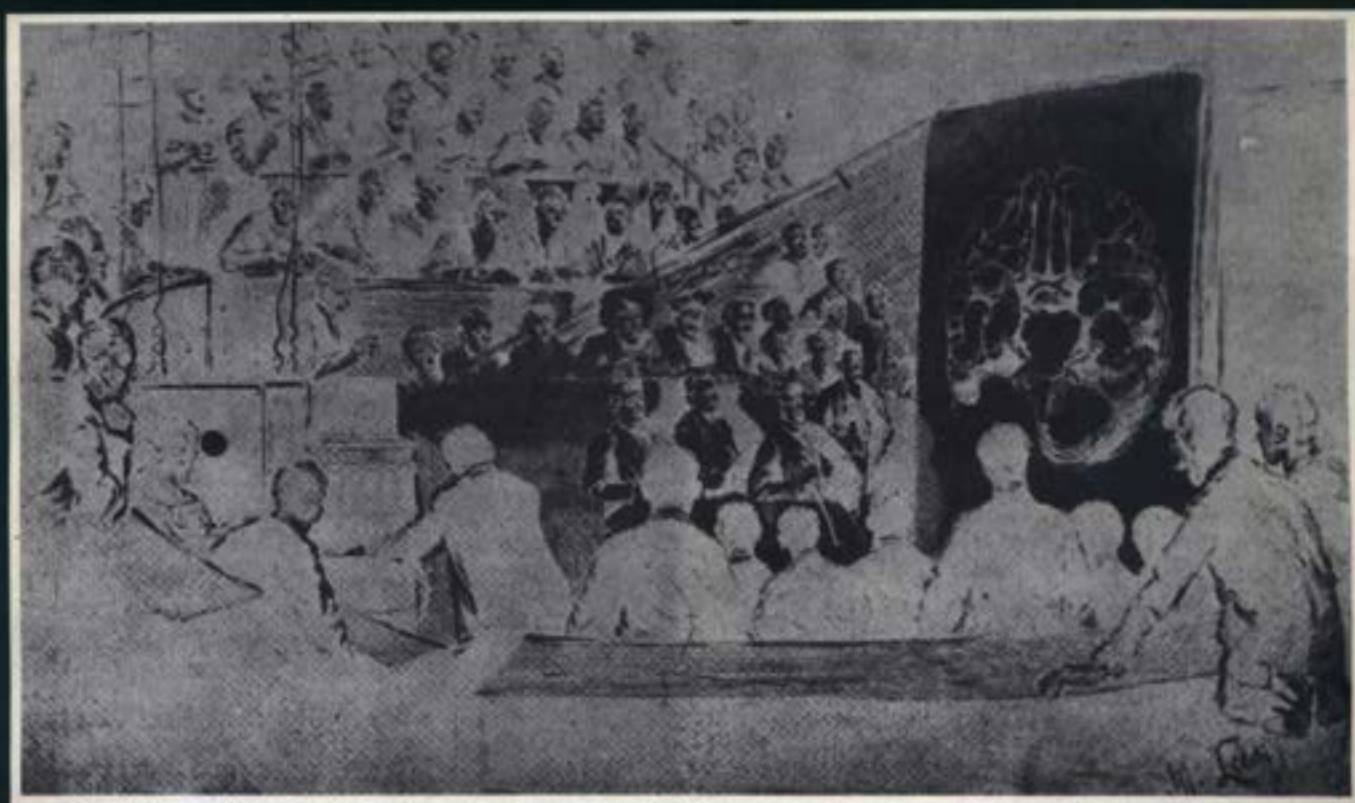


REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

VOL. 2 No. 1 1991



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

C.P. Oscar Joffre Velázquez
Dr. Octavio Ramírez Vargas
Dr. Miguel Ángel Félix Cruz
Dr. Jaime E. Sánchez González
Dr. José Manuel Herrera Fernández
Dr. Jaime B. Gómez Castañeda
Dr. José Guillermo Torres Jiménez
Q.B.P. Martha García García
Lic. Rosa María González Victoria

Dr. Carlos Vargas Camargo
Dr. Alejandro Herrera Quintero
Dr. José Luis Bárcenas García
Dr. José Luis Cuevas López
Dr. Eduardo Ocampo Rebolledo
Dr. Roberto Ruddy Villagómez Ortiz
Dr. Jesús Avila Maldonado
M.S.P. Silviano Güijosa Bolaños
Dr. Rubén Velasco Madrid

REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

Vol. 2. No. 1 1991

ISSN 0188-2635

INDICE

EDITORIAL

REPORTES DE INVESTIGACION

La enseñanza de la ética médica en las facultades y escuelas de medicina de México. José Benito López Cabello/Rossana Alcaraz Ortiz	219
Condiciones de trabajo académico en dos dependencias universitarias. Ana Hirsch Adler	222
El expediente clínico orientado por problemas: su utilidad en el servicio, la docencia y la investigación clínica. Víctor Manuel Mendoza Núñez/Federico Bonilla Marín/Patricia Botello López/Isabel Soto Martínez	237

ENSAYOS Y MONOGRAFIAS

La educación médica en las Américas: propuestas emanadas de las conferencias internacionales. Daniel Pacheco Leal	245
Liderazgo en medicina. Federico Ortiz Quezada	250
Los programas innovadores y el liderazgo en la educación médica. Rolando Baptista López/Carmen García Colorado/Rodolfo Prado Vega	256
Administración y aprendizaje participativo en medicina. Francisco Domingo Vázquez Martínez	260
Atención médica orientada a metas: ¿opción adecuada para los educadores médicos? Alejandro Díaz de la Vega Quintero	266
La educación como fenómeno social: reflexiones. María Rebeca Ambríz Chávez	271
Conocimiento y curriculum. Rosa María Torres Hernández	276
Formación de maestros e investigación en el campo del currículo. Adelina Castañeda Salgado	281
Tópicos actuales en la evaluación de programas educativos. Francisco Javier Islas Guzmán	285

REUNIONES DE LA AMFEM

Reseña de la LXVII Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM	289
--	-----

CARTAS A LOS EDITORES	294
-----------------------------	-----

COMUNICACIONES	295
----------------------	-----

RESEÑAS BIBLIO-HEMEROGRAFICAS	299
-------------------------------------	-----

INDICE DEL VOLUMEN I	301
----------------------------	-----

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no expresan necesariamente el punto de vista de la AMFEM.

Editorial

El impacto de una medicina cada día más técnica, sin duda, obedece a los avances científicos y tecnológicos permanentes y constantes que en cada una de sus ramas se observa. Esto ha hecho que la práctica médica se vaya despersonalizando y perdiendo el humanismo que lo caracterizaba en tiempos pasados, como ocurría con el llamado "médico de cabecera" y su paciente.

Esta situación se refleja también en una pérdida del liderazgo, pues al compartir con otros (el profesor o el cura), el médico se ha ido transformando en un profesional sin arraigo comunitario y en un asalariado más, en un "obrero médico" quien es absorbido día con día a una medicina institucional, de baja calidad y con poca ascendencia con sus consultantes, debido a que sólo cuenta la cantidad de la demanda satisfecha mas no el indicador de un bienestar de salud de los derechohabientes de los sistemas de salud del país.

Llama la atención que sólo en el tercer nivel de salud se cuente con una práctica médica de excelencia, y que este nivel sea el más solicitado, repercutiendo negativamente en el primero y segundo niveles. Para contrarrestar esas consecuencias es imprescindible efectuar el cambio y racionalizar la atención médica de alta calidad, a costos aceptables, en el primer nivel de atención de la salud.

Dicho panorama nos lleva a compenetrarnos más, como facultades y escuelas de medicina, ante un problema crucial como es el de

retomar el liderazgo en sus aspectos de la práctica médica docente, de educación médica y de dirección académica, para que se dé la dimensión adecuada y podamos en conjunto, las instituciones académicas y de servicios de salud, dar la respuesta esperada por la comunidad que es atendida por los recursos humanos de salud que formamos.

En la LXVII Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y el IV Congreso Nacional de Educación Médica, se retoma por vez primera este problema, y es llevado por el Sector Educativo a la mesa de la discusión con la participación del Sector Salud, dándose líneas políticas de acción que seguramente vendrán a beneficiar el desarrollo de las propias instituciones docentes, en sus insumos como son sus alumnos, sus docentes, los planes y programas de estudio, la práctica médica institucional y privada, entre otras. A mediano plazo, como repercusión, se logrará una atención médica más humanista y liderada por un médico que apoye la autogestión de la propia comunidad para que su atención sanitario-asistencial sea satisfecha, de acuerdo con sus necesidades sentidas y demandas reales de salud.

Dr. Octavio Ramírez Vargas
Director de la Escuela Nacional de Medicina
y Homeopatía
Instituto Politécnico Nacional

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

José Benito López Cabello*
Rossana Alcaraz Ortiz**

Resumen. Se efectuó un análisis cuantitativo de los planes de estudio de las 57 facultades y escuelas de medicina de la AMFEM para identificar la existencia de asignaturas o contenidos temáticos de programas académicos de ética médica, encontrando que el 56.1% la incluyen, 14% están por implementarla y el 15% no la incluyen, quedando un 14% sin información al respecto, predominando en los planes por asignaturas con 73.2% sobre los modulares (23.2%) y el de la Homeopatía (3.5%). Existe diversidad en cuanto al nombre con que se le identifica así como diversidad en las asignaturas o áreas en las que se aborda, ya que está presente en áreas de enseñanza quirúrgica, clínica y de salud pública.

INTRODUCCION

Las Facultades y Escuelas de medicina del país poseen características diversas en cuanto estructuración y políticas dadas por el marco ideológico de las Universidades de las que forman parte; pero, tienen una finalidad común a todas ellas que es la de formar médicos que sean útiles a la sociedad, con una estructura técnica, científica y humanística que los capacite para poder ejercer la medicina dentro del sistema nacional de salud, ya sea público o privado.

Dado que es muy frecuente el escuchar que el médico ha perdido sus actitudes éticas y humanísticas, sustentadas en observaciones poco serias y generalmente por individuos ajenos a la educación médica, consideramos la necesidad de analizar la existencia en los planes de estudio de las Facultades y Escuelas de medicina de México de contenidos y/o asignaturas que abordan específicamente la adquisición de conocimientos y de conductas sobre ética y humanismo. Tomando en cuenta que dentro del ejercicio de la medicina ellos constituyen la esencia del médico, que no pudiera ser tal si no contara con esta formación.

OBJETIVOS

- Identificar la existencia de asignaturas de ética médica y/o deontología.
- Identificar en lo particular la existencia de contenidos de ética médica y/o deontología dentro de los programas académicos no específicos.
- Identificar los nombres con que se le designa a la ética médica dentro de los planes de estudio en las facultades y escuelas de medicina agremiadas a la AMFEM.

METODOLOGIA

Se recurrió al banco de datos de AMFEM, de 1989-1990, buscando en los planes de estudio vigentes en nuestro país, la existencia de asignaturas, o programas académicos que incluyeran la enseñanza de la ética médica, para lo cual se utilizó la siguiente metodología:

Fueron ordenadas por clave de filiación las 57 facultades y escuelas de medicina, distinguiendo en cada una de ellas el tipo de plan de estudios (asignatura o modular), la presencia o no de asignatura de ética médica o su abordaje en asignaturas con otro nombre, y el ciclo en el que se imparten.

* Director de la Facultad de Medicina de Poza Rica Veracruz, Universidad Veracruzana. Presidente de AMFEM.

** Encargado de Banco de Datos de la AMFEM.

De lo anterior se obtuvieron los resultados que a continuación se describen.

RESULTADOS

De acuerdo al tipo de plan de estudios existen 42 facultades con plan por asignaturas (73.2%), 13 con plan modular (23.2%) 2 de homeopatía (3.5%). Hay 32 escuelas que tienen incluida asignatura de ética médica en plan de estudios (con el nombre de ética, deontología o medicina humanística), 9 no la incluyen, en 8 están por implementarla, y de 8 no se tienen informes, lo que corresponde al 56.1% de los planes de estudio vigentes que incluyen a la ética como asignatura que sumado al 14% de los planes que están en vías de incluirla, arrojarán el 70% de todos los planes, haciendo notar que existe un subregistro del 14% (8 escuelas que no proporcionaron información) (cuadro 1).

Cuadro I

Presencia de la ética médica en el plan de estudios

Incluida en el Plan de Estudios (Ética, Deontología y Med. Human.)	32
No se incluye	9
Sin información	8
Por implementar	8

Fuente: Banco de Datos de la AMFEM, 1990.

Por lo anterior consideramos que el 15.7% (9 instituciones) no incluyen la ética médica, dentro de sus planes de estudio, aunque debemos también considerar la posibilidad de un subregistro en este caso ya que estamos convencidos del denominado curriculum oculto, y por lo tanto no descartamos la posibilidad de que exista enseñanza de la ética sin estar presente en un plan de estudios de manera objetiva.

Las instituciones que contemplan la ética médica como asignatura son 20 (50%), que la incluyen como tema en otras asignaturas o

módulos 12 (30%), por implementar 8 (20%) (cuadro II).

Cuadro II

Forma de enseñanza de la ética médica

Como asignatura	20
Incluida en otra asignatura o módulo	12
Por implementar	8

Fuente: Banco de Datos de la AMFEM, 1990.

Los nombres utilizados para señalar la ética médica, que fueron hallados son:

Ética Médica en 12 planes (60%).
Medicina Humanística en 6 planes (30%).
Deontología 2 casos (10%) (cuadro III).

Cuadro III

Denominación de la asignatura

Ética médica	12
Deontología	2
Medicina humanística	6

Fuente: Banco de Datos de la AMFEM, 1990.

Como se mencionó anteriormente, algunos planes contemplan la enseñanza de la ética médica dentro de asignaturas que llevan nombres diversos, entre los que encontramos con el nombre de historia y filosofía de la medicina (7), medicina legal (1), técnicas quirúrgicas (1), propedéutico (1), módulo de salud pública (1), módulo de consulta externa (1), antropología (1), módulo de estudio médico integral de la familia (1) y módulo de introducción a la medicina y personalidad.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo, que es un análisis cuantitativo, evidencian

que un 15.7% de los planes de estudio de las Facultades y Escuelas de medicina no contemplan la enseñanza de la ética médica, pero dada la existencia de un sub-registro prácticamente estimamos que el 90% la abordan.

Se considera necesario realizar un estudio de la enseñanza de la ética médica desde un punto de vista cualitativo que permita detectar desviaciones, en especial a lo que se refiere a las actitudes en la práctica profesional de los egresados.

Para terminar es importante señalar que algunas de las conclusiones a las que se llegó en la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM, celebrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima (1990), donde se abordó específicamente el tema de Ética Médica, se sugirió:

1. Incluir a la ética médica en los planes de estudio de aquellas escuelas que aún no lo contemplan.
2. La forma de implementación de esta materia la harán las escuelas.
3. La enseñanza de la ética médica deberá ser durante toda la carrera.

BIBLIOGRAFIA

- Cano Valle, Fernando "Ética en la enseñanza de la medicina" *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 1986, 29 (3):112-114.
- Acuña, Héctor "Ética médica y educación médica" *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1981, 90 (6):471-477.
- Simposio Syntex *La deontología médica en México*. México, Talleres Lito-Offset Estilo, 1980.

Condiciones de trabajo académico en dos dependencias universitarias

Ana Hirsch Adler*

"Finalmente, el requisito previo de la eficacia de las organizaciones, el más difícil e inaudito, pero también el más importante, es saber abandonar a tiempo las actividades improductivas". Peter F. Drucker, *El cambiante mundo del directivo*.

Resumen. El artículo describe los resultados de las entrevistas realizadas en la Facultad de Medicina de la UNAM y en el Plantel Azcapotzalco de la Coordinación de Ciencias y Humanidades de la UNAM en 1988 con respecto al tema de las condiciones de trabajo de los profesores-investigadores universitarios en México. Incluye breves reflexiones acerca de las condiciones necesarias para el desempeño de un trabajo académico significativo.

Abstract. The article describes the results obtained in interviews from "Facultad de Medicina-UNAM" and "Coordinación de Ciencias y Humanidades", "Plantel Azcapotzalco-UNAM" in 1988 in reference to professor's work conditions in Mexican universities. It involves also some ideas about the necessary conditions to produce a significative academic work.

