

La práctica docente y la postura ante la educación médica

**Alda María Medina-Figueroa,¹
Patricia Atzimba Espinosa-Alarcón,²
Leonardo Viniegra-Velázquez²**

¹División de Innovación Educativa,
Coordinación de Educación en Salud
²Unidad de Investigación Educativa,
Coordinación de Investigación en Salud

Centro Médico Nacional Siglo XXI,
Instituto Mexicano del Seguro Social,
Distrito Federal, México

Comunicación con:
Alda María Medina-Figueroa.
Tel.: (55) 5761 6900, extensión 21253
Correo electrónico:
almefi@yahoo.com.mx
alda.medina@imss.gob.mx
patricia.espinosa@imss.gob.mx

RESUMEN

Objetivo: estimar el desarrollo de una postura ante la educación médica, en una población de médicos.

Material y métodos: se seleccionaron 395 médicos por muestreo estratificado no proporcional de unidades de primer y segundo nivel en una delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social: 244 (62 %) eran profesores y 15 estaban a cargo de la educación. Se conformó un grupo contraste de 10 secretarías. Se aplicó un instrumento validado previamente, para analizar acuerdo indiscriminado, corriente más popular y consecuencia. La calificación fue ciega. Para estimar la confiabilidad se utilizó la prueba de Kuder-Richardson y para comparar resultados, χ^2 con un nivel de significancia < 0.05.

Resultados: la tendencia a contestar de acuerdo fue similar entre los médicos con y sin práctica docente, distinguiéndose estadísticamente los jefes o encargados de educación. La corriente más popular fue la participativa. En cuanto a la consecuencia, las medianas muestran diferencias a favor de los jefes de educación, sin predominar en un grupo esta característica.

Conclusiones: si bien la corriente más popular fue la participativa, por lo observado en consecuencia pareciera que no se ha reflexionado en ella. La práctica docente no influye significativamente en el desarrollo de una postura ante la educación médica.

SUMMARY

Objective: estimate the degree of development of a position concerning medical education, in a physician population.

Methods: we carried out a cross-sectional study at with 1580 physicians; we selected 395 participants by non-proportional stratified sampling of an IMSS health facility; 244 (62 %) was medical professors, included 15 physicians responsible for education. A previously validated instrument was applied to these participants. Three indicators were evaluated: agreement in general, most popular trend, and consequence. Group grading was done blindly. Kuder-Richardson test was utilized to calculate the value of internal instrument consistency and non-parametric statistics < 0.05.

Results: answering tendency in agreement were similar among physicians; heads or managers were statistically significant. The most popular trend was participative. In terms of consequence in physicians, there were some without consequent sentences in pair. **Conclusions:** the most popular trend was participative, although it would appear that this has not been pondered, in that on exploring the indicator, that of consequence. Teaching practices do not have any significant influence on the development of a position concerning medical education.

Recibido: 23 de noviembre de 2006

Aceptado: 13 de febrero de 2007

Introducción

Al Instituto Mexicano del Seguro Social ingresan anualmente cerca de 2000 médicos a cursos de especialización médica, lo que corresponde a casi 50 % del total de médicos especialistas formados en la República Mexicana; aproximadamente 30 mil alumnos de la licenciatura de medicina de universidades diversas y una gran cantidad de profesionales para cursos formativos.^{1,2}

En los encargados de la educación y en los profesores se aprecia una práctica docente que se centra en informar los avances que se tienen al alcance, los más recientes, con énfasis en la búsqueda continua de la mayor cantidad de información, más que en el análisis y el cuestionamiento sobre la misma, así como en la importancia de la vinculación práctica-teoría-práctica; de tal manera, se deja de lado el desarrollo de aptitudes complejas que favorezcan

Palabras clave

- ✓ educación médica
- ✓ modelos educativos

Key words

- ✓ medical education
- ✓ educational models

el aprendizaje autónomo de los profesores y de los alumnos.³

De ello resulta una formación de médicos predominantemente acrítica, es decir, los estudiantes acumulan un gran acervo de información, con una visión de la realidad cada vez más atomizada dada la especialización y subespecialización; se obstaculiza su creatividad por lo que dependen de lo que otros han hecho y no de la necesidad de aprender por sí mismos; al enfrentar situaciones del ejercicio profesional, se limitan a realizar prácticas profesionales rutinarias, con escasas posibilidades de aportar propuestas pertinentes que mejoren su práctica diaria y, por lo tanto, la calidad de atención para sus pacientes.⁴

Dada la situación prevaleciente, pensamos que es difícil que los profesores de medicina, independientemente del nivel de atención médica o cargo que desempeñen, hayan desarrollado una postura ante la educación, que de acuerdo a la perspectiva participativa de la educación propuesta por Viniegra, se conceptúa como el surgimiento de un punto de vista propio acerca del qué, el cómo y el por qué de las situaciones problemáticas que se viven en la experiencia, mismo que se requiere para ser un protagonista del conocimiento en cualquier campo, producto de un largo proceso de reflexión, discusión, debate y confrontación con otros puntos de vista, dando lugar a la formación de convicciones propias.

