

REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

VOL. 1 No. 3 1990



PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA
DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA



ISSN 0188-2635

**REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA
CONSEJO EDITORIAL**

Dr. José Benito López Cabello
Dr. Octavio Castillo y López
Dr. Daniel Pacheco Leal

Dr. Ramiro Jesús Sandoval
Dr. José Luis Leyva Garza
Dr. Rodolfo Herrero Ricaño

DIRECTOR

Dr. José Benito López Cabello

EDITOR EJECUTIVO

Dr. José Antonio Moreno Sánchez

EDITORES ASOCIADOS

Dra. Magda Luz Atrián Salazar
Dr. José Luis Osorno Covarrubias

EDITORES INVITADOS

Dr. Christian Torres Ortiz Ocampo
Dr. Fernando Fernández Quiroz
Dr. Ramón Cedillo Nakay
Dr. Miguel Angel Aguayo López
Dr. Héctor Nava García

REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

Vol. 1. No. 3 1990

ISSN 0188-2635

INDICE

EDITORIAL

REPORTES DE INVESTIGACION

Las universidades en México: organizaciones complejas. Ana Hirsch Adler	145
Actitud del alumno del Programa de Medicina General Integral en el trabajo de comunidad. Rodolfo Prado Vega/Glenda Blee Sánchez/Rodolfo Prado Pelayo	157
Las mujeres y la educación médica. Deyanira González de León Aguirre	162

ENSAYOS Y MONOGRAFIAS

Ética médica. Ruy Pérez Tamayo	168
La enseñanza de la ética en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán. Carlos Urzaiz Jiménez/Arturo Bravo Gorená	177
Enseñanza de la ética en la carrera de medicina. Rubí Libreros de López	181
La enseñanza de la ética moderna. José Manuel Vidal Gual	183
Ética en la investigación clínica. Gabriel Contel Gallo	192
La formación de actitudes deseables en la práctica médica. Hilario Cantú Flores/Carmen García Colorado	196
La calificación cuantitativa en la evaluación del aprendizaje. Víctor López Cámara	199

REUNIONES DE LA AMFEM

Reseña de la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM	205
---	-----

CARTAS A LOS EDITORES	212
-----------------------------	-----

COMUNICACIONES	213
----------------------	-----

RESEÑAS BIBLIO-HEMEROGRAFICAS	217
-------------------------------------	-----

Editorial

En la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima han sucedido acontecimientos valiosos que le han servido para orientar su rumbo en el objetivo de formación de médicos capaces y útiles a su entorno social y uno de esos hechos fue su ingreso y es su participación como miembro de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. El intercambio de experiencias e inquietudes en la intención de la mejora y superación de la educación médica definitivamente han constituido punto importante para su conformación como una institución seria, cuya preocupación constante al igual que sus homólogos en el ámbito de nuestro país, ha sido la formación de un profesionista con un perfil acorde al médico que exige nuestro tiempo y espacio. De esta manera, en el deseo de involucrar a nuestra Facultad en dicho proceso se ha intervenido de acuerdo a sus posibilidades en los planes de trabajo de la AMFEM, interpretando ello como una opción más para lograr la meta que se pretende y constituida por el fin ya mencionado.

De igual forma y con la aspiración de ser copartícipe directa de tan loable tarea, decidimos solicitar una de las sedes para las reuniones de trabajo de nuestra agrupación para el año de 1990. Petición que se hizo con la formalidad requerida en la asamblea llevada a cabo en abril de 1989 en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala UNAM, solicitud que fue correspondida con la decisión que consideramos honrosa, de que en nuestra Facultad se realizara la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y fundamentados en el convencimiento de que la formación y práctica del médico no debe de postergar el aspecto humanista se seleccionó como tema a tratar en dicho evento el de *ética médica*.

Así, dentro del marco de los festejos conmemorativos del 50 Aniversario de la Universidad de Colima, se realizó dicho congreso, en el que se abordaron los aspectos más relevantes de la materia a través de los simposios: la ética y la práctica médica, la ética y la investigación biomédica y la enseñanza de la ética en las escuelas y facultades

de medicina. Acordándose como conclusiones las siguientes: a) la importancia de la conservación de los preceptos éticos para que la medicina no pierda su rumbo y objetivo principal, en la consideración de que el médico siempre debe de actuar teniendo como meta el beneficio del paciente y b) la necesidad de incluir en los planes de estudio, la enseñanza de la ética, apoyada por una formación de principios humanísticos y por un proceder congruente de los docentes entre lo que se dice ser y lo que se hace.

En la preparación de los estudiantes de medicina debe ser tan importante el aspecto informativo, como el formativo; dando la misma preferencia a la aptitud que a la actitud del alumno, en el ánimo de capacitarlo adecuadamente para el honroso título de médico al que aspira.

En el presente número, de esta significativa revista en el ámbito de la educación médica están relatadas algunas de las ponencias más sobresalientes relacionadas con el tema de ética médica y presentadas en el simposium citado. Siendo válido nuestro orgullo por la contribución de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima a la emisión de la presente obra, única en su tipo.

Como comentario, creo que la LXVI Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, fue una prueba fehaciente de la tónica imperante en nuestra agrupación y palpable en todas sus acciones emanadas de sus miembros, que movidos por una misma aspiración se trabaja de manera unisona en consecución del anhelo de formar al médico idóneo que exige y necesita nuestra nación. Conscientes que de la interpretación a esta consideración como única opción y como ineludible responsabilidad dependerá el logro de las metas que pretendemos como educadores; en la seguridad de que en la medida en que se actúe de esta manera se forjará el futuro de la educación médica de nuestro país.

Dr. Christian Jorge Torres Ortiz Ocampo
Director de la Facultad de Medicina
Universidad de Colima

Las universidades en México: organizaciones complejas

Ana Hirsch Adler*

"La organización es como una araña enorme, cuya telaraña se va adueñando de todos los rincones". El hombre equivocado, Novela Colectiva, Joaquín Mortiz, 1988.

Resumen: La universidad mexicana actual constituye un campo de investigación significativo y complejo. El artículo describe los principales procesos que se dieron en dos importantes momentos: el primero de enorme "expansión" universitaria, que cristalizó fundamentalmente en la década de los años setenta y el segundo de "contracción" o lento crecimiento, que se produce a partir de la década de ochenta.

Abstract: The modern Mexican university forms a very significant and complex field of research. This article describes the principal processes of two important moments: the first of university "growth" and diversification that reaches its bigger point in the seventies and the second of "contraction" or slow growth that begins to express itself in the eighties.

En las últimas décadas de nuestro siglo, pueden delinearse —con fines analíticos— dos grandes situaciones de la universidad mexicana:

A) una de *expansión*, fundamentalmente en los años setenta,** y

B) una de *contracción* o *lento crecimiento* desde la década de ochenta —significativamente marcada por la crisis estructural que aqueja a nuestro país.

A continuación se especifican los principales rasgos que las definen y que están fuertemente vinculados a la política del gobierno federal para el nivel educativo superior.

A) EXPANSION

Esta compleja combinación de procesos

* Investigador Titular "B" de Tiempo Completo, en el Área de Estudios Organizacionales. Departamento de Economía. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa.

** Las condiciones que dieron lugar a la impresionante expansión universitaria en México, se van generando en las primeras décadas del presente siglo. Este apartado trata únicamente la década de los años setenta, en que cristaliza dicha situación.

transformó la universidad tradicional en una universidad masificada.*

El principal promotor fue el gobierno federal,** sobre todo a través del gasto público en educación.

Joaquín Brunner¹ al respecto afirma, que dicha expansión no fue el producto de una decisión racional, sino el resultado de un complejo proceso social de negociación que fue transformando y articulando —a los proyectos educativos centrales— las demandas educati-

* La universidad masificada en México se ha convertido en un interesante campo en estudio, aún poco desarrollado. Los autores consultados coinciden en su complejidad, por la multiplicidad de articulaciones —internas y externas— que ésta tiene. Se parte de reconocer que se trata de un espacio fuertemente contradictorio y cambiante.

** Con fines de análisis, los principales acontecimientos de la década de los setenta en cuanto a las complejas articulaciones entre el Estado y las universidades del país, podrían dividirse en dos partes: a) de 1970 a 1976, la relación que establece el régimen presidencial de Luis Echeverría con ellas. Esta ha sido discursivamente calificada como una estrategia de "reconciliación" (después de la represión de los movimientos estudiantiles de 1960, 1968 y 1971), pero que mantiene fuertes elementos de control; b) de 1976 a 1982, los principales rasgos del vínculo que establece José López Portillo al respecto. La estrategia de control se endurece, se presenta revestida por la reforma administrativa y la planeación educativa y conlleva el inicio de medidas que tienden al crecimiento lento del sistema. El tema no se desarrolla en este trabajo.

vas y de movilidad social de algunos sectores con posibilidades de presión frente al Estado. Esto implicó legitimidad y estabilidad política.

A.I. PRINCIPALES PROCESOS

En los años setenta cristalizaron diversos procesos interconectados, que convirtieron a las universidades mexicanas en organizaciones complejas. Aumentó la heterogeneidad de la educación media superior y superior e internamente su diferenciación institucional.

Estos procesos son:

I. Aumento notorio de las instituciones educativas —tanto públicas como privadas— de todo el país, en su: a) número* y b) tamaño

Se crearon, por ejemplo, nuevas opciones que pudieran restar peso a la UNAM y a su interior se llevó a cabo una importante política de descentralización.

El gobierno por un lado creó y amplió instituciones directamente dependientes (como el subsistema tecnológico) y por otro intervino en la creación y desarrollo de las universidades autónomas. Apoyó también con diversas medidas a las universidades privadas.**

No se modificó fuertemente la concentración en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México y la desigual distribución regional. Aun así, descendió el número de estudiantes ubicado en el Distrito Federal.***

* El Seminario de universidades públicas mexicanas de la UAM-A¹ afirma que en 1964 había 80 instituciones de educación superior. De 1964 a 1985 surgen aproximadamente 200 nuevas instituciones de ese nivel.

** En algunos casos, como el del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey y el Centro de Enseñanza Técnica y Superior les otorgó subsidios económicos. En otros amplió sus atribuciones legales, como en el caso de la Universidad Iberoamericana y dio facilidades administrativas para proyectos de innovación importantes (Latapi).² Domínguez y Ponce³ concluyen que a nivel de licenciatura la participación del sector privado —aunque minoritaria— se ha ido incrementado para situarse en poco más de 15% en 1987 (a nivel posgrado fue de 18%). En licenciatura y posgrado las universidades públicas atienden a un número mayor de estudiantes por institución que las privadas en un factor de 6.8 y 2.3.

*** Los estudiantes en el Distrito Federal eran 67% en 1960, 50% en 1970 y 31% en 1980 (Casillas).⁴

Aunque no como una política frecuente, se utilizó el mecanismo de crear instituciones educativas de "contrapeso". Se crean, por ejemplo, otras Casas de Estudio (con el apoyo del Estado y/o de los gobernadores de algunas entidades de la República) para neutralizar las iniciativas de las universidades que se consideran conflictivas.*

II. Incremento creciente del gasto público en educación superior

Las tendencias fueron desiguales entre los subsistemas y universidades.**

Constituye punto central de negociación con el Estado.***

Con diversas estrategias, el gobierno federal fue absorbiendo el financiamiento de las

* Por ejemplo, en Sinaloa, frente a su Universidad Autónoma (UAS) se crea la Universidad de Occidente y planteles del Colegio de Bachilleres de jurisdicción estatal.

** De 1970 a 1976 (Latapi)⁵ la federación subsidió a los estudiantes de las grandes instituciones educativas del Distrito Federal con una cantidad tres veces mayor que la otorgada a los alumnos del interior del país. Tres de las universidades (en Guadalajara, Nuevo León y Veracruz) absorbían el 30% de los recursos.

*** Por la autonomía universitaria, el Estado sólo puede controlar el subsidio como un todo (Levy),⁶ pues las universidades formulan su propio presupuesto y están eximidas de rendir cuentas exactas de su uso. Levy afirma que el gobierno mexicano no ha castigado a las universidades reduciendo (en términos absolutos) sus fondos, pues de 1959 a 1975 sólo hubo 27 disminuciones en 418 subsidios anuales (6.5%). Hubo dos congelamientos (uno en la UNAM en el régimen de Díaz Ordaz). Colectivamente las universidades estatales comparten esa seguridad; a nivel institucional la situación es distinta. Levy opina que de 1970 a 1976, los desórdenes universitarios no afectaron fuertemente a los subsidios. El presupuesto se combinó con una "política de dádivas" por parte del presidente. La desigual asignación del presupuesto tuvo que ver con importantes tácticas de "manipulación de la incertidumbre" con respecto a la cantidad, la fuente y el tiempo (demora). Para el Dr. Pablo Latapi⁷ los subsidios en ese período tuvieron las siguientes características: a) no se emplearon como instrumento de planeación (por ejemplo para imponer carreras consideradas prioritarias), b) no hubo coacción para el logro de metas, c) no se exigieron cuentas sobre su uso, d) no se utilizaron para someter a las universidades conflictivas; aunque sí hubo retenciones temporales, e) el criterio fundamental de asignación es el número global de estudiantes; aunque se favoreció más a unas instituciones que a otras (más a la UNAM que a las demás universidades estatales, más a los institutos tecnológicos que al IPN. Entre el sistema universitario y el tecnológico resulta más beneficiado el primero) y f) no se privilegió el apoyo a los estados e instituciones más carentes. En la segunda parte de la década de los setenta, disminuye el gasto público en educación.

universidades. La relación básica de éstas —hasta finales de los años sesenta— había sido con los gobiernos estatales. En los setenta, la relación primordial será con el ejecutivo federal y las dependencias del sector educativo. Los subsidios aumentarán inmensamente en la primera parte de la década.

III. Nuevas opciones de formación profesional en educación media superior y superior

Principalmente a través de una red tecnológica, que incluye salidas terminales a nivel medio (sobre todo desde 1977).*

Se diversifica y legaliza la emisión de títulos y certificados. A pesar de ello, se mantienen patrones tradicionales de adscripción en áreas y carreras.

IV. Creación y aumento de posgrados

En algunas instituciones y en ciertas áreas (principalmente de las ciencias exactas y naturales) con programas de alto nivel. La proliferación de posgrados (con distinto rigor académico) contribuyó al credencialismo educativo.

V. La matrícula estudiantil creció de manera muy significativa, llegando —en muchas áreas del conocimiento— a masificarse y haciendo muy heterogénea su demanda**

* La educación profesional media, de 1976 a 1982 pasó de 81 mil estudiantes a 350 mil. El Seminario de universidades públicas mexicanas de la UAM-A¹⁰ afirma que en 1960 había a nivel nacional 127 planes de estudio y en 1982 se había incrementado a 302.

** El Seminario de universidades públicas mexicanas de UAM-A¹⁰ presenta las siguientes cifras: en 1960 había 75,300 estudiantes (que representaban el 2.7% del grupo de edad de 20 a 24 años). En 1985 eran 1,107,760 (13.0% del mismo grupo de edad). La tasa bruta de escolaridad (Casillas, 1980) pasó de 2.73% en 1960 a 6.72% en 1970, 13.11% en 1980 y 12.60% en 1985. Domínguez y Ponce¹¹ afirman que la matrícula de estudios superiores (licenciatura y posgrado) ha tenido la menor participación relativa dentro de la matrícula total nacional: la de nivel licenciatura fue en 1950 inferior al 1% de la total y en 1987, el 4.3%.

VI. Aumentó el personal académico* creando un importante mercado académico universitario y la búsqueda de la "profesionalización de la docencia".** Aumentan los servicios culturales

No sólo hay mayor número de profesores, sino que existe una gran heterogeneidad entre ellos (por instituciones, dependencias, disciplinas, niveles de enseñanza, condiciones de contratación, etc.) y se modifican y diversifican sustancialmente las situaciones educativas en donde trabajan.

VII. Creció la planta de trabajadores administrativos

VIII. Se desarrolla el sindicalismo universitario (académico y administrativo) y de posiciones antagónicas***

* En todas las universidades del país (Kent)¹² y ¹³ la planta docente global ascendió en 1984 a 92,926 profesores, de los cuales los de la UNAM representaban el 25%.

Entre 1965 y 1983 la planta docente en las licenciaturas de la UNAM pasó de 4 409 a 23 549 (el impulso mayor fue de 1973 a 1978). La expansión rebasó la tasa de aumento de la matrícula, pues la población escolar se triplicó y la de docentes se quintuplicó.

** La profesionalización de la docencia ha sido conceptualizada de maneras diversas, pero se localizan elementos en común (Hirsch):¹⁴ a) docencia como relación laboral prioritaria, creación de la "carrera docente" y búsqueda de que el mayor número posible de maestros sea de tiempo completo; b) creación de asociaciones y colegios de profesores que promuevan la conciencia grupal y gremial, integración de equipos de trabajo y de investigación que busquen desarrollar la teoría educativa y resolver problemas de la enseñanza; c) preparación y ejercicio en cuanto a áreas de conocimiento, aspectos pedagógico-didácticos e investigación ligada a la docencia; d) creación de plazas de becarios en docencia e investigación para apoyar su formación como cuadros académicos; e) creación de organismos y programas en instituciones y dependencias universitarias (principalmente facultades y escuelas) de apoyo a la docencia; f) conciencia de la multiplicidad de implicaciones de la docencia, capacidad para cuestionar finalidades y contenidos de la enseñanza, programas de estudio y métodos de enseñanza y para desarrollar e implantar innovaciones; g) inserción en la vida profesional, vinculación con otras instituciones, con la problemática de reforma académica y política universitaria y con la comunidad y la sociedad en su conjunto.

Existen también definiciones mucho más restringidas, que se limitan a considerar la profesionalización de la docencia como formación de profesores y/o mejor desempeño de las labores docentes, principalmente su actuación en el aula.

*** Con importantes antecedentes desde 1929 (Woldenberg).¹⁵ Habrá un notorio rechazo por parte del Estado y de la

IX. Se multiplican los sectores, órganos, posiciones y puestos administrativos y con todo ello, las autoridades y funcionarios universitarios y los trabajadores de confianza, llegando a constituir una inmensa y poderosa burocracia. Además de multiplicarse el espacio burocrático, también se extiende el burocratismo en operación cotidiana de las universidades

La administración de sus recursos, el control de los procesos y la nueva división del trabajo, fueron acompañados de la presencia de una nueva racionalidad (discursiva, pero no lograda realmente) y la aparición de un nuevo sujeto: las burocracias profesionales (Casillas).¹⁶

Las Rectorías se fortalecen inmensamente como poder central. Se presentan como la alianza entre las distintas fuerzas corporativas de intelectuales, que entre sí se disputan el poder (Guevara Niebla).¹⁷ Poseen fuertes vínculos y articulaciones con sectores burocráticos externos.

La burocracia interna sustenta el aumento de poder en las rectorías, los directores y los numerosísimos funcionarios,* a expensas de los consejos universitarios y de los órganos de representación.

Surge la carrera político-burocrática en las universidades, separada de la académica; a tal extremo, que muchos de los miembros del

personal académico que entran en la administración se quedan en ella, alejándose del ejercicio de las funciones sustantivas.

La burocracia se fortalece también como respuesta frente al sindicalismo universitario.

X. Se multiplica el número de egresados. Aumentan los núcleos de profesionistas organizados; algunos con enorme poder al interior de las universidades y en sus campos de acción social.

XI. Se incorporan gran número de mujeres [alumnas,* profesoras y trabajadoras administrativas], aparecen nuevas figuras como la del estudiante-trabajador y cambia sensiblemente la composición social de alumnos y maestros en la universidad**

La universidad masificada implicó un

De 1974 a 1977 los 5 planteles de ENEP crearon 500 funcionarios. En 1980 en la misma UNAM se registran 5,107 empleados de confianza y decenas de grupos burocráticos.

De 1970 a 1980 se crearon en la Universidad Nacional numerosas unidades académicas, que dieron lugar a muchísimos nuevos puestos. A nivel de bachilleratos: 5 CCH y una unidad central; en licenciatura: la facultad de Psicología, la Escuela Nacional de Trabajo Social y 5 ENEP; en posgrado: 38 especialidades, 71 maestrías y 32 doctorados y la unidad de posgrado del CCH; en investigación: 3 institutos, 9 centros, 12 programas y convenios. Aunque Kent no los menciona, habría que añadir a esta larga lista los centros de extensión universitaria y muchos otros centros y programas nuevos que hicieron crecer de manera impresionante a la Universidad Nacional. Este tema se desarrolla también ampliamente en: Jiménez Mier y Terán.¹⁸

* Lilián Morales¹⁹ afirma que para 1989 en la matrícula nacional el 82.7% era de hombres y el 17.3% de mujeres. En 1977 la matrícula nacional creció 1.89 veces, en el caso de los hombres a razón de 1.58 y la femenina a la de 3.4. La distribución porcentual pasó al 73.7 y 27.3% respectivamente. En el período 1977-1985, el crecimiento fue del 79%; la masculina al ritmo del 59% y la femenina al de 135%, la distribución porcentual continúa en su tendencia hacia la nivelación con 65.5 y 34.5%. De 1969 a 1985 la población nacional en educación superior creció 4.19 veces; la población masculina a razón de 3.39 y la femenina en 9.4. "...es el aumento relativo de la matrícula femenina lo que explica la cuarta parte de la expansión total". Aunque algunas áreas se "feminizan", el control de esos gremios disciplinarios no necesariamente lo ejercen las mujeres.

** Sobre la mujer profesionista universitaria, se sugiere consultar la investigación que llevó a cabo Nora Garro²⁰ en las tres unidades de la UAM y en las cuatro unidades de la UPN en el D.F. De las conclusiones resalta, que las mujeres representan el 32% del total de profesores de tiempo completo de la UAM y el 47% de las unidades de la UPN en el D.F.

mayor parte de las autoridades universitarias en cuanto a la formación de sindicatos, y más cuando se intenta que éstos representen simultáneamente al personal académico y administrativo. Frente a la creación de sindicatos universitarios, algunas autoridades respondieron con la formación de asociaciones y sindicatos más vinculados con la autoridad central. Esto se produce tanto al interior de los centros de enseñanza, como a nivel nacional. En este último se genera el Sindicato Único de Trabajadores Universitarios (SUNTU), al que se niega el registro formal. A nivel nacional, se crea en contra del SUNTU el Sindicato Nacional de Trabajadores Universitarios (SNTU) y la Asociación Nacional de Asociaciones y Sindicatos de Personal Académico Universitario (ANASPA). Frente a la propuesta — también rechazada — de una federación nacional de sindicatos (basada en el SUNTU) se plantea la Confederación Nacional de Trabajadores Universitarios (CONTU).

* La inmensa burocracia interna puede ejemplificarse claramente con el caso de la UNAM. Kent¹⁸ enumera: 9 planteles de la Escuela Nacional Preparatoria, 5 del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), 17 facultades y escuelas, 5 ENEPs (Escuela Nacionales de Estudios Profesionales) con 44 carreras, el sistema de universidad abierta (16 programas en 5 planteles), posgrado con 90 especialidades, 122 maestrías y 48 doctorados, 32 institutos y 10 centros de investigación.

importante proceso de apertura (y una cierta movilidad social) al permitir el acceso a la educación media superior y superior —previamente reservada a las élites— a sectores sociales más amplios; principalmente de los estratos medios, conformando lo que Brunner²² define como fenómeno de "mesocratización". No significó, sin embargo, una verdadera democratización entendida como "igualdad de oportunidades" (Fuentes).²³

La universidad —como cúspide de la pirámide escolar— no puede (y en realidad no busca) transformar radicalmente "las bases de la selección social" que se producen y reproducen en las otras esferas de lo social, en los niveles educativos previos y con respecto a los que no logran entrar al sistema de escolarización formal.²⁴

* Virgilio Álvarez²⁵ sintetiza las demandas sociales a la universidad en lo siguiente: a) los sectores sociales dominantes consideran —que a partir de los estudios universitarios— pueden formar los recursos humanos necesarios para su fortalecimiento social, político y económico; afirmar y ampliar sus conocimientos; obtener las credenciales necesarias para mantener o mejorar su posición social y legitimar sus concepciones del mundo y la sociedad. Los sectores subalternos —que lograron una cierta representatividad— encontraron en la educación superior una posibilidad: real o ficticia para mantenerse o mejorar su posición en el sistema social.

** La universidad justifica su existencia (Portantiero)²⁶ como depositaria de la actividad intelectual, legitimando la división social del trabajo (principalmente al separar el mundo de la universidad y el mundo del trabajo). Tiende a reproducir muchos de los condicionantes y conductas que se van formando en los niveles de escolaridad previos, como por ejemplo: formalismo, respeto a la autoridad y a la jerarquía, énfasis en la conducta racional y relaciones de competencia. La "Teoría de la Reproducción", ampliamente tratada en Ciencias de la Educación, da cuenta de este tipo de procesos que reproducen a partir de la escuela la desigualdad social. Lo mismo sucede con "Teorías de la Resistencia", cuyo principal exponente es Henry Giroux, que afirma que en el proceso de escolarización existen prácticas contrahegemónicas, que contribuyen a combatir los determinismos y a abrir y conservar espacios de autonomía relativa. Sabemos, que la universidad opera con fuertes contradicciones y que éstas dan pie a espacios de lucha y negociación.

*** Portantiero²⁷ califica de "genocidio cultural" a la expulsión que lleva a cabo la educación primaria en toda América Latina. Dicha expulsión es paralela a la expansión de la educación media superior y superior, que irá absorbiendo, además, gran parte del gasto público en la educación. Aunque la población en primaria (Pescador)²⁸ era para 1982 quince veces mayor que en la educación superior, el gasto en el nivel básico fue disminuyendo y subiendo en educación superior (que posee costos unitarios elevados). Pablo Latapí²⁹ afirma que cada uno de los alumnos de educación superior sacrifica el acceso de diez niños en educación primaria.

**** El Dr. Carlos Muñoz Izquierdo³⁰ destaca que el Censo en México de 1980 registró entre 5.8 y 8.1 millones de analfabetas mayores de 14 años de edad. También que sólo el 48% de

"El propio aparato escolar elimina dos tercios de cada generación estudiantil antes de que ingrese en la enseñanza media superior..." (Fuentes).³¹

"Hay una franja de la población que puede llamarse indiferente para el sistema educativo, pues siendo su objeto teórico nunca llega a ser su objeto real" (Dominguez y Ponce).³²

Se conservaron pautas que promueven la desigualdad social, tanto en los niveles regionales e institucionales, como al interior de los centros de enseñanza.

Se fueron transfiriendo a la educación superior procesos de: diferenciación institucional,* credencialismo, y devaluación educativa (principalmente de títulos, conocimientos y habilidades).

XII. Como parte de la diferenciación institucional muchas de las estructuras organizativas, características y problemas internos y de vinculación con la sociedad que definían a la universidad tradicional —previa a este tremendo proceso expansivo— se conservaron y fueron rearticulándose de múltiples maneras con las situaciones de crecimiento e innovación.**

XIII. Se complejizó la división del trabajo universitario y se produjo una compleja red de relaciones entre los diversos sectores universitarios [estudiantes; profesores, investigadores y técnicos académicos; trabajadores administrativos de base, trabajadores de confianza y autoridades y funcionarios (administrativos y académico-administrativos)]

quienes inician la primaria logran terminarla. Afirma que las oportunidades de permanecer en la escuela siguen relacionadas con las clases sociales a que pertenecen las familias de los alumnos y al nivel de desarrollo de sus localidades. Los alumnos de las escuelas rurales que inician la primaria representan el 40% del total nacional y la terminan únicamente 25% del total correspondiente.

* La diferenciación institucional se trata como uno de los elementos teóricos de la complejidad universitaria en: Hirsch.³³

** Alvin Gouldner³⁴ señala un caso similar de combinación entre estructuras antiguas y situaciones nuevas, al explicar la articulación particular que se produce entre el Funcionalismo norteamericano incubado en las universidades y los proyectos

"Cada mercado tiene sus propias bases de reclutamiento, vías de constitución y acceso, formas orgánicas, culturas, formas de estratificación y segmentación internas, y estrategias" (Kent).³³

Se producen diversas organizaciones y movimientos que reclaman mayor participación en la toma de decisiones, generados por los tres primeros sectores. Hay nuevas ideologías y nuevos circuitos de movilidad política (Casillas).³⁴

... "la universidad es un espacio ideológicamente sensible", poco propenso al inmovilismo (Brunner).³⁵

XIV. Se multiplican los grupos de presión al interior de las universidades, por ausencia de mecanismos institucionales fuertes que den cabida a la negociación e incorporación de grupos plurales de interés*

XV. Se complejizan también enormemente las articulaciones entre las instituciones educativas y la sociedad, fundamentalmente con:

a) El Estado.**

— El Ejecutivo Federal hizo más directa y centralizadora su intervención (a partir de 1970 y principalmente a través de organismos gubernamentales).

del Estado Benefactor. La califica como "el matrimonio entre una vieja octogenaria y un ardoroso joven". En la Universidad se combinan por ejemplo nuevas opciones profesionales con viejas estructuras académicas: nuevos sujetos y relaciones con estructura y normas prefijadas (Casillas).³⁷

* Pablo Latapí se refiere a los grupos de acción violenta que se manifestaron en las universidades; sostenidos por funcionarios universitarios y/o políticos y grupos externos de diversa índole, que hicieron más vulnerable a las universidades en cuanto a las intromisiones externas.

** Se produce desde los años setenta una centralización de las relaciones políticas primordiales de las universidades en el gobierno federal y el establecimiento de formas diversificadas de control y negociación para regular los conflictos. En el régimen presidencial de Echeverría Álvarez se hizo público un "espíritu de reconciliación" con los sectores universitarios. Las principales razones que aduce el Dr. Latapí³⁸ para ello, era que las universidades representaban la posibilidad, por un lado, de revivir el conflicto nacional y por el otro, de reforzar la legiti-

— Paralelamente hubo severos problemas con los gobernadores de algunos estados e inclusive intervención de la fuerza pública en varias instituciones (incluida la UNAM). Asume un carácter diferente con respecto a cada una de las universidades. Hay un discurso relativamente abierto, a pesar de que se conserva un fuerte control.

b) Con los mercados de trabajo.

Se agudiza fuertemente la contradicción entre:

— La formación profesional (perfil de las carreras y egresados) y los conocimientos y habilidades demandados y utilizados realmente en las fuentes de trabajo. En algunos trabajos, por ejemplo, la preparación requerida puede ser: a) mayor o b) menor a la que recibieron los estudiantes universitarios. También, se dan múltiples ocasiones en que se ocupan indistintamente profesionistas de distintas disciplinas para desempeñar un mismo tipo de trabajo.

— La oferta de profesionistas y la oferta de empleos disponibles para los egresados.*

dad del régimen. A pesar de lo anterior, estas instituciones tuvieron un trato político distinto (Camacho):⁴⁰ 1) se permitió la creación de proyectos académicos alternativos, 2) a pesar de la política de relativa moderación, se produjeron fuertes conflictos en algunas universidades, principalmente por la intolerancia de gobernadores y/o autoridades universitarias y 3) en algunos estados se impuso el proyecto modernizador, principalmente en Aguascalientes, Coahuila y Baja California Sur.

En el régimen presidencial de José López Portillo, también hubo gravísimos problemas en algunas universidades autónomas: Benito Juárez de Oaxaca, Zacatecas, Morelos y Sinaloa. También se produjo la intervención de la fuerza pública [como en el caso de la UNAM en 1977, la Universidad Autónoma de Guerrero en 1977 y la Universidad Autónoma de Nayarit en 1979 (el problema más grave)].

* Una de las contradicciones estructurales (Portantiero),⁴¹ producto de este tipo de expansión educativa, consiste en que un monto importante de egresados no encuentra una ubicación adecuada en el mercado de trabajo; y no logra por ello su ascenso social. Se pone en crisis la función asignadora de recursos humanos calificados que tiene la universidad.

También hay contradicción (Latapí;⁴² Muñoz Izquierdo⁴³) entre el escaso aprovechamiento de los profesionistas y las necesidades sociales insatisfechas en el país.

Desde la década de los setenta (Fuentes;⁴⁴ Latapí⁴⁵) a habido desbordamiento del mercado de trabajo y condiciones laborales más desfavorables, con tendencias de: desplazamiento hacia abajo (contribuyó a devaluar la escolaridad y desplazar de su empleo a personas con escolaridades inferiores), desempleo (un de personas de alta escolaridad), subempleo, ocupación

c) Con asociaciones profesionales, centros e institutos de investigación (a nivel nacional e internacional), organismos culturales, organizaciones populares, etc.

XVI. A finales de la década de los setenta, para el control político a nivel nacional y al interior de los centros de enseñanza, se empleó un mecanismo fundamental: la legislación

En octubre de 1979 se presentó la iniciativa de decreto para adicionar la Fracción VIII del Artículo Tercero Constitucional y así elevar al rango máximo la autonomía universitaria.*

Se había producido una fuerte lucha en diversos espacios y foros en contra del proyecto de adición de un Apartado "C" al Artículo 123 Constitucional presentado por el rector de la UNAM, Guillermo Soberón en 1976, para reglamentar las relaciones laborales en las universidades e institutos de enseñanza superior con carácter público. La oposición a dicho proyecto se centraba en las restricciones que contenía en cuanto a: derechos de asociación, contratación colectiva, titularidad, huelga y estabilidad en el empleo (Woldenberg).⁴⁷

Como consecuencia de la fuerte oposición de diversos sectores, las relaciones laborales universitarias quedaron reguladas por medio de una sección especial del Apartado "A" (que estipula que las universidades fijarán los términos de ingreso, promoción y permanencia de su personal académico).

Se establece la distinción entre lo académico y

lo administrativo y entre lo académico y lo laboral.

Al interior de las universidades se promueven los cambios de estatutos. Sobre esto también la UNAM tendrá un papel protagónico.

XVII. La comunicación colectiva, la producción de discursos, modelos y símbolos y la preservación de una cierta imagen pública* ocupan un lugar muy significativo en la vida universitaria, sobre todo para la burocracia universitaria

Hay una obvia brecha entre discursos y realidad.

Es importante señalar, también, que a pesar de los reiterativos discursos sobre racionalidad, eficacia y eficiencia, las universidades poseen áreas increíblemente ineficientes —que obstaculizan severamente las funciones sustantivas.

La UNAM —por su carácter de nacional— ha ocupado (con mayor o menor firmeza en distintos momentos y con diferentes enfoques) el papel de *líder* en el sistema de educación media superior y superior. Sus directrices tienen enorme influencia en: políticas educativas del país, otros subsistemas y niveles educativos, las universidades estatales y privadas incorporadas. Ocupa un lugar predominante en ANUIES. La producción de su discurso traspasa el ámbito universitario e inclusive el educativo.

XVIII. Al manifestarse tal diversidad institucional en todo el país, el sector educativo gubernamental va articulando paulatinamente un discurso en torno a un sistema nacional de universidades e institutos de enseñanza superior.

precaria y desvinculada de la capacidad adquirida y prolongación de períodos de espera para el ingreso al primer empleo.