INTRODUCCION

Podemos aproximarnos a la temática a partir de dos ángulos:

- 1) Condiciones actuales de trabajo de los profesores investigadores universitarios en las diversas instituciones de educación superior. En muchos casos, podemos definirlos como inadecuadas e insuficientes.
- 2) Condiciones necesarias para desempeñar un trabajo académico significativo y de calidad.

La investigación "Burocracia, Racionalidad y Educación",¹ se planteó entre sus objetivos, por un lado la detección de trabajos sobre la universidad mexicana y por el otro la realización de trabajo de campo sobre las condiciones de trabajo del personal académico en torno a las principales categorías detectadas a par-

tir del marco teórico sobre burocracia y racionalidad.

Entre ellas:

- Jerarquía, autoridad y distribución del poder los recursos.
- Concepción predominante de racionalidad (énfasis en productividad, eficacia, eficiencia y medición de rendimiento).
- Normatividad (formal e informal y explícita e implícita).
- Metas universitarias (forma en que las metas universitarias que tienen un alto grado de abstracción, logran operacionalizarse).
- Organización académica y universitaria.
- Autonomía en el trabajo (cómo cristalizan los principales valores que caracterizan el trabajo académico: "libertad de cátedra" y "libertad de investigación").
- Posibilidades reales de participación en la toma de decisiones y en la elección de jefes y representantes.

* Investigadora de Tiempo Completo en el Centro de Investigaciones y Servicios Educativos de la UNAM.

- Crecimiento de los aparatos burocráticos.
- Incremento del burocratismo en la operación cotidiana.
- Diferencias entre el personal: académico y académico administrativo.
- Proporciones y diferencias entre el personal académico y el administrativo de base.

METODOLOGIA

Para realizar ese trabajo de campo, se construyó una guía de entrevista abierta para profesores-investigadores universitarios sobre condiciones de trabajo,* de manera colectiva entre quince profesores-investigadores de algunas instituciones (y dependencias) de educación media superior y superior.**

Vinculados a las categorías antes mencio-

* La guía de entrevista abierta se anexa al final.

** En 1987, se planteó la necesidad de generar un proyecto colectivo de investigación multidisciplinario y multi-institucional que se avocara a la realización de una serie de estudios de caso para indagar las condiciones de trabajo de los profesores-investigadores. El proyecto se denominó: "Profesionalización de la Docencia" y participaron profesores de: Centro de Investigaciones y Servicios Educativos, Colegio de Geografía y Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, Escuela Superior de Medicina, Escuela Superior de Ingeniería Mecánica y Eléctrica y Centro Interdisciplinario en Ciencias de la Salud del Instituto Politécnico Nacional, Plantel 3 y 4 del Colegio de Bachilleres y Departamento de Enseñanza de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Colateralmente participaron profesores de la Licenciatura en Psicología de ENEP-Iztacala de la UNAM. El proceso colectivo se planteó en diversos aspectos: a) generar un marco teórico-metodológico en cuanto a: profesionalización de la docencia, formación de profesores, condiciones de trabajo de los profesores-investigadores, y consecuencias para el personal académico del tipo de labor que desempeña; b) generar instrumentos de investigación para los estudios de caso, principalmente una guía de entrevista abierta, para profesores de las diversas universidades y escuelas consideradas; c) apoyar el trabajo de campo de los participantes en el proyecto colectivo; d) analizar y compartir el proceso y los resultados de cada estudio; e) generar conclusiones generales como resultado de los procesos de cada uno de los estudios y del proyecto colectivo en general.

Para finales de 1987, después de un seminario teórico-metodológico construido entre todos los participantes, se contaba con una guía de entrevista abierta. Para 1988, las dimensiones del proyecto colectivo —como tal— se habían reducido sensiblemente; ya que sólo algunos de los miembros del proyecto lograron llevar a cabo el trabajo de campo en sus dependencias universitarias, con base en la guía de entrevista abierta diseñada colectivamente. Aquí se presentan únicamente las entrevistas que llevé a cabo en la Facultad de Medicina y en el plantel Azcapotzalco del Colegio de Ciencias y Humanidades de la UNAM, en 1988.

nadas —que provienen del marco teórico— la guía trata los temas de: ingreso y permanencia en la actividad académica, situación laboral (en uno o varios empleos), formación docente, labores de investigación (disciplinaria y educativa), profesionalización de la docencia, condiciones en que se realiza el trabajo académico y principales consecuencias que genera la actividad académica y universitaria.

Se realizaron en 1988, 20 entrevistas abiertas a profesores de varios departamentos de la Facultad de Medicina de la UNAM, con una duración aproximada de dos horas cada una y se aplicó esta misma guía —en forma de cuestionario— a 21 profesores del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH), plantel Azcapotzalco de la UNAM.

Evidentemente no se trata de una muestra representativa,* pero permite aproximarse a la problemática en estudio y delinear tendencias, que pueden reflexionarse junto con los resultados que obtienen trabajos similares.**

Posibilita además obtener información cualitativa importante, repensar el marco teórico de referencia del que se parte y probar el instrumento (guía de entrevista), que puede ser utilizado ventajosamente en una fase posterior de esta misma investigación y en otras.

Además de que no tiene una muestra representativa, ni pueden generalizarse los

* No se contó con las condiciones institucionales mínimas para aplicar una muestra representativa en alguna de las dos dependencias de la UNAM en que se aplicó la guía de entrevista abierta. Por ello, hubo que conformarse con seleccionar unos pocos profesores de distintos departamentos en el caso de la Facultad de Medicina y de las áreas en que divide el Colegio de Ciencias y Humanidades el trabajo docente. Por la imposibilidad de abarcar un mayor número de profesores, se dio una enorme importancia a lo cualitativo y a la necesidad de dedicar mucho tiempo a cada una de las entrevistas. La guía de entrevista abierta resultó ser un instrumento muy adecuado para indagar este tipo de información cualitativa.

** Sobre la cuestión laboral, la investigación realizada por Yuriria Castro Moreno³ en el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud (CICS) del Instituto Politécnico Nacional, destaca: inadecuaciones de la infraestructura, limitación de recursos humanos y materiales, dificultades derivadas de la ubicación geográfica y el transporte y de la organización de los lugares de estudio y trabajo y las aulas. También: repartición desigual de cargas académicas, obstáculos a la promoción —derivados del escaso reconocimiento a la docencia— y la necesidad de realizar investigación para ese fin. Además: desacuerdos con autoridades, falta de estímulos a la labor docente, conflictos que llevan a procesos tensionales, salarios bajos —que obligan al desempeño de varios trabajos— y problemas de organización académica.

resultados, el trabajo de campo no intentó tampoco, comparar linealmente las respuestas obtenidas en las dos dependencias de la UNAM —que son muy distintas— porque se parte del hecho de que cada dependencia e institución educativa posee su propia especificidad.

Según Clark³ la heterogeneidad de las dependencias universitarias y de sus profesores se basa en razones muy diversas. Por ejemplo:

— Áreas del conocimiento que se manejan

- a) Personal académico de una sola disciplina, que implica una preparación muy especializada (más característica de una facultad o escuela), o
- b) en distintos campos del saber, que se conjugan en una sola dependencia, buscando una educación general (y propedéutica) de los alumnos.

— Mayor énfasis en la investigación o en la docencia.

— Nivel educativo de los estudiantes que atienden ("jerarquía de secuencia"): nivel superior (y posgrado) o medio superior.

— Antigüedad y trayectoria de la dependencia universitaria, "jerarquía de status" disciplinaria e institucional⁴, condiciones de contratación y permanencia, ubicación en la organización universitaria, asociaciones profesionales a nivel nacional e internacional de las que forman parte, etc.

A continuación se presentan sintéticamente los resultados obtenidos en las dos dependencias universitarias en que se realizó el trabajo de campo.

RESULTADOS

I. Entrevistas en la Facultad de Medicina de la UNAM

Se obtuvieron las siguientes respuestas:

A) Sobre el tema de ingreso a la docencia:*

a) El modo en que entran corresponde a: para hacer la tesis, substituir a otro maestro, por concurso, por invitación, desde estudiante entró como ayudante de profesor, alguien le avisó y como becario de la universidad para cumplir el requisito de dar clases.

Entre los profesores entrevistados había personas con mucha antigüedad** en la docencia y específicamente en la Facultad de Medicina y los menos que ingresaron como personal académico o académico-administrativo en la década de los ochentas.

b) Las principales razones que aducen para haber ingresado originalmente en la carrera docente son: mantenerse económicamente y el gusto por la docencia.

B) Sobre la permanencia (y los mecanismos de promoción y definitividad):

a) Señalan problemas en la dictaminación, generados tanto por los profesores interesados en ingresar (negligencia), como por obstáculos que ponen algunos jefes de departamento.

Opinan que en la carrera académica "se requiere mucha tenacidad" y que "muchas decisiones no son académicas, sino políticas".

Se mencionan problemas con los jefes

* Como motivo básico para ingresar a la docencia, Rollin Kent⁵ encontró lo siguiente: a) los profesores encuestados la consideraron como una manera de completar su formación profesional (después de una experiencia insatisfactoria en la licenciatura o en el empleo). El autor considera que el profesor tiene una falta de identidad sólida con su campo disciplinario y b) como forma de movilidad social.

** En la investigación que llevó a cabo Rollin Kent⁵ en ENEP-Ixtacala, el personal académico resultó ser una población joven. La mayoría, en 1985, no había cumplido los 35 años. En su conjunto estaba en los inicios de su carrera; 50.7% hasta 5 años de antigüedad y 24.3% de 6 a 11 años. El autor indica, que la mayoría de los profesores de la UNAM se iniciaron como tales a partir de 1973 y un poco más de la mitad a partir de 1979. Todos cursaron la licenciatura a lo largo de esa década y una proporción más alta la componen egresados de la misma UNAM. Alrededor de un 50% de los estudiantes de licenciatura hicieron su bachillerato en el Colegio de Ciencias y Humanidades o en la Escuela Nacional Preparatoria (ambos de UNAM), por lo que cerca de la mitad de los profesores han estado en esa casa de estudios (como estudiantes y profesores) desde los 15 años.

inmediatos, que el personal académico no posee los nombramientos adecuados y la necesidad de que se abran más concursos de medio tiempo y tiempo completo. Hay pocas promociones y escasa remuneración. b) Han logrado permanecer en la docencia, porque: les gusta dar clases, les permite estar al día en su especialidad, es útil para los estudios de posgrado que siguen, pueden interactuar con los jóvenes y elaboran materiales de apoyo a la docencia. Consideran que la "docencia es una actitud de servicio".

C) Sobre su situación laboral contestan en su mayoría que tienen solo un empleo. Otros además trabajan en su consultorio o combinan varios trabajos de docencia o con actividades académico-administrativas.

D) Acerca de la proporción que consideran adecuada entre personal académico de tiempo completo, medio tiempo y por asignatura: la respuesta más frecuente fue que debería haber más profesores de tiempo completo; pero que los de asignatura también son importantes, puesto que pueden incorporar su experiencia profesional hospitalaria y de consultorio a las aulas. Consideran conveniente que el médico-docente esté involucrado en diversas actividades.

E) La mayor parte de los entrevistados han tenido varias actividades de formación docente, tanto en su campo disciplinario, como en acciones pedagógico-didácticas. También consideran formativa la investigación, la vida cultural, el criterio abierto y el aspecto humano, que les permite tratar más adecuadamente a los pacientes.

Como principales obstáculos a la superación académica ubican: tiempo, responsabilidades de los cargos que ocupan y costo —pues no hay apoyo en tiempo de trabajo para la formación—. Las oportunidades de forma-

ción son distintas. Algunos opinaron que existen muchos obstáculos y otros que contaron con apoyo de la universidad.

F) Definen profesionalización de la docencia como:

- Enseñar a los profesores el manejo adecuado de grupos y contenidos, contemplar la relación profesor-alumnos, realizar investigación educativa, incorporar la preparación pedagógico-didáctica y disciplinaria, motivar a los alumnos para que aprendan y cursar posgrados.
- Tiempo completo dedicado a las actividades. Estabilidad laboral.
- Vocación docente y cuestionar la práctica docente institucional en torno a las tres funciones sustantivas. Reflexionar en torno al aprendizaje en el área de la salud. Comprender lo que es la docencia (su función y dimensiones múltiples: pedagógica, social, filosófica, económica, política y didáctica).
- Necesidad de una licenciatura para ser docente en medicina.
- Un profesionista (en este caso médico) que siempre se ha dedicado a la docencia y estudia la docencia.

estrategias que permitan atender a profesores heterogéneos y que tienen situaciones laborales distintas.

Resulta determinante la categoría y nombramiento que tiene el personal académico, pues el de carrera y definitivo tiene más posibilidades de formarse. Es evidente que para muchos maestros de asignatura, que se ven obligados a sumar horas en varias instituciones y/o dependencias para complementar un salario, existen pocas posibilidades de superación académica.

Las instituciones apoyan o no las actividades formativas, con varias posturas: a) autorizar que parte del tiempo laboral se utilice en la formación, b) permite reordenar sus tareas, sin eximirlos de la jornada, c) deposita en los profesores las necesidades de resolver sus situaciones de trabajo, d) acompaña la asignación de las actividades formativas con un prospecto de promoción, e) apoya al personal de confianza y a los que tienen mayores derechos laborales y f) se reserva el derecho de suspender temporal o definitivamente la posibilidad de superación académica según se cumplan o no determinadas condiciones.

La responsabilidad de la formación se deposita casi en todos los casos en el propio profesor. Considero que esta situación debería ser profundamente reflexionada, con el fin de que se diseñaran políticas y programas que apoyaran realmente la formación a cargo del tiempo y presupuesto de la propia institución.

También en las investigaciones de Rollin Kent⁸ y Yuriria Castro Moreno⁹ se concluye que la superación académica se ha considerado institucionalmente, un fenómeno individual.

* De las dificultades —que encontraron en su investigación sobre profesores que estudiaban en el Centro de Investigaciones y Servicios Educativos (CISE) de la UNAM, Juan Eduardo Esquivel y Lourdes Chehaibar— para llevar a cabo actividades formativas, es importante resaltar la rigidez en las políticas administrativas y académicas de las instituciones que ofrecen este tipo de actividades. Por lo general, no diseñan diversas

G) Algunos llevan a cabo investigación médica y no investigación educativa. Esta última les parece importante, para conocer el rendimiento de los maestros, evaluarlos y mejorar la docencia.

Los que sí realizan investigación educativa lo hacen principalmente en: evaluar reactivos para exámenes, encuestas para evaluar a los profesores, indagar las características de las actividades de enseñanza durante la residencia de medicina familiar, evaluación de trabajos, aprendizaje grupal, tecnología educativa, medición de actitudes y evaluación de grupos de aprendizaje.

Consideran que la investigación educativa sí se vincula a la docencia, principalmente para hacer modificaciones en planes y programas.

Se requiere apoyo externo para la investigación y este es limitado.

H) Con respecto al aspecto burocrático se señala que la estructura de esta Facultad es grande, muy compleja y tiene muchas secciones que podrían conjuntarse. Las unidades (departamentos, etc.) se convierten en pequeños feudos.

Muchas de las acciones se centran en "productividad-eficacia-eficiencia" y en ocasiones existen obstáculos por parte de los jefes, para realizar las actividades académicas.

Mencionan que los problemas de docencia e investigación se tramitan con los coordinadores. Los casos graves se dirigen al secretario general y al director. El apoyo cambia —en opinión de algunos— dependiendo de quiénes son las autoridades.

I) No había en la fecha en que se realizaron estas entrevistas un reglamento interno —aprobado formalmente— en la Facultad de Medicina.

Consideran que las normas explícitas no son muchas, mientras que las implícitas son numerosas. Hay posibilidades de modificación, que no siempre son necesarias, pues en algunos aspectos hay bastante flexibilidad.

Otros —polarizadamente— opinan que hay muy pocas posibilidades de intervenir en la normatividad. Consideran que ésta debería adecuarse específicamente en cada dependen-

cia universitaria. Se requieren más nombramientos académicos, promoción y regularización.

A veces se construyen reglamentos específicos. Un ejemplo es la elaboración de un reglamento para el personal de nuevo ingreso; que antes tardaba mucho tiempo en comprender los procedimientos.

Concluyen que las normas y reglamentos sí influyen en el trabajo académico. Señalan problemas en el manejo de comisiones dictaminadoras (interinatos, definitividad, etc.), ("Hay argucias"). Se indica repetidamente que hay muchos obstáculos para ser profesor de carrera.

Algunos piensan que las modificaciones son positivas (como por ejemplo el Plan de Estudios de 1985 y los exámenes departamentales).