Bajo esta idea se han considerado como indicadores de la postura:

- El acuerdo indiscriminado, cuando el sujeto está de acuerdo con dos puntos de vista divergentes sobre un mismo aspecto de la educación.
- El enfoque más popular.
- La consecuencia, el más fuerte para la evaluación, cuando el sujeto discrimina entre puntos de vista divergentes.⁵

Nuestro propósito fue indagar el grado de desarrollo de una postura ante la educación médica en una población de médicos con y sin práctica docente, del primer y segundo nivel de una delegación del Instituto Mexicano del Seguro Social, para lo cual fue necesario la construcción y validación de un instrumento de medición con aspectos relacionados a la educación médica; además, se estimó la influencia de la antigüedad institucional.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio transversal, en una delegación de la ciudad de México, con 1580 médicos. Se seleccionaron 395 participantes por muestreo estratificado no proporcional: 135 médicos de nueve unidades del primer nivel de atención; 46 (34 %) eran profesores. De cinco unidades de segundo nivel se incluyeron 260 médicos, de los cuales 198 (76 %) fueron profesores; de los 15 médicos responsables de la educación médica en esas unidades, 12 (80 %) ejercían la docencia. Los médicos incluidos en el estudio respondieron de manera voluntaria el instrumento. Cabe mencionar que en la muestra seleccionada, 15 % de los profesores tenía formación docente, pero ninguno de ellos era egresado de los diplomados metodológicos en docencia.⁶ Se distinguió a los médicos que tenían menos o $\geq$ cinco años trabajando en el Instituto.

Se conformó un grupo de 10 secretarías, las cuales tuvieron como característica no trabajar en áreas relacionadas con la educación médica ni ser estudiantes en los últimos cinco años; los resultados de este grupo se consideraron como expresión de lo explicable por efecto del azar. La calificación de los grupos se realizó en forma ciega. Para estimar la consistencia interna del instrumento se utilizó la prueba de Kuder-Richardson y la χ^2 de proporciones para comparar a los grupos, con un nivel de significancia menor de 0.05.^{7,8}

Cuadro I
Acuerdo indiscriminado de los médicos

Médicos <i>n</i> = 410	Sin práctica docente <i>n</i> = 154 Mediana (mínima-máxima)	Con práctica docente <i>n</i> = 256 Mediana (mínima-máxima)
Primer nivel (<i>n</i> = 135)	0.80 (0.39-1.0)	0.83 (0.58-0.99)
Segundo nivel (<i>n</i> = 260)	0.79 (0.55-0.97)	0.82 (0.26-1.0)
Jefes de educación médica (<i>n</i> = 15)	0.69 (0.62-0.93)	0.76 (0.54-0.90)
* <i>p</i>	< 0.72	< 0.02

*Prueba χ^2 de proporciones

Para evaluar la postura de los médicos se elaboró un instrumento llamado "Conceptos e Ideas acerca de la Educación Médica" (CIEM), que constó de 72 enunciados agrupados en 36 duplas (parejas de enunciados), un enunciado acorde a la corriente educativa pasivo-receptiva (CEPR) y el otro a la corriente educativa participativa (CEPT), incluyendo seis diferentes aspectos de la educación médica:

- *Papel social, fines y deber ser de la escuela:* función que tiene y debería tener la escuela en las relaciones sociales de producción.
- *Condiciones y medios de aprendizaje:* situaciones a las que se apela durante el proceso educativo para lograr el avance de los alumnos.
- *Papeles de profesor y de alumno:* particularidades de la interacción cotidiana entre profesores y alumnos, que obstaculizan o favorecen el desarrollo de capacidades complejas.
- *Aprendizaje:* ideas que subyacen durante el proceso educativo, respecto a cómo aprenden los alumnos.
- *Educación continuada:* papel de las actividades educativas planeadas para mantener actualizados los conocimientos, o para que los profesionales de la salud critiquen su práctica clínica cotidiana.
- *Evaluación:* valoración de los alcances de un proceso educativo a través de dos miradas: una en la que es vista únicamente como un medio para acreditar o reprobar un curso, utilizando exámenes que evalúan principalmente el recuerdo de información; y la otra, como un medio para criticar la práctica docente, es decir, las insuficiencias y logros tanto de profesores como de alumnos, que permitan mejorar paulatinamente el proceso educativo y en la que se utilizan instrumentos que evalúan el desarrollo de capacidades complejas.

