



# Academia Nacional de Medicina de México

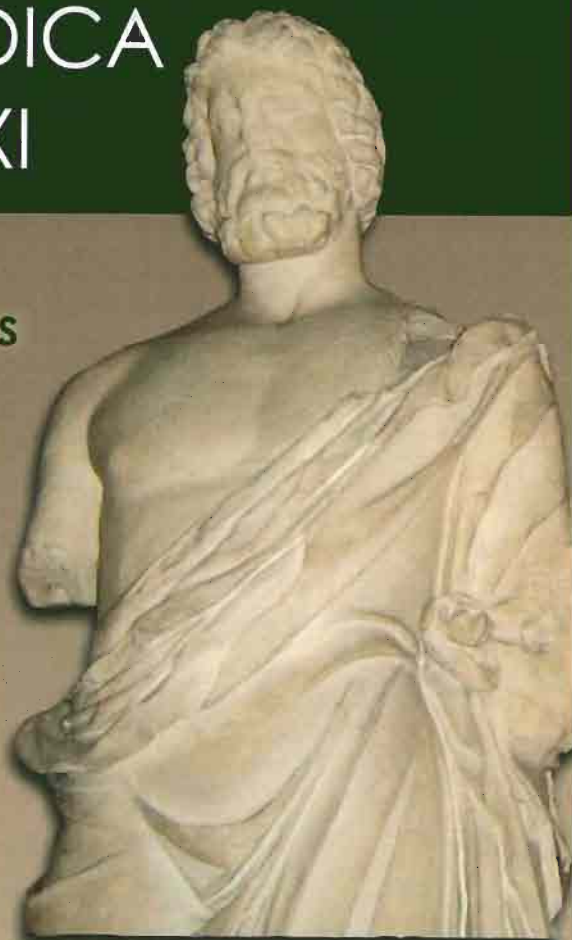
DOCUMENTO DE POSTURA

## EDUCACIÓN MÉDICA PARA EL SIGLO XXI

(Propuestas)

**Armando Mansilla Olivares**

**Alberto Lifshitz Guinzberg**



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA  
COMITÉ DE EDUCACIÓN MÉDICA

DOCUMENTO DE POSTURA  
EDUCACIÓN MÉDICA PARA EL SIGLO XXI  
(Propuestas)

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA  
COMITÉ DE EDUCACIÓN MÉDICA

DOCUMENTO DE POSTURA  
EDUCACIÓN MÉDICA PARA EL SIGLO XXI  
(Propuestas)

OCTUBRE 2018

## Participantes

Miembros del Comité de Educación Médica  
de la Academia Nacional de Medicina

Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Luis Felipe Abreu Hernández • José Ángel Córdova Villalobos

Sebastián García Saisó • Julio Gómez Fernández

José Halabe Cherem • Alberto Lifshitz Guinzberg

Fernando Meneses • Melchor Sánchez Mendiola

## Otros participantes

Felipe Flores Morones • Alejandro Hernández Nava

Lydia Zerón Gutiérrez • Beatriz Escobar Padilla

Luis Serafín Alcázar Álvarez • Eduardo González Quintanilla

Guadalupe G. Múzquiz Barrera Ricardo

Octavio Morales Carmona • Rodolfo Rincón Pedrero

Claudia Alejandra • Sainos Ramírez

*DOCUMENTO DE POSTURA EDUCACIÓN MÉDICA PARA EL SIGLO XXI  
(Propuestas)*

D. R. © 2019 Academia Nacional de Medicina de México, A.C.  
Comité de Educación Médica

ISBN: 978-607-95846-1-0

Diseño y diagramación:  
Formas e Imágenes, S.A. de C.V.  
formaseimagenes@gmail.com

Impreso y hecho en México Printed in Mexico

## INTRODUCCIÓN

El propósito de la educación médica es servir a la sociedad y, la primera pregunta que surge cuando se plantea la problemática es si lo está haciendo apropiadamente hoy en día, si los egresados satisfacen las necesidades de la población, si los profesionales se mantienen permanentemente actualizados y aptos. Por lo menos se puede decir que en muchos casos no es así. Probablemente el diálogo entre instituciones educativas e instituciones de salud no ha sido suficiente, a modo que éstas manifiesten sus necesidades (cualitativas y cuantitativas) y las escuelas y facultades respondan a estas necesidades. En otras palabras, la problemática principal se expresa en una falta de planeación, que tendría que ser conjunta, sobre los recursos humanos a formar en correspondencia con la organización completa del sector salud y de la sociedad.