Repercute también en una fuerte deserción, en la baja eficiencia terminal y en el desperdicio de la fuerte erogación en educación superior (que cuesta cuatro veces más que el bachillerato) [Latapi].⁴⁸

La demanda se guió fundamentalmente por las preferencias de los estudiantes; situación que repercutió en la contradicción entre demanda y oferta.

* La Fracción VIII del Artículo Tercero Constitucional, que eleva la autonomía a rango constitucional (junio de 1980), indica que: "las universidades y las demás instituciones de educación superior a las que la ley otorgue autonomía, tendrán la facultad y la responsabilidad de gobernarse a sí mismas; realizarán sus fines de educar, investigar y difundir la cultura de acuerdo con los principios de este artículo, respetando la libertad de cátedra y de investigación y de libre examen y discusión de las ideas; determinarán sus planes y sus programas; fijarán los términos

de ingreso, promoción y permanencia de su personal académico; y administrarán su patrimonio. Las relaciones laborales, tanto del personal académico como del administrativo, se normarán por el Apartado A del Artículo 123 de esta Constitución, en los términos y con las modalidades que establezca la Ley Federal del Trabajo conforme a las características propias de un trabajo especial, de manera que concuerden con la autonomía, la libertad de cátedra e investigación y los fines de las instituciones a que esta fracción se refiere".

* Los discursos han ocupado un lugar relevante en la vida universitaria, tanto para influir internamente, como para presionar a través de la opinión pública. Esto se evidenció fuerte-

No se trata realmente de un sistema nacional, sino de un agregado heterogéneo de universidades

Los "subsistemas" (universitario, tecnológico y de normales) y sus niveles de diferenciación internas se mantienen claramente separados.

Se abrió paso a una "racionalidad planificadora", buscando controlar y regular los procesos educativos y a una burocracia profesional a nivel nacional —en el ámbito de la educación superior— en y entre la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES) para implementarla (Casillas⁴⁰).

Esta racionalidad —que tiene mucho de política y de burocrática— se convirtió en dominante con respecto a la anterior racionalidad académica.

B) CONTRACCION O LENTO CRECIMIENTO

Las universidades mexicanas —siempre en continuo cambio— empiezan paulatinamente un nuevo proceso de transformación en la década de los ochenta.

A diferencia de su situación previa —marcada por una fuerte expansión y diversificación— la situación actual podría caracterizarse como una búsqueda de frenar el crecimiento

mente en los discursos antisindicalistas del Dr. Guillermo Sobrón y los emitidos en contra de los movimientos y organizaciones estudiantiles durante el periodo del Dr. Jorge Carpizo. El artículo sobre la Universidad Autónoma de Aguascalientes de Salvador Camacho⁴¹ ilustra cómo los discursos fueron empleados por las autoridades universitarias para combatir a los grupos de oposición de profesores y estudiantes.

Las misivas y los medios de comunicación externos han sido empleados también —aunque en menor medida— por el sector sindical y estudiantil, con resultados importantes.

* Desde la década de los años setenta se fortaleció a la ANUIES, que diseñó un modelo normativo de planeación universitaria, con una enorme red de instancias de planeación en los niveles nacional, regional e institucional bajo la dirección de la Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior (CONPES). El objetivo era centralizar aún más el sistema, vinculando a las universidades con las dependencias del gobierno federal.

Junto con ello, se fueron creando mecanismos de interdependencia institucional por medio del surgimiento e implementación de organismos nacionales (por ejemplo: la Comisión

to y —en donde ha sido posible— de recortar acciones previamente establecidas.*

En los primeros años de la década (Olac Fuentes, en: Gil Antón)⁵⁰ la dinámica de expansión del sistema era todavía tan grande, que permitía incorporar cada año entre un millón y un millón trescientos mil nuevos alumnos.

En los últimos años de esa década casi todos los niveles educativos (preescolar, medio básico, medio superior y superior) entran en una fase de lento crecimiento y en el de la primaria se produce decrecimiento.**

Aunque se empezó a limitar —en términos relativos— el enorme crecimiento (principalmente de la matrícula) a partir de la segunda parte de la década de los setentas,⁵¹ la estrategia de detener la expansión de la educación media superior y superior se formula explícitamente a partir del reconocimiento de una crisis estructural en México por parte del Estado.

Desde los ochentas, pues, emergen los resultados de algunas de las políticas que empezaron a instrumentarse en los setentas. Podrían sintetizarse brevemente algunos de

coordinadora del servicio social de estudiantes de las instituciones de educación superior) y de programas internos como el Programa de Colaboración Académica Interuniversitaria (PCAI) de la UNAM.

* Por ejemplo, Olac Fuentes Molinar (en: Gil Antón)⁵⁰ afirma que "se interrumpieron líneas muy importantes de consolidación del sistema que apuntaban a la solución de problemas críticos; entre ellas, la de completar los grados básicos en todas las escuelas.

** Olac Fuentes (en Gil Antón)⁵² plantea las siguientes cifras por niveles: a) preescolar sigue creciendo al 3% anual. Cuatro de cada diez niños aún no tienen acceso. b) el problema más grave es la primaria, en donde hay decrementos absolutos: decrece la matrícula y el primer ingreso y se reduce a partir de 1985 el número de egresados de sexto año. Apenas la mitad de los niños que inician la primaria, la terminan. c) los otros han tenido un cierto crecimiento: 1% secundaria, 3% nivel medio superior y 2.0% nivel superior.

Entre 1984 y 1988 el sistema gana una cantidad semejante a la que se producía anualmente antes.

*** A pesar del enorme incremento de la matrícula en educación media superior y superior, ésta empieza a descender en 1976. Pescador⁵³ indica que: a) la tasa de crecimiento de la matrícula global fue de 42% en 1970-1976 y de 46% de 1976 a 1982. b) en educación superior el crecimiento fue de 128% de 1970 a 1976 y de 1976 a 1982 únicamente del 79% (aun cuando se dieron aumentos en términos absolutos muy importantes). c) en el bachillerato pasó de un crecimiento del 148% de 1970 a 1976 a uno menor de 87% de 1976 a 1982. La misma tendencia de menor crecimiento se dio en la educación normal.

La matrícula universitaria empezó a contemplarse como

los principales procesos interconectados, que afectaron fuertemente a la educación superior:

I. Las tasas de crecimiento de la matrícula en educación superior disminuyen considerablemente,* a pesar de la demanda educativa

Esto se produce como resultado de la implementación de mecanismos que limitan el acceso. Se disfrazan discursivamente como necesidad de mejorar la calidad educativa** —frente a la expansión educativa anterior— y como un resultado de las políticas instrumentadas para enfrentar la crisis.

El Programa para la Modernización Educativa 1989-1994, por ejemplo, reitera que la acelerada expansión del sistema educativo "produjo desequilibrios académicos en detrimento de la calidad educativa" y enfatiza en contraposición al crecimiento una serie de metas cualitativas, poco operativas y de una enorme amplitud.

Se impone la decisión de detener el crecimiento, (Muñoz Izquierdo)⁵⁶ aun cuando la etapa previa dejó todavía fuera del nivel superior a muchos jóvenes (sólo atiende a uno de cada ocho de 20 a 24 años de edad) y la enseñanza media mantuvo aún una tendencia ascendente, que siguió repercutiendo en la demanda.

Se impone restricción del ingreso en general y sigue la política de limitar el acceso en algunas carreras universitarias saturadas (en

ciencias de la salud, por ejemplo, entre 1979 y 1980 no hubo crecimiento).

II. Continúan las medidas tendientes a hacer descender la demanda de los servicios educativos (a nivel superior) y seguir desviando la matrícula hacia otros subsistemas y niveles

Entre ellas están, la desviación de los egresados de secundaria a carreras terminales a nivel de bachillerato y nivel superior hacia el subsistema tecnológico, directamente dependiente del Estado y en determinadas carreras, hacia las universidades estatales.*

También se busca desplazar la formación de recursos de alta capacidad en determinadas áreas del conocimiento, hacia: universidades privadas, centros públicos de especialización y posgrado y proyectos en el extranjero.

III. El crecimiento del gasto educativo se ha detenido en términos reales

El Dr. Carlos Muñoz Izquierdo⁵⁷ al respecto afirma, que ya desde 1984 podía observarse que el sistema escolar estaba atendiendo a un alumnado superior en 50% al de 1977, con los mismos recursos económicos (expresados en términos constantes) que se le habían asignado siete años antes. Correlativamente disminuyó la proporción del producto interno bruto dedicada al financiamiento de la educación superior.**

IV. Mayor deterioro científico en el país

El Dr. Ruy Pérez Tamayo,⁵⁸ señala diez aspectos: 1) pérdida progresiva de los ingresos

un grave problema, que tendría que ser enfrentado; por lo que se diseñaron diversas medidas para controlar el ingreso y desviar la demanda (principalmente de la UNAM). Entre ellas la descentralización de la UNAM y la creación de nuevas instituciones, como la UAM y el Colegio de Bachilleres. También se buscó —aunque afortunadamente no se llevó a cabo— sustraer la educación preparatoria de las universidades, para acabar con el pase automático y establecer más fácilmente una política de control en el acceso.

* Carlos Muñoz Izquierdo⁵⁶ a partir de datos de CONPES indica que las tasas de crecimiento del primer ingreso a la educación superior descendieron de la siguiente manera: 1982 4.73%, 1983 4.55%, 1984 3.38%, 1985 0.24% y 1988 0.51%. La tasa de crecimiento de la matrícula total descendió de 7.00% en 1982 a 2.88% en 1986.

** En todos los planes, programas y discursos oficiales se hace frecuente referencia a la calidad educativa, por lo general sin definirla claramente. En el documento *Declaraciones y aportaciones de la ANUIES para la modernización de la educación superior*,⁵⁸ se conceptualiza de la siguiente manera: "en

términos relativos se puede entender la calidad de la educación como la eficiencia en los procesos, la eficacia en los resultados y la congruencia y relevancia de estos procesos y resultados con las expectativas y demandas sociales, es decir, el impacto y el valor de sus contribuciones con respecto a las necesidades y problemas de la sociedad".

En ella, podemos reconocer fácilmente la concepción de racionalidad instrumental o planificadora que opera en el sistema educativo actual.

* También, la regulación de los flujos de oferta y demanda de maestros normalistas (como propuesta del Consejo Nacional Consultivo de Educación Normal) a través de una cierta normatividad entre el gobierno federal y los gobiernos de los estados para disminuir la inscripción y el número de instituciones.

** Del 0.8% al 0.5%. El PROIDES señala que en 1982 el

de los científicos, 2) "fuga de cerebros", 3) disminución progresiva de la matrícula en carreras científicas y en el posgrado y nulo crecimiento de la comunidad científica, 4) disminución progresiva del gasto público en ciencia y tecnología (en 1988 llegó a ser el 63% del de 1980), 5) aprobación en 1986 de una Ley para la Promoción de la Ciencia y la Tecnología, que nunca se cumplió, 6) demagogia oficial sobre el papel de la ciencia y la tecnología, 7) desaparición de la Dirección Adjunta de Asuntos Internacionales de CONACyT, elevación de precios de libros y revistas, ausencia de recursos para participar en reuniones y congresos internacionales, 8) autorización a representantes de firmas extranjeras productoras de insumos científicos para elevar sus precios (de 2 a 7 veces) y ausencia de una política de importación que favorezca a la ciencia y la tecnología, 9) ausencia de científicos en las dependencias oficiales (en donde se toman las decisiones que les afectan) y 10) falta de una política científica nacional.

V. Se agudiza la política eficientista en educación superior y sigue presentándose la planeación como el instrumento racional idóneo para el logro de los objetivos

Con ese fin, el Estado otorga un papel más activo a la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior

Estado canalizó a la educación pública superior recursos equivalentes al 0.87% del Producto Interno Bruto, en 1983 el 0.68% y en 1984 el 0.57% (Zarzar, 1989).

Con respecto al financiamiento, Fuentes (en Gil Antón)²⁰ concluye que el gasto nacional para 1987 se había reducido en 35% con respecto a 1982. La reducción del gasto gubernamental fue mayor (se redujo del 94.9% al 90.3% en el sexenio de Miguel de la Madrid), porque el sector privado aumentó su participación del 5.1% al 9.7%.

En "Declaraciones y aportaciones de la ANUIES para la modernización de la educación superior",²¹ en relación al significativo tema del financiamiento, se señalan —entre muchas propuestas— la necesidad de establecer un "techo financiero" tan amplio como sea posible, que busque aumentar el poder adquisitivo real de las instituciones; lograr que el gasto de educación superior en relación con el PIB, pase de 0.5% en la actualidad al 1.1% fijado como meta en el PROIDES; establecer una comisión que proponga un marco jurídico que defina los criterios y mecanismos para el financiamiento y requerir que los estudiantes paguen cuotas y colegiaturas, agregando mecanismos que garanticen el acceso a la educación superior a estudiantes de escasos recursos.

(ANUIES) y al aparato burocrático SEP-ANUIES encargado de la normatividad en la planeación educativa.

A la sensible reducción del financiamiento se agrega, la política de un cierto financiamiento extraordinario, para aquellas instituciones educativas que mejor respondan a las directrices de planeación propuestas por la Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior (CONPES), plasmadas en el Programa Integral para el Desarrollo de la Educación Superior (PROIDES).

El financiamiento de las universidades se asociará discursivamente cada vez más a la temática del deterioro académico. Se señalan deficiencias en las universidades y se indica "que en adelante la asignación de recursos estará regida por criterios de calidad y de eficiencia".

Hay, pues, un fuerte control del financiamiento ordinario y extraordinario a las instituciones educativas. Con éste último se fomentan determinadas acciones y se restringen algunas posibilidades de expansión.

Se hace uso en mayor grado de determinados criterios de eficiencia, racionalización* y descentralización.

VI. Los discursos, sobre todo del sector educativo gubernamental, ocupan un lugar relevante

Se emiten continuamente con el fin de justificar las severas medidas que se van imponiendo. Giran principalmente en torno de las temáticas de: la crisis, la necesidad de elevar la calidad de una educación masificada y la optimización de los recursos.

VII. Se sigue imponiendo también la necesidad de configurar un sistema nacional de educación superior, que continúa sin lograrse

* La concepción de racionalidad también se explicita "en una visión estratégica de relación de fines y medios"... "en donde cobra una gran importancia el ejercicio de la evaluación como medio para conocer y valorar, con precisión, el nivel de calidad de las funciones sustantivas." ANUIES²¹

VIII. Severa disminución en los salarios reales y en las condiciones de vida de los trabajadores de la educación

Es importante mencionar que los estímulos a la productividad y/o becas de exclusividad —que se dan como complemento de los salarios— que se han creado: a) a nivel nacional (como el Sistema Nacional de Investigadores) y b) a nivel institucional, en algunas universidades, cubren una proporción muy reducida de los profesores-investigadores.

Este tipo de medidas —que debieran ser profundamente evaluadas por el propio personal académico— pretenden disfrazar este grave problema, sin resolverlo realmente.

IX. Insuficiente atención real en detener la acelerada tendencia al deterioro de las funciones universitarias prioritarias: docencia, investigación y extensión, (sobre todo en los campos de las ciencias sociales y humanidades)

Aunque las diferencias entre las instituciones y dependencias universitarias y entre las distintas disciplinas son muy grandes, puede señalarse que se ha producido un importante deterioro en las condiciones en que se desarrolla el trabajo académico. Entre ellas:

1) Limitaciones en cuanto a plazas, recursos, infraestructura e insumos y de las posibilidades de desarrollo y grado de autonomía. Inequitativa distribución de los recursos escasos entre las dependencias y sectores (sobre todo entre: a) los órganos administrativos, autoridades y funcionarios y b) el personal académico y administrativo de base).

2) Presión sobre el tiempo, cargas académicas y horarios (principalmente con respecto a los profesores de asignatura), ocupación en varios empleos (vinculados y/o ajenos a las tareas académicas).

3) Irregularidades frecuentes en cuanto a los mecanismos estatutarios sobre ingreso, promoción y definitividad.

4) Limitada movilidad horizontal (inter e intrauniversitaria) y vertical en la carrera académica (no burocrática).

5) Descalificación de la experiencia y de la formación no escolarizada, devaluación de títulos, grados y trabajos y poco apoyo real a la superación académica.

6) Poca posibilidad de participar en la toma de decisiones universitarias importantes y en algunos casos de decidir su propio trabajo y,

7) Nula o escasa participación en la elección de autoridades y funcionarios, dependencia vertical de las direcciones y jefaturas y sujeción a órganos y funcionarios administrativos.

Como conclusión, sería importante explicitar como hipótesis —a ser reflexionada e investigada— la posibilidad de que se esté produciendo —paralelamente a la restricción de la demanda educativa y al deterioro de las condiciones de vida y de trabajo universitario— una desprofesionalización paulatina del personal académico —que logró en décadas anteriores y aún en los años ochentas constituir un mercado académico importante en las instituciones de educación superior.

REFERENCIAS

¹ Brunner, José Joaquín. *Universidad y Sociedad en América Latina: Un esquema de interpretación*. Centro Regional para la Educación Superior en América Latina y el Caribe, 1985. Capítulo III: "América Latina y la Educación Superior en los 80", pp. 45 a 82.

² Gil Antón, Manuel y varios autores. *El mercado académico de la universidad mexicana. Un proceso de incorporación: sociología en la UAM-Azcapotzalco*. Reportes de investigación, Seminario de universidades públicas mexicanas, Departamento de Sociología, UAM-A, marzo 1989, 5 volúmenes.

³ Latapi, Pablo. *Análisis de un sexenio de educación en México, 1970-1976*. México, Editorial Nueva Imagen, 1982, 3a. ed., capítulo V: "La Educación Superior", pp. 155-219.

⁴ Domínguez, Héctor y Ponce, Dolores. "Sistema educativo Nacional. Evolución cuantitativa reciente y perspectivas". *Ciencia, Revista de la Academia de la Investigación Científica*, Número 40, 1989, pp. 137 a 145.

⁵ Casillas, Miguel. "Académicos: lenta transición hacia la modernidad". *El Cotidiano*, Núm. 28, marzo-abril, 1989, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, pp. 44 a 51.

⁶ *Ibidem*, 3.

⁷ Levy C., Daniel. *Universidad y gobierno en México. La autonomía en un sistema autoritario*, México, Fondo de Cultura Económica, 1a. edición en español, 1980, 176 p.

⁸ *Ibidem*, 3.

⁹ *Ibidem*, 2.

¹⁰ *Ibidem*, 2.

¹¹ *Ibidem*, 4.

¹² Kent Serna, Rollin. "Los profesores y la crisis universitaria", en: *Cuadernos Políticos*, Núm. 46, México, Editorial ERA, abril-junio 1980, pp. 42 a 54.

¹³ Kent Serna, Rollin. "La organización universitaria y la masificación: la UNAM en los años setenta". *Sociológica*, año 2, Núm. 5, otoño 1987, UAM-Az, pp. 73 a 119.

¹⁴ Hirsch Adler, Ana. *La formación de profesores-investigadores universitarios en México*, Dirección General de Intercambio Académico-UNAM, 1984 y Universidad Autónoma de Sinaloa, 1985, Capítulo II, pp. 96 y 97.

¹⁵ Woldenberg, José. "Apuntes sobre el sindicalismo en los centros de enseñanza superior", en: *Buelna*, Núm. 3, México, octubre de 1979, Universidad Autónoma de Sinaloa, pp. 29 a 33.

¹⁶ *Ibidem*, 5.

¹⁷ Guevara Niebla, Gilberto. "¿Quién le teme al sindicalismo Universitario?". *Nexos*, Núm. 31, México, junio 1980, pp. 39 a 41.

¹⁸ *Ibidem*, 13.

¹⁹ Jiménez Mier y Terán, Fernando. *El autoritarismo en el gobierno de la UNAM*, México, Ediciones de Cultura Popular y Foro Universitario, 231 p.

²⁰ Morales Hernández, Lilliana. "La mujer en la educación superior en México", *Universidad Futura*, Vol. 1, No. 1, noviembre 1988 a febrero 1989, UAM-Azcapotzalco, pp. 68 a 77.

²¹ Garro, Nora. "La mujer profesionista universitaria", en: *El Cotidiano*, Núm. 27, enero-marzo 1989, UAM-A, pp. 60 a 70.

²² *Ibidem*, 1.

²³ Fuentes Molinar, Olac. "Crecimiento y diferenciación del sistema universitario. El caso de México". *Crítica*, Núm. 26-27, Universidad Autónoma de Puebla, enero-junio de 1986, pp. 5 a 16.

²⁴ Alvarez Aragón, Virgilio. "La universidad: reproducción y negación de la sociedad presente". *Sociológica*, año 2, Núm. 5, otoño 1987, UAM-Az, pp. 145 a 160.

²⁵ Portantiero, Juan Carlos. *Estudiantes y Política en América Latina 1918-1938. El proceso de la reforma universitaria*, México, Siglo Veintiuno, 1978, capítulo I: "La reforma universitaria: una mirada desde el presente", pp. 13 a 19.

²⁶ *Ibidem*, 23.

²⁷ *Ibidem*, 4.

²⁸ *Ibidem*, 25.

²⁹ Pescador Osuna, José Angel. "El balance de la educación superior en el sexenio 1976-1982". *Foro Universitario*, Núm. 28, México, STUNAM, marzo 1983, pp. 37-54.

³⁰ *Ibidem*, 3.

³¹ Muñoz Izquierdo, Carlos. "Cuestionario. Al paso de la política educativa". *Nexos*, Núm. 84, México, diciembre de 1984, pp. 15 a 28.

³² Hirsch Adler, Ana. "Teoría de la Organización y Universidad. Una forma de Aproximación". *Revista Mexicana de Educación Médica*, 1990, 1 (2), 77-90.

³³ *Ibidem*, 13.

³⁴ Casillas, Miguel. "Notas sobre el proceso de transición de la universidad tradicional a la moderna. Los casos de la expansión institucional y la masificación". *Sociológica*, año 2, Núm. 5, otoño 1987, UAM-Az, pp. 121 a 144.

³⁵ *Ibidem*, 1.

³⁶ Gouldner, Alvin. *La Crisis de la Sociología Occidental*, Buenos Aires, Amorrortu, 1979.

³⁷ *Ibidem*, 34.

³⁸ *Ibidem*, 3.

³⁹ *Ibidem*, 3.

⁴⁰ Camacho Sandoval, Salvador. "Proyecto modernizador y grupos de poder en la Universidad Autónoma de Aguascalientes —Aproximaciones a un problema—". *Sociológica*, año 2, Núm. 5, otoño 1987, UAM-Az, pp. 187 a 212.

⁴¹ *Ibidem*, 25.

⁴² *Ibidem*, 3.

⁴³ Muñoz Izquierdo, Carlos. "La educación superior ante las

políticas derivadas de la crisis". *Revista de la Educación Superior*, México, ANUIES, Vol. XVII, Núm. 1 (65), enero-marzo 1988, pp. 5 a 14.

⁴⁴ *Ibidem*, 23.

⁴⁵ *Ibidem*, 3.

⁴⁶ *Ibidem*, 3.

⁴⁷ *Ibidem*, 15.

⁴⁸ *Ibidem*, 40.

⁴⁹ *Ibidem*, 34.

⁵⁰ Gil Antón, Manuel. "La educación en el sexenio de la crisis: territorio devastado. Entrevista a Olac Fuentes Molinar". *El Cotidiano*, Núm. 27, enero-febrero 1989, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, pp. 50 a 52.

⁵¹ *Ibidem*, 50.

⁵² *Ibidem*, 50.

⁵³ *Ibidem*, 29.

⁵⁴ *Ibidem*, 43.

⁵⁵ ANUIES. "Declaración y aportaciones de la ANUIES para la modernización de la educación superior. Documento que el Consejo Nacional somete, para su discusión y aprobación, a la VIII Reunión Extraordinaria de la Asamblea General", México, 11 de abril de 1989, 46 p.

⁵⁶ *Ibidem*, 43.

⁵⁷ *Ibidem*, 43.

⁵⁸ Pérez Tamayo, Ruy. "Una década de ciencia en México. Otra decena trágica. Cuaderno de Nexos, Número 19, enero 1990, págs. XIII y XIV.

⁵⁹ *Ibidem*, 50.

⁶⁰ *Ibidem*, 55.

⁶¹ *Ibidem*, 55.

BIBLIOGRAFIA

Fuentes Molinar, Olac. "Las épocas de la universidad mexicana". *Cuadernos Políticos*, núm. 36, México, Ed. RA, abril-junio 1983, pp. 47 a 55.

Fuentes Molinar, Olac. "Cuestionario. Al paso de la política educativa". *Nexos*, Núm. 84, México, diciembre de 1984, pp. 15 a 28.

Hirsch Adler, Ana. "La formación de profesores: etapas y tiempo presente". *Memorias del foro nacional sobre formación de profesores universitarios*, CISE-UNAM, DGICSA-SEP y CGAD-ANUIES, 1988, pp. 2 a 24.

Marquis, Carlos. *Democracia y burocracia universitaria. El caso de la Universidad Autónoma Metropolitana*, UAM-Azcapotzalco, 1987, 151 p.

Panaza González, Margarita. *Análisis ideológico de la política de José López Portillo frente a la universidad estatal 1977-1982*, Tesis de Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-UNAM, 1989, 319 p.

Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994*, 1 de junio de 1989, apartado 6.2.2. "Educación".

Poder Ejecutivo Federal. *Programa para la Modernización Educativa 1989-1994*, octubre 1989, capítulos: "Síntesis. Objetivos y características de la Modernización", págs. 1 a 37; "Educación superior y de posgrado e investigación científica, humanística y tecnológica", págs. 123 a 165 y "Evaluación Educativa", pp. 181 a 188.

Villaseñor García, Guillermo. "La política universitaria del estado mexicano en el sexenio 1976-1982". *Foro Universitario*, Núm. 32, julio de 1983, México, STUNAM, pp. 23 a 32.

Zarzar, Carlos. *La política educativa para la formación de profesores universitarios 1982-1988*. Tesis para optar por el Doctorado en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, versión preliminar, 1989, capítulos 1 a 3.

Actitud del alumno del Programa de Medicina General Integral en el trabajo de comunidad*

Rodolfo Prado Vega**
Glenda Blee Sánchez***
Rodolfo Prado Pelayo****

Resumen: El trabajo de comunidad en el Programa de Medicina General, constituye uno de sus pilares fundamentales. En este estudio se trata de determinar cuál es el grado de aceptación de este trabajo por parte del alumno, partiendo de la observación de cierto rechazo para esta actividad. Con este objeto se hace una determinación de la actitud de los alumnos del primer nivel del Programa de Medicina General Integral (primero y segundo año) para el trabajo de comunidad, utilizando el método propuesto por Thurstone y Likert. Los resultados muestran un rango de actitud individual que va de la muy desfavorable a la muy favorable (27 a 84 puntos); la actitud por grupos, es indiferente en 9 grupos (56.25%) y favorable en 7 (43.75%), sin que exista diferencia significativa cuando se compara el puntaje obtenido entre los primeros años y entre los segundos años ($p > 0.05$), pero encontrándose diferencia al comparar los dos primeros, juntos, contra los dos segundos, juntos, en 2 unidades docentes ($p < 0.5$) y en otros 2 sin diferencia significativa ($p > 0.5$). La prueba de Kruskal y Wallis, demuestra que los grupos proceden de una misma población ($p > 0.5$).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El trabajo de comunidad, constituye junto con la participación activa en el aula-laboratorio y el adiestramiento clínico en el centro de salud, una de las tres principales características sobre las que se fundamenta el Programa de Medicina General Integral (PMGI). Este trabajo tiene como propósito primordial que el alumno conozca y entre en contacto con nuestra realidad médico-social y de esta manera lograr médicos familiarizados con los aspectos preventivos y curativos de los problemas de salud más comunes existentes en nuestro me-

dio; que aprendan a trabajar dentro de un equipo de salud y que consideren la participación activa de la comunidad, como un elemento indispensable para su actuación profesional.¹

Desde que inició sus actividades el Programa de Medicina General Integral, hubo dificultades para la realización de este trabajo, por ser una actividad nueva en la que no había experiencia por parte de los maestros, porque los alumnos no esperaban llevar a cabo esta actividad al principio de su carrera y porque la comunidad no la entendía.²

El reconocimiento y análisis de estas dificultades, hizo que se diera mayor apoyo en esta actividad a través de la Sección de Salud Pública, tanto a los maestros como a los alumnos; sin embargo, se pueden detectar deficiencias³ y los resultados no corresponden a todo lo que se esperaba de esta actividad en lo propuesto por el Programa de Medicina General Integral,¹ ni en lo propuesto originalmente por Cueli y Biro (identificación de problemas de

* Trabajo presentado en el VI Seminario Internacional de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina UNAM. 29-31 de mayo de 1990.

** Profesor Asociado "B" T.C. Programa de Medicina General Integral. Facultad de Medicina. UNAM.

*** Jefe de la Unidad Académica de Ciudad Universitaria. Programa de Medicina General Integral. Facultad de Medicina. UNAM.

**** Alumno de la Licenciatura en Psicología. Universidad Intercontinental, México, D.F.

salud en la comunidad, como motivo de estudio de la medicina).⁴

El presente trabajo parte de la hipótesis, de que en general, hay una actitud de rechazo, por parte del alumno, para el trabajo de comunidad y para confirmar esta hipótesis se hace una determinación de su actitud para la realización de esta actividad.

METODOLOGIA

Es una investigación prospectiva, cuya población está constituida por alumnos del primer nivel (primero y segundo año) del Programa de Medicina General Integral; que están inscritos y cursan regularmente el año correspondiente; asisten a 4 unidades docentes (Nezahualcóyotl, Agrícola Oriental, Cuajimalpa y Ciudad Universitaria) cada una de las cuales tiene dos grupos de primer año y dos de segundo año siendo en total 16 grupos y 312 alumnos. Se toma una muestra aleatoria al azar de 160 alumnos, correspondiendo a 10 alumnos por grupo. La variable dependiente es la actitud del alumno y la independiente las actividades en la comunidad.

Para la determinación de la actitud se utiliza el método propuesto por Thurstone y Likert,^{5,6} que utiliza una encuesta para la recolección de la información. Originalmente la encuesta está constituida por 32 ítems, los cuales están planteados en relación a problemas que suelen surgir en el trabajo de comunidad y que deben enfrentar los alumnos para la realización de esta actividad.

La encuesta se somete a prueba con 10 alumnos de primer año y 10 alumnos de segundo año, de la Unidad de Ciudad Universitaria, para determinar el grado de comprensión de los ítems y después se la somete a una prueba de jueces, para determinar la calidad de los ítems, quedando finalmente constituida la encuesta por 28 ítems. Posteriormente se aplica la encuesta a los alumnos seleccionados en sus lugares de estudio.

Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta: muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y muy en desacuerdo. La escala de calificación va de 0 a 4, asignándose el 2 para la posición de indeciso, el 4 para el extremo

favorable y el 0 para el extremo desfavorable; a las respuestas alternativas 3 cuando está del lado favorable y 1 cuando está del lado desfavorable.

Para el análisis estadístico, se hace un recuento del puntaje obtenido por cada alumno, en los 28 ítems; después se establece la media aritmética, la desviación standard y el coeficiente de variación de cada grupo (8 de primer año y 8 de segundo año). Se califica la actitud en base al puntaje obtenido, en cada grupo; mediante la prueba de "t" de Student se determina si hay diferencia en la actitud entre los dos grupos de alumnos que cursan el primer año y entre los dos grupos de alumnos que cursan el segundo año y la diferencia en la actitud de los dos primeros contra los dos segundos, en cada unidad docente. Para confirmar si la muestra fue extraída de una población igual se utiliza la prueba de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Se aplicó la encuesta a 156 alumnos, encontrándose un puntaje de actitud individual que va de una forma muy desfavorable, 27 puntos, a una muy favorable, 84 puntos, con un rango de 57 puntos. El puntaje obtenido para cada uno de los grupos se presenta como media aritmética y se califica de la siguiente forma:

Actitud muy favorable 84 a 112 puntos
Actitud favorable 66 a 83 puntos
Actitud indiferente 47 a 65 puntos
Actitud desfavorable 46 a 28 puntos
Actitud muy desfavorable 27 a 0 puntos

En 9 grupos la actitud es indiferente (56.25%) y en 7 grupos la actitud es favorable (43.75%), es más indiferente en las unidades de Nezahualcóyotl y Cuajimalpa y más positiva en la de Ciudad Universitaria (ver cuadro I y figura 1).

