

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXII

EPOCA III

*Números 80 - 81*

MARZO - JUNIO

1973

MEXICO, D. F.

ACION BIMESTRAL DE LAS SECRETARIAS  
ERALES DEL C.P.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.  
DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO  
E ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

	<b>Página</b>
Ponencia Oficial de la Organización de los Estados Americanos.	
Sr. Beryl Frank .....	283
QUINTA SESION PLENARIA .....	313
Tema: LA CALIDAD Y EL COSTE DE LAS PRESTACIONES MEDICAS COMO FACTORES DE COORDINACION.	
Ponencia Oficial de la Organización Panamericana de la Salud.	
Dr. Alfredo Leonardo Bravo .....	315
SEXTA SESION PLENARIA .....	341
Tema: RELACIONES HUMANAS EN LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Ponencia Oficial de la Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y Panamá.	
Dr. Guido Miranda.	
Dr. Enrique Urbina.	
Dr. Luis Asís.	
Dr. Rafael Ruano .....	343
SEPTIMA SESION PLENARIA .....	363
Tema: CURRICULUM Y PRESTACION MEDICA INTEGRAL.	
Ponencia Oficial de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.	
Dr. Andrés Santas .....	365
OCTAVA SESION PLENARIA .....	383
Tema: LA EDUCACION CONTINUADA Y LOS PROGRAMAS DE ATENCION MEDICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Ponencia Oficial del Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.	
Dr. Juan Rodríguez Argüelles.	

	Página
Dr. Ernesto Díaz del Castillo.	
Dr. Juan Urrusti Sanz .....	385
Ponencia Oficial de la Federación Panamericana de Asocia- ciones de Facultades de Medicina.	
Dr. Juan Di Domenico .....	417
NOVENA SESION PLENARIA .....	435
Tema: REHABILITACION Y SU FUNCION SOCIAL. CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE LA INVALIDEZ.	
Ponencia Oficial de la Asociación Internacional de la Segu- ridad Social.	
Dr. Alejandro Rhode. ....	437
DECIMA SESION PLENARIA .....	469
Tema: LOS PROGRAMAS DE COORDINACION EN LA FUNDA- MENTACION, PLANEACION, DISEÑO Y CONSTRUCCION DE UNIDADES MEDICAS EN LA SEGURIDAD SOCIAL.	
Ponencia Oficial de la Organización Iberoamericana de Se- guridad Social.	
Dr. José Martínez Estrada.	
Dr. Gonzalo Cabanillas Gallas.	
Dn. Fernando Flores Plaza.	
Dn. Manuel Santos Zamacona .....	471
UNDECIMA SESION PLENARIA .....	555
INFORME FINAL.	
Dr. Rafael Sánchez Zamora .....	557
VI REUNION DE LA COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL. ....	567

## OCTAVA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Ricardo Marciaq,  
Jefe de Docencia,  
Caja de Seguro Social. Panamá.

Vicepresidente:

Dr. Horacio Parra,  
Vicepresidente de la Comisión  
Regional Americana Médico Social.

Secretario Técnico:

Dr. Gaspar García de Paredes,  
Médico Funcionario.  
Caja de Seguro Social. Panamá.

TEMA:

### *EDUCACION CONTINUADA Y PROGRAMAS DE ATENCION MEDICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL*

PONENTES:

FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES  
DE FACULTADES DE MEDICINA.

DR. JUAN DI DOMENICO.

COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE  
SEGURIDAD SOCIAL.

DR. JUAN RODRIGUEZ ARGUELLES.

DR. ERNESTO DIAZ DEL CASTILLO.

DR. JUAN URRUSTI SANZ.

LA EDUCACION CONTINUADA Y LOS PROGRAMAS DE ATENCION  
MEDICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Ponente: Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social.

Dr. Juan Rodríguez Argüelles

Dr. Ernesto Díaz del Castillo

Dr. Juan Urrusti Sanz



## LA EDUCACION CONTINUADA Y LOS PROGRAMAS DE ATENCION MEDICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

### 1.—ANTECEDENTES

La educación médica se basó inicialmente en la formación de profesionales para el “arte de la medicina” practicada fundamentalmente a través del ejercicio privado y con dedicación muy limitada a la actividad hospitalaria, en la cual la enseñanza era fundamentalmente de carácter tutorial. Con la transformación de una medicina de bases netamente anatomofisiológicas en una medicina científica con fundamentos biofísicos y bioquímicos complejos así como con una tecnología cada vez más avanzada se adquirió el nuevo concepto de formar médicos adiestrados en disciplinas básicas e incluir como profesores a científicos no médicos. Surgieron las especialidades y se reestructuraron las Facultades de Medicina iniciando un proceso orientado hacia el adiestramiento para la enseñanza y la investigación científica.

Las generaciones médicas recientes, con más profunda conciencia social han comprendido la responsabilidad de la medicina en el desarrollo integral de los pueblos. La medicina social adquirió mayor preponderancia y las escuelas comenzaron a preocuparse por formar el personal adecuado para las necesidades propias de cada país. El enseñar dejó de ser una actividad secundaria para profesionales distinguidos y comenzó a considerarse como una profesión. Aparecieron los profesores de tiempo completo con dedicación exclusiva a la enseñanza que adquirieron cada vez mayor responsabilidad en el manejo de las facultades de medicina, lo que se reflejó en la superación de los niveles educacionales y en la consideración de la medicina como ciencia.

El crecimiento vigoroso y rápido de las instituciones de seguridad social les ha permitido levantar construcciones modernas y funcionales con todo el equipo necesario para el ejercicio de una medicina avanzada, lo que ha originado que la población general sienta como una ventaja y una necesidad.



Para este cambio substancial y esta organización de la enseñanza médica han tenido que afrontarse enormes problemas funcionales para integrar en lo material, en lo técnico y en lo humano este nuevo concepto. Fué necesario construir laboratorios, bibliotecas y mejorar los salarios de los profesores. Fué necesario modificar la arquitectura de los hospitales y escuelas para incluir en ellos áreas para reuniones científicas, bibliotecas, internados y residencias y considerar la construcción de alojamientos para el personal de los hospitales, comedores, etc. El resultado ha sido el mejoramiento de la atención de la salud tanto institucionalmente como en programas de medicina social.

El crecimiento vigoroso y rápido de las instituciones de seguridad social les ha permitido levantar construcciones modernas y funcionales con todo el equipo necesario para el ejercicio de una medicina avanzada, lo que ha originado que la población general sienta como una ventaja y una necesidad el ser incluida en los beneficios de la seguridad social, lo que determina una permanente atención de los servicios que requiere no sólo el mejoramiento constante y progresivo del personal humano y de las instalaciones físicas, sino una modificación radical en sus patrones de atención médica que les permita cubrir y proteger a esos sectores cada vez más amplios de población.

Después de reunirse en varios congresos, especialmente en los años de 1969 y 1970, las instituciones de servicio como los ministerios de Salud Pública y Seguridad Social, las instituciones docentes (las escuelas y facultades de medicina de las universidades y academias de medicina) y diversos organismos médicos interesados, han manifestado su preocupación por encontrar el curriculum preciso y el sistema adecuado para la formación del médico que requiere el momento histórico presente, acorde con la evolución de la ciencia y la tecnología y con las necesidades y modalidades de los programas nacionales de salud y las particularidades del desarrollo socio económico y cultural que resumen las necesidades cambiantes de la sociedad en los países latinoamericanos.