Otros, por el contrario, consideran que se hacen cambios importantes, sin evaluar los anteriores. Algunas modificaciones afectan, porque interrumpen las tareas. Los cambios tardan en instaurarse y traen como contraparte la inestabilidad, porque lleva tiempo adaptarse. A veces las metas son muy ambiciosas, se presiona por la rapidez y no se da tiempo para reflexionar. Como ejemplo, se señala que el último plan de estudios produjo la baja de muchos profesores.

Se dan casos de personas que no asisten y no trabajan y sólo cobran. Lo no explícito influye en esos problemas.

Afirman que sí se cumplen las metas. En investigación hasta de sobra.

J) Con respecto a los vínculos del personal académico con otros sectores, opinan que: Los jefes de departamento durante en el cargo muchos años. Algunos sugerirían sólo cuatro años, con una sola reelección y que fueran propuestos por el personal académico y no por la dirección. Se considera equitativa la proporción entre personal académico y académico-administrativo. Se cuenta con más apoyo cuando se está en un puesto (académico-administrativo). Concluyen que algunos jefes tienen méritos académicos, otros no y por lo general no intervienen en su elección.

K) Existen fuertes problemas con el perso-

nal administrativo sindicalizado, porque consideran que éste no cumple con las funciones que le corresponde desempeñar y esto hace perder mucho tiempo. Los administrativos de base son suficientes (faltarían sólo algunos intendentes). Algunos inclusive consideran que hay exceso de personal administrativo, "que son inamovibles y no hacen nada".

Cierto personal de base (por ejemplo las secretarías) requieren cursos de capacitación, hay obstáculos para obtener materiales por tantos trámites administrativos y existen problemas con los encargados de almacén. Se califica de "indolente" la relación del personal administrativo con su sindicato.

L) La mayoría de los entrevistados están afiliados a la Asociación de Asociaciones de Personal Académico de la UNAM (AAPAUNAM), se consideran informados y con el uso de sus derechos. Tienen descontento en algunos casos con el ISSSTE por problemas con los préstamos.

Con los consejeros técnicos y representantes en AAPAUNAM no tenían problema; con respecto al STUNAM, consideran que no se puede hacer nada. Sobre la posibilidad de participar en la elección de jefes y representantes, unos opinaron que sí se puede participar en la designación y otros dijeron lo contrario.

Sobre las organizaciones que deben defender sus intereses, muchos opinaron que no sirven, que se cuenta con poco apoyo de AAPAUNAM, que es "anodino" y que hay pocas prestaciones.

Consideran que el STUNAM protege en demasía a trabajadores que no llevan a cabo su trabajo.

Apoyan discursivamente lo "colegiado",* donde podrían escucharse las opiniones sobre necesidades de modificaciones y cambios y donde se respeta el interés académico.

M) Como el más significativo se ubica el problema de los salarios. Se han ido académicos por esa causa. Algunos de los que se que-

dan y logran combinar su ejercicio profesional privado y universitario, en gran parte lo hacen por la "mística".

Se dan cuenta de que se valora muy poco la docencia y que otras actividades se toman más en cuenta. También, que no se valora suficientemente el trabajo cotidiano y que los grados académicos se aprecian más.

Con respecto a la autonomía académica, algunos afirman que por eso trabajan en la universidad; porque pueden hacer lo que les gusta, piensan que pueden aportar algo y obtienen satisfacción en la docencia y la investigación.

Consideran vital, la libertad para actuar, cumplir con el programa y expresar libremente las ideas que se tienen.

Se debe tener autonomía para presentar proyectos y aún de rebatirlos. También para el diseño y la creación y para incorporar el punto de vista de los alumnos.

También tiene que ver con la posibilidad de discutir cambios y acomodar horarios y trabajo y desempeñarse dentro del aula.

N) Los principales problemas que mencionan con respecto a su práctica docente son:

- a) Ninguno, "más satisfacciones que problemas".
- b) Insuficiencia de recursos. Algunos profesores señalaron, por el contrario, que hay buen material de apoyo ("inclusive se presta a otras facultades y universidades del país").
- c) Alumnos reprobados, problemas de los estudiantes (de todo tipo, aún de personalidad), los alumnos muchas veces prefieren las técnicas tradicionales. No se conoce el tipo de alumnos con el que se trabaja.
- d) Problemas organizativos: aulas (inadecuadas, cerradas y cambios), suciedad, huelgas, problemas con prácticas externas, etc.
- e) A veces se imponen directrices, no justificadas, que obstaculizan o retrasan el trabajo.
- f) En lo académico: inasistencia y retrasos, obstáculos para actualizarse pedagógicamente ("se necesita enseñar al profesor a ser profesor").

* El modelo colegiado se explica en el capítulo V sobre Modelos Universitarios en Hirsch.³⁰ En las condiciones universitarias actuales, se trata en mucho de un "sueño" o de la "búsqueda de un pasado perdido".

g) Cambios en la Facultad y en los departamentos y secretarías.

O) Algunos (los menos) indicaron que no deseaban ocupar cargos administrativos, por los problemas que acarrearán.

Otros sí, por diversas razones: para corregir errores que vio, como parte de su superación como profesionista, por compromiso con la facultad, para apoyar la profesionalización de la docencia, para comprender otra óptica — además de la de la docencia —, por ser más fácil por ahí la entrada que en la carrera docente, porque implica un mayor salario que en la investigación, para llevar a la práctica ideas académicas y de organización, porque se trata de un trabajo fijo y definido, por la posibilidad de incidir, discutir y confrontar con otros y para buscar reorientar la problemática de la educación médica.

P) Como consecuencia del trabajo académico, unos marcaron pocos problemas y muchas satisfacciones. Entre ellas, la de ver superarse a los alumnos y en la docencia.

Cuando se mencionan problemas se hace referencia a muy variadas problemáticas: las derivadas de la gran urbe, salario exiguo, necesidad de tener varias jornadas, que no siempre se puede trabajar en los proyectos que se quieren, obstáculos a la superación académica e inequitativa posibilidad de ingresar en ese tipo de actividades ("los jefes tienen prioridad"), trato inequitativo entre los profesores en algunos departamentos, enfrentamiento con autoridades y mecanismos de entrada y salida que se usan a conveniencia de la jefatura.

En algunos casos, se mencionó también que: el ambiente de trabajo no permite decir "no estoy de acuerdo"; depende del manejo del jefe de departamento, se contrata gente no apta y no idónea para los puestos e inestabilidad del personal docente en su percepción económica (sobre todo de medio tiempo para abajo).

II. Entrevista en el CCH-Azcapotzalco

A continuación se presenta la información

obtenida a partir de la guía de entrevista que se aplicó en el CCH-Azcapotzalco en 1988.

1. Condiciones laborales actuales

A) La mayoría de los profesores —sobre las razones de ingreso a la docencia— respondieron que lo hicieron porque les gusta la carrera docente, se identifican con ella y la conciben como realización profesional y personal.

Unos pocos responden que por necesidad (al no haber encontrado otro trabajo), en el caso de dos mujeres por la necesidad de trabajar únicamente medio tiempo para poder atender a su familia, por falta de ambición, por tener acceso a la definitividad, por la posibilidad de realizar investigación educativa y porque se trata de un campo poco competitivo.

Casi la totalidad de los profesores entrevistados ingresaron al trabajo académico en los primeros años de la década de los setenta (1971 a 1973), tres a finales de ese mismo periodo (1977 y 1979) y tres en los ochentas (1981, 1982 y 1986).

B) Llegaron a la docencia de varias maneras: para formar primarias y secundarias populares, por convocatoria pública y por invitación de compañeros y profesores.

La mayoría ha pasado ya por concurso de ingreso y no todos, a pesar de llevar varios años en el plantel, tienen la definitividad. Sobre esto último es importante mencionar que quienes tienen tiempo completo y definitividad llevan de 15 a 19 años laborando en el CCH.

Consideran que: la carrera docente es muy larga (por ejemplo un maestro dice: "cabe señalar que durante seis años sólo tuve un grupo definitivo y 18 horas de interinato"), los interinatos son muy largos, las promociones lentas, hay fuertes dificultades para llegar a la definitividad y numerosas irregularidades en los mecanismos estatutarios. Llega a mencionarse que en muchos casos la entrada al CCH se lleva a cabo en gran medida por relaciones de amistad con los coordinadores.

Agregan que falta información sobre plazas y concursos y que cuando no se entra por

concurso se van consiguiendo poco a poco grupos, por los cuales se va concursando.

C) Sobre la situación laboral, la mitad de los maestros respondieron que además del CCH tienen otro trabajo. La mayoría de esos empleos son complementarios con la docencia,* puesto que los realizan en otras instituciones de nivel bachillerato y en secundarias y primarias.

Consideran que la necesidad de tener varias jornadas de trabajo —sobre todo por la fragmentación de las plazas de la UNAM— resulta fatigoso y no logra —aún así— resolver el grave problema de los ingresos limitados.

Las ventajas que mencionan de tener más de un empleo son: la posibilidad de tener una visión más amplia de la docencia y de no especializarse sólo en un tema, ejercer la profesión no sólo en cuanto a la docencia (principalmente en el caso de los médicos) y la realización de tareas administrativas.

La inadecuación con el trabajo docente proviene de problemas familiares, principalmente por parte de las mujeres. Se señalan además problemas para la superación académica.

D) Como problemas señalan:

- Falta de grupos, grupos numerosos, horarios desiguales de docencia, excedente de horas en la misma universidad.
- Solicitudes atendidas después de una larga espera.
- Dictaminadores poco preparados para dicha tarea.
- Económicos. Bajos ingresos con respec-

to a profesionistas en otros campos de trabajo.

- Retraso en los pagos al ingresar y por regularización.
- Fuerte posibilidad de estancamiento.
- Inestabilidad laboral, interinatos largos.
- Problemas para la titulación (principalmente en licenciaturas y maestrías).

E) Consideran que aproximadamente el 70% de las horas-pizarrón recaen en los profesores de asignatura, y sólo el resto en los de carrera.

Resulta inapropiada dicha proporción puesto que, un gran número de horas frente a grupo, convierte al docente en un "mero transmisor de información" y por la imposibilidad de realizar, en esas condiciones, labores de investigación y de superación académica.

Ello produce, además el "multichambismo", que limita severamente el compromiso con la institución. Consideran que los profesores del CCH deberían ser en su gran mayoría de tiempo completo —o al menos de medio tiempo—, mientras que en la realidad la mayoría es por asignatura y aún hay muchos interinos. La situación económica influye severamente en la académica.

Se requiere de profesionales de la docencia que sean formadores y que estén —a su vez— en continua formación.

F) Sobre actividades de formación, ha recibido cursos pedagógico-didácticos y de formación disciplinaria. Incluyen como superación académica, las actividades culturales y autodidactas.

Para la mayoría, las acciones de formación resultaron importantes para poder modificar su práctica docente. También, para entender el proceso de enseñanza-aprendizaje (como una unidad), entender la singularidad del adolescente, llevar a cabo trabajo colegiado, ayudar a los alumnos a enfrentar sus problemas, mejorar su relación con los grupos, cambiar las formas y técnicas de trabajo, entender a la institución, obtener mayor seguridad y organizar mejor sus materias. Algunos (los menos)—por el contrario— consideran que los cursos de formación docente no tuvieron trascendencia para cambiar su práctica.

* La reciente política gubernamental (y universitaria) de cruzar las nóminas del personal académico de todas las instituciones descentralizadas de educación media superior y superior —con el fin de despedir (al menos de un lugar) a los profesores— seguramente traerá severas consecuencias para las propias instituciones. Sería interesante conocer, con qué tipo de personas puede sustituirse el trabajo y la experiencia de los que, por ejemplo, desempeñaron una doble carga en distintas organizaciones complementarias por más de quince años. Otras dos preguntas que valdría la pena hacerse también, es en primer lugar como va a sostenerse —con los salarios bajos que da el sistema educativo— el personal académico y en segundo término cuestionarse si sólo se cruzan las nóminas de dicho personal o también la de autoridades y funcionarios y los de confianza y académico-administrativos.

Las posibilidades con las que cuentan para formarse están principalmente en los cursos intersemestrales y en las becas. Señalan: "más que posibilidades institucionales, se trata de posibilidades personales, quitándole horas a la noche y haciendo días de 48 horas", "para el maestro interino las posibilidades son mínimas", "las acciones de formación son muchas veces deficientes, fragmentarias y sin imaginación", "son difíciles por las condiciones que privan en la UNAM".

Los obstáculos que mencionan para formarse son:

- Falta de tiempo, excesiva carga horaria frente a un grupo y grupos numerosos.
- Problemas económicos.
- Necesidad de atender diversos espacios de trabajo y personales.
- Condiciones de contratación laboral.
- Situación familiar.
- Pocas condiciones reales para estudiar.
- Ausencia de políticas académicas al respecto. Falta de apoyo material y de infraestructura por parte del plantel.
- Indiferencia por parte de los propios maestros para cambiar los contenidos y su práctica en el aula.
- No hay remuneración adicional por la asistencia a cursos.

Aunque a muchos la formación docente les permitió mejorar su práctica docente; esta situación no necesariamente se vincula con su promoción. Señalan en su mayoría que los cursos poco sirvieron en ese aspecto, aunque sí tienen cierto peso en los concursos abiertos y cerrados.

G) Ante la pregunta de qué se entiende por "profesionalización de la docencia",* contestan:

- Dedicar tiempo completo a la actividad académica y en una sola institución; "que el profesor viva de y para la educación".
- El equilibrio entre las funciones priori-

tarias de docencia, investigación y extensión académica. Que se conforme la figura del "docente-investigador".

— Prepararse en el campo disciplinario y en los aspectos pedagógico-didácticos. Formarse específicamente como profesional de la docencia. Determinar los objetivos de esta profesión. Posibilidad de conocer el contexto de otros países. Vinculación interinstitucional con los investigadores. Búsqueda de soluciones para la superación de la enseñanza.

— Que el docente valore —y tome conciencia de— la importancia de su actividad.

— Que la institución reconozca la labor docente. Contar con mejores condiciones de trabajo y de salarios y recibir estímulos para la formación y el desempeño de las labores.

H) Exceptuando a nueve maestros, los demás realizan tareas de investigación educativa, fuertemente vinculada a la docencia.

Esto es así porque cursan estudios de posgrado y por ser un requisito necesario por la plaza de tiempo completo que tienen. La minoría realiza investigación en su campo disciplinario.

I) Sobre sus derechos y obligaciones, hubo casos de profesores que han tenido que acudir a la Defensoría de los Derechos Universitarios. También se señalan problemas con la Dirección General de Personal ("he vivido el poder de lo administrativo por sobre lo académico") y han tenido problemas con el sindicato. Concluyen, que las decisiones en última instancia dependen de las autoridades.

A los que han tenido puestos (o representaciones) en coordinaciones, comisiones dictaminadoras o consejos, se les ha facilitado la tramitación académico-administrativa.

Algunos conocen la reglamentación que les afecta cuando la han requerido o por conflictos institucionales. Opinan que los derechos no dependen de los académicos. Mucho de lo que se logra es más bien por vínculos personales. Les falta información sobre sus derechos y obligaciones.

J) Afirman, que el tener un puesto permi-

* La profesionalización de la docencia —que constituyó un importante proyecto de la década de los setentas— en las condiciones actuales, se puede considerar de manera similar al "modelo colegiado": un "sueño" que nunca se realizó plenamente.

te tener una visión más global de la institución y tener acceso a determinada información. Permite también, desmitificar a la institución, vincular el trabajo de los profesores, evita el aislamiento y produce conflictos, sobre todo de tipo político.

Sufren muchos problemas de tipo burocrático, como retardos en los pagos, altas, bajas y permisos.

K) Muchos de los entrevistados califican a las condiciones en que se realiza el trabajo académico: "de regulares a malas".

Específicamente, por: deficientes instalaciones e infraestructura (salones sucios y con pocas sillas, falta de materiales para los laboratorios, materiales audiovisuales viejos y defectuosos y falta de cubículos).

Además muchos alumnos por grupo y muchos grupos por profesor, problemas con los laboratoristas, traslape de las actividades académicas del área con los horarios de clase y calendarización muy cercana de los cursos. Encuentran: resistencias de los alumnos frente al trabajo ("juego académico") y poca posibilidad de integrar el trabajo grupal.