Al comparar el puntaje obtenido entre los primeros años y los segundos años de las cuatro unidades docentes se ve que no hay diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$), pero si se compara el puntaje obtenido por primeros años contra el de los segundos años

Cuadro I

Puntaje obtenido y calificación de actitudes por grupos y unidades docentes del PMGI

A. NEZAHUALCOYOTL

No. de grupo	Año	Media Aritmética	Desviación Standard	Coefficiente de variación	Actitud	Diferencia estadística entre años	Diferencia estadística entre años	Diferencia estadística entre años
I	1º	53.8	17.63	32.76	Indiferente	P > 0.05	P < 0.05	
II	1º	60.0	9.79	16.31	Indiferente			
III	2º	63.0	13.24	21.01	Indiferente			
IV	2º	67.0	5.34	7.95	Favorable	P > 0.05		
		60.97	11.94		Indiferente			

B. AGRICOLA ORIENTAL

V	1º	62.2	10.72	17.23	Indiferente	P > 0.05	P < 0.05
VI	1º	67.1	11.11	16.55	Favorable		
VII	2º	73.1	6.99	9.56	Favorable		
VIII	2º	64.0	5.75	8.98	Indiferente	P > 0.05	
		66.6	8.2		Favorable		

C. CUAJIMALPA

IX	1º	69.4	8.26	11.90	Favorable	P > 0.05	P < 0.05
X	1º	62.0	7.61	12.27	Indiferente		
XI	2º	58.3	10.75	18.43	Indiferente		
XII	2º	58.6	6.73	11.48	Indiferente	P > 0.05	
		62.07	8.06		Indiferente		

D. CIUDAD UNIVERSITARIA

XIII	1°	66.5	11.80	17.74	Favorable	P > 0.05	P < 0.05
XIV	1°	72.0	6.69	9.22	Favorable		
XV	2°	68.3	11.01	16.12	Favorable		
XVI	2°	60.0	12.09	20.15	Indiferente	P > 0.05	
		66.7	10.29		Favorable		

 $P < 0.05$

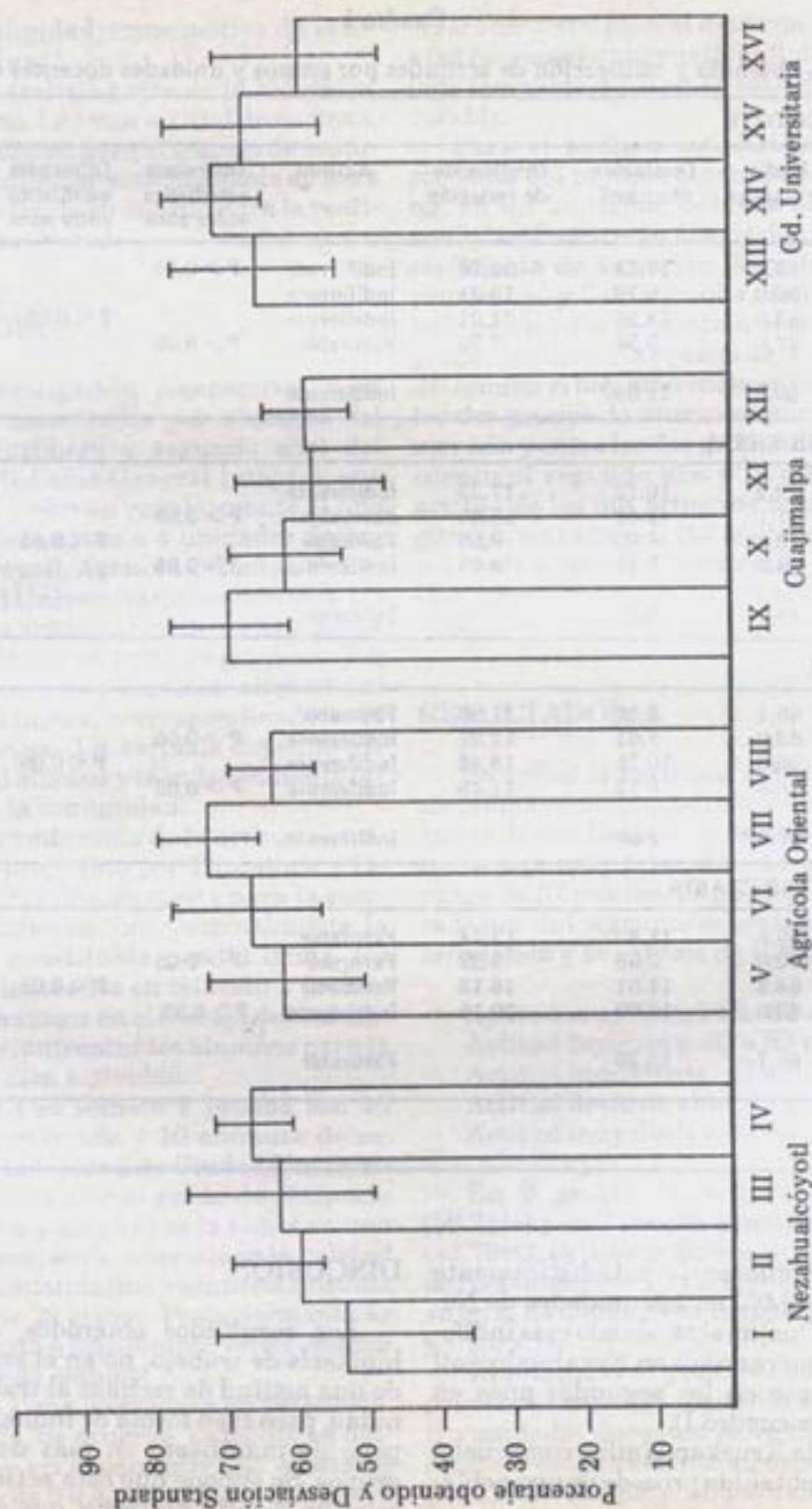
se ve que hay diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en las unidades de Nezahualcóyotl y Cuajimalpa, siendo más indiferente en los primeros años en Nezahualcóyotl y más indiferente en los segundos años en Cuajimalpa (ver cuadro I).

La prueba de Kruskal-Wallis, comprueba que la muestra obtenida procede de una población igual.

DISCUSION

Los resultados obtenidos, confirman la hipótesis de trabajo, no en el sentido estricto de una actitud de rechazo al trabajo de comunidad, pero sí en forma de indiferencia, que se pone de manifiesto en más del 50% de los grupos. Se supone que esta actitud no está en relación directa al hecho, que corresponde a

Figura 1
 Porcentaje obtenido y desviación standard por grupos y unidades docentes del PMGI
 en la actitud de los alumnos



las actividades que se realizan en la comunidad, pero puede influir en los resultados que se esperan de la misma. Además en la elaboración de la encuesta se tuvieron que incluir items que abarcaran todos los elementos que intervienen en el trabajo de comunidad como son: el tutor de grupo, la selección y las características de la comunidad, la aceptación de los miembros de la comunidad al programa de trabajo, el apoyo del tutor de la sección de salud pública, el plan de trabajo elaborado para este efecto, etc.; pudiendo observarse en algunos casos no un rechazo a la actividad propia que se realiza en la comunidad, sino un rechazo al tipo de apoyo que se espera, para cumplir con los objetivos de este trabajo. En este caso, el resultado corresponde al promedio de los factores que intervienen, para que la aceptación sea favorable o indiferente.

Se esperaba que la actitud del alumno cambiara del primer año, que es cuando lleva a cabo dicha actividad, al segundo año, en que ya la terminaron, pero esto solamente sucedió en dos grupos y el cambio no es siempre en sentido favorable o indiferente, sino que va de indiferente a favorable en un caso y de favorable a indiferente en otro. Esto nos hace pensar que una vez que se establece la actitud, tiende a mantenerse, después de la experiencia obtenida en el trabajo de comunidad.

Es difícil hacer una interpretación del puntaje obtenido en forma individual, lo más que se podría decir es que: no todos los alumnos que ingresan a la carrera de medicina, tienen un deseo de servicio genuino a la comunidad.

En relación a la actitud de los alumnos, por unidades, se ve que siempre es más indiferen-

te que favorable, aunque el puntaje promedio, hace que ambas actitudes se igualen, pero esto no mejora mucho la actitud en general y podría relacionarse tentativamente la actitud indiferente de los alumnos, independientemente de otros factores, con la lejanía entre la unidad docente y la comunidad donde trabajan.

En conclusión se puede decir: 1o. Que la actitud de los alumnos del Programa de Medicina General Integral para el trabajo de comunidad, es de indiferencia, pero que habría que analizar más cuidadosamente los factores que intervienen en este trabajo, para determinar exactamente, cuál de ellos influye más para que el alumno adopte esta actitud. 2o. Que el deseo de formar buenos médicos generales, mediante el conocimiento y contacto con la realidad médico-social, no será bien aceptado, mientras no se haga una selección adecuada de los alumnos que ingresan a la carrera de medicina, en el Programa de Medicina General Integral.

REFERENCIAS

- ¹ Zavala, VRM. Subprograma de estudio de comunidad. Sección de Salud Pública. Programa de Medicina General Integral. Facultad de Medicina. UNAM. Documento de Apoyo. 1985.
- ² Prado, VR. La comunidad en el Programa de Medicina General Integral. Maestría en Enseñanza Superior. Facultad de Filosofía y Letras. DES. UNAM. 1978.
- ³ Prado, VR. El trabajo con la comunidad en el Programa de Medicina General Integral (Plan A-36). Seminarios de Diagnóstico del Congreso Universitario. Facultad de Medicina. UNAM. 1987.
- ⁴ Cueli J., Biro CE. Psicocomunidad. México. Prentice/Hall Internacional-Porrúa. 1975.
- ⁵ Likert R. A technique for measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932; 132:1-50.
- ⁶ Elorza A. Estadística para ciencias del comportamiento. México. Ed. Harla. 1986.

Las mujeres y la educación médica*

Deyanira González de León Aguirre**

Resumen: El presente trabajo muestra parte de los resultados del proyecto titulado La Mujer y la Profesión Médica en México, realizado entre 1986 y 1987.¹ Dicho proyecto derivó del interés por contar con elementos para caracterizar el reciente proceso de feminización de la profesión médica en el país, así como de la necesidad de explorar la situación de la mujer en un ámbito profesional considerado tradicionalmente como masculino. El estudio incluyó una amplia revisión bibliográfica sobre el tema, la recopilación de datos a partir de distintas fuentes, la aplicación de una encuesta a médicas residentes de tres hospitales del sector salud oficial, y entrevistas a médicas trabajadoras de distintas instituciones. En esta comunicación se presentan una introducción general al problema, y los aspectos relativos a la participación de las mujeres en la educación médica de pregrado y en las distintas especialidades de postgrado.

INTRODUCCION

En distintos países la feminización de la profesión médica tuvo lugar a partir de la década de los años 40. En seis de los países de Europa Oriental, por ejemplo, alrededor del 45% de los médicos eran mujeres en el periodo 1960-1970; la proporción más alta correspondía a la Unión Soviética, con un 70%. En China, la mitad de los profesionales que ejercían la medicina eran mujeres en el mismo periodo. En cambio, en los Estados Unidos, sólo el 9% de los médicos eran mujeres.² Por otro lado, en el contexto latinoamericano, la matrícula femenina de las escuelas de medicina alcanzaba el 22.2% del total en 1972, con importantes variaciones entre los países;³ para 1985, las estudiantes de medicina representa-

ban en México el 36.3%,⁴ * y en el Uruguay casi el 70% en 1986.⁵

A pesar de que ha transcurrido poco más de un siglo desde que en 1887 se tituló la primera médica en México,⁶ y de que desde esa época la situación de las mujeres ha experimentado cambios sustanciales, en la actualidad las médicas enfrentan una gran variedad de problemas para ejercer su profesión. En México, la feminización de este campo es un fenómeno reciente, pues el número de mujeres que estudian medicina empezó a crecer en forma importante a partir de finales de la década de los años 60. Hoy las mujeres representan ya la tercera parte de los médicos en el país,⁷ pero, como se verá más adelante, su participación al interior de la profesión sigue siendo claramente desventajosa desde el punto de vista cualitativo, lo cual tiene relación no sólo con los rasgos tradicionalmente sexistas y discrimi-

* Trabajo presentado en el VI Seminario Interinstitucional de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina UNAM, 29-31 de mayo de 1990.

** Profa. del Depto. de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

* En 1989 la proporción de mujeres estudiantes de medicina alcanzó el 43% a nivel nacional (ANUIES, Anuario Estadístico, México 1989).

natorios de la medicina, sino fundamentalmente con la posición de las mujeres en el contexto global de la sociedad.

Trabajos realizados en muy diversos países señalan que en general las mujeres médicas tienen menos oportunidades de desarrollo académico y profesional, ocupan los puestos de menor jerarquía en las instituciones, en raras ocasiones acceden a los niveles altos de dirección, con frecuencia realizan actividades a las que se atribuye poco prestigio, enfrentan más obstáculos para conseguir empleo, y sus ingresos económicos son inferiores a los del personal masculino.^{8, 9, 10, 11}

Si bien es cierto que los patrones de elección profesional de las mujeres han cambiado y que sus opciones se han diversificado, también lo es que sólo una minoría deciden estudiar carreras largas, que implican un alto grado de dificultad, o que socialmente son consideradas de mayor prestigio.¹² El caso de las profesiones del campo de la salud es un ejemplo claro de esto; mientras que relativamente son pocas todavía las mujeres que estudian y ejercen la medicina, en otras áreas, como la enfermería, la nutrición, el trabajo social, la fisioterapia, la farmacia, y más recientemente en la odontología, su participación es mayoritaria. Esta situación, observada en muchísimos países, tiene relación, por una parte, con que la profesión médica es considerada como un espacio tradicionalmente reservado a los hombres, y con que, como consecuencia de patrones de educación claramente diferenciados para cada sexo, en general, las mujeres optan por profesiones compatibles con el papel que social y culturalmente se les asigna. Este hecho, que con gran frecuencia se considera "natural" tiene, sin embargo, gran importancia, pues el grado de participación de las mujeres en la educación superior en general y en los estudios de medicina en particular, puede considerarse como un indicador de cambios sociales.¹³ Por otra parte, cabe enfatizar que las actividades laborales y productivas a las que la mujer tiene un mayor acceso, habitualmente están subordinadas al trabajo del hombre y se restringen a las consideradas como una extensión de las tareas domésticas.¹⁴ De aquí que socialmente se acepte como normal que los hombres jueguen el papel del

médico y que a las mujeres se les identifique con los roles de la enfermera, la nutricionista o la trabajadora social.

Dentro del ámbito profesional y académico de la medicina, las mujeres, como conjunto, enfrentan grandes dificultades. A pesar de los avances de la mujer en el ámbito social, la profesión médica se caracteriza todavía por mantener una serie de prejuicios y de mitos profundamente arraigados en relación a las mujeres, los cuales en muchos casos son también interiorizados por ellas. En tanto normalmente la figura del médico se asocia con atributos definidos culturalmente como masculinos, y que se contraponen con una serie de valores que socialmente definen la "femineidad", es bastante común que desde que son estudiantes de medicina las mujeres subestimen su inteligencia y sus habilidades, ya sea como consecuencia de una actitud francamente discriminatoria hacia ellas por parte de profesores o compañeros, o de comportamientos paternalistas motivados por los estereotipos para definir a la mujer. También es frecuente que ya en el terreno profesional, las médicas asuman un papel secundario y de subordinación en relación a los hombres, o bien que reaccionen asumiendo una actitud de discriminación hacia su propio sexo y descalifiquen el trabajo y la capacidad de otras médicas.^{15, 16}

Debido a que la mujer continúa siendo la responsable de la esfera doméstica, de la crianza y de la educación de los niños, sus posibilidades de realizar una carrera profesional o académica exitosa son en general limitadas. La doble jornada de trabajo es una realidad incontrovertible para la inmensa mayoría de las mujeres que se integran a las diferentes ramas del mercado laboral. El doble papel de trabajadoras y responsables de la casa, así como la insuficiencia de la infraestructura social de apoyo para aminorar las cargas de las tareas domésticas, determinan que por ejemplo, en el caso de las mujeres médicas, éstas trabajen menos horas, en puestos de baja categoría, y que, por lo tanto, sus ingresos económicos sean menores en comparación con los de los hombres.¹⁷ Asimismo, tal situación condiciona que habitualmente opten por especialidades que les permiten compatibilizar su doble

papel, pero que socialmente y al interior de la profesión tienen poco prestigio.

En distintos contextos se ha documentado que las proporciones de mujeres son bajas en las especialidades quirúrgicas y en general en todas aquellas que tienen relación con la cirugía.^{18, 19, 20, 21} Así, en nuestro medio, como en otros, resulta "natural" que las mujeres se dediquen a la pediatría, la dermatología, la genética, la medicina familiar o la patología, entre otras especialidades consideradas como "más apropiadas" para ellas; en cambio, es raro que practiquen la neurocirugía, la cardiología, la cirugía en general, la traumatología, y hasta la gineco-obstetricia.

Como ya se mencionó, en México la matrícula de las escuelas de medicina aumentó en forma considerable durante las últimas décadas. Sin embargo, este hecho no ha significado cambios importantes en los patrones discriminatorios de la profesión. De acuerdo con información que se presentará más adelante, la participación de las mujeres en las residencias de postgrado muestra diferencias cuantitativas y cualitativas muy claras en relación con la de los hombres. Por otro lado, la escasa representatividad de las mujeres en asociaciones médicas a las que se atribuye gran prestigio, o su aún incipiente presencia en instancias para la promoción del desarrollo académico y científico, así como en los puestos de dirección institucional, son indicios importantes de la segregación y la posición de desventaja de las médicas.

Recientemente se ha empezado a estudiar en el país la compleja problemática del mercado de trabajo médico, lo cual ha proporcionado información de gran relevancia en aspectos como los cambios en la composición sociodemográfica de la profesión, y las características del empleo médico.^{22, 23} No obstante, aunque en las investigaciones realizadas se otorga gran importancia a la creciente presencia y participación de las mujeres en el mercado de trabajo médico, están todavía por hacerse estudios más específicos que permitan caracterizar los patrones de empleo de las médicas e identificar la magnitud de problemas como el subempleo y el desempleo en ellas, los cuales, según estudios realizados en otros países, les afectan en mayor medida.^{24, 25, 26}

PARTICIPACION DE LAS MUJERES EN LA EDUCACION MEDICA DE PREGRADO

De acuerdo con información estadística publicada por la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES),²⁷ en 1985 la participación de las mujeres era mayoritaria en las licenciaturas de enfermería, fisioterapia, nutrición y odontología, en las cuales las proporciones de éstas eran bastante altas, sobre todo en las tres primeras. En cambio, en la carrera de medicina la cifra relativa de mujeres no alcanzaba el 40% (cuadro I), lo cual indica que en el área de salud, como en otras, las mujeres eligen profesiones que socialmente se consideran "femeninas". Llama la atención el caso de la odontología, con un 58% de mujeres matriculadas, pues se trata de una profesión que durante mucho tiempo fue considerada como masculina, pero que en los últimos años ha sufrido también un importante proceso de feminización, aún más acentuado que el de la medicina.

Cuadro 1

Población de algunas licenciaturas del área de la salud distribuida por sexo, México 1985

LICENCIATURA	MUJERES		HOMBRES		TOTAL
	No.	%	No.	%	
Enfermería	3 192	89	377	11	3 569
Fisioterapia	244	96	10	4	254
Medicina	24 795	38	40 058	62	64 853
Nutrición	999	72	385	28	1 384
Odontología	15 344	58	11 260	42	26 604

Fuente: ANUIES, Anuario Estadístico 1986, Licenciatura. México 1987.

En relación al aumento de la matrícula femenina en las escuelas de medicina del país, los datos disponibles permiten observar que la proporción de ésta se duplicó entre 1967 y 1985 (cuadro II), pasando del 18% al 36%.²⁸ Aunque los datos hacen evidente la feminización de la educación médica, también muestran que las mujeres todavía representan una minoría en la carrera de medicina a nivel nacional. Cabe, sin embargo, citar aquí el caso

de la Facultad de Medicina de la UNAM, pues se trata de una institución en la cual este proceso ha tenido una dimensión muy importante; en 1979 las estudiantes mujeres constituían ya el 38% del total de la matrícula, y para 1985 el 49.5%.²⁹

Cuadro II

Población escolar de la Licenciatura en Medicina distribuida por sexo, México 1967-1985

AÑOS	MUJERES		HOMBRES		TOTAL
	No.	%	No.	%	
1967	3 513	18	15 958	82	19 471
1968	4 275	20	17 501	80	21 776
1970	6 169	21	22 562	79	28 731
1977	24 808	29	62 074	71	86 882
1978	28 581	31	62 076	69	90 657
1980	30 813	33	62 552	67	93 365
1985	24 510	36	43 009	64	67 519

Fuentes: ANUIES, Matrícula y Personal Docente de la Carrera de Medicina en México, 1984. Anuario Estadístico 1986, Licenciatura.

LAS MUJERES EN LAS ESPECIALIDADES MEDICAS

Como se mencionó antes, la presencia de las mujeres en las distintas especialidades guarda una relación muy estrecha con los estereotipos que socialmente, y al interior de la profesión, se utilizan para definirlos. Un trabajo reciente señala que en 1985 presentaron el Examen Nacional de Aspirantes a las Residencias Médicas un total de 12 mil 489 médicos, de los cuales menos de la tercera parte, el 29.8%, eran mujeres; resultaron seleccionados 2 mil 707, y la proporción de médicas que ingresaron ese año como residentes fue ligeramente mayor que el de hombres, pues los porcentajes de aceptación fueron de 22.1% y 21.5% respectivamente.³⁰

A primera vista este último dato sugiere que desde el punto de vista formal no existen hoy barreras para que las mujeres accedan a la especialización. Sin embargo, información proporcionada por la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la UNAM para el año de 1986, indica que en 23 de las residencias médicas que pueden cursarse

en el país, el total de mujeres inscritas era de 973, cifra que representaba el 24% del total de los especialistas en formación. En casi todas las áreas las proporciones de hombres eran superiores al 50%, y en ciertas especialidades (endocrinología, gineco-obstetricia, medicina interna, neumología, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, y radiología), las cifras relativas de éstos se encontraban alrededor del 70 y 80%; en otras, como cardiología, cirugía general, cirugía pediátrica, gastroenterología, terapia intensiva, neurocirugía, y traumatología, los porcentajes de hombres alcanzaban casi el total. Las mujeres, en cambio, sólo representaban la mayoría de residentes en dos especialidades, la dermatología y la genética médica, en las cuales las proporciones de éstas eran de 65 y 67%; en el caso de la anatomía patológica casi representaban la mitad (cuadro III).

Cuadro III

Médicos residentes distribuidos por sexo en algunas especialidades, México 1986

ESPECIALIDAD	MUJERES		HOMBRES		TOTAL
	No.	%	No.	%	
Anatomía Patológica	7	47	8	53	15
Anestesiología	64	39	102	61	166
Cardiología	10	8	113	92	123
Cirugía General	35	7	438	93	473
Cirugía Pediátrica	6	8	72	92	78
Dermatología	26	65	14	35	40
Endocrinología	2	18	9	82	11
Gastroenterología	7	11	55	89	62
Genética médica	6	67	3	33	9
Gineco-obstetricia	151	28	391	72	542
Terapia Intensiva	11	12	81	88	92
Rehabilitación	22	41	32	59	54
Med. Familiar	204	38	336	62	540
Med. Interna	90	18	402	82	492
Neumología	8	22	28	78	36
Neurocirugía	3	5	52	95	55
Neurología	6	22	21	78	27
Oftalmología	36	29	87	71	123
Otorrinolaringología	23	26	64	74	87
Pediatría	186	35	345	65	531
Psiquiatría	26	21	99	79	125
Radiología	29	26	81	74	110
Traumatología	15	5	309	95	324
TOTAL	973	24	3 142	76	4 115

Fuente: Div. de Est. de Postgrado, Fac. de Med., UNAM.

Por otro lado, cabe señalar que en tres hospitales del sector salud oficial, ubicados en el Distrito Federal, en los que se aplicó una encuesta a residentes mujeres, con el objeto de obtener información sobre algunos aspectos de su situación como médicas, el porcentaje de éstas era de 26% en 1986 (cuadro IV).

Cuadro IV

Médicos residentes distribuidos por sexo en tres hospitales del Distrito Federal, 1986

HOSPITAL	MUJERES		HOMBRES	
	No.	%	No.	%
20 de Noviembre (ISSSTE)	84	21	317	79
General de México (SSA)	78	27	214	73
General C. Médico La Raza (IMSS)	96	34	186	66
TOTAL	258	26	717	74

Fuente: Jefaturas de Enseñanza de los Hospitales.

Los cuestionarios que finalmente se seleccionaron fueron 79. Es necesario aclarar que si bien los resultados de esta encuesta no pueden generalizarse a todas las médicas residentes del país, sobre todo por tratarse de un grupo pequeño, sí ofrecen elementos de utilidad para apoyar algunos de los planteamientos que en relación a la problemática de la mujer médica se han realizado en otros contextos, así como para ratificar algunas de las suposiciones de las que se partió para diseñar este estudio.

Entre las preguntas había una relativa al prestigio que las médicas otorgaban a 16 especialidades. Los resultados de las 66 respuestas que se obtuvieron, mostraron que los tres primeros lugares fueron dados a la cardiología, la medicina interna y la neurología, especialidades en las que justamente la presencia de las mujeres es bastante minoritaria en México, tal como se indicó antes. En cambio, áreas como la dermatología, la anatomía patológica, la medicina familiar, y la salud pública; en las que las médicas participan cada vez más, quedaron en lugares inferiores al décimo.

En la encuesta se solicitó también que de un listado de especialidades identificaran

aquellas que consideraran "más apropiadas para las mujeres"; siete residentes no calificaron las distintas áreas, argumentando que las mujeres podían dedicarse a cualquier especialidad. De acuerdo con las respuestas de las 72 médicas restantes, las seis áreas que en orden decreciente, fueron calificadas como más apropiadas para las mujeres, fueron la pediatría, la dermatología, la gineco-obstetricia, la oftalmología, la anestesiología y la medicina familiar. Por otro lado, aunque sólo 28 de las 79 indicaron como motivo de elección de su especialidad el que era compatible con su vida familiar u otros intereses personales, cabe resaltar que la mayoría de ellas, el 70%, estaban realizando especialidades consideradas "apropiadas para mujeres" por ellas mismas.

COMENTARIO FINAL

Al igual que en otros ámbitos profesionales en los que los hombres han predominado, en México las mujeres entran al terreno de la medicina en condiciones sociales y laborales muy desiguales. Cabe suponer que dada la situación de crisis socioeconómica que caracteriza nuestros días, y ante un mercado de trabajo médico en la actualidad altamente competitivo y sobresaturado, las mujeres encaran mayores dificultades para obtener un empleo. Por otro lado, a pesar de su creciente incorporación a la educación médica, existen evidencias que permiten afirmar que es en la elección de una determinada área de especialización donde se expresan de manera muy clara los rasgos tradicionalmente sexistas de la profesión médica. A partir de que en el campo de la medicina "la mujer ha interiorizado la desvalorización secular del sexo femenino",³¹ y de que socialmente la imagen y la actividad del médico se asocian con los estereotipos masculinos, la profesión médica representa para ella un espacio donde el desarrollo de sus capacidades es aún limitado. Asimismo, en este "nuevo espacio", las médicas se enfrentan, en mayor o menor medida, dependiendo de la conciencia de su propia situación, a las contradicciones de su condición como mujeres en una sociedad que históricamente les ha asignado un papel secundario y de subordinación.

REFERENCIAS

- ¹ González de León, D., L. Pacheco. La Mujer y la Profesión Médica en México, en *La investigación sobre la mujer: informes en sus primeras versiones*, no. 1. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. El Colegio de México. 1988. pp. 750-801.
- ² Organización Panamericana de la Salud. La Mujer en la Salud y el Desarrollo. *Bol Of Sanit Panam*. 1982; 2(92):153-74.
- ³ Rodríguez, M. I. El Estudiante de Medicina - Su distribución en las Américas. 1971-1972. *Educ Méd Salud OPS*. 1974; 8:300.
- ⁴ Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. *Matrícula y personal docente de la carrera de medicina en México*, 1986.
- ⁵ Meerhoff, R. Investigación en Personal de Salud: Egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay. *Educ Méd Salud* 1987; 21(3):205-20.
- ⁶ Taborda, M. La Primera Médica Mexicana. *Gaceta Méd. DDF*. 1986; 3(3-4):167-68.
- ⁷ Frenk, J. La Profesión Médica en las Áreas Urbanas de México. *Inst Nal de Salud Pùb México* 1988, 34 pp., (mimeo).
- ⁸ Ginzberg, E. Women in Medicine: What is Really Happening? *J Med Educ* 1978; 53(10):843-44.
- ⁹ Leeson, J., J. Gray. *Women and Medicine*. Londres. Tavistock Publications. 1978.
- ¹⁰ Bobula, J. D. Work Patterns, Practice Characteristics, and Incomes of Male and Female Physicians. *J Med Educ* 1980; 55:826-33.
- ¹¹ Machado, M H. A Mão de Obra Feminina no Setor Saúde no Brasil. *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Coloc. Saúde Realidade Brasileira. Petrópolis. Edit. Vozes/ABRASCO, 1989. 301 pp.
- ¹² Rodríguez, M. I., op. cit.
- ¹³ García, J. C., O. Verderese. La Decisión de Estudiar Enfermería. *Educ Méd Salud OPS* 1974; 8:300.
- ¹⁴ Pérez, N. Marco Teórico para el Análisis de la Fuerza de Trabajo Femenina. *Estudios de la mujer. Serie Lecturas III*. SPP. México 1982. pp. 403-31.
- ¹⁵ Weaver, J L, S D Garret. Sexism and Racism in the American Health Industry: A Comparative Analysis. *Int J Health Serv* 1978; 18(4):677-702.
- ¹⁶ Rinke, C M. The Professional Identities of Women Physicians. *J Am Med As* 1981; 245(23):2419-21.
- ¹⁷ Machado, M H, I Boaventura. La Médica y el Mercado de Trabajo. *Cuadernos Méd Sociales*. Argentina 1986, 35:25.
- ¹⁸ Weaver, J L, S D Garret, op. cit.
- ¹⁹ Orpett, S. Roles, Careers and Femininity in Biomedicine: Women Physicians and Nurses in Japan. *Soc Sci Med* 1980; 22(2):81-90.
- ²⁰ Machado M H, I Boaventura, op. cit.
- ²¹ Frey, H. Representation of Women in Medical Specialties, With Particular Reference to Sweden. *Med Educ* 1980; 30(5):691-99.
- ²² Frenk, J., op. cit.
- ²³ Frenk, J., Subempleo y Desempleo entre los Médicos de las Áreas Urbanas de México. *Sal Pùb Méx* 1988; 30(5): 691-99.
- ²⁴ Bobula, J. D., op. cit.
- ²⁵ Machado, M. H., op. cit.
- ²⁶ Machado, M. H., I. Boaventura, op. cit.
- ²⁷ Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior. *Anuario Estadístico 1986*, Licenciatura, México 1987.
- ²⁸ Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, op. cit., ref. 4.
- ²⁹ Fernández, M E y Cola. Perfil del Alumno de Primer Ingreso a la Facultad de Medicina de la UNAM. *Rev Fac Med México* 1988; 29:7.
- ³⁰ Martuscelli, J y Cola. México: Evaluación de la Formación de Médicos con Base en los Resultados de un Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas. *Educ Méd Salud* 1988; 22(2):128-40.
- ³¹ Cardaci, D. Cómo son las cosas... *Rev. Mujeres y Medicina*. Univ Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México 1987.

Ética médica

Ruy Pérez Tamayo*

Resumen: Se examinan varios códigos tradicionales de ética médica, con especial atención al Juramento Hipocrático y al Juramento del Médico propuesto por la Organización Mundial de la Salud y se concluye que no sirven para regular la actividad profesional de los médicos contemporáneos. A continuación se propone como código ético médico el conjunto de las tres reglas siguientes: 1) curar o aliviar (o por lo menos intentarlo) a todos los enfermos que lo soliciten, cualquiera que sea su condición social, su raza, su religión o su ideología política; 2) enseñar y divulgar sus conocimientos médicos a todos los que se beneficien con ello; 3) contribuir a aumentar los conocimientos que le permitan mejorar la calidad de la atención médica que presta a sus pacientes y la enseñanza que realiza de ellos. Se presentan los argumentos que apoyan las bondades de este código ético médico.

Abstract: An analysis of several traditional medical ethical codes is presented, with special attention to the Hippocratic Oath and the Physician's Oath proposed by the World Health Organization. It is concluded that they fail to provide specific directions to regulate the current professional activities of contemporary physicians. A new code of medical ethics is proposed, based on the following three principles: 1) to heal or alleviate (or at least attempt to do it) to all patients that request it, regardless of social condition, race, religion or political ideology; 2) to teach his medical knowledge to all those that may benefit from it; 3) to contribute to increase medical knowledge so that the quality of his practice and the usefulness of his teaching both are improved. The rationale of these three rules or new code of medical ethics is discussed.

En esta sexagésima sexta Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina se han realizado tres simposios y se han dictado tres conferencias magistrales sobre ética médica. Parecería que ya no queda más que decir, y como a mí me ha tocado hablar al final, también parecería que estoy condenado a una letanía tediosa y cansada de repeticiones. Sin embargo, el tema es tan rico que todavía puedo intentar algunos comentarios sobre ciertos aspectos no mencionados de la ética médica e

incluso proponer un punto de vista muy personal sobre ella. He dividido esta plática en tres partes: 1) examen de algunos códigos de ética médica, 2) proposición de un nuevo código de ética médica, y 3) consecuencias de este código en la enseñanza de la medicina.

1. EXAMEN DE ALGUNOS CODIGOS DE ETICA MEDICA

¿Cuáles son los principios que regulan el comportamiento ético de los médicos? El profesional de la medicina hace continuamente decisiones que influyen, en mayor o en menor grado, en la calidad y/o en la duración de la vida de sus pacientes. La sociedad debería insistir en que tales sujetos estén regidos por

* Trabajo presentado en la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM).

** Jefe de la Subdivisión de Medicina Experimental Facultad de Medicina, UNAM.

un código ético claramente definido, no sólo en sus posibilidades de acción sino en sus limitaciones, así como en sus castigos. No creo sorprender a nadie si digo que en México no existe un código ético médico; existen muchas formulaciones internacionales, algunas de interés más histórico que práctico, otras dirigidas a ciertos aspectos específicos de la actividad profesional, como la relación médico-paciente, la investigación científica en humanos, la práctica de la medicina por grupos de especialistas, la seguridad social, etc. Pero una lista bien definida de principios éticos que incluya los principales aspectos profesionales de la medicina, sin incursiones en la ética normativa y formulados por los propios médicos (no por filósofos y menos aún por el gobierno), que además tome en cuenta los problemas actuales de la medicina en México, la desconozco. Los médicos no estamos solos en esto de la falta de un código profesional: no conozco ningún documento equiparable que se aplique específicamente a abogados, sociólogos, ingenieros, matemáticos, historiadores, políticos o futbolistas.

Cuando se habla de ética profesional (para distinguirla de ética humana normativa, o simplemente de la ética), en lo que se piensa es en una mezcla de tradiciones morales, mandamientos religiosos y obligaciones legales, que tienen la misma vigencia y la misma aplicación para los médicos que para los enfermos, los sanos y el resto del universo. De hecho, el término mismo está tan vacío de contenido que si se desea criticar la acción de algún colega médico y permanecer impune basta con decir: "No creo que su comportamiento sea ético...", mientras se hace un gesto de preocupación autorizada y condescendiente, con lo que todos los oyentes estarán de acuerdo aunque no se haya dicho prácticamente nada.

A través de la historia han surgido varios documentos que han sido usados en diferentes épocas como códigos de ética médica. El más antiguo es el código de Hammurabi, que data del año 1,700 a.C. Se trata de una enorme piedra negra, un bloque de diorita pulida de más de 2 m de alto, grabado con las 282 leyes del Rey Hammurabi. Este código contiene 20 leyes, de la 206 a la 226, donde se menciona al médico, siempre en relación con la magnitud

de sus honorarios o de su castigo según el tipo de operación realizada y sus resultados.

Sin embargo, éste no es un código ético médico sino una serie de mandatos que intentan regular la práctica de la cirugía; para los casos en que el médico no opera no hay legislación.

El siguiente documento que brilla en la historia como una fuente de ética médica es el llamado Juramento Hipocrático. No hay duda de que ese juramento ha regido (por lo menos de nombre) la actitud profesional en la medicina y que a través de muchos siglos los médicos lo han considerado como un código ético médico completo. La versión que voy a presentarles es mi traducción al castellano del texto vertido del griego jónico antiguo al inglés por Ludwig Edelstein, en 1943.

JURAMENTO

"Juro por Apolo Médico, por Esculapio, por Higiene y por Panacea, y por todos los dioses y diosas, tomándolos por mis testigos, que cumpliré de acuerdo con mis capacidades y mi juicio este juramento y convenio:

Considerar al que me ha enseñado este arte igual que a mis padres y vivir mi vida en asociación con él, y si se encuentra necesitado de dinero darle una parte del mío, y considerar a sus hijos como mis hermanos varones y enseñarles este arte —si desean aprenderlo— sin costo y sin compromiso; dar una parte de mis preceptos e instrucción oral y otras formas de enseñanza a mis hijos y a los hijos del que me ha instruido y a los alumnos que han firmado el convenio y hecho el juramento de acuerdo con la ley médica, pero a nadie más.