El médico debe ser un promotor de salud y un impulsor del desarrollo económico en su actuación dentro del marco médico y de las doctrinas sociales de cada país. Para lograrlo debe ubicarse con actitudes permanentes de superación en su capacidad profesional que le permitan cumplir con mayor eficacia la función importante que le corresponde en el progreso de la medicina y de las doctrinas sociales.

Los programas de las instituciones de servicio y de las instituciones do-

centes deben armonizarse mediante la debida coordinación y dirigirse a una finalidad común, mantener estrecha relación entre sí y vincularse a la planeación nacional que propicie con la mayor rapidez posible la salud, el progreso social y el desarrollo económico.

Con esta proyección se amplía el papel de la medicina, de la función del médico al convertirlos en factores de gran importancia para la promoción del bienestar y la elevación del nivel de vida de la población.

Las Facultades de Medicina han reconocido el papel importante que toca a la seguridad social en la solución de los problemas de salud de las poblaciones y comprenden que el desarrollo de ambas instituciones esté íntimamente ligado y requiera estrecha relación. Es inaplazable que las instituciones docentes cumplan la obligación de mejorar sus sistemas de enseñanza para alcanzar los objetivos de preparar el tipo de personal médico, paramédico y auxiliar idóneo para atender estas nuevas concepciones de la necesidad de salud. El curriculum requiere gran flexibilidad para dejar la posibilidad de transferencias entre distintas carreras. La especialización de posgrado debe estar íntimamente ligada al programa de pregrado. La formación del médico debe tener un alto contenido social de los problemas de la comunidad y por tanto debe ser en buena parte extramural.

Por otra parte, es un hecho común en América Latina que el médico escoja su especialización siguiendo motivaciones diversas pero no basadas en las necesidades reales del mercado profesional, lo que hace que exista plétora en algunos renglones que obliga a los médicos especializados en ellos a derivarse a otras áreas.

En el caso de los programas de educación médica continuada, es un concepto generalizado que los seguros sociales, por la calidad y número de sus instalaciones están en posibilidad de desarrollarlos en gran escala.

De todo lo anterior queda claro que una de las más fuertes tendencias de la educación médica en los últimos años, en todos los países de la América Latina, ha sido la preocupación por formar un profesionista cada vez más acorde con las necesidades de los países, con sus particulares problemas de salud y con las condiciones socio económicas de las comunidades en las cuales los profesionales han de realizar su actividad porque los servicios de la seguridad social, lo mismo que cualesquiera otros problemas de atención médica necesitan médicos generales, de familia y especialistas en todas las ramas de la medicina, así como administradores e investigadores.

Pero ello no basta; la seguridad social necesita profesionales que no sólo tengan una formación de salud en su campo de trabajo, sino muy especialmente, que tengan un claro conocimiento del medio en el cual les tocará trabajar con una motivación positiva hacia el tipo de medicina que les toca ejercer y hacia las instituciones en donde esta clase de medicina se practica, actividades y motivaciones que deben formarse desde la escuela de medicina. El ejercicio de la profesión dentro de un régimen de seguridad social exige de los médicos ciertas condiciones que deberán comenzar a formarse en el estudiante desde su etapa de pregrado, para evitar la frustración del médico que ha idealizado modelos de ejercicio inexistentes o desusados y que, por carecer de otra alternativa, a su pesar, se vé obligado a emplearse en un sistema que se aleja mucho de la imagen de la práctica médica que él se había formado y al cual entra por tanto con hostilidad y resentimiento. Para ello no basta un cursillo de seguridad social incluido en el curriculum de la Facultad de Medicina, sino vivir las experiencias que lo familiaricen plenamente con este tipo de práctica médica.

Así mismo, las facultades de medicina deben definir claramente su responsabilidad ante la formación del personal auxiliar, cada vez más necesario en cuanto la seguridad social vá abandonando sus patrones tradicionales de atención médica. En todo el mundo hay escasez de mano de obra, al tiempo que aumenta la demanda de asistencia médica, lo que obliga a definir entre otras cosas, las obligaciones de los médicos, de las enfermeras y otras categorías del personal de salud, ya que muchas de las áreas atendidas tradicionalmente por los médicos pueden cambiarse a personal menos aprovechado, para aumentar el rendimiento de la atención médica sin exagerar los costos.

La investigación tanto científica como social debe ser parte muy importante de la educación médica y merecer apoyo especialísimo por parte de la seguridad social. Existe imperiosa necesidad en todos los países latinoamericanos de definir los criterios para la formación de especialistas cuantitativa y cualitativamente determinados.

## 2.—ESTUDIOS SOBRE “EDUCACION CONTINUADA Y PROGRAMAS DE ATENCION MEDICA DE LA SEGURIDAD SOCIAL”

Con objeto de conocer los programas establecidos por las instituciones para la actualización del personal en servicio en la atención médica, evaluar sus resultados y aplicarlos en la planeación adecuada de una mejor utilización de recursos humanos, el Comité Permanente Interamericano de Se-

guridad Social envió en marzo del presente año un cuestionario extenso, cuyas respuestas hemos analizado y resumido en los conceptos que a continuación se mencionan.

Se recibieron respuestas de 10 países: Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, Chile y México, de este último país contestaron el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Servicio Médico de Petróleos Mexicanos.

2.1.—*Formación del personal de salud y requerimientos de recursos humanos de los sistemas de Seguridad Social.*

Las políticas para la formación de los recursos humanos en número y calidad que requieren los sistemas de servicios de salud a nivel nacional las definen exclusivamente las universidades en dos (Bolivia y Costa Rica); participan en ella los Ministerios de Salud y las instituciones de seguridad social excepto en Bolivia y Costa Rica, que tampoco toman en cuenta criterios de otras entidades u organismos de salud a excepción de que la universidad en Costa Rica consulta a otras instituciones sobre la necesidades de los recursos.

Para la planeación anterior, se consideran las necesidades de atención de salud de la población en general en todos los países y la capacidad del mercado de trabajo para los futuros egresados en cinco de los ocho que formularon respuestas (no en Bolivia, Guatemala y Panamá). En Guatemala consideran la limitación económica de las instituciones y en Panamá el régimen de crecimiento económico del país.

Los programas de educación médica en las universidades toman en cuenta en todos los países los conceptos actuales de la atención médica integral, las necesidades regionales específicas en los programas nacionales de salud (excepto en Bolivia y Costa Rica) y propician la enseñanza médica social que requiere la organización de la atención médica en los sistemas nacionales de servicios de salud y en los de seguridad social.

Se concede especial importancia a la preparación de los médicos generales pero también se preparan médicos especialistas con excepción de Bolivia y Panamá.

Costa Rica, además, dedica mayor tiempo al estudio de la Medicina Preventiva en relación al que se ocupa en otros programas similares de Latinoamérica.

CUADRO No. 1

PROGRAMAS DE EDUCACION MEDICA DE POSTGRADO

PAIS	Med. Int.	Ped.	G.	O. Cir. Gral.	Anest.	Psiq.	Oftal- molo- gía	Trauma y Ortop.	Pat. Clin.	ONG.	Urol.	Neuro Cir.	Radio- logía	Med. Legal	Gas
Bolivia	x	x	x	x											x
Brasil															
Colombia		x	x	x	x	x									
Costa Rica													x	x	
	Duración		3 años		Idem 4 años		3 años		4 años						
Chile															
Guatemala	x	x		x			x	x	x						
Honduras	x	x	x	x											
	Duración		dos años		cada una.										
México-Pemex															
México-IMSS (anexo)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Panamá	x		x	x	x			x		x	x	x	x		
	Duración		3 años		cada una.										
Perú	x		x	x		x		x			x	x	x		x

Todos los países otorgan grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía; además, en Perú, se distinguen los grados de Bachiller, Médico y doctor en Medicina y en México se otorgan grados de Licenciatura, Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas.