El aumento de la matrícula para licenciatura, más que una solución a las necesidades del país, atiende a las aspiraciones de los jóvenes y sus familias, pero ha generado problemas adicionales: una heterogeneidad en la calidad educativa, saturación de los campos clínicos y sobredemanda para los cursos de especialización en desproporción a las posibilidades de las instituciones sede. Los egresados que no alcanzan plaza experimentan una frustración que los convierte en médicos generales insatisfechos, muchas veces incompetentes, y que ven limitado su acceso al mercado de trabajo.

## POSTURA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

El licenciamiento para ejercer la profesión hasta ahora es una responsabilidad exclusiva de las universidades, avalada automáticamente por la autoridad educativa, pero la heterogeneidad de la formación se traduce en diferente calidad de los egresados y que no se ha evaluado antes de autorizar el desempeño profesional.

La calidad educativa pasa por el compromiso y la capacitación de los docentes, muchos de los cuales se perciben a sí mismos como autosuficientes, tan sólo por dominar su área técnica, sin aprovechar las mejores estrategias pedagógicas ni los recursos didácticos pertinentes.

La formación clínica en la licenciatura se realiza en áreas de hospitalización, frecuentemente de especialidades; con ello se ofrecen los modelos y ejemplos para que al egreso, prácticamente la totalidad, aspiren a ser especialistas, porque sólo así tendrán oportunidades de trabajo. Las áreas alternativas, que serían las unidades de primer contacto, salvo excepciones, carecen de infraestructura académica para ser sedes formativas.

Las plazas para realizar especialización no se corresponden con las necesidades de la sociedad, de acuerdo con el perfil epidemiológico y el avance tecnológico.

Los egresados están sujetos a los intereses de fabricantes y distribuidores de productos y servicios, tales como medicamentos y otros insumos, de modo que más que una educación continua, con alguna frecuencia son inducciones prescriptivas y, muchos de ellos no tienen acceso (o formación para acceder) a otras fuentes de conocimiento, y esta área está casi totalmente fuera de regulación.

Los riesgos que la tecnología y los sistemas implican para la relación médico paciente no parecen debidamente atendidos en las áreas formativas, de modo que los estudiantes se dejan seducir sin anteponer una actitud crítica. Igualmente, la habilidad para aprovechar la información

contenida en las fuentes y transformarla en acciones a favor de los pacientes no está suficientemente desarrollada.

Las propuestas y consideraciones que a continuación se enuncian fueron elaboradas por los miembros del Comité de Educación Médica de la Academia Nacional de Medicina con base en su propia experiencia, pero, sobre todo, a partir de los comentarios que se generaron en un foro y después en un simposio dentro de la Academia.

### Planeación de recursos humanos

Ha sido esencialmente de carácter inercial, pues se ha dedicado a tratar de prever el reemplazo del personal que se jubila y en menor grado ha contemplado el crecimiento de la infraestructura. En el mejor de los casos ha laborado algunos escenarios tendenciales que no han tenido continuidad. Son evidentes las "brechas" entre necesidades de salud, formación de recursos humanos desemboncando en un crecimiento inercial de la medicina centrada en el hospital.

La salud es una entidad compleja: *multifactorial* pues está determinada por la economía, la ciencia, la tecnología, la educación, las políticas sanitarias, la genética, los aspectos poblacionales; también es *multiinstitucional* pues abarca a las instituciones de salud (públicas y privadas), las instituciones de educación superior (públicas y privadas), los organismos no gubernamentales. Considera *múltiples actores* incluyendo a la población con sus expectativas, personal de salud y sus colegios profesionales, el sector productivo y de servicios, la industria farmacéutica y la de tecnología, el gobierno; y *múltiples marcos de referencia*: financiero, de legitimidad social, político, productivo, biomédico; todos ellos son interdependientes e interactivos, generan respuestas no lineales con incertidumbre y ambivalencia.