Usaré medidas dietéticas para el beneficio de los enfermos de acuerdo con mi capacidad y juicio; los protegeré del daño y de la injusticia.

No le daré una droga letal a nadie aunque la pida, ni le haré una sugestión de este tipo. De manera semejante, no le proporcionaré un remedio abortivo a

ninguna mujer. Guardaré mi arte y mi vida con pureza y santidad.

No usaré el bisturí, ni siquiera en los que sufran de la piedra, sino que me retiraré en favor de aquellos que se dedican a este tra-bajo.

Cualquiera que sea la casa que visite, lo haré para el beneficio del enfermo, manteniéndome alejado de toda injusticia intencional y de toda mala acción, y en especial de tener relaciones sexuales con hombres o mujeres, sean libres o esclavos.

Lo que vea o escuche en el curso del tratamiento, o aun al margen de éste, en relación con la vida de los hombres, que de ninguna manera debiera difundirse, lo mantendré en secreto y consideraré vergonzoso hablar de ello.

Si cumplo con este juramento y no lo violo, que pueda gozar de mi vida y de mi arte, honrado por la fama entre todos los hombres por todo el porvenir; pero si lo rompo y he jurado en falso, que lo opuesto sea mi suerte".

El Juramento Hipocrático puede dividirse en cuatro partes, cada una con origen y significado distintos:

1) El primer párrafo, donde se invocan las principales deidades médicas (Apolo, Esculapio, Higiene y Panacea) así como a todos los demás dioses y diosas y se señala que el documento no sólo es un juramento sino también un convenio o contrato.

2) El segundo párrafo, que establece las reglas de las relaciones entre el juramento y su profesor y su familia, sus obligaciones docentes, y que termina con una cláusula de exclusión.

3) Los párrafos 3 a 7, que detallan diversas facetas de la práctica médica, con énfasis en ciertos aspectos a los que se renuncia de manera específica.

4) El párrafo 8, que es la protesta del compromiso y se señalan claramente el premio al que habiéndolo adquirido lo cumple, y el castigo para aquel que lo viola.

En lo que sigue voy a comentar cada una de estas cuatro partes en forma un poco más

detallada, teniendo presente siempre sus relaciones con un posible código ético médico contemporáneo.

1) La invocación de Apolo Médico en el primer párrafo ha sido interpretada como específica, ya que Apolo es también (y principalmente) el dios delfico, el dios de la pureza, quien renuncia a la medicina en favor de su hijo Esculapio; sin embargo, para la secta de los pitagóricos, que reformaron la medicina de acuerdo con sus concepto de pureza, el Apolo delfico puede haber sido identificado como el principal dios médico. Higiene y Panacea son las hijas divinas de Esculapio, quien posteriormente tendrá otros descendientes terrenales; recuérdese que el propio Esculapio, aunque hijo del dios Apolo, tuvo por madre a Coronis, una sacerdotisa bella pero mortal, en cuyo cadáver todavía caliente el mismo dios realizó la primera cesárea, que por lo tanto debería llamarse *esculapiárea*. Como quiera que haya sido, el punto que me interesa subrayar es que el primer párrafo del juramento hipocrático tiene sentido cuando se lee a través de las gafas de la secta pitagórica. También es interesante que no sólo es un juramento sino también un convenio o contrato, que obliga al que lo acepta a ciertas reglas de comportamiento distintas de las que rigen en la población general. Todos sabemos que la secta pitagórica era precisamente de carácter secreto y se guiaba por una serie de reglas basadas en principios esotéricos que incluían el poder mágico de los números y la metempsicosis o transmigración del alma. Este primer párrafo sólo se relaciona con la medicina por el carácter de los principales dioses invocados y no contiene ningún precepto que pueda servir para integrar un código ético médico, ni en el siglo V a.C. ni en el siglo XX d.C.

2) En el segundo párrafo el juramento acepta a su maestro como su padre adoptivo y a la familia de su maestro como su familia adoptiva; al mismo tiempo, se compromete a desempeñar labores docentes para tres tipos de alumnos: sus propios hijos, los hijos de su maestro, y los que hayan hecho el mismo juramento y aceptado el mismo convenio. Finalmente, se aclara en forma terminante que tales beneficios no serán extendidos a nadie más. Esta cláusula representa uno de

los pronunciantes más claros de exclusividad en la membresía de una secta cerrada, algo que en la Grecia de Hipócrates, de Sócrates y de Platón debe haber sido excepcional entre los ciudadanos libres. Esta excepción eran otra vez los pitagóricos, que desde Epaminondas, quien reverenció al mismo Pitágoras como a su padre, practicaban y proclamaban este tipo de relación entre alumnos y maestros como la más digna y la más genuina. En cambio, la mayoría de los ciudadanos griegos reconocían una relación distinta entre maestros y alumnos: sin detrimento de las ligas de afecto y respeto mutuo, la función del maestro era enseñarle al alumno su arte de tal manera que cuando este último llegara a ser maestro ya hubiera superado el nivel y los conocimientos del primero. Cuando el alumno no alcanzaba a ser mejor que su maestro, se consideraba que el maestro había fracasado como tal. Los griegos clásicos nos legaron el mejor de los ejemplos de la relación considerada como la más saludable y creativa entre maestros y alumnos: Sócrates fue el maestro de Platón, quien a su vez fue el maestro de Aristóteles. En lugar de la sumisión ante la autoridad paterna, que garantiza la ausencia de progreso pues el hijo no se atreve a criticar el pensamiento del padre y a buscar caminos diferentes mientras conserva ese tipo de relación, la historia nos muestra la alternativa que inventaron los griegos para avanzar el conocimiento en los *Diálogos* de Platón y en las obras científicas y filosóficas de Aristóteles. Todos sabemos que frente a estas dos posturas diferentes, el hombre occidental escogió la pitagórica, la basada en la autoridad del dogma, a partir del siglo II d.C. y por los siguientes 14 siglos, hasta que Colón duplicó (sin darse cuenta) el tamaño del mundo conocido, Lutero inició la reforma religiosa y Vesalio empuñó el bisturí y puso manos a su obra soberbia.

Cabe aclarar que este segundo párrafo del juramento hipocrático no tiene nada que ver con la medicina; los diferentes tipos de relaciones entre profesores y alumnos se dan igualmente en la pintura, la tauromaquia, la química inorgánica o el crimen organizado. Es posible que puedan incluirse dentro de la ética normativa o general, y por lo tanto son relevantes a la medicina, pero no poseen ninguna

característica que justificara su inclusión en un código ético médico.

3) Los párrafos 3 a 7 del juramento hipocrático tienen un carácter completamente distinto a los dos anteriores: son mandatos específicos, casi siempre prohibiciones, en relación con situaciones concretas que involucran medidas dietéticas, venenos, aborto, litotomía, relaciones sexuales y el secreto profesional. De especial interés son las referencias a la "injusticia" (final del párrafo 3) y a la "pureza y santidad" (final del párrafo 4), que vuelven a confirmar la naturaleza esencialmente religiosa del documento. Como era de esperarse, esta parte del juramento hipocrático es la que revela con mayor claridad las diferencias entre una secta minoritaria de médicos griegos del siglo V a.C. y cualquiera de nosotros, médicos del mundo occidental 25 siglos después. Las medidas dietéticas mencionadas aparecen por todas partes en el *Corpus Hippocraticum* y, como es de esperarse, son radicalmente contradictorias; la participación del médico en el suicidio era minoritaria en la Grecia clásica, donde el ciudadano libre era el único dueño de su propia vida; la negativa a administrar abortivos sin hacer referencia a las diferentes situaciones en que este problema surge es igualmente ciega e irracional a la que han adoptado a través de toda la historia un grupo específico de médicos; el rechazo de la litotomía, la referencia a las relaciones sexuales y al secreto profesional se refieren a problemas que la medicina ha ido enfrentando y resolviendo de distintas maneras a través de su historia.

Si de la lectura del primer párrafo del juramento hipocrático uno concluye que se trata de un documento de puro interés histórico, y del análisis del segundo párrafo se desprende que refleja una postura esencialmente mística y sin relación específica con la medicina, el examen de los cinco párrafos siguientes deben convencernos de que el documento era minoritario en su tiempo y muy pronto después de haberse generado empezó a perder vigencia con gran rapidez. La misma escuela hipocrática (que representa casi cuatro siglos de ejercicio médico) y su culminación en Galeno, están repletos de observaciones, postulados, ideas, acciones y recomendaciones que

ignoran o contradicen al juramento hipocrático.

4) El último párrafo del juramento hipocrático nos confirma en la idea de que se trata de algo más que un código ético médico. Si el juramentado cumple con las demandas y requisitos especificados en los párrafos anteriores, será honrado con "fama entre todos los hombres por todo el tiempo por venir". Eso sugiere, una vez más, que el documento se refiere a algo mucho más cercano a una secta religiosa que a una sociedad profesional.

¿Hay algo en este documento, promulgado hace por lo menos 2,500 años, que sea relevante a nuestra época? ¿Se justifica que tantos médicos contemporáneos lo usen para adornar las paredes de las salas de espera de sus consultorios? Con todo respeto, mi respuesta es *No*, el juramento hipocrático es un fantasma, una herencia de tiempos muy antiguos que hemos superado hace ya mucho tiempo. Los médicos de hoy necesitamos promulgar un código ético específicamente médico (lo menos sectario que sea posible) que refleje nuestra realidad contemporánea. Tenemos la obligación con la sociedad a la que servimos y con nosotros mismos de señalar sin ambigüedades objetivos, alcances, limitaciones y posibilidades de nuestra profesión. Hace 25 siglos, los pitagóricos hipocráticos nos pusieron la muestra; pero nosotros no podemos seguir repitiendo lo que ellos dijeron. Nuestra responsabilidad es real y urgente.

Naturalmente, ha habido muchos otros intentos de establecer códigos de ética médica a través de los años. Este no es el sitio para revisarlos todos con detalle, pero sí vale la pena comentar algunos de los más recientes y de aspiraciones más generales. Por ejemplo, en 1948, la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud adoptó una declaración (conocida como la Declaración de Ginebra), que en 1968 fue corregida y aprobada por la 22a. Asamblea Médica Mundial, reunida en Sidney, Australia, en los siguientes términos:

JURAMENTO DEL MEDICO (OMS)

En el momento de ingresar a la profesión médica:

Solemnemente prometo consagrar mi vida al servicio de la Humanidad.

Daré a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen.

Ejerceré mi profesión con conciencia y dignidad; la salud de mi paciente será mi primera preocupación.

Mantendré el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica por todos los medios a mi alcance; mis colegas serán mis hermanos.

No permitiré que consideraciones relativas a religión, nacionalidad, raza, partidos políticos o estatura social se interpongan entre mi deber y mi paciente.

Mantendré el mayor respeto por la vida humana desde el momento de la concepción, aun bajo amenaza.

No usaré mi conocimiento médico en contra de las leyes de la humanidad:

Hago estas promesas solemnemente, en forma libre y por mi honor.

Nadie puede negar que estas son frases hermosas, llenas de nobleza y de buenos sentimientos; al leerlas, nuestra primera reacción es aplaudir rabiosamente y tratar de deshacer el nudo que tenemos en la garganta y evitar que los vecinos se den cuenta de que tenemos los ojos demasiado brillantes. Pero pasando el primer arranque de entusiasmo, el análisis crítico de la Declaración de Ginebra revela que se trata simplemente de la expresión de buenos sentimientos. ¿Cómo se define eso del "servicio de la Humanidad"? ¿Qué quiere decir que la profesión se ejercerá con "conciencia y dignidad"? ¿Cuáles son el "honor y las nobles tradiciones de la profesión médica"? ¿Es humanamente posible (por lo menos para seres no dotados de la infinita bondad de San Francisco) considerar a todos mis colegas como mis hermanos? ¿Por qué debe mantenerse el mayor respeto por la vida humana "desde la concepción"? La respuesta a cada una de estas preguntas puede llenar volúmenes enteros, y en ningún caso es cosa unánime y bien definida. Tampoco es posible usar la Declaración de Ginebra como código ético médico, pues es tan general e inespecífica que casi equivale

a decir "Seamos Todos Buenos"; desde luego, no nos serviría para indicarnos la forma específica de proceder en situaciones ambiguas desde un punto de vista ético.

No cabe duda que estos principios de ética médica cubren muchos aspectos de la práctica diaria de la medicina; sin embargo, se echan de menos varios puntos considerados en otros enunciados, como por ejemplo la docencia como obligación fundamental del médico (la palabra doctor viene de *docere*, que en latín significa enseñar), o bien el mandato de que los pacientes deben recibir el mismo trato a pesar de diferencias en raza, religión, ideas políticas, nivel económico, etc.

El decálogo aprobado por la Asociación Médica Americana en 1957 es bastante detallado, por lo que pedirle aún más detalles sería intentar transformarlo en un manual; además, la variedad de la experiencia médica cotidiana es de tal manera rica y diversa que resulta utópico perseguir un código ético que incluya todas las variantes posibles de tal experiencia. Esta es, de hecho, mi crítica principal a los principios de ética médica de la Asociación Médica Americana: en su afán de ser prácticos y objetivos, los autores intentaron incluir en su documento los aspectos más generales y las situaciones más comunes de la práctica médica en su época y en su país; al cabo de 33 años y desde nuestra posición de médicos de un país subdesarrollado y perteneciente al III Mundo, el decálogo de la AMA, se antoja un tanto anticuado, otro tanto provinciano y un mucho inaplicable a nuestro medio.

En forma más restringida, pues se refieren a los derechos de los pacientes que participan en programas cuyo objetivo incluye, en forma primaria o secundaria, la obtención de nuevos conocimientos, además de contribuir a la salud de los enfermos participantes, se han formulado dos códigos internacionales; el de Nuremberg, aprobado en 1949, por los Tribunales Militares y el de Helsinki, aprobado primero en 1964 y revisado y reconfirmado en Tokio, en 1975, por la Asamblea Médica Mundial. Ambos códigos son extensos y sólo tocan a la práctica de la medicina cuando ésta pretende realizar investigación experimental con sujetos humanos.

2. PROPOSICION DE UN NUEVO CODIGO DE ETICA MEDICA

En vista de que ninguno de los códigos revisados realmente sirve a las necesidades de la medicina actual, es imperativo que los médicos mexicanos nos hagamos uno, que en esencia debería ser un grupo bien definido de principios que abarquen los principales aspectos profesionales de la medicina, sin incursiones en la ética normativa y formulados por nosotros mismos. En mi opinión muy personal, la ética médica en nuestro país en este preciso momento (julio de 1990) debería incluir, como actividades indispensables y absolutamente necesarias (y por lo tanto, éticamente esenciales), las tres siguientes:

1) Curar y aliviar (o por lo menos intentarlo), en la medida de sus humanas limitaciones, a todos los enfermos que se lo soliciten, cualquiera que sea su condición social, su raza, su religión o su ideología política.

2) Enseñar y divulgar los conocimientos de su profesión a alumnos, pacientes, familiares y otras personas que lo escuchen y puedan beneficiarse de esta actividad.

3) Contribuir a aumentar los conocimientos que le permitan mejorar la calidad de la atención médica que presta a sus pacientes y el contenido de la docencia que realiza entre sus alumnos, enfermos y otras personas.

Después de mucho meditarlo, he decidido que mi proposición debe terminar aquí, ya que si incluimos a nuestra conciencia individual entre los jueces que habrán de calificar nuestras acciones, todo lo demás nos será dado por añadidura. Además, las diferentes situaciones donde la ética médica influye son tan variadas que resultaría impráctico tratar de enumerarlas y señalar el comportamiento adecuado para cada una de ellas, aparte de que con los nuevos conocimientos seguramente surgirán otras que por ahora ni siquiera imaginamos. En vez de esto, creo que será mejor intentar convencerlos a ustedes de que el médico del México de hoy tiene la obligación moral de participar en las tres actividades señaladas, o sea el ejercicio de la medicina, la docencia y la investigación. Sin embargo, antes de presentar mis argumentos desearía refutar dos ideas antagónicas que he escuchado con

relativa frecuencia; la primera es que no es posible ser "todólogo", que para hacer una cosa bien hay que dedicarse nada más a eso, que ser médico asistencial es ya bastante difícil y complicado como para que además se le cargue la docencia y, por si fuera poco, la investigación también; que el investigador necesita tranquilidad y horas largas de estudio y meditación, así como conocimientos altamente especializados que consumen su tiempo y le impiden realizar otras tareas, etc. La postura es bien conocida de todos ustedes y, para muchos que realizan las tres actividades mencionadas en forma no sólo simultánea sino complementaria, seguramente que resulta absurda. Pero por si en esta sala hubiera alguien que estuviera incómodo porque le parece que la opinión mencionada no está completamente errada, mencionaré mis argumentos en su contra:

1) La imposibilidad de hacer bien las tres cosas se refuta con facilidad, señalando al número relativamente grande de colegas que las lleva a cabo con soltura y elegancia; naturalmente, si el escéptico a su vez nos señala al número casi infinito de los médicos que no exhiben tal versatilidad, la respuesta es que ese es precisamente el problema que se está tratando de resolver. Cabe mencionar que los colegas que actualmente desarrollan las tres actividades mencionadas trabajan en diversas instituciones, tanto oficiales o públicas como privadas, ostentando cargos que varían desde médico familiar hasta médico investigador.

2) Mi segundo argumento es que es más fácil hacer medicina asistencial, docencia e investigación bien hechas, cuando se practican juntas, que cuando cualquiera de estas tres actividades se realiza sola o en combinación con otra. La razón es que las tres no sólo son complementarias sino suplementarias, o sea que un paciente bien estudiado se transforma en forma automática en una buena lección clínica y al mismo tiempo genera preguntas interesantes cuya respuesta todavía no está en los libros sino que espera nuevas observaciones críticamente analizadas.

3) Mi tercer argumento es que es más divertido combinar las tres actividades mencionadas, en vez de ejercerlas en forma aislada. ¿Por qué somos médicos? Si esta pregunta tiene una sola respuesta, es por la satisfacción espiritual y el estímulo a nuestro intelecto que la profesión encierra; los que en mi tiempo (hablo de hace 40 años) entraron a esta carrera universitaria con la esperanza de enriquecerse o de alcanzar una posición social superior, deben haberse llevado una decepción mayúscula, que no es nada en comparación con la que van a llevarse aquellos que hoy o mañana aspiren a ser médicos inspirados por las mismas ambiciones de riqueza o eminencia social. Para el individuo que a través de la medicina logró riqueza y estatura social, las campanas de difunto sonaron hace ya tanto tiempo que hoy ni sus ecos se escuchan. Por lo tanto, el que quiera ser médico hoy y/o en el futuro, debe fijar sus metas en valores distintos, menos mundanos y más profesionales. El argumento es que con la transformación progresiva de la medicina, de una actividad de aristócratas privilegiados a un servicio social prestado por compañeros trabajadores, hay una gran diferencia; en mi opinión, tal diferencia es pura ganancia en humanidad. Lo que quisiera para mis colegas es que al mismo tiempo, la ganancia también fuera en diversión. La alegría y el orgullo derivados de la conciencia de estar utilizando al máximo todas nuestras facultades, genéticas y adquiridas, en el desempeño de nuestro trabajo, debería ser suficiente. Yo conozco de cerca un caso en que lo es.

La segunda idea que se maneja en contra de que el médico acepte como obligación ética la actividad triple mencionada, o sea servicio, docencia e investigación, es la de la vocación. Se dice que el investigador nace, no se hace, o bien que hay que tener facilidad congénita para dedicarse a la docencia o a la investigación; finalmente, algunos colegas personalizan el argumento señalado: "A mí no me gusta la investigación..." Naturalmente, ninguna de estas cosas corresponde a la realidad; es cierto que el genio es probablemente un superdota-

do, pero yo no estoy hablando de genios sino de nosotros, de seres humanos comunes y corrientes. ¿Es que sólo pueden ser profesores los iguales a Piaget, o investigadores los semejantes a Pasteur? En ese caso, también sólo los Chávez y los Ortiz Monasterio deberían ser médicos. Lo falso del argumento es la llamada vocación, y es falso porque no existe, por lo menos en el nivel al que yo me refiero: uno no hace bien lo que le gusta, sino que a uno le gusta lo que hace bien. En esta vida casi todo es de aprender, igual para ser buen médico que para ser buen profesor y para ser buen investigador; de hecho, yo estoy convencido de que cada una de estas actividades, bien aprendidas, contribuye a que las otras dos se hagan mejor.

Para terminar, señalaré mis razones para considerar que el médico mexicano contemporáneo tiene la obligación moral de participar simultáneamente en la asistencia, la enseñanza y la investigación de la medicina. Estas razones no provienen de algún mandato antiguo, de algún código ético internacional o de alguna disposición legal; por el contrario, provienen de la naturaleza misma de la medicina. Lo primero que debemos dejar establecido es que tanto a los médicos como a los pacientes les conviene que la práctica de la medicina se lleve a cabo lo mejor posible: de esta manera se cumplen en forma óptima los objetivos de la relación médico-paciente. Cualquier acto o idea que interfiera con la máxima calidad en esta interacción debe ser considerada como no ética. Por el contrario, los elementos que contribuyen a favorecer el mejor logro de los objetivos de la medicina son benéficos, tanto para el médico como para el enfermo, y por lo tanto son éticos. De esta manera, mientras mejor preparado esté el médico para entender los problemas de su paciente, mientras mayor sea su información y más profundos y actualizados sus conocimientos, mientras más finas y penetrantes sean su destreza y su sagacidad, mejor será su capacidad para curar y/o aliviar a su paciente. Por lo tanto, el médico tiene la obligación moral de mantenerse en educación continua, de seguir aprendiendo, de seguir puliendo su intelecto y entrenando sus sentidos para servir cada vez mejor a sus enfermos; no hacerlo es una grave falta de ética profesional.

Aquí participa de manera fundamental la docencia, ya que no hay mejor manera de aprender y de comprender algo que a través del esfuerzo que representa enseñarlo. En otras palabras, una de las muchas maneras como la docencia contribuye a elevar el nivel del ejercicio profesional de la medicina es creando la necesidad de saber muy bien lo que se enseña. Otra manera es por medio del intercambio de información: todos nosotros damos cursos en aquellas áreas de la especialidad en que tenemos más interés y experiencia, y al mismo tiempo asistimos a cursos que dictan colegas en sus propios campos especializados; así se establece una red de educación continua en la que todos somos alumnos y maestros de nosotros mismos. Finalmente, otra forma de docencia que también contribuye a que la medicina se ejerza en forma óptima es cuando el médico instruye a su enfermo y a sus familiares en lo que es su enfermedad, en sus causas y mecanismos, así como en las indicaciones y efectos del tratamiento; un paciente informado sobre la naturaleza y pronóstico de su padecimiento casi siempre colabora en forma más efectiva y contribuye a lograr que la interacción médico-paciente sea óptima. Yo concluyo, por lo tanto, que al no participar en la docencia (en cualquiera de sus múltiples formas) el médico está cometiendo un acto inmoral, una falta grave de ética, un crimen en contra de sus colegas, de sus enfermos y de sus alumnos potenciales.

¿Y la investigación? En vista de lo anterior, resulta casi obvio que el médico mexicano contemporáneo tiene la obligación moral de contribuir a aumentar los conocimientos que le sirven para diagnosticar y tratar a sus enfermos. No hacerlo (o, por lo menos, no intentarlo) tiene para mí tres condenas graves: en primer lugar, se es culpable de traición a la medicina y a los colegas médicos de todo el mundo, ya que el médico que no investiga simplemente se aprovecha del trabajo y los descubrimientos de los demás, que explota sin agregar (o sin siquiera intentar agregar) un ápice de nueva información; en segundo lugar, se es culpable de no cultivar el espíritu crítico y analítico, la costumbre de la duda metódica, el reflejo de poner a prueba cualquier hipótesis, que indudablemente forma parte del espí-

ritu científico que el médico debe poseer en el más alto grado, para encauzar su pensamiento en la relación médico-paciente (de aquí nacen muchos de los médicos dogmáticos, que "nunca se equivocan" y se han olvidado del significado de esa breve pero monumental frase, que dice: "No sé"); en tercer lugar, se es culpable de negligencia personal, ya que se desaprovecha la oportunidad maravillosa de explorar el mundo de lo desconocido en el ser humano, que es el modelo más complejo y más admirable que existe en la naturaleza; en cuarto lugar, se es culpable del peor crimen que puede cometerse con la medicina, que es considerarla un oficio, en lugar de una profesión; un *modus vivendi*, en vez de una misión, una "chamba" como cualquiera otra, en lugar de la más noble aventura. Para mí, esta es la más grave violación de la ética médica, el acto supremamente inmoral dentro de la medicina.

3. CONSECUENCIAS EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

En esta parte final de mi conferencia puedo ser muy breve. Ya se han discutido en esta reunión distintos aspectos de la enseñanza de la ética médica en nuestras escuelas de medicina. Aunque no ha habido conclusiones, las diferentes propuestas se han basado en un contenido programático más o menos extenso, algunas siguiendo modelos que ya se han probado en otros países. En cambio, con el nuevo código de ética médica la situación cambia por completo. No hay programa por-

que el contenido se reduce rápidamente a una sola plática en que se informa a los estudiantes las tres normas éticas de la profesión. Pero en cambio toda la enseñanza se transforma porque corresponde a los profesores enseñar con el ejemplo, o sea que deben cumplir estrictamente con la ética médica mencionada. En otras palabras, corresponde a los profesores enseñar a los alumnos a ejercer la profesión en la forma más actualizada y más eficiente, a enseñar sus conocimientos en forma clara a todos los que puedan beneficiarse de ellos, y a realizar investigación con objeto de mejorar los conocimientos y poder brindar cada vez mejor servicio y mejor docencia. Si los alumnos ven a sus profesores trabajar de esta manera, no dudo que lo aprenderán, aunque nadie se los exponga en clases teóricas o seminarios. En cambio, si los profesores solamente predicaban con la palabra pero actúan de otra manera, el resultado será que los alumnos aprenderán lo que ven y no lo que oyen. Aunque este cambio parecería casi imposible de realizar, la verdad es que no es tan complicado. La mayoría de los profesores de nuestras escuelas y facultades de medicina ya están haciendo dos de las tres cosas que dicta la ética médica, que son el ejercicio óptimo de su profesión y su enseñanza; lo único que falta es la investigación. Y para hacerla lo más importante no es el equipo ni el presupuesto ni los ayudantes ni el protocolo; lo más importante es la convicción de que debe hacerse y las ganas de hacerla. Todo lo demás viene como consecuencia de una actitud inquisitiva, que además forma parte de la ética médica que yo he postulado.

La enseñanza de la ética en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán*

Carlos Urzaiz Jiménez**

Arturo Bravo Gorena***

INTRODUCCION

La conciencia colectiva, a pesar de sus evidentes muestras de fragilidad, es una crítica severa y exige en el médico comportamiento ético mucho más estricto que en cualquier otro profesional. "Por su misma esencia —comenta Laín Entralgo— el acto médico es un acto ético".¹ Y en esta frase el maestro español concreta la importancia que atribuye al tema.

Recientemente ha surgido en universidades y escuelas de medicina el interés de ofrecer al estudiante la oportunidad de familiarizarse con principios éticos. Esta tendencia se observa lo mismo en países occidentales industrializados que en países socialistas del este e incluso en países del tercer mundo. La tendencia parece generalizarse y hoy se puede decir que, con muy contadas excepciones, los educadores médicos consideran indispensable la enseñanza de la ética. Sin embargo, la conveniencia de incluir sus nociones en los programas de la carrera de médico-cirujano, sigue siendo objeto de discusión. En particular, algunos maestros y pensadores de diferentes épocas se han mostrado escépticos al respecto y el beneficio que estas clases pudieran brin-

dar queda en tela de juicio. Schopenhauer, en su constante delirio nihilista llega a decir: "La virtud no se enseña como tampoco el genio. La idea que se tiene de la virtud es estéril y no puede servir más que de instrumento como las cosas técnicas en materia de arte. Esperar que nuestros sistemas de moral y nuestras éticas puedan formar personas virtuosas, nobles y santas, es tan insensato como pensar que nuestros tratados de estética puedan producir poetas, escultores, pintores o músicos".²

En su trabajo sobre "Ética en la enseñanza de la medicina",³ el Dr. Fernando Cano Valle hace notar que los estudios de ética y humanidades no pueden convertir a todos los estudiantes en seres humanos dotados de sensibilidad exquisita, puesto que no corrigen los trastornos de la personalidad ni las motivaciones inadecuadas. En seguida incluye una cita de Tiberius que a la letra dice: "Un curso puede enseñar conocimientos sobre ética, la comprensión de los principios éticos o razonamiento moral; pero todo el razonamiento moral del mundo es inútil en la cabeza de un estudiante que carece de buenos reflejos morales".

El argumento opositor más fuerte sería la falta de objetividad de los juicios de valor. "Las hipótesis morales nunca ayudan a explicar por qué observamos algo. Por lo tanto, no tenemos pruebas en favor de nuestras opiniones morales".⁴

Desde luego que no compartimos el pesimismo del filósofo alemán, aunque respta-

* Trabajo presentado en la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM en la ciudad de Colima, el 27-VII-1990.

** Director de la Facultad de Medicina de Yucatán. Profesor de Ética de la misma.

*** Coordinador de Ética de la Fac. de Medicina de Yucatán.

mos y tenemos en cuenta otras opiniones mucho más mesuradas, que están basadas en la razón. A pesar de ello consideramos que la enseñanza de la ética, cualesquiera que sean las dificultades que entrañe y por dudosos que sean los resultados que arroje, debe incorporarse al plan de estudios de la carrera, no como una simple asignatura, sino como un espacio abierto a la discusión. Que se puedan asimilar o no las enseñanzas es cuestión pendiente de dilucidarse.

NUESTRA EXPERIENCIA

La inquietud por la enseñanza de la ética no es nueva en la Facultad de Medicina de Yucatán. En épocas pasadas existió como asignatura de una hora diaria que se impartía a lo largo de un año en el quinto curso de la carrera. Esta asignatura fue suprimida por inoperante hace más de 25 años.

Ante las constantes críticas a la actuación de nuestros egresados, aceptable y cada vez mejor en el aspecto técnico, pero desastrosa en el campo de sus relaciones con la sociedad, las autoridades de la escuela revisaron sus planes y optaron por ofrecer a los futuros médicos una formación universitaria completa con elementos de carácter humanista, filosófico, ético y social, sin menoscabo del adiestramiento puramente científico.

A principios de 1985 y en el seno del Consejo Académico de la Facultad, (consejo paritario maestros y alumnos), uno de los representantes de los alumnos solicitó que se incluyera la enseñanza de la ética en los programas de estudio.

El Director de la Facultad nombró una comisión en la que participaron profesores de diferente ideología, pero que tenían en común una excelente preparación académica, amplia experiencia y probada conducta moral, y que juntamente con los alumnos representantes de cada uno de los cursos, elaboraron un proyecto que fue aprobado por unanimidad. En septiembre de 1985 se reinició la enseñanza de la ética de manera más profunda y organizada.

En resumen el proyecto plantea los siguientes puntos:

1. La ética que se enseñe deberá ser formativa y promoverá en los alumnos la capacidad de reconocer y analizar los problemas que plantea el ejercicio actual de la medicina y proponer alternativas de solución para los mismos.

2. Se impartirá a lo largo de toda la carrera, procurando que el desarrollo de las clases sea activo a través de talleres, simposia, mesas redondas o foros.

3. Deberá ser plural, flexible, adaptable a las circunstancias y cambios que surjan. El alumno conocerá las diferentes opiniones referidas a un problema ético dado, las discutirá y posteriormente conformará su propia opinión. Consideramos que en los tiempos modernos son más adecuados para nuestros fines los postulados de la escuela teleológica.

4. La ética que se intenta enseñar en nuestra Facultad se basa en tres elementos fundamentales:

a) El espíritu científico que fomentará en el alumno el amor por la verdad y desarrollará en él la habilidad para manejar con provecho los instrumentos que llevan a ella.

b) El espíritu humanista. La medicina tiene como finalidad el bienestar del hombre; no sólo de su cuerpo sino de lo que es su esencia, su espíritu.

c) El compromiso social, puesto que el hombre se constituye en sociedad y su existencia toma sentido por ella y en ella. También los problemas del hombre se gestan en el seno de la sociedad y por consiguiente, sus vías de solución deben buscarse allí.

Los programas concretos que emanaron del proyecto inicial y que hoy están vigentes todavía, en su mayor parte el menos, son los siguientes:

1. En el curso propedéutico que se imparte a los aspirantes de nuevo ingreso se dictan dos conferencias introductorias a la ética: a) La ética en el estudiante de medicina y b) La ética del médico en ejercicio. Después de cada conferencia se realiza un foro.

2. En el tercer curso de la carrera se realizan seis talleres utilizando casos clínicos simulados que presentan diferentes conflictos

morales cercanos a la realidad. El trabajo de los talleres se centra en una reflexión sobre la relación médico-paciente desde todos los ángulos posibles.

3. En el quinto curso se llevan a cabo seis talleres similares, trabajando en cada uno de ellos un tema específico. Los temas escogidos son: a) El médico como universitario. b) La medicina privada y la medicina socializada. c) La terapéutica razonada y la experimentación en seres humanos. d) La sexualidad y la planificación familiar. e) El aborto y f) La eutanasia.

4. En el sexto curso (internado) se imparten seis conferencias en cada uno de los hospitales donde los alumnos hacen su práctica. En el curso 1989-90 que está por concluir, las conferencias fueron reemplazadas por un solo taller que resume, analiza y evalúa la experiencia de los años anteriores.

Al margen de las formalidades descritas, en los años primero, segundo y cuarto y con el fin de mantener la continuidad de la enseñanza a lo largo de toda la carrera, se incluyen elementos de ética en las materias del área de medicina social: Antropología, Historia de la Medicina, Psicología Médica, Método Científico, etc.

DISCUSION

Si en última instancia la ética fuera un modo de hacer las cosas de acuerdo con lo que la costumbre establece y la sociedad acepta; si se basara únicamente en determinada categorización de los valores, tendríamos que preguntarnos si realmente es posible llevar a cabo una formación profesional ética en nuestros alumnos, quienes, desde antes de iniciar sus estudios de medicina, tienen ya necesariamente una manera de pensar y de organizar sus valores.

La respuesta a esta pregunta nos parece fundamental, ya que de ella dependerá en gran medida la efectividad de la enseñanza.

Después de complejas reflexiones sobre esta cuestión, nuestra respuesta es afirmativa. Pensamos que sí es posible dar a nuestros

egresados una formación ética, siempre y cuando se cumplan ciertas condiciones.

De acuerdo con los postulados modernos de la Psicología, la Antropología, la Sociología y la Filosofía, la estructura moral del individuo se gesta principalmente durante sus primeros años de vida y adquiere consistencia durante la adolescencia y la juventud, para ponerse a prueba en la edad adulta. Coincidimos en esto con la mayoría de los autores; sin embargo, pensamos que si no es dable modificar la estructura moral del estudiante (caso que fuera necesario), se puede por lo menos dar cierta reorganización a sus principios.