Seis países toman en cuenta para el cálculo del número de médicos a prepararse en las escuelas de medicina los requerimientos presentes y futuros de la población del país (y no lo hacen Bolivia, Guatemala y Panamá). Cinco países consideran adecuado a los requerimientos de la población actual y de la previsible para los próximos 10 años, el número, la distribución geográfica y la capacidad de formación de médicos en las escuelas de medicina, pero Bolivia, Colombia, Guatemala, México y Panamá, responden negativamente a esta pregunta.

Ocho países responden que sí (y Bolivia que no) a la pregunta sobre si existe vinculación entre los programas para la formación de médicos y el sistema de salud en el país.

El Servicio Social está legislado y reglamentado en Guatemala, México, Honduras y Bolivia en el pregrado y en Costa Rica, Panamá y Perú, en el postgrado; no lo está en Brasil ni en Chile. La duración es de un año excepto en Guatemala que es de dos meses y en Perú que es de dos años. En los países que lo exigen en el pregrado constituye requisito para obtener la Licenciatura.

En todos los países se exige práctica hospitalaria entre las actividades de pregrado como requisito para obtener Licenciatura o ejercer la profesión y también lo exigen en el postgrado con excepción de México.

La duración de la práctica hospitalaria es variable y Panamá lo hace depender del plan de cada asignatura, Perú lo fija en un año, Guatemala no lo precisa, Honduras tampoco, en Costa Rica es de un año, en Chile de 18 meses y en Bolivia rotatorio, pero no señalan el tiempo.

Todos los países afirman tener programas de educación médica de postgrado y están acordes en que el objetivo que persiguen es la formación de especialistas. En el cuadro No. 1 se señalan las especialidades médicas en las que preparan especialistas cada país.

Para determinar las especialidades y el número de médicos en cada curso de postgrado, en todos los países se coordinan las universidades y los ministerios de salud; instituciones de seguridad social y organismos interesados.

En la impartición de estos cursos participan las escuelas y facultades de medicina y colaboran ministerios de salud, instituciones de seguridad social, academias, sociedades médicas y organismos como el INCAP de Guatemala. Son financiados por los organismos que las realizan y en México en íntima relación, las facultades de medicina y las instituciones.

Con excepción de Honduras y Panamá, los demás países tienen programas para la educación continuada o permanentemente para los médicos en ejercicio tanto médicos generales como especialistas y persiguen como objetivo la actualización de conocimientos. Son orientados hacia las grandes áreas de la medicina en general y su temática y duración son variables estando a cargo de los organizadores estos programas, que se financian por la institución que los organiza.

Para la planeación de los estudios de las profesiones directamente relacionadas con la prestación de servicios médicos, personal paramédico, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, etc., se toman en cuenta las necesidades de recursos humanos en esos servicios en todos los países excepto Guatemala.

## 2.2.—*Participación de los Recursos Humanos y Materiales de las Instituciones de Seguridad Social en los Programas de Educación Médica.*

En la enseñanza de pregrado participa el personal médico de las instituciones de seguridad social directamente excepto en Guatemala y realiza las funciones docentes en los locales propios de las seguridades sociales y dentro y como parte de su trabajo en todos los países excepto en Honduras.

Proporciones variables de médicos (10% en Bolivia, Honduras, en México hasta el 82%) desempeñan como actividad conjunta la de profesor en la escuela de medicina y la de médico en la seguridad social.

Con excepción de Brasil y Honduras todos los países respondieron que dan facilidades en las unidades médicas en los sistemas de seguridad social para que reciban clases los alumnos de las escuelas de medicina; esto sucede en México, desde poco después de la institución del seguro social en 1943, desde 1952 en Perú, desde 1956 en Bolivia, desde 1964 en Guatemala y Costa Rica y desde 1969 en Panamá.

El programa académico de pregrado abarca diversas materias y en el I.M.S.S., prácticamente todas las que comprenden los ciclos clínicos.

La enseñanza médica de pregrado en las unidades médicas del Seguro Social está limitada al personal médico de los institutos en todos los países. Se calcula que reciben alguna parte de la enseñanza de pregrado con los recursos de médicos e instalaciones de los sistemas de seguridad social el 30% de los alumnos de Bolivia, el 50% de los de Costa Rica, el 50% de los de Guatemala y un elevado porcentaje de los estudiantes de las principales escuelas de Medicina en México.

Existe coordinación entre universidades y ministerios de salud para cubrir el requisito de servicio social en zonas rurales previo al otorgamiento de la licenciatura para ejercer la profesión en todos los países excepto Bolivia y Guatemala y los seguros sociales colaboran económicamente subsidiando este servicio social en Costa Rica y en Panamá, en México tanto IMSS como PEMEX.

El 60% de las unidades médicas de los seguros sociales en Bolivia, el 25% en Costa Rica, un solo hospital en Guatemala y todas las unidades hospitalarias del I.M.S.S., son utilizados en la enseñanza médica de pregrado. Consideran la participación de los recursos humanos, económicos y materiales de los seguros sociales como suficientes en Bolivia, Colombia y México; como reducida en Honduras y Panamá y como nula en Perú.

Todos los países afirman que los rendimientos actuales de esta enseñanza orientada a la problemática socioeconómica de la salud, son adecuados.

Para la coordinación de la enseñanza médica de pregrado hay acuerdos entre las universidades y los ministerios de salud en México y Guatemala y faltan en Bolivia, en Honduras y en Panamá. En Brasil no se imparte enseñanza médica de pregrado en las instituciones de seguridad social, por falta de relaciones entre las instituciones.

En el cuadro No. 2 se señalan las cifras de cursos, profesores y alumnos participantes en ellos en 1971 en cada país.

En los estudios de postgrado participa el personal médico de la seguridad social con sus instalaciones y recursos económicos en todos los países independientemente, excepto en Costa Rica y México, donde se coordina con las universidades. Costa Rica refiere que recibe ayuda de organismos internacionales como el I.M.S.S., Bolivia señala que no hay relaciones ni acuerdos para la colaboración intra-institucional.

La planeación y formulación de los programas docentes está bajo la res-



ponsabilidad de las instituciones excepto en Panamá y participan de alguna manera las universidades en Costa Rica y México.

En el cuadro 3 se señalan las especialidades médicas para las que existen programas de postgrado en los sistemas de seguridad social en cada país.

Todos los países planean la educación médica de postgrado para satisfacer las necesidades de atención tanto urbana como suburbana y rural a excepción de Bolivia que solo considera la población urbana.

Las instituciones de seguridad social auspician estudios de postgrado para su personal médico en todos los países, mediante becas, cuyo número es variable y que se otorgan a los médicos mediante concurso de méritos en Bolivia; a través del comité de residencia en Costa Rica, por oposición en Guatemala y en Perú de acuerdo a los currícula.

Los médicos que gozan de estas becas contraen el compromiso de trabajar en la institución y ésta a su vez considera utilizarlos, pero sin obligatoriedad.