Por otro lado, hay nuevas exigencias: una población más educada y demandante que ha sido tratada con displicencia; enfrentamos las transiciones demográfica y epidemiológica y muchos retos ambientales han sido ignorados, existe: una polarización social y la pobreza que debe ser remediada. Un sector productivo nacional capaz de competir internacionalmente y que demanda calidad en los servicios, confrontado con un sistema de salud diseñado para atender mano de obra barata.

Tenemos también una verdadera explosión del conocimiento y de la tecnología que requiere una adecuación constante de las acciones de salud pero que ha sido asimilada muy lentamente. Los organismos internacionales que "supervisan" las políticas de salud han sido muy críticos y se les responde defensivamente. Así mismo existe un surgimiento de un fuerte sector privado en salud no contemplado en la planeación; organismos no gubernamentales que pretenden intervenir en la definición de las políticas de salud y que no tienen las vías para ser considerados, predominio de la atención hospitalaria en detrimento de la atención primaria.

10

Se hace por lo tanto necesario un cambio: la planeación, en tanto política pública, ya no puede ser un proceso centralizado sino uno dialógico, enfocado a construir consensos entre muchos actores; ha existido poca sensibilidad del Gobierno Federal que ha recortado de manera importante el financiamiento en salud, rigidizando el sistema, sin promover la innovación y posponiendo la necesaria reforma del sector salud. La complejidad demanda desplegar una amplia capacidad de innovación, mediante equipos multi y transdisciplinarios.

La misión social es entonces:

- Transitar de un sistema de salud que atiende "mano de obra barata" a uno que mantiene la capacidad del capital humano altamente valioso, y responde tanto desde el punto de vista biológico como del intelectual y científico.

- Cambiar de un sistema de salud deshumanizado que “procesa” individuos enfermos, hacia uno aliado a las personas, las familias y las comunidades, y que sea sensible a lo humano y a la vida social.
- Transformar un sistema “homeostático” de evolución lenta, hacia un sistema adaptativo, en constante cambio que contribuya a la innovación social, que añada valor a otras actividades sociales como la educación, la ciencia y la tecnología es el reto.

Al moverse las fronteras se torna indispensable abrir el sistema de salud para interconectarlo mejor con la sociedad y con la pluralidad de actores; se redefine a la investigación como una actividad indispensable y central para la innovación constante; se organiza la gestión del conocimiento; y en la formación se transita de una instrucción centrada en contenidos, rutinas y protocolos, hacia una formación para innovar y adaptarse al cambio continuado; y se redefine la atención a la salud bajo el principio de continuidad a lo largo de la vida privilegiando la atención primaria.

Los modelos de atención habrán de ser abiertos y dinámicos. El actual sistema de salud fue diseñado en los años 40 y se enfocó a atender a una población joven con predominio de enfermedades agudas. La división del trabajo era sencilla: lo simple se resuelve en la atención primaria y lo complejo se refiere a los niveles 2º y 3º. Hoy se vive una transición demográfica y epidemiológica, y la comorbilidad se convierte en la regla en los pacientes añosos. Han aumentado los pacientes complejos que son referidos a los niveles superiores, y que saturan el sistema a un alto costo económico. La atención primaria no puede ya ser una atención primitiva o simple, sino que tiene que responder in situ a los problemas complejos.

Esta nueva atención primaria requiere de capacitación y de nueva tecnología y debe desarrollar actividades preventivas a lo largo de la vida.

La nueva economía basada en el talento, aspira a preservar el capital humano y tiene un nuevo tipo de usuario, más exigente y participativo; es más difícil el reemplazo de los trabajadores y hay una necesidad de respuestas rápidas; se trata de prolongar la vida socialmente útil mediante un enfoque preventivo, y de atender no sólo la salud biológica sino también la mental indispensable para el trabajo y la vida saludable.

Los principios de este modelo son:

*Integral*, pues abarca los diferentes niveles de organización: molecular, celular, del organismo en su conjunto, nivel psicológico y social.