Dicho de otra manera, sólo será posible formar profesionales científicos y humanistas si desde antes de ser admitidos en la Facultad cuentan con un criterio moral de alguna clase.

Por tanto, la selección de alumnos de nuevo ingreso es decisiva. En el caso de medicina, dicha selección tiene un aspecto natural, pues son bien conocidas las exigencias de la carrera (duración, complejidad, trabajo nocturno, estudio constante, esfuerzo, renunciación a satisfactores que ya tienen a esa edad estudiantes de otras carreras) y la inseguridad del futuro con la especialización como mira, la mezquindad de los salarios institucionales y la saturación del mercado de trabajo.

Si alguien, después de revisar estas cuestiones expuestas en pláticas de orientación vocacional y durante el curso propedéutico para aspirantes, insiste en su propósito, tendrá todavía que pasar un examen de selección que tiene como fin ajustarse a un perfil preconcebido.

En los alumnos que superan estos pasos iniciales, cabe suponer —con muchas probabilidades de acierto—, un interés legítimo por estudiar medicina y buena disposición a la renuncia de satisfactores materiales inmediatos.

Un cálculo conservador nos permite aceptar que este complicado sistema de admisión selecciona por lo menos a un 90% de individuos con estructura moral susceptible de ser orientada. El toque final quedará a cargo del modelo de enseñanza que se utilice.

En nuestro concepto los programas de ética tienen que ser aplicados a lo largo de toda la carrera. Las clases tienen que ser objetivas,

con participación franca de los alumnos que se enfrentarán a los problemas éticos más frecuentes de la práctica diaria y recogerán a través del razonamiento, los elementos técnicos necesarios para encontrar sus propias soluciones.

Las clases de ética no pueden permanecer como materia aislada. La acción reformadora tiene que apoyarse en múltiples elementos que conforman el entorno. Una escuela con maestros éticos orienta de manera espontánea, casi por contagio, el pensamiento de los alumnos hacia la ética. En el caso contrario todo es al revés. La conformación del ambiente comprende una educación científica integral reforzada por nociones humanistas que se obtienen a través de cursos de psicología y psiquiatría, discusión sobre prácticas clínicas desde la perspectiva psicológica, filosófica y social y un programa cultural paralelo integrado al plan de estudios.

CONCLUSIONES

1. La ética es inseparable del buen ejercicio médico.
2. Alguna forma de enseñanza de la ética debe ser incluida en los programas de estudio.
3. La ética no puede ser una asignatura aislada en un año dado, sino que tiene que ser impartida a lo largo de toda la carrera.
4. La participación activa de los alumnos es también indispensable.
5. No aprobamos la deontología que se basa en normas invariables preestablecidas (Juramento Hipocrático, Declaración de Ginebra, decálogos y listas), sino que damos preferencia a la teleología (doctrina de las causas finales) favoreciendo que el alumno reflexione

y encuentre su manera particular de propiciar el bien de los demás.

6. Esto permite reorientar de manera adecuada los principios morales que están latentes en un buen porcentaje del alumnado.

7. El sistema de enseñanza adoptado por nuestra facultad es todavía muy reciente y sus resultados están por evaluarse.

REFERENCIAS

- ¹ Lain Entralgo Pedro, *Historia de la Medicina*. Barcelona, Salvat Editores. 1978. pág. 132.
- ² Schopenhauer Arthur, Colección "Sepan Cuántos" No. 455. México. Editorial Porrúa. 1984. pág. 307.
- ³ Cano Valle Fernando, "Ética en la enseñanza de la medicina", *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 1986; 29 (3): 112-114.
- ⁴ Harman Gilbert, *La naturaleza de la moralidad*, UNAM, México. 1983. pág. 25.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Acuña Héctor R., "Ética Médica y Educación Médica", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1981; 90 (6): 471-477.
- ² Brown J.H.U., "Medical Schools in Crisis" *Evaluation and Health Professions*. 1988; XI (2): 147-171.
- ³ Bunge Mario., *Ética y Ciencia*. Buenos Aires. Editorial Siglo XX, 1986.
- ⁴ Irwin W.G., McClelland R.J., Stout R.W., Stehendorf M., "Multidisciplinary Teaching in a Formal Medical Ethics Course for Medical Students". *Journal of Medical Ethics*. 1988 14: 125-128.
- ⁵ Osborne L.W. and Martin C.M., "The Importance of Listening to Medical Students Experiences When Teaching Them Medical Ethics". *Journal of Medical Ethics*. 1989; 15: 35-38.
- ⁶ Pérez Tamayo Ruy, "Ética Médica", *Boletín Científico del Sur*. 1987; 14 (4): 110-125.
- ⁷ Rainbolt George W., "Competition and the Patient Centered Ethic". *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1987; XII: 85-99.
- ⁸ Sánchez Meda Luis, "Los pecados capitales de los médicos". *Gaceta Médica de México*. 1978; 114 (7): 334-340.
- ⁹ Wittgenstein Ludwig, "Conferencia sobre ética", *Persepolis contemporáneo I*. Barcelona. Ediciones Paidós, ICE de la Universidad de Barcelona. 1989.

Enseñanza de la ética en la carrera de medicina*

Rubí Libreros de López**

Hoy más que nunca, el ejercicio de la medicina es más que la aplicación de un conocimiento científico y tecnológico. Los conflictos sociopolíticos, económicos, culturales y religiosos del mundo actual, exigen del médico una revaloración de su profesión en un sentido humanístico, que le permita ejercer su arte con amor y creatividad estableciendo con sus pacientes una relación de solidaridad, respeto y crecimiento personal.

Medicina *enajenada*, *deshumanizada*, son términos que escuchamos de los pacientes para expresar su profunda frustración ante una práctica profesional y un sistema de atención a la salud que parecen ignorar la soledad, el miedo y la ansiedad del hombre, cada vez más vulnerables a las amenazas de un medio ambiente físico y psicológico hostil y poco adecuado a sus más auténticas necesidades.

Las nociones de lo bueno, lo malo; la concepción del hombre y el mundo de la cual deriva toda escala de valores, es gestada desde los primeros años de vida en el ambiente familiar, cultural, en el cual se desarrolla el individuo; por tanto, al llegar a la Universidad, el joven ya tiene importantes puntos de referencia para normar su conducta.

Una clase teórica sobre ética no pasa de ser eso, una clase teórica con un número de crédi-

tos que el alumno debe cubrir. Pero ¿cumple realmente el propósito de dar al alumno elementos afectivos, formativos, que le permitan posteriormente una práctica profesional integral y humanística tal como lo plantea el perfil médico del currículo?

Con dificultad podríamos responder afirmativamente; por tanto es necesario replantear el qué, cómo, cuándo, en la enseñanza de la ética dentro del plan de estudios del futuro médico.

Una propuesta interesante sería ampliar las oportunidades y los espacios de reflexión sobre las situaciones humanas que el médico vive en su práctica profesional y sobre las cuales tiene que decidir éticamente.

Estos espacios de reflexión se darían dentro de cada una de las áreas del conocimiento (como se organizan la mayoría de los currículos de la carrera, área básica, medicina, cirugía y pediatría) y se programarían como mesas redondas, grupos de discusión, etc. que abordarían los conflictos éticos más frecuentes en el área de estudio. La propuesta sería: a) un curso formal de ética cuyos contenidos serían los conceptos fundamentales y los principales sistemas éticos a través de la historia, tal como se propone en el programa actual de nuestra universidad y ubicado en el último semestre de los años básicos (4o. semestre); b) a continuación y con tiempos contemplados en cada uno de los programas de las clínicas, los espacios de discusión mencionados anteriormente.

*Trabajo presentado en la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM. Colima, Col. 27 de julio de 1990.

**Jefe del Depto. de Medicina del Centro Biomédico de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Como temas fundamentales de discusión se proponen entre otros, los siguientes:

- Salud y Enfermedad, La Salud: Derecho o Mercancía.
- Experimentación-Eugenesia.
- El Uso del Poder en la Psicoterapia, Psicofármacos.
- Esterilización, Control de la Natalidad, Aborto.
- Medicina Técnica.
- Ética Sexual.
- El Dolor, La Muerte, Fronteras de la vida.
- Trasplante de Organos.
- Eutanasia.
- Secreto Profesional.

Este proceso de reflexión permitiría al alumno un mayor contacto consigo mismo y por tanto, una autoconciencia progresiva de su jerarquía de valores, revisando y renovando sus conductas personales en un proceso de crecimiento y madurez necesarios no sólo como médico sino en su vida personal.

En un enfoque más general del problema, mencionaremos los siguientes aspectos que influyen en la formación ética del alumno.

1. ASPECTOS CURRICULARES

La forma como se organiza el curriculum (favoreciendo o no a una concepción integral del paciente, haciendo énfasis en la salud o la enfermedad y sus condicionantes psicosociales, el diagnóstico o el tratamiento, el papel del médico en su colectividad, etc.) y la importancia que se da a cursos de alto contenido humanístico, todo en su conjunto, conlleva poderosos mensajes sobre los fundamentos filosófico-culturales de la práctica médica, que no en pocas ocasiones están en conflicto con la no-

ción integral, humanística, ética que explícitamente queremos dar al alumno.

2. ASPECTOS VOCACIONALES

La práctica profesional, idealmente debe ser un factor de gozo y crecimiento personal. El ejercicio ético de la medicina, además del factor vocacional, demanda del profesional factores de personalidad tales como una inteligencia clara, un grado razonable de salud mental, responsabilidad, actitud de respeto hacia sí mismo y los demás.

Si en la selección de aspirantes a la carrera, aparte de los aspectos de vocación y conocimientos, se toman en cuenta entre otros los factores mencionados, tendríamos un terreno fértil para una labor educativa integral con futuros profesionistas conscientes y maduros para decidir con libertad y responsabilidad sobre la moralidad de sus actos profesionales y/o personales.

3. EL MAESTRO COMO MODELO

Por último, recordando aquello de: *se educa con el ejemplo*, podríamos preguntarnos todos aquellos que intervenimos en cualquier momento de la formación de nuestros alumnos: ¿qué modelos personales de ejercicio profesional planteamos a nuestros alumnos? ¿somos congruentes entre el decir y el hacer? ¿creemos realmente en aquello en que teorizamos? ¿cuándo las ideas y las palabras están respaldadas por un quehacer concreto y congruente y realmente creemos en aquello que enseñamos? Sólo así, estos elementos afectivos que queremos imbuir en nuestros alumnos tendrán el valor de puntos de referencia sobre los cuales ellos deciden su camino para llegar a ser lo más importante de todo: *Hombres Integros*.

La enseñanza de la ética moderna

José Manuel Vidal Gual *

Es el destino del hombre moderno vivir con un gran poder resultado de sus alcances científicos. Deberá ser prudente para resistir la idea de que todo lo que puede hacerse debería hacerse; aun así, la renuncia radical al poder es improbable y puede ser tan irresponsable como la codicia por el poder. Aprender a vivir con un poder sin precedentes es probablemente la empresa más difícil que el hombre contemporáneo tiene para sí mismo.

Shinn R.L.
1972

Resumen. El resurgimiento del interés en la Ética médica que se observa en muchas partes del mundo hace que reflexionemos acerca de los factores ligados a éste, tanto de aquellos relacionados con la práctica médica en sí, como de los que estando fuera de la medicina, influyen sobre ésta. Las influencias que determinan los principios éticos, se clasifican en: filosóficas, socioeconómicas, educativas, las derivadas de la práctica y avance del conocimiento médico, los cambios en la relación médico-paciente y la influencia de los medios de comunicación masiva. Se recalca, por su importancia, la influencia del positivismo, de la ética utilitarista, el surgimiento de la "bioética", de los centros de investigación en bioética, y los cambios en el modo de abordaje de los problemas ético-médicos. Se revisan también los cambios político-económicos, la participación estatal en la atención a la salud y el cambio hacia la medicina socializada. En el área educativa, la importancia del perfil profesional y la influencia del conductismo. En el área del conocimiento, los profundos cambios científico-tecnológicos acaecidos en las últimas décadas; la mayor participación de los pacientes en las decisiones que involucran a su salud y la influencia de la prensa y la televisión en la divulgación de los aciertos y fallas en la atención médica. La segunda parte del trabajo explora, como consecuencia de lo expuesto, la necesidad de la enseñanza de la Bioética, los objetivos educacionales que involucraría, las estrategias educativas que están utilizándose en diversos sitios y las posibles formas de evaluar este aprendizaje.

INTRODUCCION

En los últimos años y en diversas partes del mundo, se ha observado un resurgimiento del interés en el componente ético de la profesión médica, después de un periodo en que parecía tener escasa importancia. Las publi-

caciones al respecto son cada vez más numerosas, sobre todo a partir de 1971, y en ellas predomina el interés por problemas asistenciales y de investigación más que por cuestiones relacionadas con la enseñanza de la ética. Esta inquietud, que apenas comienza a observarse en nuestro país, está condicionada por diversos factores que la explican.

En este trabajo se señalan, en primer término, los principales factores que han influido en este resurgimiento; y en segundo término, se analizan los aspectos básicos de la enseñanza de la ética en la actualidad.

* Srta. de Educación Médica, Pac. de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Hospital José Ma. Morelos y Pavón, ISSSTE. Se agradece el valioso apoyo del Centro de Información Científica y Humanística de la Universidad Nacional Autónoma de México, para la obtención del material bibliográfico.

I. CONDICIONANTES DEL RESURGIMIENTO DE LA ÉTICA MÉDICA

Las posturas que se adoptan ante los problemas éticos de la profesión médica son resultantes de un sinnúmero de influencias. De entre todas ellas hay algunas que por su importancia merecen ser destacadas. Para fines analíticos se ha considerado útil la agrupación de las influencias más importantes en áreas específicas.

Las seis áreas fundamentales a considerar son: filosófica; socioeconómica; educativa; de la práctica y conocimiento médicos; de la relación médico-paciente y de la comunicación masiva.

Área filosófica

—El enfoque filosófico positivista y neopositivista ha influido durante muchos años en la estructuración de planes y programas de estudio de medicina. Estos enfoques tienden a eliminar todo aquel saber que no llene los postulados del "hecho positivo" (verificable, observable, reproducible, cuantificable) por considerarlo anticientífico.¹ Típica de esta postura es la afirmación de Wittgenstein, quien considera a "las cuestiones filosóficas como pseudocuestiones que hay que disolver, y es precisamente tarea de la filosofía hacer desaparecer esos pseudoproblemas y descartarse a sí misma, como pretensión de decir algo distinto del discurso científico".² Esta actitud totalizadora y monopolica del conocimiento que pervive en algunos ambientes académicos, ha sido ya criticada, y gráficamente descrita por Ortega y Gasset como el *terrorismo de los laboratorios*,³ porque así se privilegian los contenidos curriculares de "hechos positivos", pero se marginan los humanísticos y éticos, que no pueden sujetarse a dichos postulados.

—El auge de la ética utilitarista, predominante en la filosofía académica de los EE.UU., y que resalta la importancia de la productividad sobre otros valores, ha sido cuestionada más recientemente, dando lugar al resurgimiento de la ética neokantiana y a la de la fenomenología de Husserl.⁴

—La postura filosófica relativista llevada a su extremo, el *relativismo moral*, conduce necesariamente al cuestionamiento de todos los valores impidiendo ya en principio, cualquier análisis que redunde en la integración de una plataforma ética común para la atención profesional de los pacientes, quienes resultan así perjudicados.

—El surgimiento de un concepto más amplio de la ética, la *bioética*, acuñado por Van Renselaer Potter en 1971, como "campo interdisciplinario de estudio, que involucra un sinnúmero de problemas creados por el progreso, su repercusión en la sociedad y en su sistema de valores; un nuevo mecanismo de coordinación e instrumento de reflexión para orientar el saber biomédico y tecnológico, en función de una protección cada vez más responsable de la vida humana".⁵

—La creación y extraordinario desarrollo de los centros internacionales de investigación en bioética, los dos primeros de los cuales fueron el "Hastings Center" de New York, fundado en 1969 por el filósofo Daniel Callahan y el psiquiatra Willard Gayling; y el "Kennedy Institute" de Washington fundado en 1971 por el Dr. André Hellegers, contando con la ayuda económica de la Joseph Kennedy Jr. Foundation.

—El resurgimiento de la religiosidad en EE.UU. y en América Latina, cuya participación en la interpretación de los procesos de salud-enfermedad comienza nuevamente a considerarse.⁶

—Más recientemente, y como producto de experiencias insatisfactorias, se ha desplazado el centro del análisis ético médico de la ética abstracta (que puede originar discusiones y agrias discrepancias) para ubicarse preferentemente en la discusión de casos concretos, la *casuística*, con la intención de concretar acciones que repercutan de inmediato en el beneficio de los pacientes.⁷

Área socioeconómica

—La entrada de la salud al campo de la macro-economía (para algunos, con el plan Beveridge) cambió el concepto de *individuo en buena salud*, para el Estado por el de Estado

para el individuo en buena salud, la salud se convierte en un desembolso de gran cuantía, a nivel de grandes partidas del presupuesto estatal.⁸ Así, el Estado decidirá sobre el destino de su utilización, mismo que repercutirá en la atención a la salud, conforme a sus criterios políticos de prioridad, originando la *ética de Estado*, vgr.: ¿Hasta que edad se aceptarán pacientes como candidatos a transplante renal? Esto lo define el Estado con base en criterios de probable productividad del beneficiario del transplante.

—El papel del *Estado benefactor*, en la atención a la salud, fuertemente cuestionado en las sociedades capitalistas y cuya solidez económica se ha deteriorado en muchos sitios debido a la denominada *crisis fiscal del Estado*. Esta ha obligado a reducir gastos sociales y a acudir a estrategias de menor costo, a la participación del usuario de los servicios en algunas de las decisiones, a la promoción del autocuidado.⁹

—La enorme desigualdad en el desarrollo de los países capitalistas en la década de los 50 y 60, que finalmente desembocó en la necesidad de analizar las relaciones sociales de producción; de revisar los fines del desarrollo económico, y de cuestionar la desigual distribución de la riqueza y de los beneficios de la ciencia médica. Las críticas del *cientificismo* y de una concepción positivista de la ciencia como un saber universal, empírico, atemporal y libre de valores.

—La consolidación de la atención médica dependiente de la seguridad social, en algunos países indudablemente ha beneficiado a grandes segmentos de la población, pero no está exenta de que la masificación y en ocasiones el eficientismo, acarreen problemas ético-médicos: la deshumanización, la pérdida del secreto profesional, el burocratismo.¹⁰

Area educativa

—El predominio del enfoque económico sobre el humanista en la educación, reafirmando la importancia de lo real sobre lo ideal.¹¹ En consonancia con este enfoque se asigna una rentabilidad al sistema de enseñanza, se analizan cuidadosamente las relaciones entre la oferta y demanda en el mercado de trabajo

del profesionista médico y se racionalizan los recursos disponibles, para así cubrir todos los niveles de atención en forma equilibrada.¹² Así, el valor rentabilidad de la enseñanza es prioritario, y los otros se le subordinan.

—La importancia que comienza a cobrar, a partir de la década de los 70, el concepto de *perfil profesional*, como elemento básico en la planeación curricular de la carrera de medicina.¹³ Este perfil incluye múltiples características que puede agruparse en tres áreas fundamentales. La del *ser* (en la que se ubican los valores que el médico debe poseer, entre ellos los éticos); el *saber* (la suma de conocimientos actualizados que utilizará en la atención a los pacientes a su cargo); y las del *saber hacer* (las destrezas que deberá demostrar en su práctica profesional).¹⁴

—Se ha redescubierto así que los pacientes, los médicos y los estudiantes de medicina reconocen, como fundamentales en la caracterización de los profesionales médicos, a los valores éticos.

—El auge del conductismo en la enseñanza médica, que sin rebasar demasiado lo observable, en especial lo biológico, no concede mayor interés al estudio del valor ético de los actos médicos.

Area del conocimiento médico y la práctica profesional en general

—El avance extraordinario de la ciencia y la tecnología al servicio de la atención médica, plantean situaciones que involucran aspectos éticos antes inexistentes: los trasplantes, la manipulación genética, el momento de la muerte, la prolongación de la vida, etc. Tales avances también condicionan aumento en la iatrogenia clínica, y para Illich de la social y cultural.¹⁵

—El cambio del objeto de la *medicina para el hombre* como ente individual, al de la *medicina para conjunto de hombres*, grupos sociales o comunidades; que puede facilitar la dilución de responsabilidades, la deshumanización o el ocultamiento de fallas. Cuando esta medicina es administrada por el Estado, plantea también la reflexión sobre la *ética del Estado* y sus limitaciones.

—La experimentación en seres humanos, de gran auge en las últimas décadas, ha sido llevada en ocasiones a límites violatorios de la dignidad del hombre, traspasando las fronteras de lo éticamente correcto. Son interesantes las críticas que Beecher hizo de la eticidad de algunas investigaciones realizadas en EE.UU. antes de 1966.¹⁶ Para nadie ha pasado desapercibida la serie de atrocidades que bajo el pretexto de "avance científico", se hicieron durante la segunda guerra mundial, tomando como sujetos de experimentación a seres humanos. Un médico alemán, juzgado y condenado al terminar la guerra, consideraba injusta su sentencia, dado que su proceder había sido "dictado por los intereses supremos de una ciencia sin ataduras".¹⁷ Esto propició la necesidad de leyes y normas para la investigación en humanos, dentro de un marco ético: el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki (ya revisada en Tokio, Venecia y Hong Kong) y la propuesta de normas internacionales de la OMS para la investigación biomédica en sujetos humanos.¹⁸

El surgimiento de los *comités hospitalarios de ética*, propuestos inicialmente por una Pediatra (K. Teel en 1976) y utilizados un año más tarde en el famoso caso de Karen Quinlan, quien permaneció en coma un año como consecuencia de un exceso de drogas y cuyos padres solicitaron la suspensión de la terapéutica que la mantenía con vida artificial. Los comités se consolidaron gracias a las peticiones de la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Hospitales, en 1984.¹⁹

Area de la relación médico-paciente

Algunos de los cambios conceptuales de mayor trascendencia, son los siguientes:

—La mayor participación de la población en el bienestar de la comunidad.

—El surgimiento del concepto de *autonomía de los pacientes*, que conlleva una mayor participación en las decisiones que involucran a su propia salud, dejando atrás a la actitud de sumisión absoluta e incuestionable a las decisiones de su médico.

—La expresión abierta de la inconformidad de los pacientes a la calidad de la atención

recibida, que se expresa mediante demandas legales, y que se intenta amortiguar económicamente mediante *seguros por "malpractice"* adquiridos desde el inicio de la práctica profesional en los países industrializados. Estas demandas legales comienzan ya a observarse en nuestro país y en nuestras instituciones del sector salud, y aunque tratan de resolverse con la discreción que los intereses políticos requieren, no será difícil que conduzcan a la aparición de seguros similares a los descritos.

Esto ha conducido a acciones de los colegios médicos oficiales de algunos países, dando lugar a suspensiones de licencia para ejercer o a sanciones de diversos tipos.²⁰

—El cambio del papel del médico, del *paternalismo* del profesionista que todo lo sabe y decide, al de *corresponsable* de la atención a la salud, conjuntamente con el propio paciente.

Area de la comunicación masiva

El auge de los medios masivos de comunicación ha permitido al público enterarse de una multitud de hechos relativos a la salud y a la enfermedad, así como a los problemas derivados de éstos. En algunos países la televisión y la prensa han convertido en "noticias" de gran interés, aquellos hechos criticables de la práctica médica, alentando así las actitudes de inconformidad y desconfianza. No hace mucho el *New York Times* abordaba el problema de las intervenciones quirúrgicas innecesarias: el auge de las cesáreas, histerectomías, injertos coronarios, implantación de marcapasos, etc., cuestionables en un 20 a 50% de las veces, y la importancia de la segunda opinión, que consiste en recurrir al punto de vista de otro médico, antes de practicar un acto quirúrgico aparentemente necesario, y que por lo demás, ha sido ya enfatizada por los propios profesionales.²¹

II. LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA

Necesidad de enseñanza sistemática de la ética médica

De todos los cambios consignados, se plantean varias interrogantes:

1. ¿Es preciso revalorar la necesidad de la enseñanza de la bioética en escuelas y facultades de medicina del país?

2. ¿Cómo deberá considerarse a esta área del conocimiento dentro del currículo de la carrera; como materia en sí, o como contenidos temáticos a distribuir entre las materias correspondientes?

3. ¿Cuáles deben ser los objetivos básicos de aprendizaje de esta área?

4. ¿Cuáles podrían ser los métodos y estrategias didácticas idóneos para lograr que los alumnos alcancen los objetivos propuestos?

La formación profesional debe asegurar la obtención de médicos capaces de enfrentar los retos presentes y futuros de la bioética. Souza y Machorro²² se pregunta con razón "si sólo bastará con reconocer a la ética como un camino sinuoso, de difícil abordaje e impráctico (y continuar así con el statu-quo), concluir que no se requiere de enseñanza cabal, que se aprenderá con el ejemplo y sin esfuerzo" (y podría añadirse, sin sistematización alguna). Esto implicaría aceptar que los problemas suscitados por negligencia, impericia o imprudencia temeraria, citados por Cruz Coke²³, se resolverán sólo con sentido común, una buena legislación y códigos de ética bien intencionados; o por el contrario, como creemos nosotros, que los problemas éticos cada vez más acuciantes y numerosos y la carencia de conocimientos sólidos de muchos de los que actuamos como docentes, amerita pensar en otras alternativas más efectivas.

Aquí me parece pertinente recordar el pensamiento de Jaime Bernal Villegas, cuando dice con toda razón:

El reto actual como médicos es un reto que tiene dos caras: por un lado hacer una medicina acorde a los avances científicos del momento; por otra, recuperar la autoridad moral ante la sociedad, lo primero hace necesario comprender mejor las ciencias básicas, tener una preparación más científica, lo que implicará estar en condiciones de escoger del mundo biomédico aquello aplicable y de importancia en el manejo de nuestros pacientes, una prepa-

ración de esta naturaleza seguramente nos llevará a entender que no todo lo científico es bueno, ni todo lo bueno tiene que ser científico. Hay que cuidarse igualmente para no entrar en el frecuente proceso del saber más y más, dentro de un campo más restringido, para terminar sabiéndolo todo acerca de nada. El segundo de nuestros retos, recuperar nuestra autoridad ante la sociedad, es aún más difícil dado lo avanzado del retroceso. Lograrlo requiere, el que volvamos a la vida como nuestro único objeto y que dejemos de manejarla como un objeto que se presta a toda suerte de manipulaciones. El médico tiene que convertirse en el abogado, el abanderado de la vida de sus pacientes, cualquier transigencia en ella nos puede llevar, como ya lo ha hecho, a la pérdida de la credibilidad a que hoy en día nos enfrentamos.

El paciente ha de ver en nosotros agentes suyos y de sus intereses, a individuos compasivos, que estemos en capacidad de confortarlo y de ser depositarios benevolentes de sus angustias y temores. Por encima de todo, debemos entonces demostrar que la ciencia como tal no es nuestro objetivo, sino un medio que utilizamos para prestar un mejor servicio, y para obtener en últimas la preservación y mejoría de la calidad de vida de aquellos a quienes servimos.²⁴

No creemos que este cambio de actitud se produzca espontáneamente, sino que tiene que ser provocado mediante la enseñanza sistematizada, al igual que hacemos con los objetivos educacionales pertenecientes al área cognoscitiva y psicomotora.

Experiencias en la enseñanza de la bioética

Vale la pena recordar aquí algunos antecedentes de la enseñanza de la ética médica en nuestro país.

Según Alcántara Herrera, citado por Julio Roldán²⁵ la primera cátedra de ética médica en América se dio en la Escuela Nacional de

Medicina, en 1858. Esta tuvo como primer docente al Dr. Luis Hidalgo y Carpio.²⁶

La intención de contribuir a aclarar deberes y derechos de los médicos, especificados en códigos éticos, se ha hecho presente en varias épocas. Por citar sólo algunos, recordaremos el código de ética médica, que el Dr. Alfredo Montaña publicó en 1919 en la Revista Militar; al de López Esnaurrizar y Octavio Rojas de 1934; al de Gonzalo Castañeda de 1940, y al de Alfonso Guillermo Alarcón de 1951.

Eventos de enseñanza continua dirigidos a personal graduado, también se han realizado en distintas fechas. Entre tales eventos cabe mencionar a la "Semana Quirúrgica de León", realizada por la Academia Mexicana de Cirugía en 1974,²⁷ el Simposio Syntex de "Deontología Médica en México", en 1980²⁸ y el Simposio de la Facultad de Medicina de la UNAM en 1986.²⁹

En diciembre de 1985, la Universidad La Salle fundó la "Academia Mexicana de Bioética", con la intención de servir de centro de investigación, consulta y orientación al respecto.³⁰ Sin embargo, en nuestro país aún son escasas las escuelas o facultades de medicina que cuentan con programas sistematizados de ética médica, (ya no de bioética): La Salle, Anáhuac, U. de Guadalajara, San Luis Potosí y Yucatán, en esta última, a iniciativa de los propios alumnos.³¹

En la revisión y actualización del programa del curso de Posgrado de Pediatría Médica de la UNAM, realizada en 1990, se incluyó por primera vez, un módulo de problemas éticos en pediatría.

En otros países se han producido cambios notables: Veatch mencionaba que en EE.UU., en 1968 había pocas facultades en las que se dieran cursos de ética médica. "La mayor parte de los conocimientos se obtenían en sesiones a la cabecera del enfermo, en las que el médico de más edad transmitía los elementos tradicionales al estudiante". Para 1972, 37 facultades tenían cursos optativos, y dos años después, 47 facultades ya tenían cursos regulares.³²

Desde entonces se ha desarrollado la institucionalización y sistematización de diversos programas. Así se aumentó el número de profesores universitarios que dedican al menos la

mitad de su tiempo a la ética médica; se han creado programas formales, ya sea interdepartamentales e interfacultades; se han desarrollado *Departamentos de Humanidades Médicas*. En 1978 habían ya 40 programas de Humanidades y estaban en fase de organización otros 40 más; se daban más de 1000 cursos de ética médica para pregraduados de medicina, estudiantes de filosofía, religión, biología, sociología y leyes.

En 1988 ya existían 20 centros de ética biomédica en Europa y se estaban organizando otros más en Japón, otros países asiáticos y algunos países en desarrollo.³³

La bibliografía especializada en esta área va constantemente en aumento desde alrededor de 100 artículos anuales en 1960, a 600 en 1980, según Ben Gershom. En la actualidad hay también ya más de 8 revistas periódicas dedicadas a la ética médica, sobre todo europeas y de habla inglesa.

Objetivos y estrategias para la enseñanza de la bioética

Llama la atención ante este resurgimiento "explosivo", el escaso interés de prestigiosos educadores médicos en la formación ética. Se siguen privilegiando los aspectos eficientistas de su formación: la eficacia, la eficiencia, la formación científica básica, la investigación biomédica, clínica y epidemiológica, con escasa o nula mención a los contenidos éticos médicos de la formación del profesional.^{34,35}

Siendo así, es de esperar que la discusión sobre las mejores estrategias y el método didáctico idóneo para esta enseñanza, aún no nazca en algunos países de habla hispana.

La docencia de la ética médica o mejor dicho aún de la bioética, hace referencia a: los objetivos educacionales que el alumno debe alcanzar, al proceso de cómo alcanzarlos, y a la forma de cómo asegurarnos de que realmente los alcanzó.

Los objetivos de la enseñanza de la ética médica pueden enlistarse de varias formas, a continuación se presentan tres de ellos:

El Pond Report (1987),³⁶

1) Impulsar a los estudiantes para pensar ellos mismos acerca de los problemas médico-morales.

2) Ayudarles a objetivar que estos problemas no son materia de opinión personal.

● Comité de universidades americanas,³⁷

Un comité de profesores de 9 universidades americanas, en conjunto con un representante de los Institutos Nacionales de Salud de EE.UU., consideraron en 1985, que el currículum básico mínimo de ética médica debería lograr que el alumno tuviera habilidad para:

1) Identificar los aspectos morales de la práctica médica considerados como vigentes en nuestra cultura.

2) Obtener un consentimiento válido o un rechazo válido del paciente, al tratamiento que se le propone.

3) Identificar el procedimiento a seguir si un paciente es parcialmente competente o incompetente para aceptar o rehusar un tratamiento.

4) Forma de proceder si un paciente rehusa un tratamiento.

5) Decidir cuándo está moralmente justificado no dar información a un paciente.

6) Decidir cuándo está moralmente justificado romper la confidencialidad.

7) Identificar los aspectos morales del cuidado de los pacientes con pronósticos de gravedad, incluyendo los que se encuentren en estado terminal.

Alan G. Johnson,³⁸ propuso en 1983, cinco objetivos básicos, que el alumno debería conocer:

1. La naturaleza de la ética médica

2. Conciencia de los problemas. Enfatizando la importancia de los principios básicos tales como: decir la verdad, mantener las promesas y respetar la dignidad del individuo, la autonomía del paciente, el beneficio, no hacer daño y el principio de justicia.

3. Los mecanismos de toma de decisiones, tales como distinguir entre problemas técnicos y problemas morales.

4. Tener información sobre guías y códigos médicos y las precauciones a seguir.

5. Las bases subyacentes de la ética, convicciones de lo que es recto y erróneo, sistemas de valores, y la responsabilidad.

A estos objetivos generales quizás se podrían añadir algunos más, obedeciendo a necesidades que también consideramos básicas:

1) Identificar las fuentes existentes de información y consulta sobre problemas ético-médicos y dónde se pueden localizar.

2) Identificar el origen, organización y objetivos de un comité de ética de un centro de atención médica.

Por lo que se refiere a las estrategias para la enseñanza de la Ética médica éstas han sido diversas.

Cuando se trata de su aplicación en el área asistencial, se han usado fundamentalmente, la discusión grupal sobre el caso clínico concreto y los cursos cortos.^{39, 40} Cada uno de ellos tiene ventajas y limitaciones; así los cursos cortos tienen los inconvenientes de caer con facilidad en el adoctrinamiento y de sentirse a veces alejados de la práctica diaria, y como ventaja, la de poder revisar en corto tiempo varios tópicos esenciales. La discusión al lado del paciente puede perturbar emocionalmente tanto a los pacientes como al estudiante de medicina, y la discusión abierta de las decisiones puede ocasionar malestar cuando ésta se lleva a cabo imprudentemente.