El instrumento fue revisado tres veces por cuatro expertos que reunieron los siguientes requisitos: cinco o más años de experiencia docente, con posgrado en educación y trabajador en el área médica. Se les solicitó que respondieran si consideraban adecuados los aspectos explorados, si los enunciados eran claros y si como estaban formulados eran excluyentes. Una vez que se obtuvo consenso de los expertos se aco-

modaron de tal forma que quedaran distantes los enunciados de cada dupla. Se elaboró el instructivo de llenado, que incluyó una descripción detallada para responder con una escala tipo Likert, teniendo en cuenta las opciones respecto al grado de acuerdo (anexo).

Se eliminó la posibilidad intermedia (ni de acuerdo, ni en desacuerdo), para forzar a los médicos a discriminar entre una corriente y otra. La estimación del grado de desarrollo de la postura ante la educación médica se realizó mediante tres indicadores:

- *Acuerdo indiscriminado.* Proporción de respuestas de acuerdo en todo el instrumento, sin considerar la corriente educativa (opciones 1, 2 y 3).
- *Corriente más popular.* Corriente educativa (CEPR, CEPT) con el mayor número de respuestas de acuerdo.
- *Consecuencia.* Es el indicador más fuerte. Se tiene una respuesta de acuerdo con el enunciado de la corriente participativa y una respuesta en desacuerdo con el enunciado de la corriente pasiva, situación que debe repetirse en 19 duplas o más (> 50 % del total de duplas), para calificar a una persona como poseedora de postura.

Resultados

El coeficiente de confiabilidad del CIEM fue de 0.89.

En la tendencia a contestar de acuerdo indistintamente no hubo diferencias estadística-

Cuadro II
Corriente educativa más popular entre los médicos

Médicos (n = 410)	Sin práctica docente (n = 156)			Con práctica docente (n = 254)		
	Pasiva (% acuerdo)	Participativa (% acuerdo)	*p	Pasiva (% acuerdo)	Participativa (% acuerdo)	*p
Primer nivel	74.8	83.3	< 0.001	79.4	88	< 0.001
Segundo nivel	76.1	89.7	< 0.001	74.2	83.0	< 0.001
Jefes de educación médica	27.7	84.2	< 0.001	60.8	85.58	< 0.001
*p	< 0.001	< 0.06	< 0.001	< 0.06		

mente significativas entre los profesores médicos y aquellos médicos que no ejercían la docencia, tanto en primer como en segundo nivel de atención y en los jefes de educación médica. Al comparar a los tres grupos, los jefes de educación con experiencia docente mostraron un menor grado de acuerdo ($p < 0.02$), como se observa en el cuadro I.

Destaca que el grupo de referencia de secretarías fuera el que tuviera una “mediana porcentual” menor y que en todos los grupos hubiera personas cuyas respuestas fueron claramente hacia el acuerdo.

La corriente más popular fue la participativa en todos los casos. La mayor diferencia entre un tipo de médico y otro ocurrió dentro de la corriente pasivo-receptiva, por mayor desacuerdo por parte de los jefes de educación médica (cuadro II).

Tomando como referencia el máximo número de duplas consecuentes de las secretarías de 12, todos los grupos las superaron (cuadro III).

En los cuadros III y IV se observan las medianas en consecuencia; sólo en el grupo de jefes de educación con práctica hubo una persona que tuvo 19 o más duplas consecuentes, es decir, entre toda la población estudiada solo ella tuvo postura. Este mismo corte se consideró para las variables antigüedad laboral y experiencia docente, las que se analizaron en relación con la superación del máximo obtenido en duplas consecuentes por el grupo de secretarías, que fue 12 duplas.

Entre los jefes de educación médica (86 % con experiencia docente y todos con más de cinco años de antigüedad), hubo 40 % que traspasó la línea de corte, distinguiéndose de los otros médicos de primer y segundo nivel de atención,

quienes en su mayoría (90 %) no lo hicieron, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$, prueba χ^2). El 89 % de los médicos tenía una antigüedad de más de cinco años; 79 % del primer nivel sin experiencia docente y del segundo nivel solo 33 % no la tenía; sin embargo, con ninguna de estas variables se les pudo discriminar estadísticamente de las secretarías.