Solo Petróleos Mexicanos afirma que saturó su capacidad de enseñanza de postgrado en el año de 1971.

En el cuadro No. 4 se dan las estadísticas sobre educación de postgrado.

### 2.3.—*Educación Continuada*

Con excepción de Brasil todos los otros países afirman que sus instituciones de seguridad social tienen programas de educación continuada para sus médicos y que sus objetivos son beneficiar a la población asegurada con los progresos de la ciencia médica.

Vinculan estos programas con los planes de desarrollo social, económico y cultural del país en todos ellos.

Hay cursos de divulgación para médicos generales en todos los países, excepto Panamá y cursos de actualización excepto en Guatemala y Panamá. Cursos de adiestramiento intensivo para el médico general, solo los tienen ocasionalmente en Guatemala y permanentemente PEMEX e IMSS en México.

CUADRO No. 2

ENSEÑANZA MEDICA DE PREGRADO

397

PAIS	Total de Cursos	Total Profesores	Titulares	Adjuntos	Ayudantes	Total de alumnos
Bolivia	6	60	40	5	15	
Brasil						
Colombia						
Costa Rica	12	105	6	17	82	177
Chile						
Guatemala	2	15				180
Honduras	iniciaron en 1972					
México - Pemex	iniciaron en 1972					
México - IMSS	92	763	178	142	443	5,020
Panamá	3	3	3			90 a 120
Perú						

CUADRO No. 3

PROGRAMAS DE EDUCACION MEDICA

PAIS	Med. Int.	Ped.	G.O.	Cir. Gral.	Anat. Pat.	Anest.	Radiol.	Trauma.	ONG.	Psiqu.	Gastro.	Neuro	Urol.
Bolivia	x	x	x	x									
Brasil													
Colombia													
Costa Rica	x	x		x	x		x						
Chile													
Guatemala			x	x	x			x					
Honduras													
México - Pemex	x	x			x				x				
México - IMSS (Anexo)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Panamá	x		x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Perú	x		x	x			x	x		x	x	x	x

CUADRO No. 4

ENSEÑANZA MEDICA EN ESTUDIOS DE POSTGRADO

PAIS	INTERNADO ROTATORIO POSTGRADO		RESIDENCIAS		
	Núm. Médicos	Núm. Hospitales	Núm. Especialidades	Núm. Médicos	Núm. Hospitales
Bolivia					
Brasil					
Colombia					
Costa Rica	215	12	5	214	7
Chile					
Guatemala			6	110	3
Honduras					
México - Pemex			4	22	1
México - IMSS	449	20	46	1,409	17
Panamá	40 a 60	2	13	42	1
Perú	42	19		14	

Hay cursos de actualización para médicos especialistas en Bolivia, Costa Rica y México, y ocasionalmente en Panamá. Hay cursos monográficos para esos especialistas en Costa Rica, Guatemala y México.

La educación continuada se favorece mediante recursos de información médica a través de bibliohemerotecas en las unidades de asistencia médica, en todos los países y también incrementando las publicaciones médicas y realizando diversas actividades de intercambio y divulgación médica social y administrativa, regionales e internacionales.

En Costa Rica y en México, la educación continuada busca realizar una medicina social integral estrechando las relaciones de los médicos generales, los médicos especialistas de clínicas y hospitales, los programas de medicina preventiva y rehabilitación, etc., pero no es así en Bolivia, Guatemala, Honduras ni Panamá.

Costa Rica considera buenos los resultados de estos cursos. México también.

Diversos países (Bolivia, Costa Rica, México) coordinan estos programas con otras instituciones como escuelas y facultades de medicina, ministerios de salud, etc.

#### 2.4.—*Formación de otro Personal Profesional de los Servicios de Salud.*

Todos los países participan con sus instituciones de seguridad social en la preparación de personal paramédico y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, muy especialmente de enfermeras y técnicos de laboratorio y radiología, con lo cual persiguen la capacitación y actualización de ese personal.

Ante la insuficiencia de personal profesional de enfermería, Costa Rica ayuda a las escuelas de enfermería existentes, Guatemala ofrece becas y Honduras y Panamá ayudan también económicamente; México tiene escuelas propias cada vez en mayor número y las tienen también Honduras y Perú, pero no existen escuelas propias de la seguridad social para estudios de enfermería ni en Bolivia ni en Costa Rica ni en Guatemala ni en Panamá.

Participan en la capacitación de personal auxiliar de enfermería los Seguros Sociales de Costa Rica, Guatemala, Honduras, México y Panamá, coordinados con las universidades y ministerios de salud en Costa Rica y México, pero no en los otros países.

## 2.5.—*En la Investigación Médica.*

Propician la investigación médica Bolivia, Costa Rica, México, Panamá, Perú y no lo hace Brasil, Guatemala y Honduras, propiamente porque consideran la investigación científica básica ya que contestan afirmativamente todos los países que sí hacen investigación clínica, epidemiológica, social, económico-administrativa.

Solo Colombia contribuye al sostenimiento de proyectos de investigación presentados por las escuelas y facultades de medicina.

En Costa Rica y Panamá, los sistemas de seguridad social utilizan los departamentos de investigación universitarios o de los ministerios de salud, para estudios especiales como control de calidad de medicamentos, evaluación de programas de investigación y otros.

## 2.6.—*De los Organos encargados de la Educación Médica.*

Existe un órgano especialmente encargado de la planeación, coordinación y control de los programas de educación médica en las instituciones de seguridad social de Colombia, Costa Rica, Panamá y México, y también en Bolivia y Guatemala, la mayoría de los cuales son de creación de 1968 a la fecha; en Panamá existe desde 1963.

## 2.7.—*Se han considerado la posibilidad de crear una Escuela de Medicina dentro de los Sistemas de Seguridad Social?*

Ningún país ha considerado la posibilidad de crearlas de esta manera.

## 3.—LA EDUCACION MEDICA CONTINUADA Y LA SEGURIDAD SOCIAL.

En la seguridad social es primordial proteger al hombre en su estructura biológica y social, de manera que la necesidad de prestar atención médica integral como corresponde a los conocimientos y recursos de nuestra época, cumple con uno de sus objetivos básicos; alcanzar para los derechohabientes el más alto grado de salud.

Para obtener tal objetivo de eficiencia médica es necesario formar profesionales y técnicos en número suficiente y con preparación adecuada; mantener en nivel óptimo la preparación del personal ya en servicio y capacitar al máximo a quienes sea menester. Esta es la tarea trascendente de la enseñanza médica en la seguridad social, que habrá de cumplirse con la mayor rapidez y se logrará de mayor calidad en cuanto sea posible:

- A) Hacer de cada médico un elemento convencido de la importancia que tiene la realización correcta y oportuna de su trabajo en la prestación de servicios.
- B) Facilitar que cada médico alcance su máxima capacidad profesional.
- C) Lograr que cada médico acepte y realice su papel de transmisor de conocimientos y actúe permanentemente con su ejemplo como instructor, orientador y maestro de las nuevas generaciones.
- D) Mejorar las relaciones del personal médico, paramédico y administrativo en general, entre sí y con los derechohabientes para proporcionar mayor colaboración y participación en las tareas comunes.
- E) Vigorizar todas las actividades del personal, incrementando el interés en ellas, la constancia en el esfuerzo y la dedicación y entusiasmo por realizarlas.