*Continuo*, en tanto que acompaña a los individuos, familias y comunidades a lo largo de toda la vida, con énfasis en la prevención de la enfermedad, la salud mental, en reducir la carga de las enfermedades crónicas y capaz de atender al paciente complejo con enfermedades múltiples.

*Orientado a servir a la población*, pues abarca a todos los habitantes de un área geográfica y establece una alianza con las poblaciones para fortalecer la respuesta social ante la enfermedad.

*Coordinado*, pues la atención primaria es la que coordina toda la atención a la salud, trabaja en redes, en coordinación con escuelas y centros de trabajo, con clínicas cercanas a cada comunidad en las que rotan especialistas y clínicas intermedias con equipamiento especializado.

*Descentralizado*, pues el conocimiento y la tecnología se ubican en el primer nivel de atención, e incluso para la atención en el hogar, la escuela y el trabajo.

*Accesible*, pues atiende 24 horas al día los 365 días del año y puede resolver las necesidades de salud en tiempo real.

*Efectivo*, en tanto que ofrece respuestas fundadas en la mejor evidencia disponible, con criterios de costo-efectividad, desarrolla investigación original y educa a poblaciones y profesionales.

*In situ*, pues resuelve los problemas en tanto y en donde surgen.

*Seguro y de alta calidad*, pues cuenta con sistemas de mejora continua y garantía de calidad.

Es prioritario formar para la medicina del futuro: las competencias profesionales deben ser las del futuro y no las del pasado. Debemos preparar individuos autodirigidos, proactivos y agentes de cambio; enseñar a trabajar en equipos interdisciplinarios, mediante la educación interprofesional, con sólida formación básica tanto biomédica como sociomédica y de las humanidades en salud, capaces de realizar diagnósticos tanto moleculares y celulares como por los distintos aparatos y sistemas, y considerar los factores ambientales y sociales, para generar acciones preventivas y curativas. Además, que tengan la capacidad de realizar investigación y evaluación de sus acciones para ser agentes de cambio.

Estos cambios demandan la acción sinérgica del gobierno, el sector académico y la sociedad civil. Amerita inversiones para lograr el cambio de enfoque de la educación de los profesionales de la salud y construir servicios modelo que articulen investigación docencia-servicio.

En conclusión, el gobierno solo ya no puede contender con los problemas de salud, sino que se requiere de la más amplia participación social. Las facultades y escuelas de medicina son un elemento creativo para impulsar la innovación y la participación social; el personal de salud habrá de formarse dirigido a innovar y ofrecer soluciones originales. No se

trata sólo de replicar saberes sino de avanzar hacia la sociedad del conocimiento e impulsar el cambio social.

## Formación de pregrado

Las escuelas y facultades de medicina pueden modificar currículos para enfocar la formación del médico general hacia la atención primaria. Construir comunidades saludables requiere modificar la enseñanza.

Hace falta una gran reforma de la educación médica a través de un grupo de trabajo conjunto de AMFEM (Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina) con las autoridades sanitarias y educativas del país. Su objetivo central sería reorientar la formación de los estudiantes de medicina hacia la atención primaria por competencias, interdisciplinaria, comunitaria, reforzada por las tecnologías de la información y la comunicación, actualizada epidemiológicamente y con diversas opciones de salida, como pueden ser la de médico general con opción de especializarse en medicina familiar o en alguna otra área, como investigador con los dos últimos años de maestría y posteriormente doctorado, como docente, particularmente en ciencias básicas o como administrador médico. El ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas) deberá reformularse para tener un doble propósito: ser un examen de certificación para la práctica médica general y simultáneamente apoyar el proceso de selección de quienes desean cursar una especialidad.

La ruta crítica para implementar los cambios incluye promover que la Asamblea de la AMFEM instale una comisión de 10 directores que conduzcan el diseño de la propuesta. Además se deberá incluir en esta comisión a autoridades sanitarias y educativas; presentar nuevamente a AMFEM la propuesta para conocimiento y ajustes; después socializar con cada institución para recoger aportaciones complementarias. Una vez aprobada lograr el compromiso de autoridades educativas y sanitarias, y crear los

centros educativos y de atención primaria modelo para realizar pruebas piloto. Establecer mecanismos para la evaluación.