En el Hospital de Evanston de Illinois, se comenzó a explorar una estrategia didáctica en 1982: los seminarios conducidos por un grupo constituido por un editor experimentado, un experto en ética, un filósofo y un clínico. Posteriormente se le añadieron cirujanos, un neurólogo, enfermeras, trabajadoras sociales y ministros de culto religioso.⁴¹ Al iniciarse el año se proporciona a los inscritos un enlistado de libros de ficción, drama, poesía o ensayos, en los que de uno u otro modo se plantean dilemas ético-médicos. Mensualmente se reúnen para analizarlos, comentarlos y relacionarlos con sus experiencias cotidianas. Esta lista incluye escritos de Solzhenitsyn, Simone de Beauvoir, Camus, Kafka, Chejov, Graham

Greene, Molière, Pomeranz, etc. Las ventajas que han encontrado a este método son varias: el análisis de un autor predispone al análisis de problemas complejos en la medicina; los hechos representados en las obras permiten reconocer perspectivas difíciles de obtener de otra manera; se exponen situaciones médicas y extramédicas en interacción, y la inclusión de médicos practicantes y residentes permite reunir juicios de personas experimentadas y opiniones de la juventud. Sus limitantes son el tiempo requerido para leer los textos, del cual carecen a veces los participantes en el seminario, y que los núcleos de problemas éticos a veces pueden pasar inadvertidos y que es difícil intentar una evaluación rigurosa del aprendizaje.

En la enseñanza de la ética para psiquiatras, se han utilizado tres tipos de estrategias didácticas: a) el modelo, b) el método de casos y c) el seminario sistematizado.⁴² En el modelo, los estudiantes observan, y después imitan los procedimientos establecidos por los médicos más experimentados; en el método de casos se examinan las circunstancias clínicas particulares del caso que requieren de una decisión ética; en el seminario se expone a los asistentes a un cuerpo de conocimientos teóricos y se analiza su importancia en la práctica clínica de la psiquiatría. El Depto. de Psiquiatría de la Universidad de Oxford desarrolla un curso de seis sesiones, cada una de 1½ hrs., en el cual los estudiantes presentan problemas éticos diversos, surgidos de su práctica clínica; a continuación los filósofos explican cómo contemplarían las diferentes escuelas de filosofía el problema expuesto, y finalmente los profesores experimentados seleccionan los problemas éticos relevantes para la práctica profesional, para finalizar con una discusión general.

Más recientemente en 1984,⁴³ los epidemiólogos se han interesado en tratar de definir cuáles serían las guías éticas y el código de conducta a seguir dentro de esta especialidad, y de los que ha carecido hasta la fecha. Se creó un comité de ética en 1985 y se diseñó un formato para detectar necesidades de guías éticas destinadas a epidemiólogos. Este intento es especialmente importante, dada la trascendencia de sus decisiones sobre la salud pública y el bien común, y que no habían

sido analizadas antes, desde el enfoque de la ética.

El proceso de cómo se realiza un juicio ético ya se ha analizado en varios centros con bastante acuciosidad. A la fecha hay tres escuelas, que proponen modelos de desarrollo de un juicio ético, y que aportan elementos valiosos para la enseñanza presente y futura.⁴⁴

Finalmente es preciso analizar cuáles serían las formas más adecuadas para evaluar el aprendizaje de la ética. Howe y Jones⁴⁵ consideran que el problema puede centrarse en dos aspectos: a) la evaluación del aprendizaje de los contenidos del curso, que se aborda mediante reactivos, o ítems similares a los que usamos a diario en la evaluación de los objetivos cognoscitivos; y b) la evaluación de la habilidad para resolver problemas, en este caso éticos, mediante el planteamiento de un caso ético-médico, no discutido durante el curso, y que debe contestarse en un tiempo fijo (35 min.).

De hecho, la evaluación del aprendizaje de la ética involucra aspectos cognoscitivos y afectivos de distintos niveles de complejidad (memorización, interpretación o solución de problemas; recepción, respuesta o internalización), siendo los del área afectiva los más difíciles de evaluar, y para los que se sugiere el uso de la entrevista, el cuestionario y el sociodrama.

Seguramente que la experiencia adquirida en los procesos de enseñanza-aprendizaje de la ética, tan vieja como la humanidad y tan nueva como los retos que nos plantea el presente, servirá para que los médicos sirvamos mejor a la sociedad, ennoblezcamos cada día a nuestra profesión y estemos más satisfechos de haberla elegido como objetivo de nuestra vida.

REFERENCIAS

- ¹ Xirau Ramón. *Introducción a la historia de la filosofía*. 3a. ed., México, UNAM 1987. p. 317-22.
- ² Sánchez Meca Diego. *Aproximación a la Filosofía: Aula abierta*. Madrid. Salvat. 1982. pp. 10.
- ³ *Ibidem* 2. pp. 11.
- ⁴ García, Juan César. "Medicina y Sociedad. Las corrientes de pensamiento en el campo de la salud". *Educ. Med. y Salud*. 1983; 17(4):384.
- ⁵ Abel, Francisco. "Bioética: un nuevo concepto y una nueva

- responsabilidad". *Labor Hospitalaria XVII*. 1985;(196):101-111.
- ⁶ *Ibidem* 4. pp. 385.
- ⁷ Toulmin, Stephen. "Medical ethics in its american context". *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1988;(530):7-16.
- ⁸ Foucault Michel. "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". *Educ. Med. y Salud*. 1976;10(2):153.
- ⁹ *Ibidem* 4. pp. 386.
- ¹⁰ Perera Merino Ricardo. *El caos de la consulta en el Seguro Social*. 3a. ed., México, Editores de Comunicación S.A., 1978.
- ¹¹ *Ibidem* 4. pp. 372.
- ¹² Ferreira, José Roberto. "Análisis prospectivo de la educación médica". *Educ. Med. y Salud*. 1986;20(1):29.
- ¹³ Schiappacasse y Ramírez. "Perfil profesional del médico". *Educ. Med. y Salud*. 1984;18(3):359-370.
- ¹⁴ Facultad de Medicina, UNAM. *Perfil académico profesional del egresado (documento de trabajo)*, México, Fac. Med. 1985:40-41.
- ¹⁵ Illich, Ivan. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. 1a. ed. México, Joaquín Mortiz/Planeta, 1984.
- ¹⁶ Rothman, David. Ethics and human experimentation. *New Engl. Jour. of Med.* 1987;317(19):1195-99.
- ¹⁷ Berzowska, Jadwiga y Czech, Danuta. *KL Auschwitz seen by the S.S. W Oswiecimiu*, Publications of Panta Nowe Muzeum. 1978; p. 233.
- ¹⁸ Apéndices. "Declaración de Helsinki enmendada por la 41a. Asamblea Médica Mundial en Hong Kong 1989". *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1990;108(5 y 6): 625-639.
- ¹⁹ Tealdi, Juan Carlos y Mainetti, José Alberto. "Los comités hospitalarios de ética". *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1990;108(5 y 6):415-425.
- ²⁰ Instantáneas. "Acción contra los médicos incompetentes". *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1988;104(5):473.
- ²¹ Barron, James. "Unnecessary Surgery". *The New York Times Magazine*. The good health magazine. 1989; Apr. 16:25-46.
- ²² Souza y Machorro, Mario. "Alcances y limitaciones en la enseñanza de la ética médica". *Memorias de la XI Conferencia Panamericana de Educación Médica*. Federación Panamericana de Asociaciones y Facultades de Medicina. México, 1980.
- ²³ Cruz Coke, Ricardo. "Responsabilidad penal del médico y ética médica". *Rev. Med. Chile*. 1980;(108):1147-1150.
- ²⁴ Bernal Villegas, Jaime. "¿Bioética o matando el miedo?". *Universitas médica*. 1981;23(3):179-183.
- ²⁵ Roldán, Julio. *Ética médica*. México, Ediciones Universidad La Salle. 1984.
- ²⁶ El dilema moral y el médico mexicano (Editorial). *Revista el médico*. 1975, octubre: 7-8.
- ²⁷ *Ibidem* 26.
- ²⁸ Simposio Syntex. *La Deontología médica en México*. 1a. ed. México, Talleres Lito-Offset Estilo. 1980.
- ²⁹ Simposio "Ética en medicina". *Rev. Fac. Med. UNAM* 29. 1986;29(3):105-48.
- ³⁰ *Revista Médica La Salle*. 1986; 7(24).
- ³¹ Kathy Porter, José y de la Escosura, Gabriel. *Panorama Bioético en México*. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1989; 108(5 y 6): 556-65.
- ³² Veatch, Robert M. *Ética Médica. J.A.M.A. en México*. 1978; 3(4): 286-288.
- ³³ Callahan, Daniel. "The development of biomedical ethics in the United States". *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1988; (530): 1-3.
- ³⁴ *Ibidem* 12. pp. 26-39.
- ³⁵ Andrade, Jorge. "Marco conceptual de la Educación Médica en América Latina. La planificación de la salud y de los recursos humanos. (3a. y 4a. parte)". *Educ. Med. y Salud*. 1978; 12(3): 223-251 y 1979; 13(1): 1-33.
- ³⁶ Doxiadis, Spyros. "The teaching of medical ethics". *Med. Educ.* 1978; (22): 85-87.
- ³⁷ Special Report. "Basic curricular goals in medical ethics". *The New Eng. Jour. of Med.* 1985; 312(4): 253-56.
- ³⁸ Johnson Alan. "Teaching medical ethics as a practical subject, observations from experience". *Jour. of Medical Ethics*. 1983; (9): 5-7.
- ³⁹ Siegler Mark. "A legacy of Osler: Teaching clinical ethics at the bedside". *J.A.M.A.* 1978; 239(10): 951-956.
- ⁴⁰ Law SAT. "The teaching of medical ethics from a junior doctor's viewpoint". *J. Med. Ethics*. 1985(11): 37-38.
- ⁴¹ Radwan Steven M. and Hadelson Bernard. "The use of literary classics in teaching medical ethics to physicians". *J.A.M.A.* 1987; 275(12): 1629-44.
- ⁴² Bloch S. "Teaching psychiatric ethics". *Med. Education*. 1988; (22): 550-553.
- ⁴³ Soakolne Colin. "Epidemiology. Questions of science, ethics, morality and law". *Am Jour of Epidemiology*. 1989; 129(1): 1-18.
- ⁴⁴ Drane James F. "Métodos de ética clínica". *Bol. Of. Sanit. Panam.* 1989; 108(5 y 6): 415-26.
- ⁴⁵ Howe Kenneth R. y Jones Martha S. "Techniques for evaluating student performance in a preclinical medical ethics course". *Jour. of Med. Educ.* 1984; (59): 350-52.

Ética en la investigación clínica*

Gabriel Contel Gallo**

Resumen: La ética en la investigación clínica, es el conjunto de valores morales que rigen las relaciones de los investigadores clínicos en su tarea de construir el conocimiento. Estas relaciones, se dan en dos vertientes, una entre el investigador y la persona que va a ser sujeto de estudio y la otra con su comunidad científica. En la moralidad de su relación con los sujetos de estudio existen dos fueros, el externo, regulado por el código civil y los comités de investigación, y el interno, que depende exclusivamente de los valores éticos del investigador. Los principios básicos pueden sintetizarse en tres: a) amplia fundamentación científica y capacidad técnica, b) libre consentimiento otorgando previa información y c) balance positivo entre el beneficio y los riesgos de la investigación. Para garantizar que un protocolo de investigación cumple con todos los requisitos que la ética impone, se recomienda que las instituciones cuenten con un comité de investigación y que existan normas explícitas para la evaluación del riesgo ético. El principio que gobierna la ética en la publicación de los resultados es la honradez. Para un comité editorial es extraordinariamente difícil detectar los posibles informes fraudulentos y la principal responsabilidad del autor es presentar datos fidedignos y científicos. Sin embargo, deberemos analizar los trabajos con confianza y buena fe.

Siendo la ética por definición aquella parte de la filosofía que trata de la moral, y siendo ésta la ciencia que enseña las reglas normativas para hacer el bien y evitar el mal, me referiré a la ética en la investigación clínica como todos aquellos valores morales que rigen las relaciones de los investigadores clínicos en su tarea de construir el conocimiento científico.

MORALIDAD EN LA RELACION INVESTIGADOR-SUJETO DE ESTUDIO

En este sentido existen dos fueros o conjuntos de leyes, el primero o fuero externo que

está regulado por el Código Civil en lo general y por los comités de investigación en lo particular, y el fuero interno, que dependen única y exclusivamente de los valores morales intrínsecos del investigador; este último es aquí el más importante, pero a su vez el más difícil de evaluar.

Los principios básicos de la ética en esta vertiente, tienen su antecedente en el contenido de los documentos del Código de Nuremberg, de la declaración de Helsinki y su modificación en Tokio y expresados en nuestro Código Sanitario Mexicano, y pueden sintetizarse en tres:

1) El estudio a realizar debe tener amplia fundamentación científica y experimental y el investigador debe haber tenido un entrenamiento previo y adecuado en las disciplinas médica y científica.

*Trabajo presentado en la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM. Colima, Col. 26-28 julio de 1990.

** Coordinador de posgrado Universidad de Guanajuato.

2) El sujeto de estudio, ya sea paciente o individuo sano, debe ser informado en cada caso para que entienda su participación y otorgue libremente su consentimiento, el cual puede retirar si así conviene a sus intereses. En el caso de individuos no capaces de otorgar su consentimiento, lo darán sus tutores o responsables.

3) Los riesgos en los que se exponga la vida, la integridad psicosocial o la salud, deben equilibrarse justamente con la ganancia de nuevos conocimientos invertibles en beneficio del individuo o la comunidad.¹

En resumen, estos principios son: fundamentación científica y capacidad técnica, libre consentimiento otorgado previa información y un coeficiente de riesgo/beneficio siempre favorable para el paciente.

Voy a referirme un poco más extensamente a los aspectos del libre consentimiento otorgado previa información y al riesgo/beneficio.

CONSENTIMIENTO OTORGADO PREVIA INFORMACIÓN

La doctrina del libre consentimiento otorgado previa información es el elemento nuclear de la relación entre el paciente y el investigador y en general, entre el paciente y su médico; es la piedra angular para que el paciente pueda tomar su mejor decisión y requiere de una amplia exposición y comprensión de la información, al igual que de una toma de decisiones voluntaria y competente.² Se han propuesto dos modelos para implementar este consentimiento, que si bien se refieren básicamente a la autorización del paciente para someterse a las diferentes modalidades de tratamiento médico, sus principios pueden extrapolarse a la situación científica en la que un individuo debe decidir su participación en un experimento.

El primer modelo se refiere a un acto único que se realiza en un lapso circunscrito, habitualmente corto, inmediatamente antes de la administración del tratamiento; que proporciona información a los paciente en ese momento y que satisface los requerimientos legales. Este modelo tiene como ventajas que provee, tanto al médico como al paciente, de una

clara idea de sus responsabilidades y privilegios, no interfiere con la relación ordinaria entre ambos y contiene un documento que le da al médico cierta protección en el supuesto de litigio. Sus problemas principales consisten en que frecuentemente los pacientes no entienden la información y sienten que su decisión no es realmente requerida; por su parte, los médicos sienten que el consentimiento es una pérdida de tiempo y que le confiere a su relación más aspecto burocrático y menos humano. Este modelo considera el consentimiento como un evento y es el más frecuentemente empleado en la clínica y en la investigación.

El segundo modelo, que considera el consentimiento como un proceso y depende del cuidado continuo y de la participación activa del paciente, tiene tres prerequisites: el médico debe cambiar el estilo de interacción del paternalista a uno más colaborativo; el paciente y el médico deben procurar entender sus diferencias culturales y ambos deben ser capaces de establecer sus metas y expectativas acerca de los tratamientos.^{2,3} Este modelo implica una interacción más efectiva y por supuesto un mayor consumo de tiempo, pero representa para el paciente una mejor oportunidad para que su consentimiento, libremente otorgado, sea verdaderamente informado.

Aunque este último modelo podría no ser aplicable a todas las circunstancias en la investigación clínica, debe hacernos recapacitar en los planteamientos que actualmente hacemos a los pacientes para su colaboración, que cuando se solicita, habitualmente es precedida de una escasa información y que en ocasiones se limita al enunciado del procedimiento, seguido de la firma del documento.

PONDERACIÓN DEL RIESGO/BENEFICIO

La ponderación del riesgo/beneficio debe fundamentarse en dos principios que son el de evitar el mal y hacer el bien, denominados por algunos autores como —no-maleficencia y beneficencia—. El principio de evitar el mal, está asociado con la máxima Hipocrática de "primum non nocere", primero no hacer daño,

y el de beneficencia, requiere no solamente de evitarles el mal a los paciente, sino de una búsqueda continua de su bienestar.^{4,5,6}

Existe acuerdo general de que los estudios clínicos controlados y aleatorizados siguen siendo los mejores métodos científicos para evaluar los riesgos y beneficios de las innovaciones médicas, y la ética requiere que cada uno de estos ensayos inicie con una honesta hipótesis de nulidad. Es necesario que el investigador clínico se encuentre en un genuino estado de incertidumbre en relación a la utilidad de los tratamientos; si un médico sabe que estos tratamientos no son equivalentes, la ética exige que se otorgue el mejor.

Esta incertidumbre y la suposición de equivalencia de los tratamientos, es una condición indispensable en todas las circunstancias de investigación clínica; si se trata de ensayos sobre varios tratamientos, la equivalencia debe existir en todos los grupos, de otro modo, es obligatorio suprimir las opciones menos buenas. Si durante el curso del estudio se aprecia que esta equivalencia no es tal, la investigación debe terminarse y a todos los sujetos debe ofrecérseles el tratamiento superior. También se ha argumentado fuertemente, que un estudio con placebo es ético solamente en aquellas condiciones para las cuales no existe un tratamiento conocido.

Es importante enfatizar, que la equivalencia incierta es una condición ética de todos los ensayos clínicos controlados, sean éstos o no, azarizados, cegados o con empleo de placebo.^{6,7,8}

Hasta este punto de la presentación, ¿cómo puede garantizarse que un proyecto de investigación clínica cumple con todos los requisitos que la ética impone?

Dos recomendaciones son importantes:

1o. Las instituciones deben contar con un comité de investigación cuyas funciones, además de asegurar que el proyecto de estudio que se presenta para su aprobación cumple con los requisitos que la ciencia exige para una correcta prueba de hipótesis, analice con profundidad el protocolo, para garantizar también que los derechos de los sujetos de estudio sean respetados. Se sugiere que estos comités estén integrados por un mínimo de 5 y un máximo de

12 miembros, y que entre éstos se incluya un médico general, una enfermera y una persona no profesional.⁹

2o. Deben existir normas explícitas para la evaluación del riesgo ético de los proyectos, sugiriéndose el uso de instrumentos guías para la estimación de los riesgos, como el propuesto por Castilla-Serna y colaboradores, en el que plantean un sistema de puntaje aditivo empleando 10 condiciones básicas que a continuación se enuncian:

1. Consentimiento voluntario del sujeto.
2. Balance positivo entre beneficio y riesgos.
3. Bases experimentales obtenidas en animales.
4. Sufrimiento físico o mental del sujeto de estudio.
5. Riesgo de que la experiencia ocasione secuelas indeseables.
6. Ruta crítica de la investigación.
7. Inclusión de grupos de control.
8. Calidad científica y moral de los investigadores.
9. Bases científicas de la experimentación.
10. Características del patrocinio financiero.

A cada una de estas condiciones se les asigna un puntaje del 0 al 2 y en la medida que el proyecto se aproxime a una calificación global de 20, la seguridad que puede tener el comité evaluador de que se está ante un protocolo que guarda las especificaciones éticas que se requieren, es mayor.¹

MORALIDAD EN LA RELACION INVESTIGADOR-COMUNIDAD CIENTIFICA

Esta es la segunda vertiente de relaciones del investigador clínico y la última que abordaré en mi exposición, y se refiere al código moral que rige al médico al escribir y publicar los resultados de sus estudios.

A este respecto, el manual de ética del American College of Physicians señala lo siguiente:

"Los científicos deben emplear métodos

científicos válidos al hacer sus descubrimientos o al confirmar el trabajo de sus predecesores. Pueden proceder con confianza solamente si asumen que los hechos anteriormente reportados, en los cuales fundamentan su trabajo, son verdaderos. Todos los investigadores tienen la responsabilidad profesional con sus contemporáneos así como con los futuros científicos, de registrar sus observaciones para asegurar que sus conclusiones están justificadas por los datos y de publicar su material en la revista periódica. Nuevamente, el principio que gobierna la ética en la publicación es la honradez: sólo observaciones que en verdad sean hechas pueden ser reportadas; el manuscrito debe dejar bien claro cuál información proviene del trabajo del autor y cuál proviene del trabajo de otros (y dónde fue publicada); los lectores deben estar seguros que la investigación se efectuó de acuerdo con los principios éticos; y el derecho de autor debe asignarse solamente a personas que lo merecen y lo aceptan.¹⁰

Por otro lado, parece imposible para el Comité Editorial de una revista médica científica detectar las posibles publicaciones fraudulentas; a menos que un autor fabrique resultados manifiestamente falsos o adulterados, habitualmente no es posible que un revisor editorial detecte el problema. Por esta razón dichos comités no tienen otra alternativa que confiar en la actitud honorable del autor, ya que habitualmente es imposible verificar la certeza de los datos originales referidos en el escrito. Se ha mantenido asimismo la opinión de que el progreso de la ciencia permite corregir los errores previos y por consiguiente, un hecho científico fraudulento será descubierto en un periodo de tiempo relativamente corto, cuando otros investigadores intenten reproducir el estudio original. Las consideraciones anteriores nos llevan a concluir que la principal responsabilidad ética del autor es presentar datos fidedignos y precisos, registrados e interpretados sobre bases científicas, manteniendo en todo momento el principio de honestidad intelectual y científica.¹¹

Sin embargo, terminaré diciendo que si al reproducir un estudio bajo las circunstancias descritas por el predecesor en forma precisa en el material y métodos de su trabajo, obtenemos resultados diferentes, no pensemos de primera intención que nuestro precursor ha cometido un fraude; primero analicemos su diseño experimental y busquemos los posibles errores que hubiese cometido, de no encontrarlos, busquemos las fallas en que pudiésemos haber incurrido nosotros al replicar su estudio, y de no encontrarlas repitamos el experimento, o dejemos que otro investigador lo haga y que sus resultados avalen cualquiera de las observaciones que han resultado contradictorias. De esta manera, podremos mantener la confianza en nosotros mismos, aspecto tan importante en época de crisis.

REFERENCIAS

- ¹ Castilla-Serna L, Jurado-García E, Lora-Aseff I, Ruiz-Maldonado R, Cravioto-Muñoz J. Propuesta de un instrumento guía para la estimación del riesgo ético en los protocolos de investigación en la que participan seres humanos. *Gac Med Mex* 1986;122:93-103.
- ² Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A. Two models of implementing informed consent. *Arch Intern Med* 1968;148:1385-1389.
- ³ Connelly JD. Informed consent. An improved perspective. *Arch Intern Med* 1988;148:1206-1208.
- ⁴ Barry M. Ethical considerations of human investigation in developing countries. The AIDS dilemma. *N Engl J Med* 1988;319:1083-1086.
- ⁵ Angell M. Ethical imperialism? Ethics in international collaborative clinical research. *N Engl J Med* 1988;319:1081-1083.
- ⁶ Rosner F. The ethics of randomized clinical trials. *Am J Med* 1987;82:283-290.
- ⁷ Bracken MB. Clinical trials and the acceptance of uncertainty. *Br Med J* 1987;294:1111-1112.
- ⁸ Freedman B. Equipoise and the ethics of clinical research. *N Engl J Med* 1987;317:141-145.
- ⁹ Robinson RJ. Ethics committees and research in children. *Br Med J* 1987;294:1243-1244.
- ¹⁰ American College of Physicians. American College of Physicians ethics manual. Part 2: The physician and society; research; life-sustaining treatment; other issues. *Ann Intern Med* 1989;111:372-335.
- ¹¹ Velázquez LJ. Redacción del escrito médico. México. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México Federico Gómez 1986:122-123.

La formación de actitudes deseables en la práctica médica

Hilario Cantú Flores*
Carmen García Colorado**

Resumen: En este trabajo se presentan algunas reflexiones acerca de la importancia de reconocer los factores afectivos que intervienen en la formación de las habilidades profesionales. Se argumenta que no basta el proporcionar elementos teóricos sobre psicología y sociología médicas o el contacto con la comunidad para lograr que los alumnos se inclinen a una práctica justa e integral, sino que es necesario abrir espacios curriculares en los que se trabajen las diversas contradicciones entre los contenidos y prácticas educativas y se procesen las emociones de los alumnos frente a la teoría, los pacientes y la comunidad, de manera que se puedan dirigir los esfuerzos hacia la conformación de las actitudes deseables desde el punto de vista de la propuesta del perfil profesional.

Algunos planes de estudio innovadores en Medicina han surgido, entre otras cosas, como una respuesta a las críticas que juzgan a la práctica médica dominante como deshumanizada, burocratizada y reduccionista. Las propuestas de formación apelan a una nueva relación entre la escuela y la sociedad a la que sirven sus egresados, en la que la institución educativa, en lugar de servir como espacio de reproducción de prácticas que suelen ser caducas e injustas, genere un nuevo tipo de profesionistas que cambie la mirada hacia la sociedad en sentido amplio, que incluye a las grandes mayorías desprotegidas, y que sea capaz de establecer una relación más humana con el paciente. Para ello se apela a un discurso como *Salud para todos en el año 2000*, sin mediar en general un análisis de las posibilidades de llegar a este estado ideal y del papel de la educación en ello. Este es el caso del Programa de Medicina General Integral (A 36), en cuya experiencia basamos nuestras reflexiones.

Los espacios reales de formación no parecen favorecer el proceso de cambio hacia esta nueva visión; tal vez aún no contamos con muchos profesionistas que sirvan como modelo e impulso para la acción, ni con los lugares de trabajo en que se inserten los egresados. Las razones para ello no serán discutidas aquí, pero debieran ser estudiadas por los planeadores educativos.

En este contexto, los futuros médicos se forman y adquieren las visiones de las prácticas hospitalarias, en general reduccionistas, aunque también hay que reconocer que se intenta abrir la mirada de los alumnos a través de contenidos curriculares que no eran considerados antes, como la psicogénesis y sociogénesis de la enfermedad.¹ Por otro lado, también se han abierto ámbitos de práctica en la formación del médico como son los centros de salud y la comunidad, con lo que se pretende ayudar al alumno a conocer la realidad de salud de la mayor parte del pueblo mexicano. Sin embargo, estos esfuerzos no parecen dar el fruto esperado.

En este punto nos preguntamos sobre las condiciones de posibilidad para el cambio y

* Coordinador del área de Psicología Médica del Programa de Medicina General Integral PMGI (A-36).

** Sección de Psicopedagogía del PMGI (A-36).

reflexionamos sobre los errores y omisiones que se han producido en un programa que en sus orígenes puso algunas bases para la transformación del quehacer médico.

Nos encontramos, de principio, con un panorama del currículo que en lo real muestra facetas y formas de ver y hacer la medicina, donde es evidente una disociación y contradicción entre el proyecto intelectual y la realización cotidiana de la práctica y donde, finalmente, el discurso de lo deseable se quiebra dolorosamente ante el impacto de la realidad de la atención médica.

Partimos entonces, de que el alumno vive un panorama contradictorio entre contenidos educativos que intentan incidir en lo social y lo psicológico, y otros que conciben la práctica médica únicamente desde lo biológico; entre esquemas de prevención y prácticas curativas, entre contenidos psicodinámicos que estudian la relación médico-paciente y prácticas eminentemente biológicas que se perciben como rigidamente científicas, donde las emociones no cuentan y desde donde "se escuchan solamente los datos necesarios para ubicar la enfermedad en el espacio plano y rígido de las familias y especies".² Por último, otra contradicción se ubica entre los contenidos que revelan el papel del trabajo y de las condiciones de vida en el perfil epidemiológico de las diferentes clases sociales y los discursos y prácticas que, ante su obligación de adaptarse a políticas encubridoras oscurecen estas relaciones al no tomar en cuenta los factores del trabajo en la enfermedad.* En conclusión, existe un contacto con personas, saberes y prácticas con diversos enfoques contradictorios.

Creemos que este panorama tan confuso no es superado por todos los alumnos, porque no existen espacios formales en donde las contradicciones puedan ser trabajadas y comprendidas, sino solamente espacios en los que existe una claridad aparente. Los alumnos enfrentan una realidad problemática abordada a través de fragmentos de conocimiento aparentemente claros, lo que es necesario para profundizar el aprendizaje en cada parte del

plan de estudios, pero que no garantiza la integración con otras áreas que abordan distintos aspectos del objeto de estudio, por lo que se deja a las posibilidades de cada alumno el enfrentar y resolver ambigüedades y disociaciones mediante procesos muy costosos en lo teórico y en lo afectivo.

Por otro lado, dado que la escuela se ha concebido como el lugar del conocimiento y no del afecto, no se toma en cuenta el hecho de que son los procesos afectivos los que fundamentan la posibilidad de aprender. Se ha supuesto que el mero contacto teórico y la asistencia a los lugares donde se desarrollan los problemas producirá en el alumno el deseo y la inquietud hacia las actitudes deseables, ignorando los mecanismos teóricos y afectivos sin los cuales esto no es posible y por lo tanto quedando sin comprensión el hecho de que muchos alumnos acaban deseando aquello que, desde el punto de vista de lo social, expresado en el currículo, no es deseable.

Señalaremos en forma general los mecanismos psicodinámicos que pueden ser parte de la explicación para comprender por qué la actitud de muchos egresados no corresponde al ideal propuesto en el perfil profesional.

En el origen de la vocación médica, según la doctora Marie Langer encontramos con frecuencia que el médico en su primera infancia vivió con intensidad fantasías destructivas, generadoras de una alta dosis de ansiedad, frente a la cual, y a través del juego, estructuró fantasías y actitudes reparadoras (jugar al doctor), cargadas de deseos y sentimientos omnipotentes como el querer revivir a los muertos y curar el mal en sus seres queridos, reparando así lo dañado por él mismo. De ahí que, en el origen de la vocación médica vamos a encontrar generalmente una necesidad de curar y dar bienestar a los demás y a uno mismo. Estos mecanismos psicodinámicos cargados de deseos y afectos de amor y de odio se concretan en la adolescencia a través de la elección de vocación, aunados a otros factores culturales, sociales e ideológicos.

La contribución de los factores psicodinámicos en la elección de la carrera se ve claramente en las respuestas a las encuestas realizadas a los alumnos de primer ingreso frente a la pregunta de por qué quiere ser médico,

* Córdoba Alejandro y cols. "El discurso académico sobre la salud en México". Trabajo presentado en el 1er. Congreso de Epistemología Médica. Fac. de Filosofía. UNAM 1989.

respuestas que expresan una gran necesidad de ayudar desde una posición de omnipotencia.³

Cuando el alumno se enfrenta a los enfermos en el centro de salud y en la comunidad, es natural que ante los cuerpos dañados y llenos de mal se actualicen aquellas fantasías y actuaciones reparadoras y desee intensamente curar y devolver el bienestar perdido; sin embargo, lo que lograba de niño a través del juego y la fantasía ahora ya no es tan factible, aunque sigue siendo muy deseado; la realidad dolorosa es vivida como amenazante y persecutoria, ante la impotencia para reparar una realidad tan dañada y desde una teoría limitada que no solamente no aclara, sino que a veces confunde y por lo tanto produce más angustia, surgiendo así una frustración llena de ansiedad y rabia, el alumno entonces puede adoptar varios caminos: por un lado la actitud negadora, defensiva para no sufrir, que se traduce en la realidad en no querer ir a la comunidad o hacerlo de mala gana, ni querer comprometerse en proyectos sociales que piensa perdidos de antemano. Además puede proyectar sus sentimientos hacia los enfermos, profesores, aula, libros y actuar con una profunda hostilidad que lo limita y paraliza y que lo lleva a actitudes y conductas evasivas y sobrecompensadoras como el afán de lucro, de placer y el deseo de éxito material ("no puedo curar, como deseo, pero al menos puedo enriquecerme, como también deseo").

En otros casos (los menos) el alumno intenta una alternativa reparadora que, si bien no tiene la magnitud de sus deseos originales, abre sin embargo un espacio vital para una práctica útil y gratificante. Esto implica superar lo grandioso como proyecto, reconociendo su imposibilidad y actuar con las potencias relativas de una teoría que se reconoce como incompleta, en instituciones con prácticas viciadas y a partir de una persona que reconoce sus múltiples limitaciones, pero que reconoce también que en todo esto queda un espacio para el trabajo reparador. Teniendo como resultado un profesionista cuyo perfil tal vez no corresponde al ideal curricular, ni coadyuvará a proporcionar salud para todos en el año

2000, pero que podrá transformar, en su nivel, las realidades de la atención médica mediante una adaptación crítica en donde se cultiven espacios de libertad frente a burocratismos, represiones institucionales, deshumanización de la práctica y demás elementos que obstaculizan el desarrollo de la justicia social.

Todas estas consideraciones psicodinámicas, sociales y educativas, aunque muy trascendentes para la formación del alumno y su ejercicio profesional, no son abordadas en ningún espacio real de formación. ¿Dónde se conocen, procesan y comprenden por el alumno y el profesor estos factores tan subjetivos pero tan reales y eficientes? La respuesta es que existe una profunda negación y rechazo ante estos cuestionamientos bloqueando así un conocimiento necesario para manejar mejor los mecanismos afectivos, individuales y grupales que acerquen la formación al perfil ideal.

Es por lo tanto necesario llevar la mirada hacia estos mecanismos y buscar espacios curriculares en los que se trabajen las ansiedades de los alumnos frente a los pacientes, frente a las necesidades de la comunidad y frente a la teoría médica. Existen a la fecha algunas experiencias a este respecto como los proyectos de psicocomunidad,⁴ o la aplicación de la propuesta de grupos operativos para la educación médica.⁵

Es sólo a través de la comprensión (no sólo teórica) de los factores afectivos que intervienen en la formación y práctica médicas que se podrá llegar a la humanización de la misma.

REFERENCIAS

¹ Proyecto de readecuación curricular del Programa de Medicina General Integral (PMGI). Fac. de Medicina UNAM. México. 1989.

² Datz, Leda. *La relación médico-paciente; un estudio psicoanalítico*. Tesis de maestría, Fac. de Psicología UNAM, 1981.

³ García, C. Carmen y A. Olvera M. *Motivaciones en la selección de la carrera de medicina*. PMGI. Fac. de Med. UNAM. Documento de apoyo. 1989.

⁴ Cueli, J y Biro, C E. *Psicocomunidad*. México. Prentice/Hall Internacional-Porrúa. 1975.

⁵ Vives, Juan y B. Talarid. "La enseñanza de la Psicodinámica a estudiantes de Oncología a través de un grupo operativo". En *Revista Mexicana de Educación Médica*. 1990;1(2):94-99.

La calificación cuantitativa en la evaluación del aprendizaje

Víctor López Cámara*

Resumen: En este trabajo se analizan los problemas inherentes a la valoración cuantitativa del aprendizaje. Se señala que la finalidad principal de la evaluación del aprendizaje se ha desvirtuado, ya que en lugar de evaluarse para propiciar el aprendizaje, es decir con fines formativos, se evalúa fundamentalmente con fines de certificación. Se propone como un procedimiento de evaluación formativa a la "supervisión-evaluación concomitante" y se señalan las características positivas y negativas de este tipo de evaluación.