Si bien la enseñanza ha de programarse para lograr óptima inducción de conocimientos, de técnicas, etc., debe propiciar la mejor operación del sistema, lo que depende de la actitud del personal en general, y del médico en particular, para identificarse en esa dinámica de acción múltiple: de trabajador, aprendiz y maestro así como de la medida en que acepte y se convenza de que su jerarquía está más en función de su capacidad de servicio que de su ubicación nominal.

El médico, para estos efectos debe considerarse en una dualidad como sujeto y objeto de la enseñanza.

Por tanto, la enseñanza-aprendizaje propende a la superación personal, en el primer caso actuando como estímulo de la misma, en el caso de aprendizaje como elemento para alcanzarla.

Es conveniente reflexionar que el aprendizaje, la capacitación

- es una necesidad, concebida ésta como requisito para obtener un trabajo;
- es una obligación material para la ejecución del trabajo contratado;
- es una obligación moral para cumplir oportuna, eficaz y adecuadamente con la responsabilidad que implica la esencia del trabajo médico, que es el cuidado de la salud de nuestros semejantes.
- Debe entenderse también que el aprendizaje es un estímulo para quienes muestren interés en su trabajo institucional y que éste se brinda

a través de la asistencia a cursos de actualización, cursos monográficos, etc.

- El aprendizaje debe considerarse un premio al esfuerzo, a la dedicación, al interés, al trabajo eficaz del médico y éste es el espíritu con que se le facilita asistir a congresos, reuniones científicas, etc.

Es trascendente para la enseñanza médica y paramédica institucional el intercambio de conocimientos y experiencias y debe ser auténtico en el aspecto de su reciprocidad, de su dinámica multilateral entre los diferentes grupos médicos de un instituto de seguridad social y no sólo con carácter centrípeto hacia los centros de alta especialización, pues se requiere que se entienda, se respete y se aprecie el valor que el trabajo de cada médico, de cada persona de la seguridad social tiene en la consecución de la meta común de mejor cuidado de la salud. Obviamente deberá ser un intercambio programado, que tenga como elementos fundamentales la participación y la convivencia de los médicos entre sí, y con todo el personal que trabaja en distintas áreas del Instituto, con el propósito de conocer y entender recíprocamente sus actividades y su interrelación. Es necesario también el establecer relaciones con los derechohabientes, de ser posible en sus centros de trabajo o ubicación habitacional, para conocer las situaciones de enfermedad individual y colectiva, para la aplicación de elementos correctivos profilácticos o terapéuticos y para la evaluación de los resultados obtenidos.

La participación en tareas y programas tanto médicos como sociales puede ser del tipo de estudios en colaboración entre individuos que trabajan en diferentes unidades, como entre grupos de trabajo, en campañas, en reuniones conjuntas, etc.

### 3.1.—*Organización y Funcionamiento de los Servicios de Enseñanza Médica en la Seguridad Social.*

La participación de las instituciones de seguridad social en la enseñanza de la medicina debe organizarse contemplando la necesidad de formar, capacitar y actualizar el personal (de salud) asimilados a un programa nacional de salud que a su vez establezca como objetivos de enseñanza formar un número de médicos acorde con las demandas sociales y señalar las características que esos médicos deben tener para el buen ejercicio de su función.

Los problemas a resolver son cómo preparar y dónde preparar a este per-



sonal de salud y dónde aprovecharlos para que se ubiquen en la forma correcta que les permita ser y sentirse útiles dentro de la sociedad.

Los objetivos de aprendizaje que deriven de los objetivos de enseñanza deben establecerse con base en los conocimientos, habilidades y aptitudes que se desea que posean los profesionales de la salud.

Cuando no existe un plan nacional de salud, parece lógico basar los objetivos de enseñanza pensando en la morbilidad del país y en las funciones que se espera que desempeñen los médicos para abatirla. Así la capacitación del médico hasta la etapa de licenciatura debe habilitarlo para resolver los problemas generales más frecuentes y más sencillos que son los que trata a nivel de consultorio externo y de trabajo en la comunidad con carácter preventivo. Es este el punto de contacto primario con los pacientes.

En el panorama de esta situación, las instituciones de seguridad social deben ubicarse como colaboradoras en la formación de los médicos desde sus estudios clínicos de pregrado los que entonces deberán realizarse fundamentalmente en las clínicas de consulta externa y en la práctica con los médicos generales y familiares. Un punto básico de la enseñanza es el contacto con los problemas de la comunidad que puede realizarse a través del servicio médico social, por ejemplo que representa una parte del programa de aprendizaje aplicado en la práctica en comunidades rurales; en los cuales la participación de las instituciones de seguridad social puede ser amplia facilitando los elementos para el mejor conocimiento de la ecología y la práctica de campañas de prevención de enfermedades y de mejoramiento del ambiente. En este último punto se hace necesario vincular a los alumnos de carreras médicas con otro tipo de profesionales en el mismo nivel de preparación que cumplan también un servicio social en ramas que cubran todo el aspecto de atención de la sociedad: ingenieros, arquitectos, maestros, abogados, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.

La preparación de los médicos que deberán dedicarse a áreas específicas, especializadas, debe hacerse en sitios que cuenten con mayores recursos de diagnóstico y tratamiento como son los hospitales o instituciones especializadas.

La enseñanza debe coordinarse con los niveles de atención progresiva de los pacientes y al respecto exponemos a continuación como ilustración y ejemplo el esquema de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México cuyos objetivos de Educación médica son preci-

samente los de preparar un tipo de médico general capaz de resolver los problemas de salud que causan la máxima morbi-mortalidad en el país y dejar a las instituciones médicas la realización de la educación de post-grado, la preparación especializada en áreas específicas.

Como puede verse en el diagrama se inter-relacionan enlazados los niveles de atención del paciente a la ruta académica del médico y la Organización de los servicios asistenciales. Puede observarse que para preparar al estudiante en medicina general, para su capacitación a nivel de la licenciatura, contempla que se aprendan conceptos claros sobre el diagnóstico y tratamiento de esos problemas que más comunmente afectan a la población y que se apliquen las medidas de medicina preventiva para controlar y abatir dichos padecimientos. Ese aprendizaje se hace particularmente en la consulta externa de los médicos generales y familiares y en actividades de campo en la colectividad y tienen como sede los consultorios de medicina general, los centros de salud y las campañas de medicina preventiva.

Se prepara así al médico general, cuyo trabajo es de máxima trascendencia en las instituciones de seguridad social, al cual además, se le debe enmarcar en las doctrinas de la medicina social para ayudarle a formarse una verdadera conciencia de su participación en este tipo de actividades.