L) En relación con el punto anterior, como condiciones burocrático-administrativas y de normatividad señalan: falta de protección laboral ("uno se entera de los reglamentos hasta que se cometen fallas"), hay muchos usos y costumbres que prevalecen en la institución, pocas posibilidades de participación real (es en muchos casos aparente) y poca posibilidad de participar en el cambio de normas y reglamentos.

Se hace referencia a la subordinación a la dirección y a la administración y a problemas de presupuesto y organización administrativa.

Algunos opinan, que a veces hay predominio de los intereses personales en los profesores (y no de los institucionales) y frecuentes conflictos de grupos o entre profesores,* falta de asistencia de maestros, distintas posturas

entre los académicos, mucha política, aparente "libertad de cátedra" y limitación en la representatividad ante la Universidad en su conjunto (pues sólo hay un Consejero para los cinco planteles del CCH).

Algunas normas son rígidas. Es difícil, por ejemplo, optar por caminos de superación académica (maestrías y doctorados) porque las horas de investigación no pueden dedicarse ello. Tendrían que hacerlo en las horas libres, de las cuales tienen muy pocas.

Se fueron perdiendo espacios para la toma de decisiones y la elaboración de reglamentos. En parte por la falta de compromiso con la docencia. Las modificaciones que se han hecho en cuanto a la normatividad no son profundas.

El reglamento vigente no está acorde con las metas* del proyecto CCH. Las metas institucionales "para los que dominan la institución" son cuantificables. Eso afecta el trabajo académico.

Con enorme frecuencia se señalan problemas de dictaminación; sobre todo en el caso de los interinos que tienen una situación inestable y esto produce múltiples irregularidades. Hay un enorme desgaste que influye en lo académico.

Frente a la multiplicidad de problemas mencionados, algunos —contrariamente— expresan que las cosas no están tan mal y que si se puede influir —aún en los reglamentos—. Hay posibilidades de participar en la academia, a pesar de los conflictos internos ("es un espacio en donde crear proyectos").

La organización administrativa no influye. Hay buenas condiciones de participación y buenas condiciones de administración. Lo administrativo influye más en los alumnos, por los retrasos en los trámites.

Las dictaminadoras y consejos se manejan en parte con criterios políticos y personalistas. A pesar de ello son canales democráticos. Las decisiones académicas se toman en las áreas ("aunque no siempre se trabaja con los principios del Colegio").

Se logró el establecimiento de la carrera

* Los conflictos entre profesores (en grupos o de manera individual) llegan a ser un problema bastante común en nuestras universidades. Resulta interesante ver como se hace cada vez mayor referencia a las "mafias enfrentadas" y a problemas tensionales generados por esa situación.

* En las entrevistas realizadas a profesores del CCH-Azcapotzalco, resalta la enorme importancia que se atribuye al "Proyecto CCH". Su referencia va desde el proyecto original de creación de la Coordinación en los setentas, hasta la situación actual. Lo valorativo en estos planteles ocupa un lugar muy relevante.

docente —que permite organizar mejor el trabajo académico. Se promueve con ello la investigación.

M) Acerca de si consideran adecuada la proporción que hay entre personal académico y personal académico administrativo, una parte afirma que ésta es adecuada. Algunos, por el contrario, opinan que algunos puestos no tienen razón de ser y no se justifican; pues implican duplicidad de funciones.

Señalan que algunos académico-administrativos no tienen claras las funciones que deben desempeñar y afectan el trabajo de los profesores. Algunas de las respuestas se orientan a que se debería buscar la manera de reducir al personal académico-administrativo y que se utilizara ese presupuesto en mejorar las condiciones de estudio y de trabajo de profesores y alumnos.

N) Por lo que se refiere al personal administrativo (no académico) se considera que su proporción con respecto a los docentes es elevada: "más de los que se necesitan"; porque se dedican a otras cosas y no a su trabajo. En ciertas tareas son insuficientes, como es el caso de las secretarías y de servicios escolares que tienen sobrecarga en temporadas específicas.

Algunos profesores señalaron que "sobran de los dos" (administrativos y académico-administrativos) y que ello incide en las malas condiciones que tienen los docentes.

Sobre los académicos, se considera necesario aumentar la planta docente, para reducir la atención a grupos numerosos y para realizar investigación en las horas de descarga.

O) Sobre la pregunta de si los méritos académicos de sus jefes y representantes son adecuados con respecto al cargo que desempeñan, muchas respuestas se centran en que se trata de gente sin mérito. "El factor político rebasa lo académico", hay muchas negociaciones entre los grupos de poder (colegiados y sindicales) y existen canales de participación, pero permeados.

P) Acerca de la defensa de sus derechos, consideran que el espacio sindical es in-

eficiente e irracional y que se requeriría de una organización que sí apoyara a los académicos.

Q) Sobre la autonomía en el trabajo, la definen en gran medida y mayoritariamente como libertad de cátedra* (y libre interpretación de los contenidos de enseñanza). Además, el derecho a realizar investigación y a la formación y actualización. Señalan que la autonomía debería estar respaldada en una mayor infraestructura.

R) Aunque a lo largo de toda la entrevista, los profesores señalan continua y repetidamente problemas que afectan su práctica docente, en la pregunta que específicamente les inquiriere sobre esto, las respuestas fueron las siguientes:

- Tiempo insuficiente para cubrir los programas, sobrecarga (grupos numerosos) y saturación de grupos, inadecuada distribución de los horarios.
- Insuficiente infraestructura: mobiliario insuficiente y deteriorado, falta de libros y de material audiovisual. Insuficientes recursos para prácticas de campo.
- Deficiente preparación y hábitos de estudio de los alumnos; situación que se genera desde los niveles educativos anteriores.
- Jornadas múltiples.
- Obstáculos por parte de las autoridades. Burocracia institucional.
- Atomización del trabajo académico y problemas curriculares,

S) Sobre si aceptarían cargos académico-administrativos, algunos contestaron que sí, porque les permitía involucrarse más en la institución, realizar ciertas actividades, impulsar acciones, ayudar a los profesores a resolver sus problemas y recibir un mejor ingreso.

Los que contestaron que no, marcan la necesidad de atender a sus familias, el bajo salario, la poca posibilidad de relacionarse con dirigentes y autoridades, la falta de tiempo y

* Es importante recordar, que Burton Clark¹¹ señala como valores fundamentales del personal académico: la libertad de cátedra y la libertad de investigación.

el estar simultáneamente involucrados en otros procesos y cuestiones* y que se modifican valores académicos al ingresar a la carrera burocrática.

T) Los problemas que les genera su trabajo académico implican:

- Descuido de tareas familiares y de intereses privados. Vida privada disociada.
- Necesidad de prepararse.
- Alteración de horarios.
- Problemas con los grupos de poder.
- Problemas con alumnos con respecto a la evaluación.
- Sueldo y prestaciones escasos.
- Poco tiempo para la superación académica y poca posibilidad de realizar actividades que lleven a la promoción.

Las ventajas** que obtienen a partir del trabajo académico son:

- Posibilidad de implementar iniciativas propias y de otros compañeros, enriquecimiento humano, intelectual, profesional y disciplinario a partir del trabajo. Posibilidad de formar a los propios hijos de una manera más completa.
- Satisfacción en la docencia y en la superación de los alumnos.
- Amistades. Intercambio de experiencias con otros maestros.
- Ayuda para la titulación, promoción y cargos.
- Económica.
- Trabajar en el "proyecto CCH".

* En el contexto de las organizaciones complejas las demandas de atención son múltiples. Las personas se encuentran siempre involucradas en procesos y situaciones diversas, que hacen muy difícil su participación por largos periodos en tareas específicas (March, James¹¹ y Cohen, Michael y March, James¹²).

** La Teoría de la organización nos permite reflexionar sobre por qué los individuos forman parte de algunas organizaciones. La explicación del "hombre económico", que se ubica en las instituciones para ganar más y obtener determinados resultados, es en las organizaciones universitarias una descripción insuficiente. El formar parte de grupos de trabajo y de relación personal y sentir que el trabajo que se desempeña es útil, necesario e importante constituye parte del significado que se busca en las organizaciones. Es importante reiterar que las universidades son espacios intensamente simbólicos y valorati-

2. Condiciones laborales necesarias

En cuanto a las condiciones necesarias para la producción del conocimiento* en las universidades, tenemos: por un lado las materiales (financiamiento, recursos, infraestructura, etc.) sin las cuales el trabajo académico se desarrolla con inmensas dificultades y por el otro las propiamente académicas y las simbólicas y valorativas, sin las cuales el espacio académico carece de significado.

Habría que reflexionar, por ejemplo, en que junto con el trabajo específico, el contexto y el ambiente en donde éste se desarrolla tienen una enorme importancia.

Esto incluye, entre otros elementos: el respeto entre —y en— los diversos sectores que integran la comunidad universitaria, el reconocimiento (económico y valorativo) a la labor que se desempeña [incluida la docencia]** y la identificación institucional y con las metas universitarias. También la formación de colectivos de trabajo, la seguridad gremial y laboral, la libertad para la toma de decisiones que afectan el propio trabajo, la posibilidad de superación académica permanente y significativa, la autonomía y la posibilidad de participar, intercambiar conocimientos y experiencias, crear nuevos espacios e innovar.***

En diversos foros realizados sobre todo en 1990, sobresale la pregunta de cómo detener el deterioro académico y cómo contener el tre-

* El "Segundo foro-debate: universidad y producción de conocimientos. Condiciones académicas y de trabajo para la producción de conocimientos", que se llevó a cabo el 15 y 16 de noviembre de 1990 en la Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco reitera las deficientes condiciones de trabajo en que el personal académico realiza las funciones prioritarias; que además tienden a deteriorarse.

** La docencia tiene poco prestigio dentro de la realización de las funciones sustantivas. Los requisitos para ingreso, promoción y definitividad y los puntajes para estímulos (nacionales o institucionales) otorgan —la mayor parte de las veces— muy poco valor a esta importante actividad.

*** Algunas de las ideas importantes —generadas en el Foro Debate de UAM-Xochimilco¹⁴— que pueden agregarse a lo dicho, sería la necesidad de: vincular "realmente" las tres funciones universitarias sustantivas, apoyar la gestoría de los proyectos y productos de la investigación, rehacer-rediseñar los espacios físicos existentes para mejorar la comunicación entre los universitarios, tener una mayor presencia (y una actitud crítica) en los debates nacionales y en la demanda que el Estado tiene con respecto a las universidades y crear una oferta de servicios más propios al quehacer de nuestras instituciones públicas-autónomas.

mendo avance de los sectores burocráticos y de la burocratización de los puestos académico-administrativos.*

Se reitera, que dichos puestos —cada vez más— son ocupados por personas con pocos méritos académicos y con intereses personales y de grupo que afectan muy desfavorablemente el trabajo universitario.

Resulta particularmente interesante, que para solucionar problemas burocráticos, muchos maestros mencionan como opciones posibles, la creación de nuevas estructuras formales. Este hecho puede constituir un importante punto de reflexión en el espacio universitario, pues parece ser difícil imaginar salidas nuevas a los problemas y conflictos que enfrentamos cotidianamente. Habría que preguntarse, por ejemplo: por qué si se reconoce el peso de la burocracia en las funciones sustantivas y en las condiciones de vida y de trabajo del personal académico, éste último acude a soluciones que constituyen respuestas típicas del aparato burocrático,** como la ampliación de sectores y procedimientos administrativos, aumento de normatividad, etc.

El cumplimiento amplio de las tres funciones sustantivas (docencia, investigación y extensión) requiere de condiciones de trabajo muy especiales. Es escaso el personal académico que cuenta actualmente con tan propicias condiciones. Es enorme —por el contrario— el sector académico que en mayor o menor

grado carece de una situación adecuada para desempeñar de manera significativa la labor que le corresponde.

Desafortunadamente, además, por las condiciones de la crisis estructural que aqueja a nuestro país, los problemas tienen a extenderse y a hacerse más graves.

Si ésta tendencia no cambia, difícilmente podremos hablar de producción de conocimientos en el ámbito universitario. Para que puedan abrirse posibilidades de transformación, que rescaten la "racionalidad académica", el personal académico tiene que reflexionar en conjunto y buscar opciones de solución realistas que incidan en la toma de decisiones.

ANEXO

Guía de entrevista abierta para profesores-investigadores universitarios, sobre condiciones de trabajo

I. Tema: ingreso y permanencia.

1. Cómo ingresó a la docencia. Cómo se enteró de la vacante (tenía hecha solicitud, se presentó a un concurso y de qué tipo).

2. Por qué y cómo ha logrado permanecer en la docencia. Mecanismos de promoción y definitividad.

II. Tema: situación laboral.

3. Otros empleos remunerados. Tiempo dedicado a cada uno de ellos. Obstáculos y ventajas de la articulación entre ellos. Se vinculan o no al quehacer académico.

4. Situación laboral en la institución. Tipo de nombramiento (materias y horas que imparte).

5. Considera adecuado que todos los profesores de la dependencia tuvieran: a) tiempo completo, b) medio tiempo o c) fueran de asignatura. Cuál considera una proporción adecuada.

III. Tema: formación docente e investigación.

6. Ha participado en actividades de formación docente: en aspectos pedagógico-didácti-

* Se reconoce que el quehacer universitario está centrado en el conocimiento y que por ello debe ser flexible, cambiante, de continua transformación y cualitativo, pero que la estructura formal y el poder burocrático, que por el contrario se basa en la repetición, la rigidez, la normatividad, el control, las rutas conocidas y la información cuantitativa lo obstaculiza severamente.¹⁵ La creación de nuevas normas y la imposición más severa de las ya existentes constituye un proceso que contribuye fuertemente a la burocratización.

** Yuriria Castro Moreno¹⁶ resalta que los maestros entrevistados consideraban que la solución a múltiples problemas laborales podría darse a partir del rendimiento personal y no de un planteamiento institucional, más global.

Frente a los embates de la burocracia, que se ha ido adueñando de casi todos los espacios, se menciona la necesidad de crear grupos de trabajo, que vayan protegiendo y recuperando dichos espacios. Frente a la "desesperanza" se habla de la necesidad de recuperar la "identidad" de lo que es y debe ser un profesor-investigador, reflexionar sobre la noción de libertad, conocer el tipo de académicos con el que se cuenta, ampliar la información, aumentar la "interacción" interna y externa. Se considera indispensable recuperar los valores académicos y reflexionar sobre qué tipo de universidad queremos.¹⁷

cos y en su campo disciplinario. Qué actividades no escolarizadas considera Ud. que son parte de su formación. Se ha modificado su práctica docente y cómo. Posibilidades y obstáculos para formarse. La formación le ha permitido mejorar su promoción.

7. Realiza usted actividades de investigación. Se vinculan con su práctica docente.

IV. Tema: profesionalización de la docencia.

8. Qué entiende por profesionalización de la docencia. Características que se requieren para que la docencia sea un proceso profesionalizado.

V. Tema: condiciones burocrático-administrativas.

9. Cuáles es su ubicación en la estructura administrativa de su dependencia e institución.

10. La organización administrativa en la que está inmerso de qué manera influye en su trabajo. Condiciones en que realiza su trabajo académico. Tipo de reglamentos (implícitos y explícitos) que lo determinan. Posibilidades de participación en la modificación de normas y reglamentos y de las decisiones que le incumben.

11. Conoce usted sus derechos y prestaciones como miembro de esta institución y de quién depende la gestión y autorización de éstos.

12. Cree Usted que las normas y reglamentos vigentes en su dependencia influyen de alguna manera en su ejercicio académico. Su dependencia ha sufrido modificaciones (organizativas, administrativas, académicas, etc.) y cómo han afectado. El logro de las metas institucionales, cómo determina la organización del trabajo académico en su institución.

13. Cuál es su opinión respecto a la proporción entre personal académico y administrativo de base. Cuál es su opinión respecto a la proporción entre personal académico y académico-administrativo.

14. Considera que los méritos académicos de sus jefes y representantes son adecuados al cargo que desempeñan. Cuál ha sido su influencia en la elección.

15. Qué opina usted de la función que des-

empeñan las organizaciones que defienden sus intereses laborales.

16. Que entiende Ud. por autonomía en su trabajo académico. Hace Ud. uso de ésta.

17. Cuáles son los problemas que enfrenta en su práctica docente.

18. Aceptaría o no un cargo académico-administrativo. Por qué.

19. Su proceso de trabajo qué problemas y/o satisfacciones le ha proporcionado (inclusive en su vida cotidiana).

REFERENCIAS

¹ Hirsch Adler, Ana. *Burocracia, racionalidad y educación*, Tesis para optar por el grado de Doctorado en Sociología, México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-UNAM, 1991, 204 p.