INTRODUCCION

El abordaje cuantitativo ha sido por mucho tiempo el método utilizado más comúnmente para la evaluación educacional.¹ En la mayoría de las escuelas, los profesores tienen como obligación el presentar calificaciones que representan cuantitativamente lo que se estima han aprendido los alumnos. De igual manera, no se concibe tradicionalmente un sistema de exámenes sin calificaciones que de algún modo impliquen el concepto de cuantificación.

A comienzos del presente siglo y reforzados por ambas guerras mundiales,² se desarrollaron conceptos y técnicas dirigidas a la evaluación educacional con base en la medición del aprendizaje. Las pruebas de inteligencia fueron utilizadas para seleccionar y colocar personas en determinados puestos: la medición fue asimilada a la evaluación como enfoque adecuado a la cultura industrial.

Tyler³ enfatizó un enfoque sistemático y racional para la evaluación como medio para establecer científicamente el punto hasta el cual se cumplían los objetivos educacionales.

El examen final, como instrumento de

ingeniería social,⁴ fue y sigue siendo utilizado extensamente por instituciones como medio en el cual, a través de la competitividad, se admiten a los candidatos para ingresar a las escuelas y universidades, así como para determinar a todos los niveles sus promociones ya dentro del sistema educativo.

Desde los griegos en las Olimpiadas (*Altius, citius, fortius*) y pasando por los jesuitas,⁵ la competencia ha sido el alma y vida del juicio para determinar quienes son capaces, por ser los mejores.

Este enfoque ha sido seriamente cuestionado por diversos autores. Scriven⁶ refiere que muchos educadores se han entusiasmado tanto con este tipo de evaluación que, como en el caso de los objetivos conductistas,⁷ la evaluación en sí, más que el hecho mismo del aprendizaje, se ha convertido en la verdadera finalidad del proceso educativo.

Klees y colaboradores⁸ plantean que cada día se reconoce un mayor número de serias insuficiencias al enfoque cuantitativo. Raramente, dicen, es posible demostrar cuál de los elementos del proceso de enseñanza-aprendizaje, o del cultural propiamente dicho, son causa de los resultados encontrados.

Judges opina que "...los exámenes son un medio de poder para imponer castigos a los que

* Profesor, Universidad Autónoma Metropolitana, México.

cometen errores y desaprobando opiniones de la minoría. Parte del poder reside en la suerte del estudiante que hace depender esa oportunidad (tal vez única en su vida) de poner en evidencia sus conocimientos".⁹

El mismo autor continúa diciendo que las calificaciones se utilizan como soborno para inducir a los estudiantes a hacer lo que de otro modo no necesariamente harían. De esta manera las calificaciones se convierten en un fin en sí mismo. Por estas razones las calificaciones pueden fácilmente constituir un medio para recompensar u obligar a los estudiantes para que trabajen *más duro*, al paso de que para otros que son listos pero flojos, sirve para disuadirlos de que trabajen *mejor*. Las más de las veces, continúa el autor, las calificaciones no son explicadas a los estudiantes, sino que se utilizan para compararlos entre ellos pudiendo simplemente aparecer como números en el tablero de anuncios, sin ninguna aclaración, careciendo por lo tanto de algún sentido para nadie. Finaliza diciendo que se engañan quienes piensan que la capacidad, o aun el esfuerzo del estudiante, puede juzgarse según una escala numérica, en lugar de juzgarla por la persona misma. Las notas, desde luego, podrían decir algo acerca de cuánto ha aprendido un estudiante, pero esta información no puede pasar de ser burda y global, ni dirá nada en cuanto a la verdadera capacidad del alumno.

Hensen y Jensen¹⁰ refieren que en las escuelas que acostumbran tener gran cantidad de exámenes, no se aprenden las materias mismas, sino la manera de pasarlas con las mejores calificaciones posibles. Menciona que en este tipo de casos no es raro encontrar al profesor que insiste en que sus alumnos aprendan determinados conceptos, procedimientos o datos, por el simple hecho de que éstos vendrán en el examen final.

Algunas variantes de la calificación cuantitativa proponen el que ésta se lleve a cabo con base en la idea de que solamente una minoría de los alumnos alcance los niveles más altos del conocimiento; una mayoría obtenga niveles medios, y otra minoría no logre los estándares mínimos. De esta manera se inventaron las calificaciones utilizando un modo de asignación por medio de la curva estadística de distribución normal.

II. PROBLEMAS CON LAS CALIFICACIONES CUANTITATIVAS

Los problemas con las pruebas que asignan calificaciones con base en una escala cuantitativa a lo contestado por los alumnos (tales como las de opción múltiple) son muy variados. Entre ellos podemos mencionar concretamente los siguientes:

a) No es fácil asignar un peso cuantitativo y relativo a cada pregunta con referencia al valor que ellas representan. Una pregunta por ejemplo que tuviera una respuesta *difícil*, tendría el mismo peso (un punto por ejemplo) que una respuesta *fácil*. De este modo podría asignársele un peso igual a explicar el ciclo de Krebs (o aun sólo una parte de él) que a la descripción del procedimiento para hacer una venopunción.

b) La trascendencia del conocimiento contenido en la respuesta a diferentes preguntas puede ser extremadamente variable y, en una prueba típica, todas esas respuestas correctas tendrían también el mismo peso. Por ejemplo, respuestas que pudieran tener muy poca trascendencia como sería la relativa a la fecha de nacimiento de Galeno, comparada con otra como la relacionada con el qué hacer en caso de un paciente con un shock, serían igualmente consideradas.

c) El nivel cuantitativo (la calificación aprobatoria) fijado para considerar que el alumno aprueba, ha sido establecido por costumbre o tradición. Es muy difícil fundamentar correctamente que algún porcentaje (50%, 70%, 90%) obtenido por un estudiante en una prueba, es aceptable o no, sin antes discriminar el tipo y clase de conocimiento aprendido. Este sería el caso de algunas actividades de campo a las cuales se asigna una proporción de la calificación numérica de una materia considerada como teórica.

d) Es claro que no se tiene ninguna seguridad cuando se establece el que en determinada competencia (por un cupo, un premio o un cargo) uno de entre dos o más candidatos esté *mejor preparado* que los demás, cuando en una calificación numérica alcanza unos pocos puntos o unas décimas más que sus contrin-

cantes en el concurso. Si bien, es posible cuantificar el número de conocimientos que una persona posee en cuanto a lo que se le examina, también es cierto que se presenta un alto grado de inseguridad y dificultad para en la práctica discriminar cuales conocimientos, faltantes en un candidato, constituyen una mejor o peor opción, comparados con los conocimientos faltantes en los otros concursantes. En la mayoría de los casos y por costumbre esto es ignorado por el jurado calificador quedando entre ellos la tranquilidad de conciencia de haber seleccionado *al mejor*, cuando en realidad han actuado con un falso sentido de seguridad.

e) Existen también problemas que se presentan en el caso de los alumnos que buscan más una calificación (de pase o la más alta posible), que el aprendizaje. Esto puede ser provocado, alentado, aceptado, o aun a veces, aunque ocurra, ignorado por el propio profesor. La calificación numérica puede ser un acicate o el látigo (premio-castigo) utilizado por el profesor que desea una determinada conducta de los alumnos (mientras más obedientes mejor). Se fomenta así la memorización de los conocimientos, o la repetición sin fundamento de lo teórico, así como la actitud receptivo-pasiva de los alumnos. Esto desde luego facilitaría la imposición de dogmas. En este caso pueden encontrarse profesores que con un prurito cuantificador reparten o asignan *puntos adicionales* por diversas actividades de los estudiantes, así como en el sentido contrario, rebajan o quitan puntos de la calificación cuando el estudiante actúa contrariamente a lo estipulado por el profesor.

f) Es común el caso de que diferentes profesores den diferentes calificaciones numéricas al trabajo de un mismo alumno en una prueba teórica (de ensayo) o práctica (de una técnica por ejemplo), o aun el mismo profesor que establece diferentes calificaciones al mismo alumno para el mismo resultado en ocasiones diferentes.

g) Con este tipo de pruebas es posible aceptar que un estudiante se haya graduado sin haber obtenido ciertos conocimientos que se han incluido en un programa académico. Desde un punto de vista práctico esto necesitaría fundamentarse en cuanto a lo ya citado

como conocimientos que se pueden considerar esenciales, complementarios, interesantes, superfluos, no necesarios o aun indeseables, y este tipo de prueba no se prestaría para discriminarlos. Suponiendo por ejemplo que el nivel establecido para aprobar a un estudiante fuera del 70%, podría darse el caso de que ese 70% estuviera principalmente constituido por conocimientos no necesarios, superfluos o simplemente interesantes. Ciertamente no habría ninguna seguridad de que el estudiante estuviera manejando todos los conocimientos esenciales (indispensables). La calificación cuantitativa no discriminaría a los estudiantes que realmente están suficientemente preparados para practicar la profesión de los que no lo están.

h) Las oportunidades de aprendizaje que los estudiantes deberían tener podrían estar perdiéndose en una proporción importante cuando falta la retroalimentación. Puede ocurrir que los alumnos nunca lleguen a saber si la respuesta que ellos dieron a determinada pregunta fue correcta o errónea. La posibilidad de reafirmar una respuesta correcta, o de corregir una equivocada se pierde en pruebas de este tipo. Los argumentos para no dar posteriormente a la prueba las respuestas correctas se basan en la idea aparentemente lógica de que si esto se hace, habría que rediseñar posteriormente la prueba de manera completa para los siguientes estudiantes (y esto requeriría demasiado trabajo). Es claro que en este caso se está considerando que es mucho más importante enseñar que aprender.

i) Puede ocurrir que existan ciertos tópicos que se espera sean mejor conocidos y manejados por algún tipo de profesional y tal vez menos o aún no conocidos ni manejados por otros, dependiendo del tipo de práctica de cada uno. ¿Cómo entonces pueden tomarse las decisiones acerca de lo que todos los estudiantes deberían saber sobre la base de que sus prácticas van a presentar diferencias individuales? En una perspectiva general esta clase de exámenes no facilitan este tipo de decisiones.

j) La posibilidad de tener más de una respuesta correcta para una determinada pregunta desorienta al estudiante, principalmente cuando no se le aclara esto después de la prueba.

k) Los porcentajes distribuidos entre las calificaciones que se dan a ciertos conocimientos que fundamentan otros conocimientos o habilidades, se toman como decisiones completamente al azar. ¿Cuánto o qué porcentaje de la calificación debe darse al conocimiento teórico sobre cómo atender un parto en relación al porcentaje asignado a su práctica real? (¿Puede ser que lo explique bien y lo haga mal, o que lo explique mal pero lo haga bien?). Otro ejemplo podría darse en la situación en la cual un estudiante sea capaz de explicar en teoría "correctamente" la droga y su dosis para un caso planteado en un ejercicio, pero cuando se encuentra ante un caso real lo hace de manera incorrecta. Las decisiones de asignar, por ejemplo, un 33% del peso total de una calificación a cada uno de los tres principales aspectos de un programa académico (conocimientos teóricos, la práctica clínica y el trabajo de campo) resultarían seguramente en una suma que no tendría ningún significado real y que por otra parte se presta para interminables discusiones entre los profesores encargados por separado de cada uno de dichos campos.

l) La posibilidad de comparar calificaciones cuantitativas para seleccionar, clasificar y dar preferencia a "los mejores estudiantes" para diversas situaciones, presenta claras incongruencias que, en el peor de los casos, son ignoradas por quienes juzgan y toman las decisiones. Esto se da en casos de selección de alumnos para ser admitidos en una universidad, en el otorgamiento de becas para estudios de postgrado, contratación para cargos institucionales o en la práctica privada, premios al mejor estudiante, o aun para algunas distinciones o promociones en el trabajo.

m) Las intenciones de tomar por sorpresa o de poner bajo tensión (*stress*) a los estudiantes en las pruebas, es otra de las características que pueden tener los exámenes cuantitativos, ya que los alumnos se percatan de que si no recuerdan las respuestas en el momento preciso e inmediato, las consecuencias pueden ser bastante desagradables o complicadas. Las evaluaciones generalmente provocan ansiedad en los evaluados porque se basan en los roles acostumbrados que no comparten el control ni la negociación.¹¹ Esto se hace de esta

manera pues algunos profesores opinan que es así como los graduados van a enfrentarse a la práctica real de su profesión. No existe por supuesto en este método la idea de procurar ninguna actividad remedial para los conocimientos no aprendidos por el estudiante.

n) El limitar el tiempo disponible para responder a un examen calificado de manera cuantitativa, predispone casi de manera automática a hacerlo psicológica y prácticamente más difícil para obtener buenas calificaciones.

o) Hasta ahora no parece haber sido probado fehacientemente el que algún conocimiento pueda ser medido de manera de poderle otorgar un peso o un valor cuantitativo. No parece existir en ninguna parte la costumbre de asignarle una calificación numérica a la práctica profesional de ningún individuo, sin embargo es bastante frecuente el asignarle un número al resultado final (promedio) de los egresados, así como al resultado parcial o final de la actuación de los estudiantes en cada una de las materias o asignaturas del plan de estudios.

En relación a la extensa gama de problemas hasta aquí mencionados, Hamilton y colaboradores comentan que "mucho del debate sobre evaluación no es sino ideología disfrazada como tecnología".¹² En términos prácticos, esto implica que no hay una respuesta única a la pregunta evaluativa sobre si un alumno ha tenido éxito o ha fracasado en su aprendizaje; las mediciones cuantitativas no sólo son extremadamente difíciles de determinar, sino también su interpretación y valor dependen en gran medida de la perspectiva que se asuma.

Se piensa que cuando menos parte de los problemas mencionados podrían aclararse y deslindarse con la propuesta de discriminar en las mediciones de conocimientos (exámenes cuantitativos) aquellos que son:

- a) Esenciales (que deben manejarse *todos*).
- b) Útiles (deben escogerse los mejores).
- c) Complementarios (deben seleccionarse los que potencialicen otros conocimientos).
- d) Interesantes (deben incluirse pocos).
- e) Superfluos (incluirlos sólo excepcionalmente).

f) Inútiles (en donde deben excluirse todos).

Como se ve, no siempre resultará sencillo o aun práctico clasificar dentro de determinado rango, o asignar un peso cuantitativo a determinado conocimiento para compararlo con otro, aun quedando ambos conocimientos dentro de un mismo rango, como pudiera ser en el de los útiles, complementarios, interesantes o superfluos. ¿Qué criterios asignaría por ejemplo el profesor de radiología para clasificar o ponderar preguntas de un examen en relación a la historia romántica de Madame Curie? ¿o qué peso darle en el examen final a las preguntas acerca de la novela de *La doble hélice* sobre el tema del ADN? ¿Serían estos tópicos interesantes, superfluos o francamente inútiles para ser incluidos en su examen?

En este sentido creemos pertinente aclarar que si bien ambos ejemplos pudieran ser en realidad altamente recomendables como maneras agradables y eficientes para discutir un tópico, lo que aquí se señala es solamente la dificultad que representarían para asignarles un peso cuantitativo para ser planteadas como preguntas concretas en un examen.

No parece fácil el intentar recomendar a los profesores que para la planeación y elaboración de sus exámenes cuantitativos, tengan que clasificar y ponderar todos los conocimientos que se deban incluir, cuando lo que en realidad se necesitaría sería darle otro enfoque.

III. PROPUESTAS ALTERNATIVAS

El creciente interés en los métodos cualitativos es uno de los cambios relevantes en las nuevas direcciones de la evaluación educacional. Existen además importantes tendencias encaminadas a hacer las evaluaciones en forma más participativa, dado que ha surgido un creciente cuestionamiento sobre la objetividad del paradigma de investigación y evaluación dominante.

Por otra parte, existe en algunas instituciones educativas la idea de que no sea el profesor que *enseña* el mismo que evalúe (examine) a los alumnos. En relación a esta idea podría establecerse una larga discusión

entre las posibles ventajas y desventajas de este sistema. Sin embargo, en este sentido podría pensarse en la posibilidad de una combinación entre la *supervisión-evaluación concomitante* (que se explicará un poco más adelante) efectuada por el profesor del grupo, aunada a la aplicación de exámenes y pruebas prácticas *departamentales* efectuadas por grupos de profesores (aun pertenecientes a otros Departamentos o externos).

Existe también alguna proposición complementaria de establecer *Comisiones de acreditación* para la determinación colectiva de las calificaciones (numéricas o no), en la cual, en algunos casos se incluye en la propuesta la participación de profesores de otros Departamentos (aún tradicionalmente considerados como *ajenos*), así como de los propios estudiantes evaluados y de sus compañeros.

Una propuesta que personalmente hemos experimentado en un intento de mejorar el proceso de evaluación del aprendizaje, ha sido la que hemos llamado *supervisión-evaluación concomitante*, y que representa la acción de obtener información directa de las actividades o respuestas de un alumno o un grupo, con el propósito de inmediatamente ayudarles a corregirlas si fuera necesario, o de reafirmarlas si se consideran adecuadas. Estas acciones se llevan a cabo como cortes esporádicos, cuya frecuencia es determinada por el profesor (o solicitada directamente por el o los estudiantes) a lo largo de todo el tiempo que dure el proceso de enseñanza-aprendizaje. La idea de evaluar, en este caso, tiene como principal intención la de apoyar y facilitar el aprendizaje, más que intentar medirlo. Una cadena de subjetividades de este tipo (opiniones que el profesor se forma en relación a las actuaciones de cada alumno) no sólo facilitan la decisión que finalmente el profesor tiene que tomar para determinar si el alumno es promovido o no, sino que además es aprovechada para beneficio del estudiante que en todo momento (o casi) tiene información sobre su proceso de aprendizaje.

La *supervisión-evaluación concomitante* como actividad para la acreditación presenta características positivas a la vez que negativas. Se recomendaría desde luego tratar de aprovechar las positivas y cuidar de que no

ocurran las negativas. Estas serían las siguientes:

Positivas:

a) Servir como información básica que posibilite al estudiante reconocer sus aciertos para reafirmarlos, así como sus errores para corregirlos antes de que esos conocimientos o acciones se afiancen como correctos.

b) Eliminar el intento de cuantificar los conocimientos, habilidades y actitudes que, como se ha visto, constituye una situación difícilmente explicable como representativa de una realidad, que por otra parte, establece también un falso sentido de seguridad, tanto en los profesores como en los propios alumnos, en cuanto a lo aprendido por los estudiantes.

c) Evitar juicios calificatorios que resulten definitivos ya que esta calificación puede quedar para siempre en la historia académica de los alumnos, aunque las nuevas condiciones de su aprendizaje cambien.

d) Una supervisión-evaluación concomitante podría efectuarse con mayor frecuencia, ser más directa, menos estresante, menos sorpresiva, podría establecer mejores condiciones de comunicación entre el evaluado y el evaluador y a la vez presentar menos riesgos de consecuencias que deterioren las condiciones del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Negativas:

a) Pueden presentarse situaciones cambiantes sujetas al estado de ánimo del momento del profesor que supervisa-evalúa y que obviamente influyen en su juicio calificatorio.

b) Puede presentarse el efecto de halo que sería el juzgar como bien hecho, contestado o bien pensado, lo expresado por un estudiante a quien los profesores han considerado como un buen alumno, inteligente y esforzado, o bien el dócil y obediente que tiene buena conducta, o aun una personalidad atractiva (que incluiría otros elementos como el sexual), casi de manera independiente del desempeño académico realmente presentado por dicho alumno. Asimismo, el efecto halo consiste en pre-juzgar negativamente el desempeño del alum-

no que los profesores consideran tiene características opuestas a lo anterior.

c) Se puede dar también el fenómeno conocido como *criterio de tendencia central*, que sería la costumbre de algunos profesores de evitar otorgar muchas calificaciones altas o bajas y tratar de *amortiguarlas*, bajando las altas y subiendo las bajas, acercándolas de esta manera hacia una calificación que personalmente el profesor considera como promedio esperado (a priori) del grupo.

CONCLUSIONES

Hemos tratado de hacer un somero análisis sobre algunas de las características y consecuencias de la calificación cuantitativa, así como de incluir diversas propuestas que han sido hechas en relación a este asunto. Incluimos una propuesta nuestra, con el propósito de que al hacerla del conocimiento de otros profesores que se interesaran, pudiera servir como punto de partida para llevarla a cabo y acumular experiencia que pudiera orientar mejor el proceso de la evaluación del aprendizaje.

REFERENCIAS

- ¹ Klees, S., Esmahoto, P. y Werthein, J. "Evaluación educacional: Tendencias hacia el desarrollo de enfoques participativos". En Gajardo, M. (Ed) *Teoría y práctica de la educación popular*. Ottawa. IDRC 1983. pp. 466-494.
- ² *Ibidem* 1.
- ³ Tyler, R.W. *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago. University of Chicago Press. 1949.
- ⁴ Judges, A.V. La evolución de los exámenes Mimeo. Sin fecha.
- ⁵ *Ibidem* 4.
- ⁶ Scriven. "Goal free evaluation". En House, E.R. *School evaluations. The politics and process*. Berkeley, Ca. McCutcha. 1973.
- ⁷ Bloom, B. et al. *Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goals. Handbook 1. Cognitive Domain*. New York. David McKay. 1956.
- ⁸ *Ibidem* 1.
- ⁹ *Ibidem* 4.
- ¹⁰ Hensen, S. y Jensen, J. El pequeño libro rojo de la escuela. Extemporánea. México. 1973. pp. 286-297.
- ¹¹ *Ibidem* 1.

BIBLIOGRAFIA

- Pappworth, M.H. *Passing medical examinations*. London. Butterworths. 1975.
- Thornsten et al. *Teacher training and student achievement in less developed countries: Documento de trabajo no. 310*. Washington The World Bank. 1978.

Reseña de la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). 26-28 de julio de 1990.

Antecedentes

En la sesión de negocios de la LXV Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM, celebrada el 1º de diciembre de 1989 en la sala de juntas de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales plantel Zaragoza de la UNAM, se aprobó que la Institución sede para efectuar la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM, fuese la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima, durante los días 26, 27 y 28 de julio de 1990, se acordó también que el tema central a tratar sería la Ética Médica, vista desde la perspectiva social, humanística y profesional.

En febrero de 1990, el director de la Facultad Dr. Christian Jorge Torres Ortiz Ocampo, convocó al personal directivo de la misma para integrar el Comité Organizador del evento, el cual quedó conformado por los siguientes profesores: Dr. Christian Jorge Torres Ortiz Ocampo, Dr. Fernando Fernández Quiroz, Dr. Ramón Arturo Cedillo Nakay, Dr. Miguel Ángel Aguayo López y Dr. José Héctor Nava García.

A partir de esa fecha el Comité Organizador se reunió periódicamente para preparar lo que sería el programa general de activida-

des tanto académicas como sociales y culturales de dicho evento. Fue así como en la XXXIII Reunión Nacional Ordinaria de la AMFEM celebrada en la Facultad de Medicina "Dr. Ignacio Chávez" de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, de la ciudad de Morelia, Michoacán en abril de 1990, se dio a conocer a todos los asistentes el programa de actividades y la temática a tratar en la Reunión Extraordinaria que se celebraría en Colima.

La modalidad para la presentación de trabajos que se decidió implementar fue el simposium, seleccionándose tres temas centrales a desarrollar:

- 1) La Ética y la Práctica Médica
- 2) La Ética y la Investigación Biomédica y
- 3) La Enseñanza de la Ética en las Escuelas y Facultades de Medicina.

Además por considerarlo de suma importancia se decidió tratar en forma de conferencias magistrales, algunos temas que son fundamentales en el ejercicio profesional del médico, invitando para ello a especialistas expertos en el área, las ponencias y expositores fueron:

- 1) Los límites de la atención médica a pacientes en estado crítico, impartida por el Dr. Alberto Villazón Sahagún.



Dr. Benito López Cabello,
Presidente de la AMFEM.

2) Las implicaciones legales y la ética médica, por el Dr. Gustavo Barreto Rangel.

3) La reglamentación y límites científicos y éticos en investigación en seres humanos, presentado por el Dr. Abdo Bistení Adem.

4) Ética Médica, impartida por el Dr. Ruy Pérez Tamayo.

5) El papel de la Investigación Científica en la medicina actual, tema tratado por el Dr. Hugo Aréchiga U.

El evento dio principio el día 25 de julio a las 18:00 hrs. en el lobby del hotel sede, con la recepción e inicio del registro de los asistentes; a las 20:30 hrs. se sirvió un coctel de bienvenida en el salón de actos del hotel.

Las actividades académicas se iniciaron el día 26 de julio a las 9:00 hrs. en el auditorio de la Biblioteca Central "Lic. Alberto Herrera Carrillo" de la Universidad de Colima, con la ceremonia de inauguración que estuvo presidida por el C. Secretario de Salud y Bienestar Social del Estado, Dr. Rubén Darío Enriquez Casillas como representante personal del C. Gobernador del Estado de Colima, por el Rector de nuestra Universidad, Lic. Fernando Moreno Peña, por el C. Presidente de la AMFEM Dr. José Benito López Cabello, por representantes de Instituciones del Sector Salud, otras personalidades y el Director de la Facultad de Medicina Dr. Christian Jorge Torres Ortiz Ocampo, quien dirigió el siguiente mensaje de bienvenida a todos los asistentes:

Nos congrega aquí el hecho de dar inicio a un evento de relevante importancia en el acontecer de la educación médica de nuestro país y que lo constituye la LXVI Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Corresponde en esta ocasión a nuestra Universidad, la Universidad de Colima a través de su Fa-

cultad de Medicina fungir como sede. Hecho por el que nos sentimos profundamente honrados y que interpretamos además de una distinción como un compromiso, en el que hemos empleado el mejor de nuestros esfuerzos para ser anfitriones acordes a la trascendencia de este suceso académico.

El objetivo de esta reunión conlleva la finalidad de concertar experiencias y puntos de vista de las distintas instituciones participantes, en la intención de analizar y concluir propuestas específicas sobre un tema esencial, ineludible y de prioritaria importancia para el buen ejercicio del profesionista en la medicina como lo es la ética médica.

Es de todos conocido que la preocupación por normar el proceder del ejercicio médico no es nada nuevo, ya que ésta ha sido una inquietud casi tan antigua como la medicina misma, teniendo como evidencia de esto a su historia en cuyo devenir han surgido diversos códigos y juramentos que han servido de referencia al buen hacer del desempeño médico acorde a la concepción filosófica no únicamente del tiempo sino en ocasiones también del espacio.

Es un hecho patente e innegable que no hay en el orbe profesión en la que se delegue tanta responsabilidad y confianza como la que se deja en manos del profesional de la medicina. El ser máximo de la creación lo es el humano y su vida y salud se confía al médico, responsabilidad que forzosamente requiere de un marco de referencia normativo. Confianza a la que además de corresponder con un proceder honesto, debemos como docentes procurar que quien la reciba sea digno de merecerla pugnando por una formación de tipo humanista. De ahí la justificación de la realización de este tipo de foros cuyo objetivo debe de rebasar el plano de la recomendación definiéndolo como la propuesta formal que enmarque al ejercicio médico de

nuestro tiempo para considerarlo como digno y apropiado.

La ética médica se entiende como una ciencia práctica que trata de la moralidad de los actos del médico en relación con la comunidad humana, es obvio que su fiel observancia redundará siempre en el beneficio del paciente, de lo que se concluye su trascendencia social y por ende su importancia.

Testigos de la necesidad histórica de la ética médica lo han sido diversos reglamentos cuya vigencia no ha soportado el avance de la medicina, pero que han quedado como muestra fiel del quehacer responsable de los que en su momento se han preocupado porque nuestra noble profesión no se aparte de su objetivo fundamental que es el beneficio del paciente, en el entendimiento de que obrar de manera distinta sería proceder en contra de su esencia misma, que ha fundamentado siempre su quehacer en los principios de ayudar y curar y por sobre todas las cosas de no dañar. Condiciones que fundamentan la reflexión que define a la ética médica como a la ética de la generosidad que impele al médico al gesto cariñoso, al cuidado extremo del paciente y al respeto de cuantos colaboran con él a fin de que la ayuda al prójimo sea lo más eficaz posible.

El código de Hammurabi que data de 2500 años antes de Cristo, el Juramento Hipocrático de 5 siglos antes de Cristo, la plegaria de Maimónides del siglo XII de nuestra era y en nuestro siglo la Declaración de Helsinki, la Declaración de Sidney, la Declaración de Oslo y la Declaración de Tokio, son muestra fiel de que esta materia ha sido una preocupación constante de la profesión médica. Situación no ajena a los médicos de nuestro país, en el que profundos pensadores han recomendado la observancia de algunas obligaciones para que el ejercicio médico se circunscriba dentro del marco ético fundamentando su desempeño en el cumpli-

miento de los deberes de saber, servir e investigar o en la propuesta de que el médico mexicano debe basar su ejercicio profesional combinando actividades asistenciales, docentes y de investigación.

De la misma forma del seno de esta Asociación surgió hace un año la "Declaración de Veracruz" que en síntesis pugna por una formación y práctica humanista del médico, en la consideración de que su obra converge en la vida de un ser humano merecedor además del mejor de sus conocimientos, del respeto a su dignidad evitando vicios deshumanizantes en su trato.

Por otra parte, la deshumanización propiciada por el avance tecnológico de la medicina hace imperioso el conocimiento de la ética y la observancia de sus normas. De otra manera se corre el inminente riesgo de que nuestra profesión pierda su cauce. De ahí la recomendación hecha a las escuelas de medicina de no basar exclusivamente su preocupación en formar *buenos médicos*, sino también *médicos buenos*; es decir con una alta formación humanista, por lo que quienes fungimos como docentes médicos debemos atender por igual la tarea formativa del alumno como la informativa, preocupándonos no únicamente por su aptitud sino también por su actitud acorde a la imagen de honestidad, honorabilidad y bondad del ser médico.

Esta es la importancia de la ética médica y motivo de esta reunión nacional que concerta aquí la participación de las escuelas y facultades de medicina de nuestro país, en la intención de que a través del intercambio de conocimientos y puntos de vista sobre los aspectos más relevantes de la materia y que serían tratados en este evento, tales como la ética y la práctica médica, la ética y la investigación biomédica y la enseñanza de la ética en las escuelas y facultades de medicina se concluyan propuestas reales que redunden en la mejora de la edu-

cación médica de nuestra patria.

Antes de terminar solicito de la manera más atenta a usted Dr. Rubén Darío Enríquez Casillas sea portador de nuestro reconocimiento al C. Lic. Elías Zamora Verduzco Gobernador de nuestro Estado, por el interés que siempre ha demostrado por el quehacer de nuestra Máxima Casa de Estudios.

De igual forma a nombre propio y de la comunidad universitaria de nuestro plantel se le agradece a usted Sr. Rector Lic. Fernando Moreno Peña, el apoyo incondicional que siempre ha brindado a la Facultad de Medicina y sin el cual no hubiera sido factible la realización de esta importante reunión. Este detalle habla del interés que siempre ha mostrado por la consolidación académica y proyección de nuestra Universidad. Por ello le expresamos nuestro más sincero reconocimiento y en correspondencia cuenta con la seguridad de nuestra incondicional colaboración en toda aquella acción tendiente a la superación de nuestra Máxima Casa de Estudios.

Agradecemos además al Dr. José Benito López Cabello Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, su confianza al aceptar la propuesta de que la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima fuese sede de esta reunión.

Se valora también en su justo precio la participación de los compañeros médicos que intervendrán en el programa académico, su entusiasmo y calidad profesional nos hace estar seguros del éxito de este evento.

Para concluir reitero el sentimiento de profunda honra de que nuestra Facultad sea la sede de la LXVI Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, hecho que consideramos no sólo como un compromiso sino también como un logro en la intención de que nuestro plantel sea considerado siempre como un copartícipe incondi-

cional de toda aquella decisión en pos de la mejora de la educación médica de nuestro país. Tengo la seguridad de que este evento pasará a la historia de nuestra Facultad como un acontecimiento sobresaliente coincidente con otro de relevante importancia, el 50 Aniversario de nuestra querida Universidad, la Universidad de Colima.

Finalizo expresándoles nuestros mejores deseos para ustedes compañeros directivos de las escuelas y facultades de medicina. Aspiramos a que su estancia entre nosotros les sea grata en todos sus aspectos.

La Universidad de Colima a través de su Facultad de Medicina les abre los brazos y les dice bienvenidos.

Muchas gracias.

A continuación en el auditorio de la Facultad de Medicina, se iniciaron las actividades académicas programadas para esa mañana de las 10:00 a las 12:00 hrs., el simposium: "La Ética en la Práctica Médica", siendo coordinador y ponente el Dr. Jaime Rodríguez García, actuando como Secretario el Dr. Ernesto González Valencia y teniendo como participantes al Dr. Roberto Chávez Olguín de la Escuela Superior de Medicina y Homeopatía del IPN, al Dr. José Leyva Garza de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

De las 12:00 a las 13:00 hrs. el Dr. Gustavo Barreto Rangel, Subprocurador de Control y Procesos de la Procuraduría del D.F., impartió la conferencia "Las Implicaciones Legales y la Ética Médica". A continuación el Dr. Alberto Villazón Sahagún, Jefe de Cirugía del Hospital Español, expuso la conferencia "Límites de la Atención Médica a Pacientes en Estado Crítico". Después de un receso y como última actividad el Dr. Rafael Ruiz Murillo, Director y conductor de programas del canal 11

de T.V. del IPN participó con la conferencia "La T.V. al Servicio de los Objetivos de la AMFEM", concluyendo con ello las actividades a las 14:50 horas.

Este mismo día por la tarde se efectuó la sesión de negocios de la AMFEM.

El viernes 27 de julio se iniciaron las actividades a las 9:00 horas con la conferencia "La Reglamentación y Límites Científicos y Éticos en Investigación en Seres Humanos", impartida por el Dr. Abdo Bisteni Adem exdirector de la Escuela Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle. A las 10:00 hrs. inició el simposium "Ética e Investigación Biomédica", coordinado por el Dr. José de Jesús Muñoz Murguía, teniendo como secretario a la Dra. Lourdes Galeana de la O y como participantes al Dr. Octavio Ramírez Vargas de la Escuela Superior de Medicina y Homeopatía del IPN, al Dr. Gabriel Cortez Gallo de la Universidad de Guanajuato y al Dr. Horacio Rivera de la Unidad de Investigaciones Biomédicas del Centro Médico de Occidente del IMSS en Guadalajara, Jalisco.

Después de un receso, a las 12:00 hrs. dio inicio el simposium "La Enseñanza de la Ética en las Escuelas y Facultades de Medicina", fungiendo como Coordinador el Dr. Abdo Bisteni Adem y como Secretario el Dr. Miguel Ángel Aguayo López, teniendo como participantes a los siguientes profesores: Dr. José Benito López Cabello, Director de la Escuela de Medicina de la Unidad de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana Unidad Poza Rica; al Dr. Rafael Mascaraña Esparra de la Universidad Autónoma de Puebla; a la Psicóloga Elena Pacheco Sánchez de la Universidad Autónoma de Baja California Norte, Unidad Mexicali; al Dr. Carlos Urzaiz Jiménez de la Universidad Autónoma de Yucatán; a la Dra. Marisela Rubio de la Universidad Autónoma de Coahuila Unidad Torreón y a la Dra.