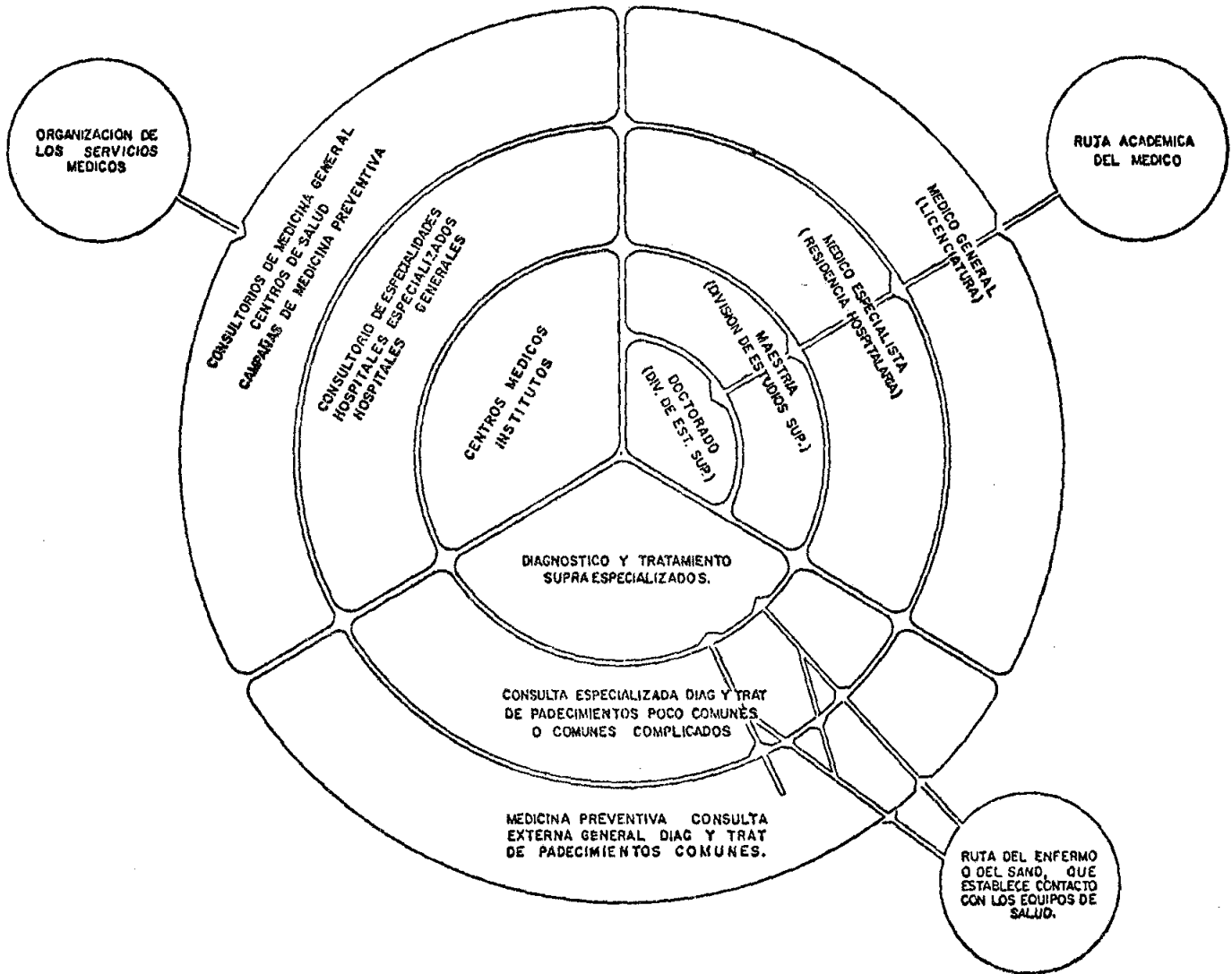
La preparación de especialistas se realiza en las residencias hospitalarias donde se trata de profundizar y ampliar los conocimientos y recursos para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos poco comunes o de padecimientos comunes que se han complicado, lo que se ejercita a través de una consulta especializada en hospitales generales, hospitales de especialidad o consultorios de especialidades.

Un corto grupo de médicos con intereses muy específicos en el diagnóstico y tratamiento de ciertos problemas que se pueden considerar de alta o supra especialización, aumentan sus conocimientos en áreas básicas y cumplen programas de estudios superiores en institutos médicos, que los lleven a obtener la maestría y el doctorado.

Con un esquema así se propicia la secuencia lógica en el aprendizaje del profesional de la medicina siempre supeditado a la realidad de la atención médica y al buen empleo de los recursos materiales con que se cuenta.

### 3.2.—*Jerarquización de los Niveles de Enseñanza y Regionalización.*

Con esta misma secuencia de enseñanza-aprendizaje se establece la jerar-



guía de los niveles de enseñanza propiciando lo. la formación de un médico general con suficiente conocimiento de la problemática común que es la que afecta al 80% de la población, para atenderlos de una manera eficaz ya sea abocándose a la solución misma del problema o aplicando un criterio juicioso para derivar oportunamente al paciente hacia centros especializados.

En segundo nivel aparece la preparación de médicos especialistas que debe supeditarse a las necesidades específicas de las instituciones para que permitan que este tipo de profesional, de formación prolongada y costosa, sea ubicado y empleado correctamente, se aproveche su preparación y se evite su frustración.

Todos estos médicos generales o no familiares y médicos especialistas deben mantener actualizados sus conocimientos para ofrecer al paciente ayuda adecuada a los mejores conocimientos con que se cuenta. Es ahí donde se aplican los programas de la educación médica continua que en el Instituto Mexicano del Seguro Social se realiza a través de cinco líneas.

#### I.—Cursos

- a) Un curso permanente de actualización para médicos generales (familiares) de 4 semanas de duración en el que se revisan aspectos generales sobre diagnóstico y terapéutica de enfermedades comunes y al que el médico asiste cada dos años.
- b) Cursos monográficos de 1 a 2 semanas de duración y de tres tipos de temas: A) normativos, en los que se revisan y se informa de los criterios y procedimientos institucionales en vigencia sobre las enfermedades de mayor frecuencia en el trabajo del médico y abordados con sentido didáctico; B) cursos básicos con temario más amplio sobre problemas generales de una especialidad, por ejemplo criterios diagnósticos y terapéuticos en Oncología; Vigilancia de la embarazada; Crecimiento y desarrollo normal y patológica del niño, etc. C) de especialidad, por ejemplo: problemas oftalmológicos comunes de la práctica médica, Patología del recién nacido, Toxemia gravídica, Aspectos clínicos y terapéuticos de la tuberculosis; Patología frecuente de las vías urinarias, Diabetes mellitus, Amibiasis, etc.

El programa se realiza de forma que el médico asistente (alumno) tenga mayor participación en los cursos a través de actividades claramente diferenciales: dos horas de clínica; dos horas de discusión coordinada sobre

casos previamente preparados que representen la temática motivo del curso (en su caso pacientes hospitalizados en el momento del curso) y una hora de seminario sobre tema específico también programado. Por las tardes, los alumnos se dedican a consultar la bibliografía de los temas a tratar al día siguiente, en la biblioteca de la unidad sede del curso (en donde ella existirá debidamente clasificada) y con base en resúmenes que los Profesores del curso preparan y entregan al alumno al iniciarse las actividades. Se persigue así que profesores y alumnos hagan un trabajo más claro y concreto y que su interés se mantenga y aún se incremente al paso de las horas. Se espera que los profesores hagan su mejor esfuerzo al preparar los documentos del curso, pero que sientan una mejor y más auténtica respuesta de los alumnos ya que estos preparan diariamente sus comentarios y preguntas para el día siguiente.

## II.—*Sesiones Generales*

Que se realizan una vez por semana, de una hora de duración, en las que se reúnan todos los médicos de cada unidad para revisar problemas de interés general que pueden ser el manejo de situaciones particulares la revisión de casos clínicos patológicos para señalar las fallas u omisiones y evitarlas en casos futuros; ubicación del papel de los médicos en la realización de campañas diversas de la institución en materia profiláctica y colectiva, etc.