² Castro Moreno, Yuriria. *Propuesta de formación de profesores. El caso del centro Interdisciplinario de ciencias de la salud del Instituto Politécnico Nacional*, Tesis de Licenciatura en Pedagogía, México, ENEP-Acatlán-UNAM, 1988, 150 p.

³ Clark, Burton. *The Higher Education System. Academic Organization in Cross National Perspective*, Berkeley, University of California Press, 1981, 307 p.

⁴ *Ibidem* 3.

⁵ Kent Serna, Rollin. "Los profesores y la crisis universitaria", en: *Cuadernos Políticos*, Núm. 46, México, Editorial ERA, abril-junio 1986, pp. 42 a 54.

⁶ *Ibidem* 5.

⁷ Esquivel, Juan Eduardo y Chehaibar, Lourdes. *Profesionalización de la docencia. Perfil y determinaciones de una demanda universitaria*, México, Centro de Estudios sobre la Universidad-UNAM, 1987, 125 p.

⁸ *Ibidem* 5.

⁹ *Ibidem* 2.

¹⁰ *Ibidem* 1.

¹¹ *Ibidem* 3.

¹² March G. James. "Emerging Developments in the Study of Organizations", en Birnbaum, Robert, *Association for the Study of Higher Education (ASHE). Reader in Organization and Governance in Higher Education*, Lexington-Massachusetts, Ginn Custom Publishing, 1984, pp. 53 a 65.

¹³ Cohen D. Michael y March G. James. "The Processes of Choice" y "Leadership in an Organized Anarchy", en: Birnbaum, Robert; *ASHE. Reader in...*, op. cit. 12, pp. 85 a 93 y 238 a 266.

¹⁴ Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Ponencias del Segundo foro-debate: *Universidad y producción de conocimientos. Condiciones académicas y de trabajo para la producción de conocimientos*, 15 y 16 de noviembre de 1990.

¹⁵ *Ibidem* 14.

¹⁶ *Ibidem* 2.

¹⁷ *Ibidem* 14.

BIBLIOGRAFIA

CISE-UNAM, SEP y ANUIES; *Cuaderno de Trabajo. Foro nacional sobre formación de profesores universitarios*, México, 1987.

Hirsch Adler, Ana; "Formación de profesores. Etapas y

tiempo presente", en: *Memorias del Foro Nacional sobre formación de profesores universitarios*, CISE-UNAM, SEP y ANUIES, 1988, pp. 2 a 25.

Hirsch Adler, Ana; *Investigación superior. Universidad y formación de profesores*, México, Editorial Trillas, 1990, Capítulo 4: Problemática de la formación de profesores, pp. 81 a 92.

Hirsch Adler, Ana; "Teoría de la organización y universidad. Una forma de aproximación", en: *Revista Mexicana de Educación Médica*, 1990 1 (2), 77-90.

Hirsch Adler, Ana; "Las universidades en México: organizaciones complejas", en: *Revista Mexicana de Educación Médica*, 1990, 1 (3), 145-156.

El expediente clínico orientado por problemas: su utilidad en el servicio, la docencia y la investigación clínica

Víctor Manuel Mendoza Núñez*
Federico Bonilla Marín**
Patricia Botello López***
Isabel Soto Martínez****

Palabras clave:

- Expediente clínico orientado por problemas.
- Investigación clínica.

Resumen. En el presente trabajo se realiza un análisis de la estructura del expediente clínico orientado por problemas (ECOP) haciendo énfasis sobre su utilidad para la investigación, la docencia y el servicio, asimismo, se presentan los resultados de un estudio exploratorio que se llevó a cabo en la Unidad Académica "Portales" de la Ciudad de México, en el que se aplicaron simultáneamente 30 expedientes tradicionales y 30 con formato del ECOP, durante el periodo de marzo a septiembre de 1990, utilizando un cuestionario de opinión, cuyos resultados reportan que un 70% de los médicos le adjudicaron al ECOP ventajas cualitativas, para la investigación, la docencia y el servicio; 16% señalaron que no existe ninguna diferencia cualitativa y el 13% señaló como desventajoso al ECOP en relación al expediente tradicional. Por tal motivo se concluye que el expediente clínico orientado por problemas (ECOP), es un instrumento que debe resurgir, ya que su utilidad para la investigación, la docencia y el servicio es indiscutible.

Key Words:

- The problem-oriented record.
- Clinic research.

Abstract. This article analyzes the structure of the Problem Oriented Record (POR) and shows the results of an opinion questionnaire about the traditional record compared with the use of the "POR". The results were that 70% of the physicians gave a positive qualitative advantage for the "POR" in researching, teaching and medical service. The "POR" is an instrument which must be "resuscitated" due to its utility in researching, teaching and the medical service.

INTRODUCCION

Las instituciones de enseñanza superior, al igual que las de asistencia médica, se han preocupado por propiciar una vinculación entre

el servicio, la docencia y la investigación, para lo cual han propuesto diversas estrategias y modelos, en los que resaltan la organización sistemática de las tres actividades encaminadas a lograr el proceso integrador.^{1,2,3} Aunque los avances al respecto han sido importantes, no debemos olvidar que hay mucho por hacer; sobre todo en el primer nivel de atención médica, considerando la insuficiente infraestructura, la falta de conocimientos del personal de salud sobre metodología de investigación y la poca efectividad de las políticas, lo cual se puede

* Médico Cirujano, Secretario Técnico de la Coordinación de Investigación, ENEP-Zaragoza, UNAM.

** Médico Cirujano, Profesor del Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM.

*** R III de la Especialidad de Medicina Familiar, Sede Portales.

**** Lic. en Enfermería, Profesor de la ENEP-Zaragoza, UNAM.

comprobar indirectamente con las cifras reportadas en la encuesta nacional de investigación en salud que se llevó a cabo en los años 1983-1984.⁴

Al analizar los modelos propuestos para alcanzar dicha vinculación, se identifica como elemento central, el desarrollo de las fases del proceso, que llevan a alcanzar el objetivo planteado, sin embargo, existen otros factores, que pueden ser fundamentales como son los instrumentos, y de éstos, el expediente clínico tiene un papel preponderante. En cuanto a este instrumento, existen infinidad de versiones acordes con las necesidades institucionales e intereses profesionales del personal de salud, de las cuales se puede señalar como característica común, la finalidad del instrumento en cuanto a su utilidad para el servicio, la docencia y la investigación,⁵ lo cual no siempre se logra del todo. En el presente trabajo se analizan las diferentes versiones de expediente clínico resaltando las ventajas del orientado por problemas para dichas finalidades así como los resultados preliminares de un estudio piloto.

ANTECEDENTES

Los antecedentes formales del expediente clínico se remontan al año 460 a.C. con los escritos de Hipócrates, referentes a las reseñas descriptivas de las afecciones de sus pacientes. A partir de esa época, este instrumento ha evolucionado y se ha perfeccionado gracias a las aportaciones de los médicos clínicos de todo el mundo. De allí que hasta principios del siglo XX ha sido usado primordialmente como documento de registro para el diagnóstico, seguimiento y control médico de los pacientes. Asimismo, en un gran porcentaje, paralelamente fue utilizado en la docencia y la investigación, sobre todo considerando que estas dos últimas actividades se impartían exclusivamente de manera tutorial. Por otro lado a mediados del presente siglo la formalización y expansión en la formación de recursos humanos para la salud, hizo que se impulsara además del método tutorial, el proceso de autoenseñanza. Por tal motivo en lo referente al expediente clínico, se elaboraron diversas

propuestas con el fin de homogeneizar la estructura para sistematizar la información, relacionada con la situación actual del paciente, interpretada a la luz de su historia clínica, sus antecedentes familiares, ocupación, costumbres y circunstancias sociales.⁶ De lo anterior, es pertinente aclarar que aunque frecuentemente se manejan como sinónimos la historia clínica y expediente clínico, esto es incorrecto, ya que son dos aspectos distintos en el proceso de la atención médica, puesto que la primera se refiere al contenido y el segundo al continente, es decir, el expediente clínico es el documento que contiene registrada en forma detallada la historia clínica. Por lo tanto es posible afirmar que pueden existir historias clínicas sin expediente, cuando el médico confía la información a su memoria y no lo registra en un documento, como ocurre frecuentemente en la atención médica privada.

Actualmente existen diversas versiones estructurales para el expediente clínico. El formato libre, que permite al médico la descripción y redacción de la historia clínica, conforme a su criterio y formación profesional, sin ninguna limitante, ya que sólo se respetan los apartados generales de ficha de identificación, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales, antecedentes gineco-obstétricos y pediátricos en el caso de mujeres y niños, interrogatorio por aparatos y sistemas, inspección general, exploración física y notas de evolución. Este tipo de expediente tiene la ventaja de permitir la descripción detallada de la problemática del paciente, aunque se sacrifica la homogeneidad de la información.⁶ Otra posibilidad de expediente clínico es el formato estructurado, que contempla los mismos apartados antes señalados, detallando cada uno de los aspectos que se deben considerar, permitiendo opciones de respuesta de tipo cerrado, por ejemplo, antecedentes personales patológicos: tuberculosis si (x), no (); parasitosis si (), no (x); etc... Este tipo de formato garantiza homogeneidad y sistematización de la información, sin embargo, limita el registro en cuanto a la descripción. Por otro lado, existe la posibilidad del formato semiestructurado, que aprovecha las ventajas de las dos versiones antes señaladas, es decir, se incluyen todos los apartados referidos, detallando los aspectos

particulares con opciones de respuesta de tipo cerrado, agregando la posibilidad de "otros", y un espacio en blanco para que el clínico detalle la semiología correspondiente de los datos positivos obtenidos del interrogatorio y la exploración física, con lo cual se logra homogeneidad, sistematización y facilidad en el registro, lo que le confiere ventajas para la docencia, el servicio y la investigación (Figura 1).

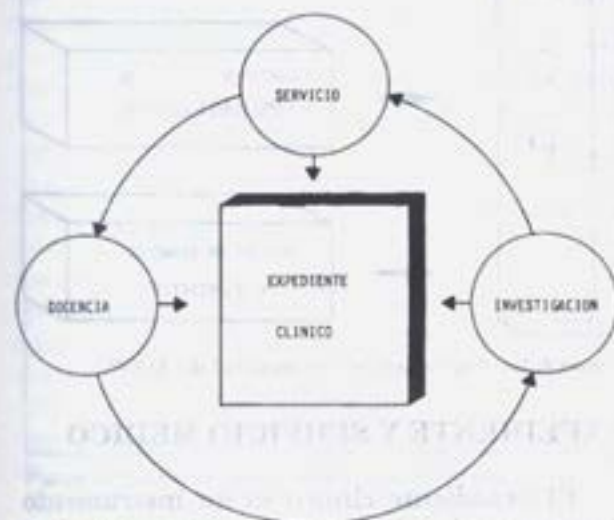


Figura 1. Triada funcional del expediente clínico.

Al respecto Weed en 1964,^{7,8} interesado en organizar, sistematizar, homogeneizar y facilitar el proceso de registro del expediente, elaboró la propuesta del Expediente Clínico Orientado por Problemas (ECOP), con el fin de acrecentar su utilidad para la docencia, el servicio y la investigación, cuyos principios generales establecen que las características del mismo, deben ser consecuencia de la conjunción de los programas y políticas institucionales de atención médica con los intereses clínicos y académicos del personal de salud involucrado, bajo la supervisión y adecuación continua de una comisión de historias clínicas, conformada por autoridades y personal operativo (Figura 2), es decir, el ECOP debe ser elaborado conforme a las necesidades particulares de cada institución. El formato general del ECOP contempla los siguientes apartados.

- I. Datos base.
- II. Lista de problemas.

- III. Planes de acción.
- IV. Nota de evolución.

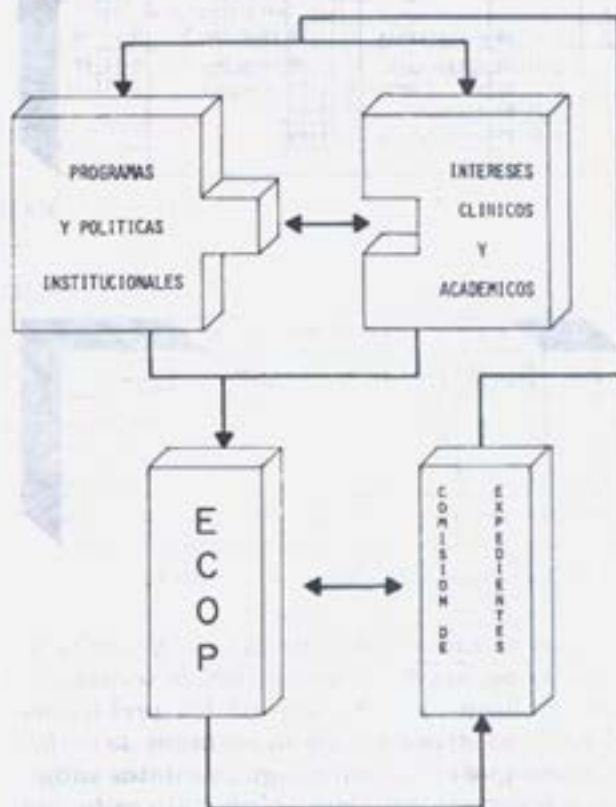


Figura 2. Esquema para la implementación del ECOP.

Los *datos base* constituyen la información contemplada en la anamnesis y la exploración física de la historia clínica tradicional, es la que llamó Weed "el perfil del paciente"; en segundo término tenemos la *lista de problemas*, entendidos como los síntomas, signos, anormalidades de laboratorio, síndromes, entidades nosológicas, disfunciones familiares y problemas de tipo social, conforme al nivel de certeza del diagnóstico, es decir, no se permiten diagnósticos probables (Figura 3). Al respecto es conveniente aclarar que aunque la *lista de problemas* es resultado del análisis de los datos base, operativamente esta parte se convierte en la hoja frontal del expediente clínico, con lo cual desde la primera página se brinda la información general del estado de salud del paciente sin necesidad de revisar todo el contenido del documento; en el tercer punto referente a los *planes de acción* se inclu-

LISTA DE PROBLEMAS				
No.	FECHA DE INICIO	PROBLEMA	RESUELTO	
1			1980	RUBECULA 1980
2			1983	APENDICECTOMIA 1980
3	6-11-88	HIPERTERMIA	7-11-88	PROBLEMA 5 9-11-88
4	6-11-88	ODINOFAGIA	7-11-88	PROBLEMA 5 9-11-88
5	6-11-88	OTITIS MEDIA	9-11-88	CURACIÓN 17-11-88
6	28-IX-89	DISURIA	30-IX-89	
7	24-IX-89	HIPERTERMIA	30-IX-89	

NOTAS DE EVOLUCION POR PROBLEMA			
FECHA	No. DE PROBLEMA	UTILIZAR EL ESQUEMA SOAP	Observaciones Indicaciones Prescripciones Prognosis

Figura 3. Fragmentos de la estructura del ECOP.

yen los exámenes de laboratorio y gabinete necesarios, así como los esquemas terapéuticos, conforme a cada uno de los problemas identificados; por último en las *notas de evolución* se sigue el esquema lógico de datos subjetivos, objetivos, análisis y plan, para cada uno de los problemas considerando sus cambios cronológicos.

Asimismo, se establecen como requisitos indispensables para la funcionalidad del ECOP los siguientes (Figura 4):

- Capacitar a todo el personal involucrado en el uso y llenado del ECOP.
- Elaborar un manual para el uso y llenado del ECOP que contemple un glosario de términos con el fin de homogeneizar la información.
- Conformar una comisión de expedientes clínicos encargada de supervisar y evaluar periódicamente el ECOP, así como proponer las modificaciones pertinentes cuando el caso lo amerite.
- Adecuar el formato del ECOP de acuerdo con las necesidades específicas del servicio y/o institución.

