32 años Más de 32 años	1.449	.836*	Considera la demanda legal como un factor para acceder a EMC? Si No	1.124	.217
¿Tiene acceso a EMC en su trabajo? Si No	11,297	0.001**	Considera la certificación profesional como un factor para acceder a EMC? Si/No	0.000	.651**

**Estadístico exacto de Fisher (significancia exacta)*

***Chi cuadrado de Pearsons (significancia asintótica bilateral)*

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez M. Creación y funcionamiento de la comisión de formación continua de las profesiones sanitarias y de su sistema acreditador. Educación Médica. 2007; 10(2).
2. Gómez P. La Sociedad Contemporánea y Educación. Medicina. 1987 Noviembre ; 9(17).
3. Mejia A. Educación Continua. Educación Médica y Salud. 1986; 20(1).
4. Calidad FEGpeMdl. Pregrado, Postgrado y Desarrollo Profesional Continuo (DPC) Desarrollo Profesional en Ciencias de la Salud. Educación Médica - Revista Internacional. 2004 Julio-Septiembre; 7(2).
5. Umble KE, Cervero RM. Impact studies in continuing education for health professionals. A critique of the research syntheses. Evaluation & the Health Professions. 1996; 19(2).
6. Leguizamón SB. Evidencia científica de las diferentes estrategias en Educación Médica. SCARE. 2012; 2.
7. Lindsay E, Woollorton E, Hendry P, Williams K, Wells G. Family physicians' continuing professional development activities: current practices and potential for new options. Can Med Educ J. 2016 Mar; 7(1).

8. OMS/WONCA. Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a la necesidad de la gente: la contribución del médico de familia. In De la Conferencia Conjunta ; 1994; London. p. 1-2.
9. Patiño Torres M. Análisis diacrónico de la educación médica como disciplina: Desde el informe Flexner. Medicina Interna, Educación Médica y Comunidad. 2007;; p. 98-107.
10. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. 2010;; p. 2.
11. Patiño Torres M. Análisis diacrónico de la educación médica como disciplina: Desde el informe Flexner. Medicina Interna, Educación Médica y Comunidad. 2007;; p. 98-107.

Notas al pie

Es la traducción del nombre en inglés: World Federation for Medical Education (WFME)