Este tipo de reuniones se fomenta de tal manera que cuando existen horarios diferentes de los grupos de médicos, se buscan horas enlazadas para que dentro de sus actividades ordinarias quede incluida esta reunión.

## III.—*Sesiones de Servicios*

Otra línea de educación continua la constituyen las sesiones de revisión de casos en los servicios de clínicas y hospitales, de consulta externa y hospitalización y la revisión de la bibliografía correspondiente, que de acuerdo con el número de médicos del servicio y las posibilidades de interconsulta, se busca que se realicen cuando menos, una vez por semana.

## IV.—*Adiestramiento en Servicio*

Se fomentan también actividades educativas que llamamos de capacitación o adiestramiento en servicio y que consisten en la asistencia de una persona a un servicio determinado, para realizar un programa de corta duración (desde una semana hasta tres meses) que le permita profundizar,

actualizar y revisar puntos concretos, áreas específicas, técnicas particulares de su actividad.

- V.—La quinta línea en el sistema de educación médica continua del I.M.S.S. son las reuniones de grupos de distintas unidades a través de *seminarios, jornadas o congresos*. Los primeros son de dos tipos: uno que propicia la reunión de especialistas en un hospital de especialidades o Centro Médico para discusión de criterios y procedimientos con el objeto de que ellos se apliquen uniformemente en la institución, seminario que se realiza una vez por semana y la asistencia al cual se computa dentro del horario de trabajo del médico. El segundo tipo de seminario reúne por uno, dos o tres días a un grupo más numeroso de especialistas de diversas áreas del país en un programa que incluye intercambio de experiencias a través de casos clínicos presentados en forma resumida y breve, meses redondas de discusión coordinada sobre temas específicos y alguna conferencia magistral de corta duración. Dentro de este tipo de seminario existen algunos que reúnen investigadores de un tema específico, amibiasis por ejemplo, que trabajan coordinadamente y que así presentan en forma integrada sus avances en los estudios.

#### 4.—PROYECCION DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACION CONTINUADA EN LA ASISTENCIA MEDICA.

La revisión constante de las normas de diagnóstico y terapéutica, de los criterios y procedimientos en los distintos seminarios de clínicas y hospitales; el estudio permanente de los casos y el análisis y la discusión de un buen número de ellos en las sesiones generales y de servicios; el aporte constante de conocimientos y experiencias mediante cursos permanentes de actualización y de cursos monográficos, el acoplamiento a los avances técnicos científicos y administrativos que se obtiene realizando actividades en servicio; el intercambio constante de experiencias bien captadas, analizadas y evaluadas que se logra en los seminarios, las jornadas y los congresos, son el mecanismo que permite al personal médico y paramédico de una institución hacerse conciente de los problemas, de las necesidades, de las soluciones y de los recursos con que cuenta y cuya aplicación hace efectivo que se comprendan mejor los problemas de salud de sus pacientes, de sus familiares y de sus colectividades en general, que se tenga mayor sensibilidad para entenderlos y atenderlos, que esa atención se ofrezca más oportunamente, más adecuada y más eficaz ya que partiendo del estudio correcto de los pacientes, permite aplicar los recursos diagnósticos y terapéuticos en el momento preciso, proceder a la vigilancia del paciente en consultas de periodicidad correcta u hospitalizándolo en el momento y

por el tiempo oportunos, solicitando las opiniones necesarias de otros especialistas a través de interconsultas o derivando a unidades de alta especialización aquellos casos que verbalmente lo ameriten, consecuencia de todo lo cual es que al mejorar la atención real de los pacientes, se emplean mejor los recursos institucionales ya que disminuye el número de consultas, se reduce el empleo inútil o inadecuado de servicios auxiliares de diagnóstico, la hospitalización innecesaria o prolongada, los traslados sin razón que sobrecargan inútilmente servicios de urgencias, o unidades de hospitalización, etc.

#### 5.—RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS DE ENSEÑANZA MÉDICA DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD Y OTROS ORGANISMOS DOCENTES O INSTITUCIONES DE SALUD.

Como se ha mencionado en el capítulo de antecedentes, es una convicción firme el que las instituciones de seguridad social se enlacen íntimamente con las instituciones docentes para ejercer los programas de enseñanza médica que permitan formar con las características adecuadas, el personal médico y paramédico que se requiere para resolver los problemas de salud de las poblaciones. Por ello se ha logrado una integración progresivamente mayor mediante la coordinación de las instituciones de seguridad social con las autoridades de las instituciones docentes.

El I.M.S.S. tiene como política al respecto formalizar con documentos especiales, avalados con la firma de las autoridades de mayor jerarquía de ambas instituciones, estas relaciones de trabajo. Por ejemplo, para estudios de postgrado se han firmado convenios que puntualizan que:

- I.—La impartición conjunta de cursos para médicos graduados se hará en las áreas de trabajo de ambas instituciones; que se incluyen las correspondientes a los grados académicos de maestría y doctorado en Ciencias Médicas, los cursos formales de especialización constituidos por las diversas residencias, así como los monográficos y de actualización y otros de índole semejante, que se juzgue conveniente por parte de ambas instituciones.
- II.—Los programas de estudio y los planes de las labores académicas técnicas y educativas deberán ser aprobados por ambas instituciones y en todo quedarán sujetos a los lineamientos que marcan los reglamentos y ordenamientos vigentes en la Universidad y en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

III.—El número de alumnos y la selección que de ellos se haga, será punto que fijen de común acuerdo las autoridades de ambas instituciones. Los alumnos deberán cubrir los requisitos de ingreso en las fechas señaladas y las actividades previas que puntualicen tanto el Instituto como la Universidad.

IV.—El nombramiento de los profesores Titulares y Adjuntos y el reconocimiento de la participación del personal docente asociado seguirá los lineamientos y las prescripciones de los reglamentos universitarios en vigor.

Para proponer a los profesores Titulares y Adjuntos para cursos de postgrado se procurará dar preferencia a personas que posean los grados académicos de Maestro o Doctor en la especialidad correspondiente.

V.—La Universidad sufragará directamente los sueldos de los profesores Titular y Adjunto de cada curso, así como los gastos administrativos generales inherentes a su actividad en relación con el estudio, la autorización de los programas y la evaluación de la enseñanza impartida en los diversos niveles.

VI.—La Universidad tendrá a su cargo el registro, la vigilancia y la evaluación del aprovechamiento de los alumnos, así como la supervisión de las actividades de la docencia impartida por los profesores de cada curso.

VII.—El Instituto Mexicano del Seguro Social aportará las instalaciones, el equipo y el personal de sus unidades, necesarios para el cumplimiento de los programas. A través de la Jefatura de Enseñanza e Investigación, el Instituto podrá recomendar a la Facultad de medicina el nombramiento del personal docente, sean profesores Titulares o Adjuntos, los que serán aceptados o rechazados por la Facultad de Medicina, de acuerdo con los reglamentos universitarios y la expedición de constancias de servicios a conferencias o preceptores de acuerdo con los registros de los archivos correspondientes. El Instituto, además, ejercerá la vigilancia y supervisión y tomará las acciones que estime convenientes con fines técnicos o administrativos internos y la Facultad de Medicina supervisará las tareas académicas y de la administración de la docencia de sus profesores.

VIII.—La Universidad otorgará constancias y diplomas a los alumnos



que terminaren satisfactoriamente los cursos, de acuerdo con los reglamentos universitarios.