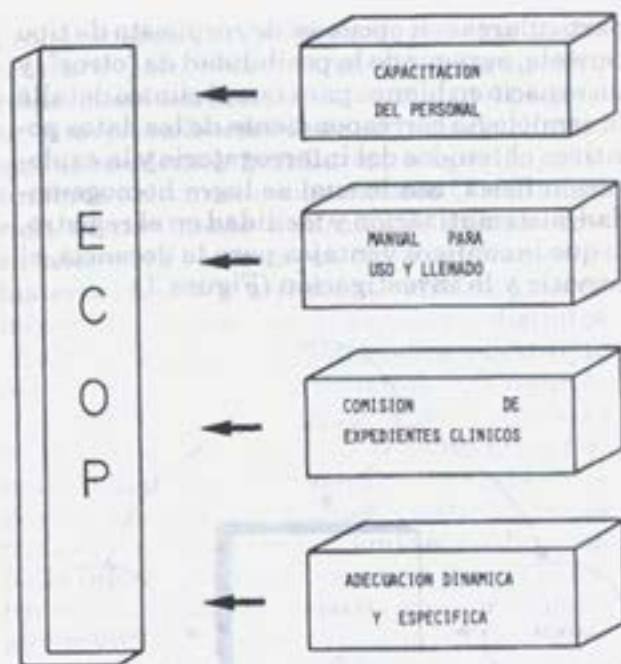


Figura 4. Requisitos para la funcionalidad del ECOP.

EXPEDIENTE Y SERVICIO MEDICO

El expediente clínico es un instrumento fundamental en la atención médica privada e institucional, ya que con éste es posible plasmar de manera ordenada, sistemática y cronológica la situación de salud de los pacientes, con el fin de establecer un diagnóstico, evaluar la eficacia terapéutica, así como disponer de un registro histórico de los hábitos y antecedentes patológicos del paciente para lograr una mayor calidad en la atención médica.⁹

Al respecto, las instituciones de enseñanza superior y de salud han propuesto diversos formatos para el expediente, los cuales van desde los individuales y familiares, abiertos, semiestructurados y estructurados, hasta los que han intentado de autollenado por parte de los pacientes, codificados para su uso computarizado.¹⁰

Aunque las diferentes versiones de expediente clínico, tienen como objetivo común contribuir en la calidad de la atención médica, mediante la mayor eficacia diagnóstica,¹¹ esto no se logra del todo con el expediente clínico tradicional, ya que no existe homogeneidad en el registro, además de que al permitirse los diagnósticos probables, se puede abusar de

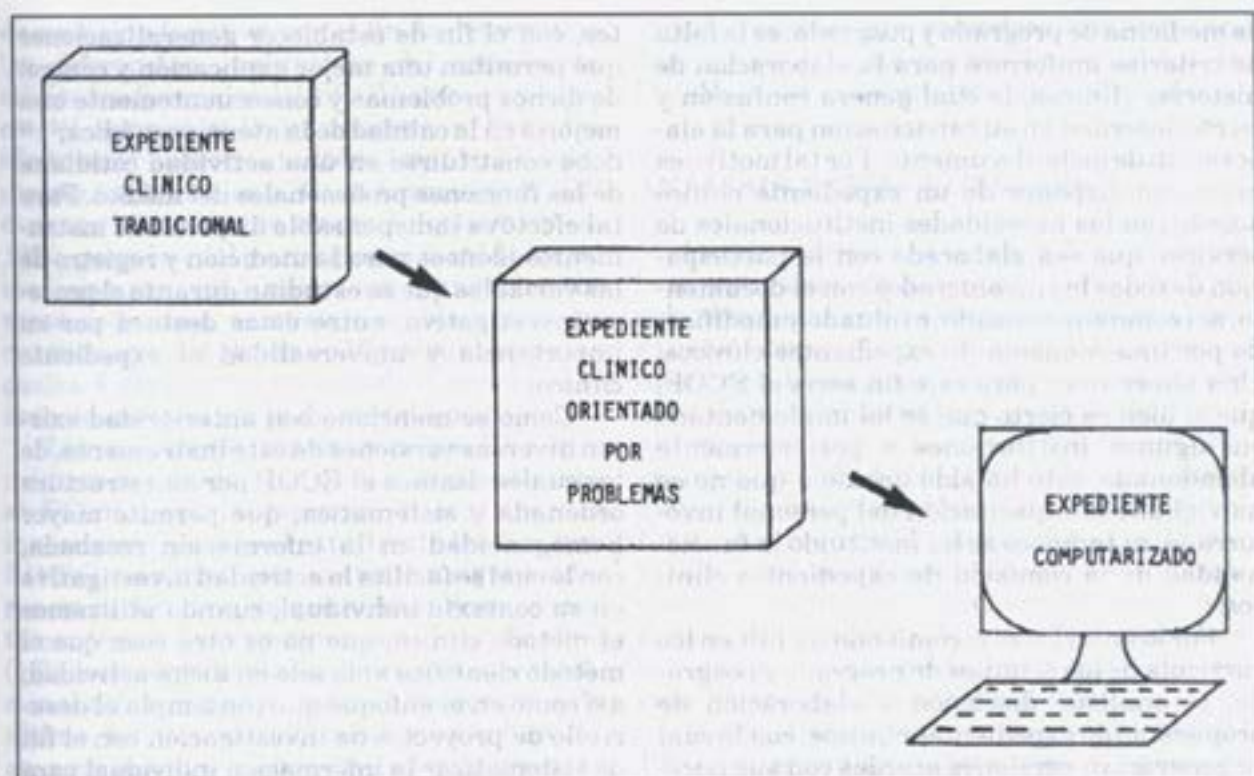


Figura 5. Proceso evolutivo para el uso del expediente clínico.

esta opción, con lo cual se corre el riesgo de no buscar la certeza diagnóstica, con la consecuente indicación terapéutica inadecuada, es decir, el ECOP por su estructura y principios garantiza mayor eficacia diagnóstica, ya que sólo se permiten los diagnósticos de certeza, puesto que los problemas identificados como síntomas, signos, síndromes y alteraciones de laboratorio y gabinete, son abordados e investigados con el fin de alcanzar el rango diagnóstico de entidad nosológica, con lo cual se fortalece la eficacia diagnóstica, con la consecuente repercusión en la calidad de la atención médica.

Por otro lado su importancia como instrumento de evaluación es indiscutible, para lo cual la homogeneidad en el registro es indispensable, sin embargo, el expediente clínico tradicional al ser tan flexible en su registro no cumple con esta necesidad, pero el ECOP por su estructura ordenada, sistemática, semiestructurada y con el auxilio del manual de uso y llenado del expediente bajo la supervisión de la comisión de expedientes clínicos garantiza dicho requisito.

Otro aspecto fundamental en relación al expediente clínico y la atención médica, es la congruencia entre el tipo de servicio y la optimización de la tecnología disponible, es decir, los archivos de expedientes voluminosos en anaqueles, a corto plazo serán obsoletos y desplazados por los de registro computarizado, con lo cual el archivo se conformará de unos cuantos estuches de portadiskets. Para este proceso es importante estar preparados, para lo cual se recomienda el uso de ECOP como paso de transición entre el expediente tradicional y el computarizado (Figura 5).

EXPEDIENTE Y DOCENCIA

La utilidad del expediente clínico para la docencia ha sido señalada y reconocida por diversos autores, considerando que la carrera de médico cirujano y sus especialidades son eminentemente prácticas,^{12,13} y su enseñanza se imparte en más de un 50% en las instituciones de atención médica. Al respecto, uno de los problemas a los que se enfrenta el estudiante

de medicina de pregrado y posgrado, es la falta de criterios uniformes para la elaboración de historias clínicas, lo cual genera confusión y cierto desorden en su capacitación para la elaboración de dicho documento. Por tal motivo es necesario disponer de un expediente clínico acorde con las necesidades institucionales de servicio, que sea elaborado con la participación de todos los involucrados con el documento, así como supervisado, evaluado y modificado por una comisión de expedientes clínicos. Una alternativa para este fin sería el ECOP, que si bien es cierto que se ha implementado en algunas instituciones y posteriormente abandonado, esto ha sido debido a que no se ha vigilado la capacitación del personal involucrado, ni tampoco se ha instituido la funcionalidad de la comisión de expedientes clínicos.

Por lo anterior se recomienda incluir en los currícula de los estudios de pregrado y posgrado, el análisis, discusión y elaboración de propuestas de expedientes clínicos, con lo cual se generarían versiones acordes con sus necesidades e intereses, evitando someterse a estructuras rígidas de expedientes preestablecidos, con lo cual se lograría una apertura y entendimiento de que el expediente clínico es y debe ser perfectible.

Una buena cantidad del servicio médico proporcionado por las instituciones de salud, es prestado por personal en formación: internos, pasantes en servicio social o residentes; que en función de sus rotaciones académicas, propician una atención frecuentemente discontinua, modificándose con frecuencia los esquemas de estudio y/o manejo de los pacientes. El uso del ECOP en estas circunstancias limitaría estas situaciones, obteniéndose la ventaja adicional de contar con un instrumento que permitiría evaluar en una forma más objetiva el desempeño clínico de este personal en formación.

EXPEDIENTE E INVESTIGACION

La investigación clínica, entendida como el proceso de búsqueda, generación, demostración y verificación de conocimientos científicos, sobre los problemas de salud de los pacien-

tes, con el fin de establecer generalizaciones que permitan una mejor explicación y control de dichos problemas y consecuentemente una mejoría en la calidad de la atención médica,^{14,15} debe constituirse en una actividad cotidiana de las funciones profesionales del médico. Para tal efecto es indispensable disponer de instrumentos idóneos para la medición y registro de las variables que se estudian durante el proceso investigativo, entre éstos destaca por su importancia y universalidad el expediente clínico.

Como se mencionó con anterioridad existen diversas versiones de este instrumento, de los cuales destaca el ECOP por su estructura ordenada y sistemática, que permite mayor homogeneidad en la información recabada, con lo cual se facilita la actividad investigativa en su contexto individual, cuando utilizamos el método clínico, que no es otra cosa que el método científico aplicado en dicha actividad; así como en el enfoque que contempla el desarrollo de proyectos de investigación con el fin de sistematizar la información individual para establecer generalizaciones.

Aunque tradicionalmente se cataloga al médico clínico como un investigador nato, esta actividad se debe desarrollar de manera consciente e intencionada, con el fin de que la actitud del docente y de los alumnos de pregrado y posgrado sea la de un verdadero científico, para lo cual la organización y sistematización de la información es indispensable.

SITUACION ACTUAL

En nuestro país el ECOP ha sido implementado por diversas instituciones de salud, desde que fue propuesto por Weed en 1964,¹⁶ cuyos resultados van desde la euforia inicial en los setentas, pasando por la rutina y culminando en el abandono total en alguna de ellas, sin embargo, aún existen grupos de profesionales médicos que entendieron, asimilaron y reconocieron las bondades del ECOP, es decir, aunque el auge institucional ha decaído parcialmente, su difusión académica sigue vigente. Por tal motivo se llevó a cabo un estudio exploratorio, en el Centro de Salud T IIIA "Portales", sede académica de la especialidad

de medicina familiar, con el fin de determinar las diferencias cualitativas del expediente clínico tradicional y del ECOP, para la docencia, el servicio y la investigación. Para tal efecto se aplicaron simultáneamente 30 expedientes tradicionales y 30 con formato de ECOP durante los meses de marzo a septiembre de 1990, para lo cual participaron 6 módulos de medicina general familiar con 5 historias clínicas cada uno, asimismo, se les aplicó un cuestionario de opinión de 10 preguntas, de las cuales 4 exploraron el área de docencia, 3 el área de servicio y 3 la de investigación.

Los resultados reportaron que 21 (70%) médicos le adjudicaron ventajas cualitativas al ECOP, para la docencia, el servicio y la investigación, sobre el expediente tradicional; 5 (16%) señalaron que no existe ninguna diferencia cualitativa, ya que si se aplican correctamente las dos versiones son de utilidad; 4 (13%) refirieron ventajas del expediente tradicional sobre el ECOP, sobre todo porque este último, fue considerado como muy voluminoso, poco práctico y limitante para la creatividad médica.

Aunque los resultados presentados no son del todo concluyentes por tratarse de un estudio exploratorio, sí nos permiten resaltar algunos aspectos ya señalados en el contenido del presente artículo, como son las ventajas del ECOP para la docencia, el servicio y la investigación debido a su estructura ordenada, lógica y sistemática. Asimismo, el porcentaje que señala igualdad en cuanto a ventajas, nos permite reflexionar sobre la importancia de la comisión de historias clínicas, que al realizar la supervisión y evaluación de dicho instrumento, nos garantiza calidad en su aplicación. Por otro lado, respecto a los médicos que refirieron que es más ventajoso el uso del expediente tradicional, por ser más práctico y más útil para fomentar la creatividad médica: al parecer no tomaron en cuenta la guía de uso y llenado del ECOP, que establece como tiempo de llenado de los datos base cuatro sesiones de una hora, asimismo se señala que la información solicitada es la mínima indispensable para lograr una mayor eficiencia diagnóstica, y de ninguna manera una limitante para que el médico desarrolle su capacidad creativa, es decir, el médico tiene la libertad de incluir toda

la información que considere conveniente, después de cumplir con los lineamientos de ECOP, así como la información solicitada.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

Las características del ECOP en relación a la investigación, la docencia y el servicio han sido abordadas por diversos autores de manera exhaustiva,^{17,18,19} por tal motivo está de más insistir en dichos aspectos; la finalidad de este artículo no es reiterar lo ya señalado por otros autores, sino llamar la atención de las instituciones de salud y de los profesionales de salud que no se han involucrado con el ECOP, con el fin de que resurja el interés por este instrumento, implementándolo acorde a las necesidades particulares de cada institución. Asimismo, es indispensable que se transmita este conocimiento académico a las nuevas generaciones para que valoren su utilidad.

Es importante señalar que la utilidad del ECOP no se limita únicamente en el plano de la atención médica individual, ya que su ventaja para la medicina familiar es indiscutible,²⁰ así como su aplicación a nivel comunitario.

Por otro lado, la investigación clínica se facilita con dicho instrumento, asimismo, se logra aceptación del personal médico a sujetarse a evaluación continua por la comisión de expedientes clínicos, en beneficio de la calidad de la atención médica y de la docencia.

Finalmente es importante destacar, que es indispensable estar acorde con los avances tecnológicos en relación a los modelos de servicio, por lo cual el uso de expedientes clínicos computarizados a corto plazo es una realidad, para lo cual el ECOP resulta ser el paso de transición más adecuado.

REFERENCIAS

- 1 Donabedian, A. Hacia una visión integradora de la investigación y la educación en salud pública. *Salud Pública Mex.*, 1989; 31:509-573.
- 2 Herrero R.R., De la Cruz, C.D., Mendoza N.V. Modelo de un programa de investigación clínica en el primer nivel de atención médica. *Salud Pública Mex.*, 1989; 31:117-123.
- 3 López-Reyes, J.C., Juárez, C.M. Integración docencia,

servicio e investigación en el área de salud. *Salud Pública Mex.*, 1988; 30:714-728.

* Secretaría de Salud-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Encuesta Nacional de Investigación en Salud, 1983-1984. Serie Estudios 3 CONACyT, 1986.

* Seymour, A.C. Elaboración de la historia clínica. México, Editorial Manual Moderno, 1987.

* Mendoza, N.V. Manual para el uso y llenado del expediente clínico orientado por problemas de la ENEP-Zaragoza. México: Material didáctico de la ENEP-Zaragoza, UNAM, 1988.

* Weed, L.L. Medical Records, Medical Education and Patient Care. Cleveland, Case University Press, 1980.

* Weed, L.L. The Problem - Oriented Record as Basic Tool in Medical Education. Patient Care and Clinical Research. *Ann Clin Res.* 1971; 3:131-134.

* Monson, A.R. La historia clínica orientada hacia los problemas y el médico, traducción del artículo "The POMR and the Physician", publicado en el Boletín del Departamento de Estadística de Salud, OPS, 1976.

* Lobo, G.L. Expediente clínico orientado por problemas. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo* 1976; 31(1):67-72.

* Donabedian, A. La calidad de la atención médica. México: La prensa médica mexicana, 1984.

* Jinich, H. Síntomas y signos cardinales de las enfermedades. México, Editorial Salvat, 1986.

* Jervey, A.J. On the Use of Problem - Oriented Medical Records. *Alaska Med.* 1972; 14:59-61.

* Alarcón S.D., De la Fuente H.R., Velázquez A.A. (comp.). Fundamentos de Investigación Clínica. México, Siglo Veintiuno Editores, 1988.

* Mendoza, N.V. La enseñanza de investigación clínica en el primer nivel de atención médica. *Revista Mexicana de Educación Médica* 1990; 1(1):37-40.

* Weed L.L. Medical Records, Medical Education and Patient Care, Cleveland, Case University Press, 1980.

* Nelson, B.E. The Problem Oriented Medical Record, Patient Care and Medical Education. *Del. Med. J.* 1972; 44:273-277.