Simposium La Enseñanza de la Ética en las Escuelas y Facultades de Medicina.

Rubí Libreros Agudela de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

El sábado 28 de julio se iniciaron las actividades con la presentación de la conferencia: "El Papel de la Investigación científica en la Medicina Actual", dictada por el Dr. Hugo Aréchiga U., Presidente de la Academia de Investigación Científica de México. A partir de las 10:00 hrs., el Dr. Ruy Pérez Tamayo, Jefe de la Subdivisión de Medicina Experimental de la Facultad de Medicina de la UNAM habló sobre el tema de la Ética Médica.

A las 11:30 hrs., del mismo día los Secretarios de los Simposios, leyeron las respectivas relatorias que se obtuvieron.

A las 12:30 hrs. se llevó a cabo la Sesión de Clausura del evento con la presencia del Rector de la Universidad de Colima, Lic. Fernando Moreno Peña; el Dr. José Benito López Cabello, Presidente de la AMFEM; el Dr. Francisco Ignacio Lepe Aguayo, Director General de Educación Superior y Posgrado de la propia Universidad y el Dr. Christian Jorge Torres Ortiz Ocampo, dirigieron un mensaje de reco-

nocimiento a los participantes, a los asistentes, a los organizadores de la reunión y a las autoridades de la Universidad, por el entusiasmo y apoyo recibido; el C. Rector de la Universidad de Colima hizo la



Intervención del Dr. Ruy Pérez Tamayo.

10 ANIVERSARIO UNIVERSIDAD DE COLIMA CLAUSURA XVI REUNION NACIONAL EXT. AMFEM



Ceremonia de clausura.

declaratoria de clausura de la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM.

Relatoría del simposium

La ética en la práctica médica

La ética es un conjunto de normas que rigen la conducta del hombre en todos los momentos y circunstancias de su vida, la ética se rige en el fundamento de la vida social, es un acto de naturaleza racional, es legítimo afirmar que la ética, al igual que la ciencia son intrínsecas a la profesión del médico.

La actitud del médico ante la muerte es un factor importante en la relación médico-paciente, aunque la función del médico estriba en preservar la salud, ante una situación inevitable e irreversible como es la muerte, la personalidad del médico no debe concluir en esos momentos. El aspecto familiar es factor decisivo en el desenlace de un padecimiento, a pesar de lo

cual no se contempla suficientemente su enseñanza.

El hombre al adquirir conciencia de su dignidad humana y capacidad de forjar su destino, hace posible que la ética se sitúe como parte de las ciencias del hombre en un contexto humanístico, es legítimo afirmar que la ética, no menos que la ciencia, son intrínsecas a la profesión médica; la vida humana es el valor supremo y para el médico todas las vidas humanas deben tener el mismo valor. La ética médica se traduce como un juicio de valor, no contiene dimensión hipotética alguna, el imperativo moral es categórico por esencia, ya que el acto recide en una decisión de la voluntad, teniendo en cuenta cualquier sujeto que lo realice y lo considere como elevado para la dignidad humana. La práctica médica demanda la inmersión en un mundo de inteligencia y racionalidad de altos niveles, por lo que necesita someterse a un orden, acatar leyes y principios diferentes a otras profesiones, el médico debe de poner en práctica manifestaciones intelectuales, volitivas y afectivas así como una lógica natu-

ral o sentido común en el logro de sus objetivos que es el curar la enfermedad.

Por otra parte la capacidad y la suficiencia son esenciales para la atención de los pacientes en estado crítico como acontece en los enfermos con SIDA, estos pacientes no sólo requieren de nuestra ayuda médica, sino también requieren de nuestra simpatía, comprensión, abnegación e integridad.

Dr. Jaime Rodríguez García
Coordinador

Dr. Ernesto González Valencia
Secretario

Relatoría del simposium

La ética en la investigación médica

Se define a la ética en la investigación médica como un conjunto de valores morales que rigen las relaciones de los investigadores clínicos en su tarea de reconstruir el conocimiento.

Estas relaciones se dividen en dos vertientes, el investigador y la persona sujeto de estudio que está regida por dos fueros: los valores éticos del investigador y por el Código Civil y los Comités de Investigación.

Los principios básicos en que se apoyan los valores morales intrínsecos del investigador tienen su antecedente en el código de Núremberg, en la declaración de Helsinki, que son expresados en nuestro Código Sanitario Mexicano, los cuales se pueden resumir en los enunciados siguientes:

a) Fundamentación científica y capacitación técnica, es decir, el investigador debe estar preparado científica y técnicamente para llevar a cabo el estudio experimental.

b) Libre consentimiento otorgado previa información, es decir el sujeto de estudio debe ser informado en cada caso para que entienda

su participación y otorgue su consentimiento, si el sujeto no fuera capaz de hacerlo, éste será otorgado por el tutor o responsables del paciente.

El doctor Gabriel Cortez Gallo recomienda que las instituciones deben contar con un comité de investigación que verifique que un proyecto de estudio cumpla con los requisitos tanto científicos como éticos, y asimismo, sugiere que estén integrados con un mínimo de cinco y un máximo de doce miembros incluidos entre ellos un médico, una enfermera y una persona no profesionista.

La segunda vertiente relación investigador-comunidad científica, recomienda a todos los autores presentar datos fidedignos, observar en todo momento el principio de honestidad intelectual y científica, ya que de esta manera se podrá sostener la confianza en nosotros mismos, aspecto muy importante en esta época de crisis.

El Doctor Octavio Ramírez Vargas, en su exposición nos habló de que el advenimiento del desarrollo tecnológico y de investigación, ha hecho que las ciencias aplicadas al hombre sufran cambios importantes y contradictorios, mientras por un lado elevan la calidad de vida de la población y por otro se desvinculan en la relación hombre a hombre siendo la tecnología la que rige la conducta del ser humano, sin tomar en cuenta su comunidad biopsicosocial; esto se refleja en los programas académicos, especialmente en medicina, en los que predomina una desvinculación entre las relaciones humanas y el contexto psicobiológico del individuo; entre los jóvenes médicos y sus pacientes, existen instrumentos tecnológicos altamente especializados que impiden la comunicación.

El Doctor Ramírez Vargas propone que deben replantearse y generarse objetivos para una nueva ética y que ésta debe impartirse desde la enseñanza primaria para

irse consolidando posteriormente; por lo que debe replantearse la incorporación de materias dentro de la carrera de medicina que apoyen la consolidación de esta conducta apoyándose desde luego con los aspectos individuales, familiares y comunitarios que rodean al alumno; para esto subraya la participación de expertos en la materia (filósofos, psicólogos, pedagogos).

También nos remarca la necesidad de hacer una medicina más humana dentro de la alta tecnología que se esté gestando para el siglo XXI.

El doctor Horacio Rivera en su exposición nos relata una serie de ejemplos que ilustran el panorama actual de la investigación científica en esta área, la manipulación se entiende como la intervención directa sobre el genoma planteándose como objetivo la característica del genoma humano; de esta presentación se plantea la necesidad de crear una legislación adecuada para la aplicación de técnicas de diagnóstico prenatal, tamizaje genético y terapéutica genética.

De los trabajos expuestos en el simposium se llega a la conclusión de que toda intervención científica debe mantener un equilibrio entre los avances tecnológico, biológico, psicológico y social.

Dra. Lourdes Galeana de la O.
Secretario

Relatoría del simposium

La enseñanza de la ética en las escuelas y facultades de medicina

El Dr. López Cabello nos presentó un informe actual del estado que guarda la enseñanza de la ética médica en las 57 escuelas y facultades de medicina del país, donde se destacan los siguientes resultados:

Sólo en 32 de ellas se tiene in-

cluida la asignatura de Ética Médica en su plan de estudios lo que equivale aproximadamente a un 50%, en el resto de las escuelas: esta asignatura no se incluye (15.7%), no se tiene información actualizada (14%) o está implementándose el cambio de los planes de estudio para incluirla (14%).

En relación al tipo de planes de estudio que más contemplan la ética Médica como materia, la gran mayoría correspondió a los estructurados por asignaturas (72.2%).

Por último recalco que en forma global sólo en el 50% de las escuelas y facultades de medicina la enseñanza de la Ética Médica está contemplada como asignatura única, incluida en otras asignaturas en el 30% y por implementar en el porcentaje restante (20%).

A continuación la Dra. Marisela Rubio presentó un informe preliminar del trabajo de investigación realizado en la Facultad de Medicina, Unidad Torreón de la Universidad de Coahuila, por medio de una encuesta efectuada a los alumnos de la misma, cuyos resultados comentamos a continuación:

El objetivo del trabajo fue sondear la opinión de los alumnos acerca de su conocimiento de la Ética Médica y su forma de enseñanza preferida.

El 90% de los alumnos encuestados considera que la asignatura de Ética Médica debe incluirse en los planes de estudio. ¿Cómo debe enseñarse? El 42% de los alumnos respondió a la encuesta que la mejor modalidad para la enseñanza es la discusión de casos problema. ¿Cuándo debe enseñarse? La mayoría está de acuerdo en que debe hacerse en los primeros semestres. ¿Cuáles serían los principales temas por discutir? La obligación de la atención médica por igual a todos y el secreto profesional. La Dra. Rubio quedó de presentar posteriormente resultados finales de dicha investigación.

Continuando con el simposium

el Dr. Mascarúa Esparra refirió que en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Puebla actualmente no se incluye la Ética Médica en sus planes de estudio, pero que se está revisando y evaluando su currículum con el propósito de incluir esta asignatura para favorecer más la formación integral del estudiante de medicina, con las siguientes proposiciones concretas:

Incluir en forma obligatoria la asignatura de Ética Médica en su plan de estudio.

Proponer la modalidad de seminario para su estudio.

Procurar que el profesor que la imparta, sea la persona más idónea.

Dirigir la enseñanza de la materia con enfoque preventivo.

Revisión constante de los contenidos de la asignatura.

Sugerir a la SEP la revisión de los programas sobre los aspectos éticos y humanísticos en la educación media y básica.

A continuación la Dra. Libreros Agudela, propone ampliar las oportunidades y los espacios de reflexión sobre las situaciones humanas que el médico vive en su práctica profesional y sobre las cuales tiene que decidir éticamente; proponer también como temas fundamentales de discusión para la enseñanza de la ética médica los siguientes:

Salud-enfermedad. La salud derecho o mercancía.

Experimentación y eugenesia.

El uso del poder de la psicoterapia, psicofármacos.

Esterilización, control de la natalidad, aborto.

Medicina técnica. Ética sexual. El dolor, la muerte, fronteras de la vida.

Trasplante de órganos. Eutanasia.

El Secreto Profesional.

El simposium continuó con la participación de la Psicóloga María Elena Pacheco Sánchez, con la presentación del trabajo de investigación llevado a cabo con la participación de las Facultades de Medicina y Psicología de la UABC, Mexicali, en coordinación con la Escuela de Medicina de Harvard sobre el razonamiento moral en estudiantes de medicina cuyas conclusiones son las siguientes:

No se encuentran diferencias significativas en el razonamiento moral de estudiantes de medicina en sus diferentes grados del aprendizaje.

Al parecer esto se debe a una deficiente enseñanza del razonamiento moral en las escuelas de medicina, resultado de la conjunción de varios factores: atmósfera moral, cultura mexicana autoritaria, sobrecarga académica para los estudiantes que no permite reflexiones acerca de este tema y por último poca atención en la enseñanza de temas éticos.

De este trabajo surge la siguiente propuesta concreta:

Tratar de corregir los factores anteriormente mencionados, como una importante influencia para la eficiencia en el desarrollo del razonamiento moral en los estudiantes de medicina.

Por último el Dr. Urzaiz Jiménez, nos muestra en su trabajo la situación que sobre la enseñanza de la ética había en la Facultad de Medicina de la Universidad de Yucatán, los factores que se toma-

ron en cuenta para implementar desde el año de 1985 la inclusión de la enseñanza de la ética en su currículum, lo que llevó a las siguientes conclusiones:

a) La ética es inseparable del buen ejercicio médico.

b) Alguna forma de enseñanza de la ética debe ser incluida en los planes de estudio.

c) La ética no puede ser una asignatura aislada en un año dado, sino que debe ser impartida a lo largo de la carrera.

d) La participación activa del alumno es indispensable.

e) Preferencia por la teleología como forma de enseñanza.

Al final del simposium se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Debe sugerirse por parte de la AMFEM que las instituciones asociadas incluyan a la Ética Médica en su plan de estudios.

2. La forma de impartición de la materia será aquella que la Facultad elija.

3. Los profesores más preparados y que sean congruentes con su desempeño profesional, deberán ser los encargados de la impartición del curso.

4. Una adecuada selección del alumno de medicina, proporcionará mayor posibilidad de desarrollo del razonamiento moral.

5. La enseñanza de la ética deberá ser durante toda la carrera.

Dr. Abdo Bistení Adem
Coordinador del Simposium
Dr. Miguel Ángel Aguayo L.
Secretario

Cartas a los editores

Dr. Benito López Cabello
*Presidente de la Asociación
Mexicana de Facultades y
Escuelas de Medicina, A.C.*

Recibí su atento oficio de remisión del primer número de la *Revista Mexicana de Educación Médica* de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Felicitó a la AMFEM y a la ENEP Zaragoza por la exitosa publicación de este órgano de difusión de los resultados de las investigaciones educativas que se realizan en las Facultades y Escuelas de Medicina del país.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterarle la seguridad de mi consideración más distinguida.

Atentamente

**"POR MI RAZA HABLARA EL
ESPIRITU"**

Ciudad Universitaria, D.F., 28
de mayo de 1990

EL RECTOR

Dr. José Sarukhán

Dr. J. Benito López Cabello
*Presidente
Asociación Mexicana de Facultades
y Escuelas de Medicina, A.C.*

Estimado Dr. López Cabello:

Acuso recibo del primer número de la *Revista Mexicana de Educación Médica* que se inicia como vehículo de divulgación de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, que usted preside.

Además de reconocer la calidad de la publicación, en términos de las contribuciones que reúne, quiero felicitar a los responsables por esta importante iniciativa que ciertamente va a enriquecer el acervo especializado en el campo de la Educación Médica de México y de toda América Latina.

Con mis felicitaciones envío los más cordiales saludos.

Atentamente
José Roberto Ferreira
Coordinador Programas
de Desarrollo de Recursos
Humanos, Organización
Panamericana de la Salud.

Comunicaciones

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Declaración de Veracruz

La formación humanística es aquella que capacita al médico para comprender la naturaleza humana de sus pacientes; que lo sensibiliza para ponerse en lugar de ellos, que le ayuda a desarrollar principios éticos y valores morales de respeto a la dignidad del ser humano y que lo induce a comprometerse con los legítimos intereses de sus pacientes y con la eficacia de su intervención, desarrollando asimismo una conciencia solidaria que se finque en el desarrollo de un orden social que propicie la salud de la población.

El médico con una sólida formación humanística, es aquel que está dotado de una conciencia crítica que lo hace sensible a situaciones personales o institucionales de deshumanización tales como: la burocratización, la mercantilización y la *cosificación* del paciente. Esto último impedirá que el médico reduzca al paciente a la idea de un cuadro patológico y lo conduzca a interesarse tanto por la enfermedad, como por la persona que tiene la enfermedad y a considerar ambos

aspectos con su indisoluble unidad. Esto le permitirá captar científicamente a la enfermedad como un fenómeno sujeto a regularización universal, pero también le permitirá captarlo como persona humana, pudiendo adecuar así su intervención a las necesidades singulares del paciente dentro de un entorno global.

Definiendo al humanismo como todo movimiento cultural que gira en torno al hombre y sus problemas; conscientes de que el hombre de este tiempo se ve obligado a existir en una sociedad en la que los valores humanos se han trastocado y hace peligrar a la persona como tal, desvinculándola de aquellas realidades y normas de verdad, justicia y amor que son su apoyo; la AMFEM reconoce la grave responsabilidad moral con la profesión médica y el país, y propondrá:

1) Que todos los médicos que egresen de las aulas comprendan y actúen con la convicción de que el sujeto de su arte y ciencia es la persona humana en sus formas, individual, irrepetible, y en su vida social; siendo un centro unitario de referencia de su quehacer cotidiano, con un gran respeto a su natural

dignidad personal, constitutivamente fija e incanjeable con trascendencia de origen y destino.

2) Que comprendan que la mera subsistencia y luego la perfección técnica y moral postulan una mutua colaboración y una comunicación efectiva.

3) Que la persona humana goza de prioridad de valor sobre el universo y todas sus partes, y sobre la ciencia y todos sus métodos.

4) Que la dignificación es un valor real e inmanente a la persona.

5) Que nuestra personalidad se nutre de su vida en la sociedad y que la vida social se enriquece con nuestras personalidades diferenciadas.

6) Que debe desarrollar un amplio espíritu de solidaridad social con un gran respeto a la vida humana y cultural.

7) Que al mismo tiempo se forme con el mayor rigor científico que necesita la profesión.

8) Que la noción misma de lo humano es lo que urge restaurar.

Las facultades y escuelas de medicina del país se comprometen con la profesión médica a esforzar-

se en formar integralmente a sus estudiantes y pide solidaridad a los maestros para que sean ejemplos vivos de la profesión, recordando que el maestro enseña más con su vida congruente que con la lección académica.

Declaración emitida el 14 de julio de 1989 por la LXIV Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina en la H. Ciudad y Puerto de Veracruz.

XIII Conferencia Panamericana de Educación Médica

Del 27 al 30 de enero de 1991 se llevará a cabo en San José Costa Rica, la XIII Conferencia Panamericana de Educación Médica; auspiciada por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM/PAFAMS), La Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina (ACAFAM) y organizada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica. El tema central de este evento es *"Educación médica, servicios de salud y seguridad social"*.

Objetivo general de la conferencia

Realizar un Foro Internacional entre las Facultades (Escuelas) de Medicina, con los Servicios de Salud, la Seguridad Social y el Sector Privado, que permita actualizar, enriquecer y mejorar los programas de las respectivas instituciones, en beneficio de las comunidades de América.

Objetivos específicos de la conferencia

- 1) Favorecer el intercambio de conocimientos y experiencias en la Educación Médica, orientadas a la salud de la familia y de la comunidad.

- 2) Analizar los factores que determinarán la práctica médica en el contexto de las necesidades de salud para la próxima década, con el fin de lograr una formación profesional más adecuada y un mejor desempeño médico.

- 3) Analizar las experiencias exitosas en la Educación Médica, vinculada a los servicios, con el fin de desarrollar estrategias para mejorar la formación en Ciencias Básicas, Clínicas, Salud Pública y la Gestión en los Sistemas Locales de Salud.

- 4) Mejorar la articulación entre la Educación Médica y las prácticas institucionales.

- 5) Optimizar las relaciones entre el adiestramiento clínico y la formación en Medicina General Integral, Familiar y Comunitaria.

- 6) Actualizar las estrategias y contenidos relacionados con las enseñanzas de grado y posgrado.

- 7) Analizar los elementos tecnológicos avanzados empleados en el diseño, sistematización, ejecución y evaluación del proceso de la enseñanza-aprendizaje de la Medicina.

- 8) Analizar la organización y funcionamiento de las Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina.

- 9) Actualizar el conocimiento de las instituciones que brindan apoyo a la educación médica.

Informes e Inscripciones:

Dr. Orlando Jaramillo.

Apartado Postal 1292-1000 San José, Costa Rica

FAX (506) 34 04 52 TELEX 2544 UNICOR

Teléfono (506) 25-61-96.

La fundación de la Sociedad de Investigación Educativa en Salud, A.C.

El interés en la investigación educativa en nuestro país, se ha

incrementado en los últimos quince años, con la aparición de diversos foros, seminarios y reuniones en donde profesionales de la salud, en busca de mayor entendimiento sobre el proceso enseñanza-aprendizaje, intercambiaron experiencias, ideas e investigaciones.

Al final de la década de los ochenta, un número importante de facultades dieron impulso al área, creando y organizando talleres, cursos, especialidades y maestrías, a la vez que abrían algunos espacios para que dieran a conocer sus estudios. De ahí nació la iniciativa de formar una sociedad para cubrir estas y otras necesidades que se conjugaron en el momento como son:

- a) Cada día observamos una mayor complejidad en la formación del personal de salud que requiere de nuevas estrategias para alcanzar su preparación.

- b) Se ha incrementado el número de investigaciones educativas en salud que presentan trabajos de nivel y calidad heterogéneo, lo que requiere de una mayor profesionalización del investigador.

- c) Insuficiente reconocimiento institucional de los trabajos y pobre aplicación de los resultados generados para la formación de recursos humanos.

- d) La necesidad de un foro permanente para el intercambio de experiencias e información así como para la presentación de los resultados.

La Sociedad de Investigación Educativa en Salud A.C., tiene como objetivos:

- a) Fomentar y desarrollar la investigación educativa en las ciencias de la salud, de cualquier enfoque teórico o metodológico que se ubique en algún aspecto de la problemática educativa y coadyuve al planteamiento de alternativas en la formación de recursos humanos para el Siglo XXI.

b) Impulsar la investigación educativa de carácter creativo y crítico orientada a innovar la educación de los profesionales de la salud.

Sus funciones son:

1. Agrupar a los profesionales interesados en cualquier aspecto de la Investigación Educativa en Salud.
2. Difundir los conocimientos e investigaciones que se generen en el campo de la investigación educativa a través de eventos y publicaciones.
3. Proveer el desarrollo de las investigaciones entre los agremiados e impulsar la calidad académica de las que se encuentran en proceso.
4. Promover el intercambio académico con entidades, organismos e instituciones de enseñanza e investigación de México y el extranjero, con énfasis en América Latina, a fin de impulsar el desarrollo y elevar la calidad de la investigación educativa en salud.
5. Servir como organismo consultor, a las dependencias o individuos que así lo soliciten, para atender aspectos relacionados con la investigación educativa para la formación de profesionales de la salud.
6. Establecer una infraestructura especializada en el área para brindar servicios de apoyo a los agremiados, instituciones y particulares que lo soliciten.
7. Celebrar toda clase de actos que sean convenientes o necesarios para el cumplimiento de los fines enunciados y los nexos y conexos con los mismos, incluyendo la aceptación de donaciones y otras fuentes de ingreso, así como la adquisición de los inmuebles que se requieren para el logro de los propios fines, conforme lo establecen las leyes mexicanas.

Las personas dedicadas al desarrollo de la investigación educativa en salud o que tengan interés en hacerlo, llenan su solicitud y entregan su currículum para ser admitidos por la Comisión de Membresía de la Sociedad en acuerdo con lo establecido en el Estatuto de la Sociedad.

De acuerdo con su currículum, los socios podrán entrar en cualquiera de los tres niveles que le asigne la Comisión de Membresía:

Socio "A", es para aquellos que tienen interés en la investigación y que cuentan con la posibilidad de realizar investigaciones en el área.

Socio "B", deben ser investigadores en activo en el área. Se considera en activo a aquellas personas que, en el año anterior a su ingreso a la sociedad, hayan publicado una investigación educativa, o presentado su trabajo en un evento académico, o desarrollado actividades relacionadas con la investigación educativa en salud.

Socio "C", para aquellos que han realizado labores de investigación educativa en salud en los últimos tres años comprobables con dos o más publicaciones, o dos o más presentaciones de trabajos en eventos académicos o desarrollan otras actividades relacionadas, que a juicio del Comité de Membresía amerite.

Los socios deberán entregar a su coordinador de sección estatal o regional o al titular de área o directamente a la Mesa Directiva, un proyecto de investigación educativa en salud e informar de su evolución y conclusión. Sabiendo de antemano que la sociedad brinda apoyo a sus miembros para que con entusiasmo inicien sus investigaciones, ofreciendo sugerencias, cursos, revisiones de sus trabajos, aceptando implícitamente que dichos trabajos son exclusivamente de la propiedad de su(s) autor(es) y que la colaboración se hace con el fin exclusivo de mejorar la calidad de lo realizado y de fomentar su difusión.

La Sociedad considera vital para llevar a cabo sus labores en todo el país, la creación de coordinaciones en los estados o regiones de la República, así como de Áreas dentro del Distrito Federal cuya aceptación e integración se estipula en el Estatuto de la Sociedad.

La ceremonia de presentación de la Sociedad de Investigación Educativa en Salud se llevó a cabo el día 5 de Septiembre de 1990 en el auditorio del Depto. de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina UNAM con la presencia de la Mesa directiva de la Sociedad que quedó integrada por el Dr. Miguel Luján como Presidente; la Dra. Yolanda Marín como Secretario General; la Dra. Guadalupe Alarcón como Tesorero; Dr. Javier Sandoval como Secretario en Investigación; Dra. Ileana Petra como Secretario de Docencia; Dr. Adrián Martínez como Secretario de Intercambio Académico; y el Dr. David Servín como Secretario de Difusión.

En los días subsiguientes a este evento fue aceptada la Sección del Estado de Puebla que quedó integrada a la Sociedad el día 28 de Septiembre del presente año en una ceremonia emotiva en la ciudad de Puebla.

El día 4 de Octubre de 1990 se firmó el Acta Constitutiva de la Sociedad en la Facultad de Medicina UNAM quedando aceptados como socios fundadores más de 150 miembros activos.

Esta joven Sociedad, está abierta a todos los interesados en la investigación educativa en salud y esperamos que de entre los nuevos socios surjan ideas y acciones que fortalezcan esta empresa para que la Sociedad pueda alcanzar las metas académicas de investigación propuestas en los objetivos. Los beneficios se traducirán en originales perspectivas y soluciones encaminadas a la formación de mejores y más capaces profesionales en salud.

Para mayores informes favor de

comunicarse a los teléfonos 5-48-81-24 y 5-50-52-15 ext. 2169, 2727, o escribir al apartado postal 70-297 México D.F. 04510.

Atentamente
La Mesa Directiva

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza

La Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México organiza el V Coloquio de Medicina Tradicional Mexicana: "UN SABER EN EXTENSION", que tendrá verificativo los días 13, 14 y 15 de marzo de 1991, en las instalaciones de nuestra Escuela, de acuerdo a las siguientes jornadas:

Marzo 13: Jornada de las Ciencias de la Salud y de las Ciencias Químico Biológicas.

Marzo 14: Jornada de las Ciencias Sociales.

Marzo 15: Jornada Interdisciplinaria.

Los interesados podrán inscribir sus ponencias con base en los siguientes criterios:

1. Las ponencias deben desarrollar aspectos sobre la Medicina Tradicional Mexicana, que aporten elementos de apoyo en la revalorización del legado cultural, la formalización del conocimiento empírico, la articulación con los currícula, así como el establecimiento de las bases para su extensión.
2. Los trabajos deben ser enviados para su revisión en original y copia, que no exceda preferentemente de diez cuartillas anexando resumen de una cuartilla.
3. En cada ponencia se debe incluir la siguiente información:

- a) Jornada a la cual se inscribe.
- b) Título de la ponencia.
- c) Nombre del autor (autores), señalando el grado académico y su especialidad.
- d) Nombre de la institución a la que pertenece.
- e) Dirección y teléfono, tanto del trabajo como del domicilio particular.

4. La recepción de ponencias será del 6 de noviembre de 1990 al 15 de enero de 1991, en las oficinas de la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento, ubicadas en el edificio de Gobierno, Campus I de la ENEP-Zaragoza.

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza.
J.C. Bonilla No. 66, Esq. Calzada Ignacio Zaragoza.
Col. Ejército de Oriente.
Delegación Iztapalapa.
México, D.F. C.P. 09230.

Informes: en la Dirección, 797-2088 y 765-1095; en la División de las Ciencias de la Salud y del Comportamiento, 792-3288 ext. 121.
FAX: 792-3195.

Una vez que el comité dictaminador interno realice la revisión de las ponencias, la aceptación de las mismas será notificada a los autores indicándoles la Jornada en la que quedan inscritas, el día y el horario para su exposición.

Dr. Benny Weiss Steider
Director

FE DE ERRATAS

En el volumen 1, número 2, página 122; al final del primer párrafo de la segunda columna dice:

... en la solución de problemas.

y debe decir:

... en la solución de problemas. La evaluación del aprendizaje se amplía porque además de evaluarse sistemáticamente el dominio cognoscitivo se evalúa también el dominio afectivo y psicomotriz.

En el volumen 1, número 2, página 77 en el Abstract dice:

... especially ...

... because ...

... point ...

y debe decir:

... specially ...

... because ...

... point ...

Los editores.

Reseñas biblio-hemerográficas

Brody, Howard. *Ethical Decisions in Medicine*. Boston, Little Brown Company, 1976. pp. 338.

La enseñanza de la ética médica se ha dificultado por la escasez de libros de texto. Por esta razón hay que dar la bienvenida a la aparición de nuevas publicaciones sobre este tema. Sin embargo, el libro que aquí se examina no se ha seleccionado por su novedad (su publicación data de 1976), sino porque posee características muy peculiares que merecen una atenta consideración por parte de los profesores interesados en la enseñanza de los principios éticos de la medicina.

En primer lugar, hay que aclarar que el libro no consiste en una disertación sistemática sobre ética médica. Por el contrario, consiste en la presentación de casos sobre los problemas éticos que frecuentemente se presentan al médico en la práctica contemporánea. Cada caso está estructurado como un texto programado ramificado, por lo que cada lector analiza el caso siguiendo una ruta diferente. A lo largo de su lectura el lector se ve obligado a identificar el problema ético inherente al caso, a

identificar las alternativas posibles, a tomar decisiones para elegir alguna de tales alternativas, a conocer las consecuencias de las mismas y a estimar la probabilidad de cada una de ellas. En el transcurso del texto se presentan al alumno los argumentos morales, sociales, filosóficos y biomédicos que fundamentan cada una de las posibles alternativas de decisión. Al analizar los argumentos de cada alternativa, el autor se aleja de una posición dogmática y considera los puntos de vista de las diferentes posturas doctrinarias. Esta obra ofrece al lector una metodología para el razonamiento ético y lo previene sobre errores comunes en la formulación de juicios éticos.

Así pues, el libro no es un manual de respuestas, sino que ofrece sugerencias que estimulan el razonamiento ético, ofrece una metodología para la toma de decisiones y desarrolla en el estudiante la capacidad para elegir alternativas de manera fundamentada.

Los casos analizados se encuentran distribuidos en diferentes capítulos, entre los cuales merecen destacarse los siguientes: 1. Relación médico-paciente. 2. Consentimiento informado. 3. Calidad

de vida. 4. Control de la reproducción. 5. Experimentación en humanos. 6. Asignación de recursos escasos. 7. Eutanasia. 8. Pruebas de detección masiva. 9. Ingeniería genética. 10. Medicina institucional y economía de la asistencia médica. 11. Definición de salud y enfermedad. 12. Bioética. Además de esto, el libro nos ofrece un anexo con un análisis comparativo de diferentes sistemas éticos, la Carta de los Derechos de los Pacientes, los Criterios para Determinar la Calidad de Vida, y la Declaración de Helsinki.

Con base en todo lo antes dicho se considera que este texto merece ser considerado por los profesores de medicina que en México se interesan por la enseñanza de la ética médica, a pesar de que su publicación no sea reciente. Si bien, su utilización en nuestro medio se dificulta por estar en idioma extranjero, debe ser analizado por nuestros profesores para considerar su traducción, o en todo caso como modelo para la elaboración de un texto original por autores mexicanos que incorpore los múltiples aciertos que sin duda contiene este libro.

José Luis Osorno Covarrubias

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. La Revista de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina AMFEM, constituye un órgano de difusión para que los profesionales de la enseñanza médica presenten los resultados de sus proyectos de investigación educativa, así como reflexiones y contribuciones sobre la materia.

La revista cuenta con las siguientes secciones:

EDITORIAL. Será por invitación, con una extensión mínima de cuatro cuartillas y máxima de seis.

CARTAS AL EDITOR. Incluye opiniones y sugerencias sobre el contenido de la revista. El texto deberá tener una extensión máxima de una cuartilla.

COMUNICACIONES. Información sobre eventos relacionados con la enseñanza médica, la cual deberá ser enviada con una anticipación de tres meses a la fecha de inicio, señalando el tema, modalidad, lugar, fecha y requisitos.

REPORTES DE INVESTIGACION. Artículos de investigación educativa. Con una extensión máxima de 20 cuartillas.

ENSAYOS Y MONOGRAFIAS. Reflexiones y sistematización conceptual de la investigación educativa en medicina. Con una extensión máxima de 20 cuartillas.

RESEÑAS BIBLIO-HEMEROGRAFICAS. Presentación sintética de libros recientes, ensayos, monografías y artículos de investigación relacionados con la enseñanza médica. Con una extensión máxima de cuatro cuartillas.

REUNIONES DE LA AMFEM. Reseñas de sus reuniones periódicas.

2. El texto deberá tener la siguiente estructura:

a) Escrito a máquina, en una sola cara, a doble espacio y con márgenes superior e inferior de 2.5 cm., izquierdo de 4 cm. y derecho de 2.5 cm., numerando las hojas en forma progresiva.

b) Los artículos de reporte de investigación constarán de título, resumen, introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones.

c) Los ensayos y monografías constarán de título, resumen, introducción, antecedentes, discusión y conclusiones, además de las partes que el autor considere pertinentes.

d) En la página inicial se anotará únicamente el título del trabajo, nombres completos de los autores y sus grados académicos, la institución donde se llevó a cabo el trabajo, además de la dirección y teléfono del primer autor.

e) La segunda página deberá contener un resumen del trabajo escrito en español y en inglés, sin exceder un máximo de 200 palabras cada uno.

f) Los cuadros (no usar la palabra tabla) se designarán con números romanos. Las figuras (fotografías, esquemas y gráficas) se designarán con números arábigos. Indicar el lugar del texto donde se desea que aparezcan los cuadros y figuras.

g) Las referencias bibliográficas se sujetarán a los criterios establecidos para los escritos médicos en el Acuerdo de Vancouver, utilizando el sistema referencia-número. Las citas deben ordenarse numéricamente de acuerdo con su secuencia de aparición en el texto.

Revistas:

Nogueira P R. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. *Educación médica y salud OPS* 1985; 19 (1): 23-32.

Libros:

Cañedo D L. *Investigación clínica*. México: Nueva editorial interamericana, 1987.

3. Los trabajos deben ser inéditos.

4. Los documentos deberán enviarse en original y dos copias a la sede de la AMFEM: Manuel López Cotilla No. 754 Col. del Valle C.P. 03100 México, D.F. Tel. 687-93-23.

5. La AMFEM se reserva el derecho de aceptar o rechazar las contribuciones enviadas para su publicación, de acuerdo a las recomendaciones del comité editorial. También se reserva el derecho de realizar cualquier corrección editorial que considere necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros o anexos.

6. Todos los trabajos recibidos y publicados en la Revista Mexicana de Educación Médica son propiedad de la misma. Se autoriza su reproducción total o parcial, siempre y cuando se cite la fuente.

7. Aquellos trabajos que no cumplan con lo antes indicado no serán aceptados y se devolverán al autor principal.