## Formación de posgrado

Las propuestas abarcan:

- La reestructuración del PUEM (Programa Único de Especialidades Médicas), tanto desde el punto de vista conceptual como temático y de evaluación.
- Dar énfasis en el desarrollo de especialistas adaptativos e innovadores capaces de responder a las necesidades sociales mediante el uso del mejor conocimiento disponible contextualizado de forma creativa, además deberán ser capaces de comunicarse efectivamente con pacientes y colegas, y demostrar profesionalismo, considerando la autonomía del paciente, los principios de beneficencia, justicia, no maleficencia, veracidad y confidencialidad; pensamiento crítico, juicio clínico, trabajo en equipo, resolución de casos clínicos en forma conjunta y discusión de problemas de salud pública; aspectos legales del ejercicio de la profesión, integración y aplicación del conocimiento.
- Impulsar la satisfacción personal y laboral, y de la calidad de vida de los pacientes, a tal fin es necesario capacitar en la búsqueda de información, practicar con simuladores e incidir en el manejo racional de los recursos tecnológicos, en la gestión de los recursos humanos y materiales para la salud, y el énfasis en la seguridad del paciente.

Un aspecto importante tiene que ver con la bioética, que se enseña con el ejemplo e identificando los conflictos de interés, por ejemplo, el de ocultar información, explicitando las diversas modalidades de la relación del residente con la industria farmacéutica y de insumos para la salud. El compromiso con la verdad en los justificantes médicos.

Favorecer una evaluación válida y confiable de los alumnos orientada primordialmente a la mejora del aprendizaje, complementada con la evaluación de los profesores y las sedes clínicas. Trabajar para lograr servicios académicos en los que la teoría retroalimente a la práctica y viceversa.

Se ha iniciado ya una estrategia de residencias compartidas, que son más que rotaciones, pues en éstas los alumnos no suelen identificarse con el área que los recibe, ni ésta se compromete suficientemente con los residentes que rotan. Las tecnologías de la información y las comunicaciones (ITCS) permiten nuevos abordajes de la formación como Blended Learning y Crowd-thinking y proyectos educativos en línea y conferencias por la misma vía. También se ha iniciado la experiencia de congresos multidisciplinarios, en los que no sólo participan médicos sino otros profesionales de la salud.

Sería conveniente repensar las especializaciones orientándolas a apoyar la atención primaria y permitir la combinación de especializaciones para responder a las necesidades de la población.

### Educación médica continua (desarrollo profesional continuo)

El largo camino educativo del médico incluye la educación médica de pregrado en la que se convierte en médico general, la de posgrado en que se transforma en especialista (o maestro y doctor) y la educación médica continua asociada al desarrollo profesional continuo, mediante la cual se mantiene (y se perfecciona) la competencia lograda en las etapas anteriores.

Las propuestas para este tema abarcan:

- Consensuar una definición nacional tanto de "educación médica continua" (EMC) como de "desarrollo profesional continuo" (DPC) pues constituyen la base conceptual de todo el proceso.
- Definir el papel de la industria farmacéutica y tecnológica en la planeación, diseño, financiamiento e implementación de la EMC en México.
- Ampliar el abanico de actividades, formales e informales, que sean consideradas como EMC para propósitos de certificación.
- Profesionalizar la planeación, diseño, implementación y evaluación de la EMC, enfatizando los aspectos pedagógicos, de modificación de la conducta de los médicos y de impacto en resultados clínicos para los pacientes.
- Diseñar y promover actividades de EMC interdisciplinarias en las que participe todo el equipo de salud y no solamente los médicos.
- Flexibilizar los sistemas rígidos de EMC promoviendo el uso del concepto de DPC. Promover el aprendizaje autodirigido, el colaborativo, el uso de las tecnologías de información (TIC) y el mantenimiento de la competencia.
- Involucrar formalmente a los elementos del sistema (directivos de hospitales y universidades, proveedores de EMC, Consejos de Certificación, organizaciones gremiales, médicos individuales y residentes) para mejorar la calidad del proceso y sus resultados. Presupuestar financiamiento en hospitales y universidades para EMC.