Por otra parte, la coordinación de la enseñanza médica de pregrado es cada vez más estrecha y eficaz ya que participan las instituciones de seguridad social con su personal y sus instalaciones en el ejercicio de los programas de las Facultades y Escuelas de Medicina, manteniendo en ese vínculo un mutuo respeto a sus respectivas autonomías que se expresa en el acuerdo de que los profesores son siempre personal de la seguridad social que al propio tiempo se incluye en la nómina universitaria y cuyo nombramiento es solicitado por la institución asistencial, respetando el derecho de la institución docente de vetar determinada persona y esperar un sustituto.

Así se ha creado un grupo de profesores de las Facultades de Medicina cada vez más numeroso y que realiza sus actividades docentes clínicas dentro de su trabajo en la seguridad social, con lo que desde etapas tempranas de su formación, el futuro médico, tiene conocimiento de los sistemas y doctrinas de la seguridad social.

#### 6.— ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA EN LA SEGURIDAD SOCIAL.

Convencidos de que la enseñanza y la educación permanente del médico le permiten ejercer mejor la medicina, que el aprendizaje constante significa superación continua y redundante en beneficio de las instituciones y de los enfermos; que la educación continua tiene una elevada jerarquía que no debe deformarse en rutinas y patrones supeditados a una asistencia burocratizada, sino coordinar ambos aspectos para elevarlos y ejecutarlos de común acuerdo, se hace necesario ubicar a la educación médica en su verdadero nivel e integrar sus actividades en un organismo de carácter nacional y de proyección internacional. Los diferentes aspectos involucrados en la enseñanza y la investigación deben preverse elaborando programas y sistematizando actividades para actuar con criterio uniforme que permita resultados positivos.

En la planificación nacional de la enseñanza médica deben comprenderse los distintos niveles tanto de pregrado como de postgrado, de educación permanente de personal médico y paramédico, contemplando no solo la realidad actual de la seguridad social, sino su evolución futura en todos estos aspectos.

La Dirección General del I.M.S.S. aceptó la propuesta de la Subdirección General Médica creando la Jefatura de Enseñanza e Investigación con funciones normativas y ejecutivas destinadas a organizar y coordinar la enseñanza y la investigación médica en todo el país con el objetivo de aprovechar los recursos educativos y de investigación para elevar de manera permanente de la medicina mexicana.

Esta Jefatura cuenta con dos departamentos: el de Enseñanza y el de Investigación Científica; el primero cuenta con cinco divisiones: de Estudios de Pregrado, de Estudios de Postgrado, de Educación Médica Continua, de Divulgación Médica y de Bibliotecas y Documentación Biomédica, así como con una Asesoría de Enfermería, ya que la enseñanza no solo se dirige al personal médico sino también a las áreas paramédicas de gran importancia como auxiliares en la promoción de salud.

El Departamento de Investigación Científica cuenta con una dependencia de Coordinación General y otra de Planeación General. Estos dos Departamentos tienen funciones normativas y ejecutivas que ejercen a través de Jefatura de Enseñanza e Investigación de las clínicas y hospitales distribuidos en todo el país, de los encargados de enseñanza de las unidades médicas pequeñas que existen en todo el Sistema, coordinados por Jefes de Enseñanza e Investigación regionales.

El Jefe de Enseñanza e Investigación de una clínica u hospital forma parte del cuerpo directivo de la unidad y constituye el representante de la Jefatura de Enseñanza e Investigación del Instituto. Junto con los Jefes Regionales o Encargados de Enseñanza, integran una red nacional responsable de la ejecución de todos los programas de Enseñanza e Investigación médica y paramédica.

Así entonces, la Jefatura de Enseñanza e Investigación del Instituto es el organismo en el que la Subdirección General Médica delega la responsabilidad en el ámbito nacional de organizar, coordinar, supervisar y/o realizar todas las actividades que tienden a formar, actualizar y mejorar profesionalmente al Personal médico y paramédico adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social, así como a promover, organizar, coordinar y supervisar la investigación científica.

Las funciones del titular de la Jefatura de Enseñanza e Investigación son las de establecer:

- 1.—Las normas a las que se sujeta las actividades de enseñanza e investigación en el I.M.S.S.

- 2.—Ejecutar los acuerdos y ordenamientos que en materia de enseñanza e investigación emanen de la Subdirección General Médica.
- 3.—Representar a la Subdirección General Médica en la elaboración de acuerdos, reglamentos o convenios en materia de enseñanza e investigación que formalicen las relaciones del I.M.S.S. con otros organismos nacionales o extranjeros.
- 4.—Dirigir y coordinar las actividades de las dependencias de la Jefatura de Enseñanza e Investigación y su interrelación con otras dependencias de la Institución.
- 5.—Proyectar, organizar, coordinar, supervisar y evaluar por medio de sus dependencias correspondientes la enseñanza e investigación en el I.M.S.S.
- 6.—Recoger y analizar constantemente la información que en relación a los objetivos y funciones de la Jefatura de Enseñanza e Investigación emanen tanto del I.M.S.S. como de las fuentes nacionales e internacionales.
- 7.—Promover el progreso de la Enseñanza e Investigación Médica y Paramédica en el I.M.S.S.

## 7.—NORMAS SOBRE EDUCACION CONTINUADA EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL.

- 1.—Debe establecerse la educación continuada como un mecanismo indispensable para mejorar la asistencia médica.

Requiere un organismo para su ejercicio.

Debe incorporarse este organismo a los cuerpos directivos de la institución y de las unidades involucradas.

Debe mantenerse íntima correlación y coordinación con los sectores de asistencia y de administración.

Las actividades de educación continuada estarán acopladas al programa general de salud de la institución y del país.

Deberán mantener claros los objetivos que se persiguen y principalmente el que es básico de la institución prestar cada vez mayor atención a los asegurados y beneficiarios en la promoción de salud y bienestar.

- a) El programa debe fortalecer permanentemente los principios de que enseñar con el ejemplo personal es fundamental.
- b) El mecanismo de enseñanza-aprendizaje es continuo.
- c) En las instituciones de seguridad social el personal de salud actúa como trabajador, aprendiz y maestro.
- d) La responsabilidad de la preparación para el ejercicio del trabajo institucional obliga a fomentar el autoaprendizaje.

Los programas de educación continuada deben involucrar actividades de todos los niveles de asistencia médica (consulta externa, hospitalización, actividades de promoción de salud en la comunidad, etc.).

Establecer dentro del trabajo diario actividades periódicas para fines específicos (discusión de casos, revisión de problemas médicos, administrativos y sociales) análisis de la bibliografía reciente.

Debe fomentar las reuniones en grupos pequeños que realizan tareas afines o comunes y también la reunión general de todo el personal médico y paramédico de una unidad médica para promover su conocimiento personal, las buenas relaciones entre ellos, el intercambio de conocimientos lo mismo científicos que técnicos o administrativos.

Debe inducir con las reuniones anteriores y otras similares el análisis de la experiencia personal y mejor aún que se evalúe y se deriven conclusiones que renueven los intereses de las personas en sus actividades hacia los objetivos institucionales.

Debe fomentarse el intercambio de experiencias entre personas que trabajan campos similares en otras unidades médicas tanto de la propia institución como con otras instituciones, a través de seminarios, cursos monográficos, etc.

Debe involucrarse la totalidad de personal médico y paramédico, cualquiera que sea la índole de su trabajo institucional.