* Esley, C.C. Implementing the POMR System: Guidelines for Medical Record News. OPS, 1973.

* Hurst, J.M., Walker, H.K. The Problems Oriented Record. A Critique from a Believer. *Engl. J. Med.* 1973; 288:606-608.

* Alarid, J.H., Irigoyen, C.A. Fundamentos de medicina familiar. México, Ediciones Medicina Familiar, 1982.

La educación médica en las Américas: propuestas emanadas de las conferencias internacionales

Daniel Pacheco Leal*

Resumen. En la XI Conferencia Panamericana de Educación Médica surgió el Proyecto de Educación Médica en las Américas (EMA) que se propuso hacer un diagnóstico y un análisis prospectivo de la educación. Este Proyecto fue coordinado por la Asociación Brasileña de Educación Médica y quedó dividido en dos etapas que anteceden y siguen a la realización de la Conferencia Mundial efectuada en Edimburgo. El proyecto EMA abarcó cuatro subprogramas: a) la enseñanza de pregrado, b) la enseñanza de posgrado y la educación médica continua, c) la investigación e información en ciencias de la salud y d) la atención a las necesidades de la sociedad. En la XII Conferencia Panamericana se aprobó un Plan Cooperativo Internacional para apoyar los cuatro subprogramas del EMA. Al analizar la educación de pregrado los participantes destacaron la importancia de las revisiones curriculares, de la metodología docente y de la articulación docente asistencial. En la XIII Conferencia Panamericana se propuso la creación de una Red Panamericana de Educación Médica e Información en Ciencias de la Salud (PANET).

XI CONFERENCIA DE EDUCACION MEDICA

Durante la XI Conferencia Panamericana de Educación Médica celebrada el 3 de diciembre de 1986, en la ciudad de México, coordinada por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), surge la propuesta de un estudio de la Educación Médica en las Américas (Proyecto EMA) que se ocupara del diagnóstico y del análisis prospectivo de esa educación, así como las proposiciones para su desarrollo.

Se inicia así el Proyecto EMA el día 1o. de agosto de 1987 coordinado por la Asociación Brasileña de Educación Médica (ABEM) y con el apoyo financiero de la Fundación W.K. Kellogg, que ha patrocinado muchas otras iniciativas de desarrollo de atención a la Salud en el continente Americano.

El proyecto fue organizado con base en grupos de estudio designados en cada país por la respectiva Asociación afiliada a FEPAFEM (América del Norte, América Intermedia y América del Sur). El grupo de estudio participante por México, de la Asociación Mexicana

de Facultades y Escuelas de Medicina (AM-FEM), estuvo integrado por los Dres. Benito López Cabello, Octavio Castillo y López, Daniel Pacheco Leal, Manuel Loria Méndez y Raúl Leal Alonso.

El proyecto se dividió en dos etapas, funcionando la Conferencia Mundial de Educación Médica (Edimburgo, agosto de 1988) como marco divisorio entre ellas. En la primera etapa, América y los países de Europa, África, Oriente Medio y Pacífico Oriental contribuyeron con documentos regionales para la Conferencia Mundial con lo cual se produjo un instrumento importante: la *Declaración de Edimburgo*. En sus 12 puntos, la declaración de Edimburgo presenta un conjunto de principios universalmente aceptados, viables, básicos para la reforma de la educación médica, que deberían ser conocidos por todos los profesores de medicina. (Ver Anexo).

La segunda etapa del proyecto EMA, después de la Conferencia Mundial, consistió en solicitar a las Asociaciones afiliadas a FEPAFEM que, con base en las conclusiones y recomendaciones de la reunión de Edimburgo, se identificaran aquellas acciones de interés común a varios países de América. Con los

* Secretario Ejecutivo y Tesorero de la AMFEM.

documentos recibidos de diecisiete países latinoamericanos se agruparon las acciones en veinte categorías y se ordenaron en cinco

misiones atribuidas a las escuelas médicas. (Cuadro 1).

Esta segunda etapa fue analizada y discu-

Cuadro 1
Categorías para la acción

Misión de la Escuela Médica	Categorías
I Formación de médicos. El Pregrado	1. Producto final 2. Evaluación del desempeño estudiantil 3. Orientación vocacional 4. Admisión a las escuelas de Medicina 5. Revisión curricular 6. Metodología docente 7. Articulación docencia-servicio 8. Capacitación pedagógica de los docentes 9. Ciencias básicas 10. Ética 11. Estructura administrativa
II Formación de especialistas, docentes e investigadores	12. Posgrado
III Mantenimiento de la competencia profesional	13. Educación médica continua
IV Avances en conocimiento y tecnologías biomédicas	14. Investigación
V Satisfacción de necesidades de la sociedad	15. Información en Ciencias de la Salud 16. Desarrollo de recursos humanos 17. Trabajo en equipo multiprofesional 18. Evaluación educacional 19. Acuerdos entre escuelas médicas 20. Relaciones de colaboración institucional

tida en la Reunión del Grupo de Tarea, realizada en Río de Janeiro, Brasil, en marzo de 1989. En ella se construyó un ideario de lo que debería ser la educación médica en las Américas y se propuso que el proyecto EMA se continuara con un programa, el programa EMA, con la finalidad de prestar apoyo en el nivel internacional, a los países latinoamericanos, en la ejecución de sus respectivos planes.

El programa EMA estaría integrado por cuatro subprogramas: el primero, orientado hacia la enseñanza de pregrado; el segundo, dirigido al posgrado y a la educación médica continua; el tercero, dirigido a la investigación y a la información en ciencias de la salud, y el cuarto, para las acciones relativas a atender las necesidades de la sociedad.

XII CONFERENCIA PANAMERICANA DE EDUCACION MEDICA

En el informe del proyecto EMA presentado en la XII Conferencia Panamericana de Educación Médica en Montreal, Canadá, se establecieron los planes a mediano plazo contando con un mecanismo de apoyo a través de un Plan Cooperativo Internacional para su ejecución.

Quisiera describir los comentarios más destacados de cada subprograma hechos por los participantes del programa EMA.

Subprograma 1. Sobre enseñanza de pregrado. En este programa se identificaron tres categorías que fueron mencionadas con mayor frecuencia en los planes nacionales:

revisión curricular, metodología docente y articulación docencia-servicio.

José Venturelli (Canadá): "es fundamental que la docencia no repita los grandes y tradicionales libros, sino que trate de los problemas de salud prioritarios". August Swanson (Estados Unidos): "en Latinoamérica, así como en Estados Unidos, en la mayoría de las escuelas el curso de pregrado se desarrolla en departamentos, o disciplinas aisladas, cada uno con una visión propia de lo que el futuro médico debe saber o hacer". Edgar Játiva (Ecuador): "¿cómo alcanzar la integración docente asistencial, si los Ministerios de Salud planifican y ejecutan sus programas verticalmente, sin participación de la Universidad?". Raúl F. Calix (Honduras): "en la cuestión de la integración docente-asistencial, es necesario pensar en la incorporación de la comunidad". John Pomeroy (Chile): "profesores y alumnos deben estar convencidos de que la calidad de la docencia es igual en los dos ambientes, comunidad y hospitalario; por eso, es necesario tener un equilibrio entre ambos niveles". José Laguna (México): "en México se dice que el caballero no puede ir más aprisa que el caballo. La educación médica es el caballero, y el caballo son los servicios de salud. No podemos ir más allá de lo que ofrecen esos servicios".

En términos generales se ha observado que, mientras en los países industrializados se ha avanzado más en el aprendizaje basado en la solución de problemas, en los países en desarrollo el avance es más significativo en la enseñanza basada en la comunidad.

Subprograma 2. Sobre posgrado y educación médica continua. En este programa se trata de apoyar el cumplimiento de dos importantes misiones de la escuela médica: la formación avanzada desde la residencia médica hasta el nivel de posgrado y la protección del médico de la obsolescencia consecuente a los rápidos avances científicos y tecnológicos. La última de ellas se cumple por intermedio de la educación médica continua. Con respecto a la formación avanzada en América Latina, la cooperación Norte-Sur en nuestro hemisferio se verá facilitada por la creación reciente en Estados Unidos del International Medical Scholars Program (IMSP) que tiene el

propósito de formar líderes para la educación médica a través de capacitación y becas.

Comentarios. Carlos Martini (Estados Unidos): "el mundo entero está en crisis y la educación médica sufre las consecuencias de esta crisis económica y social, llegando tal vez al nivel más bajo en los últimos treinta años. Es inmoral permitir a los graduados ejercer la profesión después de su graduación; tiene que haber un período de por lo menos uno o dos años de entrenamiento posgraduado. Sólo hay dos maneras de mantener la competencia profesional: por intermedio de la *autorización* para el ejercicio profesional (renovado cada diez o quince años) y por la *certificación*, que debe ser hecha por especialidades". Manuel Loria (México): "Los mejores libros son las investigaciones, y los mejores profesores son los docentes y la mejor enseñanza se hace en el hospital. Deben ser las escuelas y no los servicios de salud, los que asuman la responsabilidad por la educación de posgrado y la educación médica continua". Héctor Buschiazzi (Argentina): "tenemos que trabajar intensamente en pregrado y formar un médico general con nivel muy bueno de conocimiento. Exigiría muchos recursos enseñar a los graduados". Philadelpho de Siqueira (Brasil): "somos pobres; no podemos ofrecer posgrado para todos".

Subprograma 3 sobre investigación en ciencias de la salud. En los últimos años, los avances en la informática biomédica han sido tan rápidos como los avances en la ciencia y la tecnología médicas. Se han hecho necesarias vías de acceso a la literatura biomédica mundial. En Brasil, han desarrollado una base de datos LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) cuyos registros de referencias bibliográficas son enviados a un Centro Coordinador Nacional y de ahí a BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), organismo de la OPS, que tiene su equivalente en otros países como el CIDEMS en Caracas, el SIBRA en Bogotá y el CENIDS en México. Así, profesores médicos y alumnos que necesitan con urgencia información, podrán solicitarla por correo, telex, correo electrónico o fax.

Comentarios. Pablo Liendo (Venezuela): "buena parte de los médicos no leen revistas

especializadas. Parece que la carencia de información llevó a los latinoamericanos a trabajar sin ese recurso. Tocamos de oído. Los anglosajones se acostumbraron a depender de ese recurso y están dispuestos a pagar su precio". Abel Packer (Brasil): "se propone la existencia, en cada país, de un centro coordinador, responsable de la red nacional, y que equivale a BIREME en el sistema regional. La meta de BIREME es llegar al final de 1990 sin que cualquier país o escuela médica pueda reclamar la falta de acceso a la información biomédica". Benito López Cabello (México): "en nuestro país tenemos programado establecer un centro nacional de información sobre educación médica, para facilitar acceso a la información especialmente en los casos de las escuelas alejadas de la capital". Abel Dueñas (Colombia): "el trabajo en redes es muy apropiado y servirá para articular instituciones, países, regiones, continentes. Cada nodo de una red debe producir conocimientos, transmitirlos en la enseñanza, evaluarlos y promover su divulgación". Ronald Richards (Fundación Kellogg, Estados Unidos): "hay redes que funcionan mejor que otras. Las muy exitosas tienen la característica de que sus participantes están comprometidos con sus finalidades. Conozco las experiencias del trabajo en red que los colegas van a describir, y los que estén preparados para este compromiso serán muy exitosos".

XIII CONFERENCIA DE EDUCACION MEDICA

En relación a la informática biomédica y como elemento operativo del programa EMA planteado en la XIII Conferencia Panamericana de Educación Médica en San José, Costa Rica en enero de 1991, se presenta como uno de los programas de FEPAFEM: el desarrollo de la Red Panamericana de Educación Médica e información en Ciencias de la Salud (PANET) en conjunto con la Panamerican Health Organization (PAHO) y la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM), a través de la red académica BITNET que enlazará organizaciones de servicios de salud con instituciones de ciencias médicas en Latinoamérica, Estados Unidos y Canadá. Una contribución muy importante a

este proyecto es la donación por IBM de computadoras del sistema 36 a escuelas médicas que deseen instalar nodos BITNET interconectados con instituciones del sector salud.

Previo a la próxima XIV Reunión Ordinaria de AMFEM en la Ciudad de Tijuana, B.C. se llevará a cabo un taller sobre PANET, el 24 de abril de 1991, con la asistencia de representantes de FEPAFEM, la OPS (de quien depende la distribución de los equipos IBM) y los integrantes de lo que será la red nacional AMFEM-NET.

El éxito de esta red de comunicación y el desarrollo en América Latina de líderes en educación médica y servicios de salud redundará en beneficio de la salud y bienestar de los países de América.

ANEXO

Resumen de la Declaración de Edimburgo emanada de la Conferencia Mundial de Educación Médica

El objetivo de la educación médica es formar médicos que promuevan la salud de toda persona. Este objetivo no está siendo logrado por fallas en los esfuerzos de introducir una mayor conciencia social en las escuelas médicas. Esto ha elevado la preocupación en la educación médica por la calidad de los ciudadanos de salud, la prestación humanitaria de tales servicios y su costo global para la sociedad. Esta preocupación, materia de debates nacionales y regionales, ha involucrado a profesionales de la salud, estudiantes de medicina y público en general.

Muchas mejoras pueden ser alcanzadas mediante acciones dentro de la escuela de medicina como son:

1. Incluir en los programas educacionales todos los recursos en salud de la comunidad y no sólo de los hospitales.
2. Que el contenido curricular refleje las prioridades nacionales de salud.
3. Asegurar la continuidad del aprendizaje durante toda la vida, incluyendo aprendizaje activo, autodirigido, independiente y métodos tutoriales.
4. Asegurar el alcance de la competencia profesional y no sólo la retención y recuperación de información.
5. Recompensar la excelencia educacional, tanto como la investigación biomédica o en práctica clínica.
6. Dar mayor énfasis, durante la instrucción, en promoción de salud y prevención de enfermedad.
7. Utilizar la solución de problemas en ambientes clínicos y en la comunidad como base para el aprendizaje.
8. Métodos de selección de estudiantes que vayan más allá de la habilidad intelectual y logros académicos, que incluyan cualidades humanísticas personales.
9. Estimular la cooperación entre los ministerios de salud y de educación en el desarrollo de políticas, planificación y revisión de programas de salud.

10. Asegurar políticas de admisión que adecúen el número de estudiantes a las necesidades nacionales de médicos.

11. Incrementar el entrenamiento del trabajo en equipo con otros profesionales correlacionados con la salud.

12. Asignar recursos para la educación médica continua.

Para reformar la educación médica se requiere un amplio compromiso para la acción, liderazgo vigoroso y voluntad política. Esta declaración es un llamado a unirse en un programa organizado para cambiar las características de la educación médica que puedan satisfacer las necesidades de la sociedad. El escenario está definido; el momento de la acción depende de nosotros.

Liderazgo en medicina

Federico Ortiz Quezada*

Líder: el que guía, el que dirige. El médico es un líder natural en tanto guía, dirige al enfermo hacia un estado de salud.

Liderazgo: una persona ejerce algún tipo de influencia sobre otra u otras.

MEDICO, HISTORIA Y UTOPIA

El médico brujo, médico humanista, médico cristiano, médico científico... rostros, encarnaciones diversas de un solo ser, quizá el único superviviente a lo largo de la historia: el médico, testigo privilegiado del íntimo desvalimiento de los seres y de sus más profundos terrores; el médico presente en el sitio de Troya y en el asedio a Stalingrado; el médico, sanador, artista, consejero, taumaturgo, filósofo y cronista; el médico, enemigo íntimo de la muerte con la que ha luchado en una batalla que dura ya miles de años; el médico que llegado a este final del siglo XX contempla la doble perspectiva de la historia y la utopía y se apresta a ingresar a un mundo nuevo, al tiempo que contempla con horror la supervivencia del siglo XX que cobija no únicamente la historia de las guerras más monstruosas de la humanidad, sino que incorpora también como parte de ser los más definitivos e impensados éxitos de la práctica médica.

Curiosa y dramática dualidad de nuestra era, engendradora simultánea de formas de muerte cada vez más tecnificadas, eficaces y de medios, cada vez más certeros, para preservar la vida. Siglo XX, secreto escenario del episodio definitivo de la vieja pugna entre el guerrero, heraldo de la muerte, y el médico, defensor de la vida.