Discusión

Consideramos que el instrumento referido nos da una buena aproximación para explorar el desarrollo de una postura ante la educación entre los médicos, dado que para la elaboración de las 36 duplas que lo conforman siempre se tuvo cuidado que los enunciados fueran mutuamente excluyentes, y fraseados de forma tal que exploraran las dos corrientes educativas que se confrontan (CEPR y CEPT) a través de los seis indicadores planteados, lo cual a nuestro juicio y al de los expertos en educación que lo evaluaron, se logró de manera satisfactoria.

La hipótesis de la cual partió el presente estudio fue que la opinión de los profesores médicos expresaría la falta de postura ante la educación médica y que no habría diferencia respecto a los médicos que no ejercían la docencia. Los resultados obtenidos nos enfrentan a una realidad acerca de la forma como se caracterizan los conceptos de educación en nuestro medio.

Al explorar la solidez de las opiniones, se pudo apreciar que existía inconsistencia en las mismas en el grupo estudiado, dada la marcada tendencia a contestar de acuerdo en forma indiscriminada, que favorece más a la CEPT, lo cual nos habla de una reflexión y un análisis crítico escasos sobre los aspectos explorados; sin ellos resulta difícil detectar los contenidos excluyentes de las duplas. De haberse logrado tal distinción, hubiésemos encontrado un mayor número de personas consecuentes, lo que exige un ejercicio continuo de elaboración y que lleva a estar en acuerdo con una corriente y en desacuerdo con la otra. Se pudo observar, además, que no existieron diferencias en las medianas de consecuencia de los dos grupos de médicos, lo que fortalece la idea de que la postura no depende del nivel de atención ni del ejercicio docente habitual.

Cuadro III
Duplas consecuentes a favor de la CEPT, en los grupos de estudio

Grupo	Mediana	Rango de duplas consecuentes
Primer nivel ($n = 135$)	7	0-15
Segundo nivel ($n = 260$)	7	0-17
Jefes de educación médica ($n = 15$)	12*	0-19
Secretarías ($n = 10$)	6	0-12
* p	< 0.05	

*Prueba χ^2 de proporciones CEPT = corriente educativa participativa

Si bien por el análisis estadístico se hallaron diferencias a pesar del tamaño de los grupos, entre el grupo de jefes de educación médica con los otros de médicos no se cumple el criterio de ser un grupo consecuente, con excepción de un integrante; esto revela que aun los médicos encargados de la educación, profesores o no, probablemente están lejos de elaborar los planteamientos teóricos de la educación que su cargo les exige considerar.

El grupo de secretarías tuvo respuestas similares a las de médicos con los tres indicadores que pueden tomarse como referencia de lo que puede ocurrir con personas alejadas de la educación médica; fue difícil aceptar que los médicos no les superaran en la discriminación de enfoques.

En todos los grupos, la corriente educativa más popular fue la participativa, lo que contrasta con la inconsecuencia de las opiniones. En otras palabras, aunque hay preferencia por la CEPT, a la vez la CEPR les parece conveniente; pudiéramos concluir que estos resultados se deben al acercamiento a conceptos acerca de la educación participativa sin que necesariamente se reflexione en ellos o se les analice.

Aguilar (1997),⁹ encontró resultados similares a los nuestros con grupos de profesores de educación básica; hizo notar que cuando se tiene postura, las actividades docentes verdaderamente benefician la promoción de la participación de los alumnos, elemento clave si se aspira a un aprendizaje autónomo continuo, crucial en el ejercicio de la medicina. Núñez (2003)¹⁰ encontró que cuando no se tiene una formación docente en la que la reflexión y la crítica sean los elementos fundamentales, es difícil que se desarrolle una postura ante la educación y que cuando se hacen esfuerzos deliberados para lograrlo, es posible desarrollar una postura en la mayoría de los profesores.

Con los resultados obtenidos en este trabajo consideramos que si bien los jefes de educación son los responsables académico-administrativos de múltiples procesos educativos que ocurren en las unidades, el resto del personal médico y paramédico tiene intervenciones de peso en esos procesos, por lo que el reto es lograr una mayor cobertura de profesores con postura ante la educación a través de una formación docente participativa.