- Planeación y coordinación entre los diferentes actores para lograr una regulación armónica que unifique criterios, establezca estándares uniformes, y que lleve a cabo un registro de actividades para garantizar la calidad.
- Definir líneas de investigación sobre EMC en México y Latinoamérica promoviendo alianzas con organismos de experiencia.
- Establecer la cultura de transparentar los conflictos de interés en actividades de EMC, incluyendo la obligación de reconocerlos y declararlos.
- Los niveles de evaluación de la EMC/DPC incluyen la participación, la satisfacción, el aprendizaje, el desempeño, la salud de los pacientes y la salud de la población, en orden de menos a más deseables.
- Establecer un sistema de validación para las actividades de EMC en el puesto de trabajo (sesiones departamentales, generales, bibliográficas).

## Formación en y para la medicina institucional

Una institución pública de salud requiere de médicos, en primer lugar capaces de resolver los problemas de salud de la población que atienden, que utilicen racionalmente los recursos, que desarrollen una práctica reflexiva, con profesionalismo y ética en el servicio, y que su práctica sea congruente con la política nacional e institucional de atención médica, es decir, privilegiar la prevención por sobre la atención del daño, la atención primaria y las especializaciones troncales ubicadas en las comunidades, por sobre la atención especializada dispersa y desintegrada.

Los problemas para la formación de estos médicos dependen de varias instancias, de las condiciones del país, de las del sistema de salud, de las instituciones educativas y de las de salud. Se pueden hacer las siguientes propuestas:

1. Establecer un programa de formación de médicos generales a nivel nacional que incluya el número de médicos a formar, la certificación única nacional de competencias "por etapas" y para titulación.
2. Oferta de plazas para especialización de acuerdo al análisis de necesidades nacionales e institucionales con un enfoque prospectivo.
3. Congruencia entre el enfoque de la atención médica nacional y los procesos educativos: hacia la atención primaria a la salud y orientada hacia la prevención, pero también capaz de manejar pacientes complejos.
4. Dignificación del papel del médico, particularmente el de atención primaria, desarrollando en ellos las capacidades investigativas, docentes y de servicio de alta calidad, con oportunidades de empleo, salarios justos y reconocimiento al desempeño con base en indicadores de control de enfermedades y manejo eficiente de los problemas de salud.
5. Garantizar la suficiencia de médicos titulados, generales y especialistas en las instituciones de salud en todos los turnos y, el cumplimiento de las normas oficiales.
6. Actualización de normativas nacionales e institucionales.
7. Con relación a los programas académicos, rediseñarlos con enfoque hacia la atención primaria, la prevención y con la

capacidad de resolver problemas complejos in situ, con análisis de las condiciones genéticas y moleculares, de los aparatos y sistemas y de los determinantes sociales y ambientales de la salud, contemplando las variables epidemiológicas y sociodemográficas, no sólo del presente sino con enfoque prospectivo. Participación de los empleadores (instituciones de salud) y los pacientes en la definición de las competencias disciplinares y transversales de los programas académicos de licenciatura y posgrado de las universidades; establecer mecanismos para asegurar una mayor vinculación entre instituciones educativas y de salud en la supervisión y evaluación de los alumnos.

8. Establecer un programa único de internado y servicio social para facilitar la supervisión y el cumplimiento en las instituciones de salud y homogenizar las competencias que adquieren los estudiantes.
9. Cambiar en la licenciatura el paradigma de "visión hospitalaria especializada" por el de "visión de atención primaria" de alto nivel en el seno de la comunidad. Reenfocar los ciclos clínicos, el internado y el servicio social a los niveles de atención primero y segundo. Demandar que sólo se reciban estudiantes de escuelas acreditadas para garantizar el nivel académico y la seguridad de los pacientes.
10. Cambiar el enfoque de "memorización y resultados" al de "reflexión y procesos".
11. En el posgrado rediseñar los programas académicos, con enfoque interdisciplinario y de prevención e inclusión de competencias transversales, requeridas para la práctica de la medicina institucional orientada hacia la innovación y el desarrollo continuado.

12. Ampliar la oferta educativa de acuerdo a necesidades actuales y futuras.
13. Certificación de la calidad de todos los cursos de especialización.

## Formación para la medicina privada

El término "medicina privada" es incorrecto porque supone más una carencia que una característica; igualmente incorrectos son varios de los que se han utilizado en su lugar: particular, no gubernamental, liberal, "de paga".

Convendría señalar que los servicios de salud de propiedad privada son múltiples y diversos, pues existen grandes hospitales, pequeñas clínicas, grupos médicos, pequeñas empresas de servicio, consultorios adyacentes a farmacias y múltiples consultorios dispersos que atienden a los más variados niveles socioeconómicos. Una gran parte de los médicos que no logran ser contratados por la medicina institucional tienen práctica privada, incluso quienes ejercen en la medicina institucional suelen complementar su práctica con la medicina privada. Bajo la denominación de medicina privada se incluyen los médicos sujetos a contrato, es decir, empleados, y quienes la ejercen de manera liberal, ya sea en una microempresa por autoempleo, ya sea individual o colectivamente.

Esta modalidad ha sido un tanto despreciada en los programas educativos, a pesar de que cuantitativamente representa una proporción muy importante del empleo médico,

Mientras que en la medicina llamada pública se ejerce al amparo y bajo la protección de la institución, se limita por horarios regulares, hay una supeditación jerárquica más o menos estricta, se suele contar con apoyos administrativos, se forma parte de una organización, se guía mediante cuadros básicos y se tienen responsabilidades docentes y de investigación, en la privada hay menor coacción de la libertad, más

oportunidad para iniciativas personales, el médico tiene funciones múltiples (recepción, mercantilización, administración, mercadotecnia y otras), requiere de conocimiento del entorno y del mercado, es objeto de supervisiones por parte de las secretarías de salud y de hacienda y hay que saber contender con los representantes de la industria farmacéutica. Además, suele ser necesaria la colegiación y el aseguramiento ante eventuales demandas y reclamaciones.

22

La mayor parte de los contenidos de los programas educativos de formación son perfectamente útiles para la práctica de la medicina privada; no obstante, requieren mayor énfasis en habilidades de comunicación, relación médico-paciente, la técnica para elaborar recetas de prescripción, cómo hacer reportes (sanitarios, farmacovigilancia), conocer a fondo las normas oficiales, la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos, los reglamentos; expertos en aprendizaje autodirigido, autónomo y autorregulado (pues su EMC suele estar en manos de la industria farmacéutica, con sus sesgos e intereses); y algo muy importante es reconocer los propios límites mediante una autocrítica honesta que le lleve a solicitar ayuda o a referir oportunamente a los pacientes.

Pero hay otros contenidos que se requieren para ejercer la práctica privada que no suelen formar parte de los currículos universitarios: emprendimiento, administración de un consultorio, uso de las especialidades farmacéuticas (nombres comerciales de los medicamentos), organización de microempresas, aspectos fiscales, mercadotecnia, sistemas de aseguramiento, calidad, cómo cultivar una imagen, cómo calcular o estimar las tarifas, mercantilización, cómo actuar con responsabilidad y libertad, innovación, presupuestación y seguramente otros.

En cuanto a las estrategias educativas para adquirir estas competencias, pudiese utilizarse el aprendizaje basado en problemas, la simulación, pero tal vez la más eficaz sea la tutoría, en la que el aprendiz se vincula con un experto y aprende en la práctica; buena parte tiene que ser aprendizaje autodirigido y a distancia, y no se debe depender sólo de la EMC patrocinada.

Documento de postura  
*Educación médica para el siglo XXI*  
*(Propuestas)*

Se terminó de imprimir el 30 de septiembre de 2019.  
Diseño y edición a cargo de Formas e Imágenes S.A. de C.V.  
Avenida Universidad #1953, E. 2, L. E, Copilco el Bajo, Coyoacán.  
En su composición se utilizaron fuentes de la  
familia Avenir. La impresión de interiores se realizó  
en papel Cultural de 90 gr y forros en cartulina Couché 300 gr.  
Tiraje de 1 000 ejemplares.