Referencias

1. Viniegra-Velázquez L. Las gestiones de las instituciones privadas y públicas de salud, ¿por qué deben ser distintas? Rev Med IMSS 2004;42 (1):37-53.
2. Viniegra-Velázquez L. El desafío de la educación en el IMSS. Rev Med IMSS 2005;43(4):305-321.
3. Viniegra-Velázquez L. El proceso de conocimiento. En: Hacia otra concepción del currículo. México: IMSS; 1999. p. 24-61.
4. Viniegra-Velázquez L. La crítica: aptitud olvidada por la educación. En: La crítica: aptitud olvidada por la educación. México: IMSS; 2000. p. 1-27.
5. Viniegra-Velázquez L. Los intereses académicos de la educación médica. Rev Invest Clin 1987;39:281-290.
5. Aguilar-Mejía E, Espinosa-Huerta E, Robles-Páramo A, García-Mangas JA, Palacios-Jiménez N. Alternativas para la formación del profesorado institucional. Más allá de las metas. Rev Med IMSS 2006;44(5):441-448.
7. Siegel S. Estadística no paramétrica. México: Trillas; 1986. p. 64-68.
8. Ary D, Jacobs LCH, Razabieh A. Introducción a la investigación pedagógica. México: McGraw-Hill; 1990. p. 223-224.
9. Aguilar-Mejía E, Viniegra-Velázquez L. Una mirada al proceso educativo. La postura del profesor ante la educación y la práctica docente. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos 1997; XXVII(3):33-71.
10. Núñez-Wong M, Espinosa-Alarcón PA. Desarrollo de una postura ante la educación en profesores de personal de salud. Rev Med IMSS 2003;41(4):289-298. 

Alda María Medina-Figueroa et al.
Práctica docente y postura ante la educación

Cuadro IV
Consecuencia de los médicos

Médicos n = 140	Sin práctica docente n = 154 Mediana (mínimo-máximo)	Con práctica docente n = 256 Mediana (mínimo-máximo)	p*
Primer nivel (n = 135)	n = 89 0.19 (0.14-0.47)	n = 46 0.19 (0-0.42)	0.23
Segundo nivel (n = 260)	n = 62 0.22 (0-0.48)	n = 198 0.19 (0-0.49)	0.37
Jefes de educación médica (n = 15)	n = 3 0.22 (0.14-0.47)	n = 12 0.34 (0.11-0.61)	0.53
p*	0.71	< 0.001	

* Prueba χ^2 de proporciones

Opciones de respuesta:

Totalmente de acuerdo	1
De acuerdo en general	2
Más de acuerdo que en desacuerdo	3
Más en desacuerdo que de acuerdo	4
En desacuerdo en general	5
Totalmente en desacuerdo	6

Papel social, fines y deber ser de la escuela

- () * 51. El propósito que debe tener mayor prioridad en las instituciones educativas en medicina es promover la actualización permanente del conocimiento.
- () **21. En las instituciones educativas médicas, la crítica de la práctica médica (identificación de sus alcances, limitaciones, deficiencias y errores) es el propósito que debe tener la más alta prioridad.

Condiciones y medios de aprendizaje

- () * 28. Un buen expositor hace innecesarias muchas lecturas para los alumnos.
- () **67. Nada sustituye lo que el alumno deje de hacer por sí mismo.

Papeles de profesor y de alumno

- () * 11. El aspecto crucial en el aprendizaje de los alumnos depende de la capacidad del docente, el dominio del tema y la habilidad de motivar por parte del profesor.
- () **59. El aspecto decisivo en el aprendizaje de los alumnos depende de su propia actividad de búsqueda, reflexión y análisis de sus experiencias.

Aprendizaje

- () * 65. El recurso más eficaz para facilitar el aprendizaje es el repaso de los contenidos más importantes.
- () **70. Lo que más facilita el aprendizaje es tener como punto de partida situaciones de la realidad concreta.

Educación continuada

- () * 46. La razón fundamental para consultar libros y revistas médicos debe ser para estar al tanto de los nuevos conocimientos (actualizarse).
- () **68. La principal razón para consultar libros y revistas médicos debe ser para dar fundamento a las decisiones que se toman en la atención de los pacientes.

Evaluación

- () * 18. Las calificaciones durante la formación del médico suelen ser un fiel reflejo de la calidad del aprendizaje de los alumnos.

Práctica docente y postura ante la educación médica

- () **31. Las capacidades más trascendentes en el alumno para el ejercicio de la medicina generalmente no se reflejan en las calificaciones.

Nota: el número de los enunciados corresponde al que aparece en la versión completa

**Corriente educativa pasivo-receptiva*

***Corriente educativa participativa*