A mí ha tocado ocuparme del segundo y contar su historia. Quede aquí constancia de que ésta no se entendería sin la historia del primero en tanto que la enfermedad y la salud, la herida y la curación de la misma, el daño y su restauración forman parte de esa historia más amplia que es el ciclo humano cumpliéndose una vez tras otra a lo largo de la historia.

Así, hablar hoy de los logros de la medicina contemporánea, muchos de ellos fantásticos en su apariencia, implica relatar las experiencias, observaciones, hipótesis, luchas y fracasos del médico a lo largo de los siglos. Significa hablar de la evolución del pensamiento médico y, al hacerlo, darnos cuenta de cómo esas historias aisladas, vistas desde el siglo XX, trazan en la superficie de la historia una trayectoria ininterrumpida en la que cada hallazgo aun cada fracaso de la práctica médica adquieren una significación en tanto que son trazos que colaboran a dibujar el rostro de la medicina contemporánea.

Comprendiendo esto, comprendemos también cómo entre nosotros y el hombre primitivo subsiste una fundamental identidad: la enfermedad y la muerte. Lo que ha evolucionado son los conocimientos y la eficiencia del ser que nos defiende de ellas: el médico. Tal evolución se inicia en el momento en que el médico primitivo establece como primera hipótesis para explicarse el fenómeno de la enfermedad y de la muerte, la causalidad sobrenatural y, a partir de ella, enfrenta el daño y el deterioro humano con una acción médica ba-

* Asesor de la Sección de Graduados de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía.

sada en la religión y en la magia. De este modo, las imágenes del sacerdote, el brujo y el médico superponen y de algún modo se fijan en el inconsciente colectivo en donde subyacen hasta el día de hoy en el que todavía nuestra idea del médico, por más científicos que sean sus métodos, no ha perdido del todo su aura mágica y así, con esa mirada con la que hoy, frente a la muerte inminente, solicitamos del médico un milagro, estamos certificando de qué modo los seres del siglo XX no somos recién llegados al mundo, sino que por el contrario acumulamos en nuestro ser actual sabidurías y confusiones milenarias que habitan calladamente en nuestra sangre, en nuestros genes, y nos mueven aún hoy a asociar, por ejemplo, la enfermedad con la violación de alguna norma moral del modo que lo hacían los antiguos pobladores de Mesopotamia, cuna de nuestra civilización, que veían en la enfermedad el castigo de los dioses y acudían en busca del médico vidente quien escrutando el hígado de animales sacrificados intentaba establecer el pecado, la enfermedad y la posible curación. Desde entonces y hasta hoy esta noción de la causalidad moral de la enfermedad y su raíz sobrenatural ha acompañado al hombre que, no obstante esto, fue paralelamente distinguiendo condicionantes naturales de los males que aquejan al hombre, tales como la vejez, la fatiga, la mala alimentación o la insalubridad de su morada. Entre otras, las culturas precolombinas dieron este paso y así su práctica médica estuvo constituida por una mezcla de religión, magia y ciencia y aquí cabe una reflexión interesante: conforme la enfermedad y la muerte fueron dejando de ser consideradas instrumento de la justicia inescrutable de los dioses, fue, por una parte, creándose el espacio para el advenimiento del pensamiento científico; pero en lo profundo de la conciencia humana fue abriéndose paso la aterradora noción de que si enfermedad y muerte no eran ni asuntos de los dioses ni respondían a ninguna justicia y el hombre seguía enfermando y muriendo, entonces se estaba librando el más angustiante y azaroso de los absurdos, puesto que se encontraba en calidad de desvalido y muriente extranjero el cosmos.

Esta es la contraparte, el precio que hoy estamos pagando, por un progreso humano

cuyas bases e ideas motoras se establecieron en la antigua Grecia, lugar en el que surge el médico filósofo que concibe a la enfermedad como consecuencia de causas naturales ubicables dentro y fuera del cuerpo. Resultado de esto será el establecimiento de métodos racionales para la obtención de la salud. Asistimos, pues, a la crisis de la concepción mágica. Este tránsito que va de Hipócrates, 400 años a. de C., a Galeno, siglo I de nuestra era, es prolífico en filósofos e investigadores de la naturaleza (basta recordar a Aristóteles y a Platón) cuyos hallazgos y métodos modificaron sustancialmente a la medicina, que a partir de ellos basa su conocimiento y su práctica en la observación y la experimentación. Es tal la pasión de este mundo griego por el pensamiento y sus alcances que en su seno habrá de surgir la primera gran utopía social concebida por la humanidad: la República, de Platón, estado imaginario en el que los esquemas políticos, sociales y económicos concebidos y aplicados por la razón habrían de conducir al hombre a la salud y a la felicidad. Elaboración ideal de la mente humana que entonces como hoy parece estar siempre a punto de ser alcanzada obstinándose, sin embargo, en permanecer como un mítico territorio cuyo tiempo de cumplimiento es empecinadamente el inasible futuro.

Hoy sabemos ya cómo lejos del cumplimiento de la utopía, el curso de la humanidad viró hacia una enérgica reinstauración de las concepciones teocéntricas de las que fue portador el cristianismo que vino a relegar, por un tiempo largo, la república de los filósofos, sustituyéndola por la Ciudad de Dios, la patria celestial, único territorio en donde los males del hombre podrían tener feliz término. En este nuevo mundo, organizado dentro del esquema socioeconómico del feudalismo, aparece el médico cristiano, nueva faceta de este ser cuya historia estamos relatando. Este nuevo médico se sabe instrumento de Dios y sabe de qué modo su trabajo es provisional, puesto que la salud definitiva no es de este mundo y es resultado de un proceso sobrenatural llamado salvación eterna. En estas condiciones el médico cristiano procura, ante todo, confortar a ese ser, enfermo de esta vida, que muere porque no muere y que se halla en tránsito hacia la verdadera vida. Más que la ciencia, lo suyo es

la piedad, la abnegación y la compasión por estos seres a los que trata de hacer llevadera esta mala noche, noche pasada en una mala posada, como decía Santa Teresa refiriéndose a la vida.

A estas alturas de nuestro recuento, el lector ya se habrá dado cuenta de que no estoy contando simplemente una historia del pasado; estoy tratando de que entendamos de qué manera nuestro pensamiento presente acerca de la salud y de la enfermedad es el resultado no de la cancelación, sino de la superposición de todo lo que el hombre ha ido concibiendo al respecto. De que tenemos siglos de edad y de que, en esas condiciones, la magia, la filosofía y el cristianismo son componentes de nuestra actitud ante la vida, la enfermedad y la muerte.

Un elemento más de esta compleja fórmula fue aportado por el Renacimiento que, al reevaluar el pensamiento clásico, hizo posible la reevaluación de la realidad histórica y del hombre mismo quien, recuperada su fe en sí mismo y en sus posibilidades, reencontrando el gusto por la vida, se lanza a conquistar los nuevos territorios del arte, la historia, la geografía y la naturaleza. Después de este distanciamiento de siglos, seres como Erasmo, como Leonardo, como Colón, como Miguel Ángel simbolizan el gozoso reencuentro del hombre con el mundo visible, sus mármoles, sus paisajes, sus océanos, sus bellezas, sus rincones inexplorados. Si la naturaleza no ha sido vista como amenaza y más tarde como lección viva de la omnipotencia divina, ahora este hombre renacentista decidirá desentrañar sus leyes, dominarlas, rotularlas y convertirlas en paisaje humano. Bien mirado, todavía estamos en esta tarea cuyos lineamientos fueron enunciados por aquellos seres del Renacimiento, quienes de nuevo, como Platón, vislumbraron una utopía, la armónica felicidad aquí en la Tierra y dibujaron por mano de Tomás Moro o de Francisco Bacon el mapa de nuevos ámbitos en los que la sociedad humana, guiada ahora por los científicos, sería finalmente sana, próspera, prudente y buena. Aun sin lograrse estas nuevas utopías, liberaron, sin embargo, tales energías en el hombre que el mundo se transformó y tal transformación permitió, entre otras cosas, el advenimiento de un nuevo

médico: el médico científico, quien por primera vez se lanzó a fondo a la tarea de conocer la enfermedad y sus leyes y a través de este conocimiento obtener la curación. El arranque de esta nueva aventura, protagonizada por el médico científico, fue lento y titubeante y tuvo que ir conquistando un espacio para la ciencia a base de irle disputando su territorio, a la teología y al pensamiento religioso.

Con el advenimiento de la industrialización y de los males y dolencias que surgen como resultado de este proceso, el médico científico se ve repentinamente enfrentado a una nueva responsabilidad resultante de su insoslayable preocupación por la colectividad sometida, al conjuro del progreso industrial, a condiciones de vida de tal modo insalubres que este médico, junto con economistas, sociólogos y filósofos, pudo establecer que la humanidad había llegado a un punto en el que la pobreza era y es la primera causa de enfermedad y de muerte.

Indefectiblemente, el médico se convierte en el abogado natural de los pobres y en esas condiciones tendrá que asumir los problemas sociales como parte de su responsabilidad: "La medicina es una ciencia social y la política no es otra cosa que medicina en gran escala", escribe Rodolfo Virchow, médico y antropólogo alemán del siglo XIX. Ante tal panorama, que en mucho sigue siendo nuestro, no es de extrañar que dentro de la elaboración del pensamiento utópico del siglo XIX, médicos, filósofos y economistas contemplen como primer objetivo la eliminación de la miseria, la gran enfermedad, la peste más letal de todas. Como ya había sucedido antes, la consecución de la utopía quedó en suspenso; no hemos derrotado a la gran peste; pero, puestos en la lucha, hemos podido, a través del advenimiento de la teoría microbiana, la antisepsia y el descubrimiento de los antimicrobianos, derrotar y controlar algunas de sus manifestaciones. Una rápida acumulación del saber médico y la existencia de un mayor número de enfermos en los hospitales posibilitaron una medición más exacta del fenómeno patológico y, a resultados de esto, se pudieron formular leyes generales para explicar o intentar explicar la relación causa-efecto en el proceso de las enfermedades. La medicina del siglo XIX se transformó

en una disciplina centrada en el conocimiento científico de lo concreto, lo observable y lo medible. Se conquistó el dolor con la anestesia, se desarrolla la fisiología experimental, apareció la teoría celular de la enfermedad y el médico entiende y asume la necesidad de ampliar su campo de conocimientos hasta el ámbito de las ciencias sociales.

Hasta aquí hemos reconstruido la historia del médico y de sus diversos avatares: médico brujo, médico filósofo, médico cristiano, médico humanista, médico científico, médico social. Todas estas facetas configuran el rostro del médico de hoy lanzado, como siempre, en pos de nuevas utopías.

Vamos ahora a fijar nuestra atención en el siglo XX como época en la que el médico ha asistido al cumplimiento de algunas utopías del pasado, al fracaso de otras y al advenimiento de nuevas utopías. Ya Benjamín Franklin escribía que "todas las enfermedades pueden evitarse o curarse por medios seguros, sin exceptuar la vejez"; por su parte, Fourier, el filósofo francés, avizoraba una prolongación de la vida humana hasta los ciento cuarenta y cuatro años y Virchow señalaba que la enfermedad desaparecía en cuanto desapareciera la miseria. Postulados todos estos de la utopía médica del siglo XIX parcialmente realizados en este siglo nuestro, que ha enfrentado la enfermedad con éxito inimaginable en el pasado gracias a las armas que la ciencia ha puesto en sus manos. El médico de hoy es, debido a todo esto, un ser cuya acción tiene una eficacia inverosímil cien años antes. Se mueve y actúa con una seguridad que ha tardado siglos en conquistar. Si esto no bastara, sabe además, y esto se lo debe a Freud, de las raíces psíquicas de la enfermedad y del definitivo papel que juega el paciente en el proceso de su curación.

Los éxitos se han sucedido uno a uno. Se han conquistado enfermedades antaño mortales. La cifra de mortalidad por tuberculosis, el gran mal del siglo XIX, ha ido reduciéndose hasta llegar, en algunos países desarrollados a cero. Lo mismo aconteció con la difteria y muchas otras enfermedades infecto-contagiosas. La esperanza de vida al nacer aumentó, al correr de este siglo, de cuarenta y siete a setenta y tres años. Así hemos constatado de qué modo es cierta la afirmación del novelista

francés Andre Gide: "La realidad del mañana está hecha de las utopías de ayer y de hoy".

Deslumbrado por los logros iniciales, hechizado por el conocimiento y el avance tecnológico, el médico del siglo XX ha llegado a pensar que la definitiva derrota histórica y geográfica de la enfermedad es sólo cuestión de tiempo.

Así el soviético Kedrov sostenía en 1960: "El objetivo próximo de la medicina actual es la prolongación de la vida hasta los doscientos años, con una total conservación de la juventud y belleza... En el futuro no habrá enfermedades".

Elemento sustancial de este optimismo que ha sido también nuestro siglo el desarrollo de las tesis de la seguridad social y el surgimiento del estado benefactor que se constituye en muchos países como el gran administrador de la salud. Paralelamente a esto se alcanzaron importantes logros en cirugía, en trasplantes, en la manipulación genética, en la anticoncepción, en la conducta, en tal forma que se llegó a una nueva moral y se anticipa ya la conquista del cáncer, del que se conocen sus causas y su comportamiento biológico, para fines del siglo. Paso a paso hemos testimoniado la medicalización del mundo moderno y se ha estado a punto de hablar, dados sus nuevos poderes ante la vida y ante la muerte, de un nuevo médico, el médico-dios.

Sólo que... esta no es la única verdad; aquel optimismo de principios de los años sesenta ha ido eclipsándose conforme nos hemos ido dando cuenta que aquellas aspiraciones de un mundo sin enfermedad eran imposibles de alcanzar en práctica debido, entre otras cosas, a la compleja interrelación de los seres humanos y de las sociedades. Así todavía en las postrimerías del siglo XX la mortalidad infantil promedio es siete veces más alta en los países pobres que en los ricos, y si para un norteamericano la esperanza de vida al nacer es de setenta y tres años, para un habitante de las regiones aledañas al Sáhara dicha cifra oscila entre los cuarenta y los cuarenta y cinco años.

Al lado de esto se contempla también el aumento notable en la incidencia de ciertas enfermedades como el cáncer, las alteraciones de la conducta y los padecimientos cardiovasculares. En Alemania Federal, por ejemplo, de

1952 a 1972 la mortalidad por enfermedades coronarias ha aumentado en un 202 por 100 y el cáncer de pulmón en 115 por 100. Paralelamente a la derrota de las enfermedades infecciosas surgen los riesgos laborales, la neurosis y la depresión como los males de nuestro siglo. Todas estas certezas abrumadoras constituyen para el médico, a punto de ser declarado médico-dios, un violento llamado a la humildad y a la conciencia. La lucha está muy lejos de haber concluido. Novelistas de nuestro siglo como A.J. Cronin y Albert Camus así lo han entendido al concebir, cada uno desde su perspectiva, una imagen del médico contemporáneo como un médico revolucionario, inconforme con la injusticia, solidario con el pobre y dispuesto a la lucha contra esta gran peste que sigue enfermando al cuerpo de los individuos y al cuerpo de la sociedad. Es por esto que en los últimos años hemos asistido a este proceso de la medicina que reflexiona sobre sí misma en busca de una clasificación de sus objetivos; en busca de un nuevo tipo médico, habitante lúcido de su mundo y dotado no sólo de ciencia, sino también de conciencia.

Vale la pena señalar que todos los descubrimientos que han cambiado la suerte del hombre enfermo desde la insulina hasta la recombinación genética, desde la vacunación antipoliomielítica hasta la implantación de una rodilla mecánica, han sido el resultado de una extensa cadena de acontecimientos que culminan en la labor de algún investigador rigurosamente instruido que aplica una correcta metodología científica. Siempre hay una causalidad en la aparente casualidad.

Así los programas médicos aparecen conforme se conocen mejor la especificidad de los fenómenos estudiados y las relaciones entre estructuras y funciones. Ya lo había señalado en alguna otra parte: la medicina es la única disciplina que emerge de las universidades medievales y desarrolla una conexión estable y creciente con la ciencia y la tecnología. Dada esta circunstancia, podemos entender cómo el desarrollo de disciplinas tan diversas como la física, la química, las matemáticas, terminan por expresarse en la teoría y la práctica médica, convirtiéndose en biofísica, bioquímica, bioestadística, etc. Esta vocación interdisciplinaria y esta vinculación con la ciencia son

las que finalmente nos explicarían el vertiginoso desarrollo médico del siglo XX, pero son también los elementos que nos obligan a ser cautos en nuestras previsiones para el futuro de la ciencia médica que hoy por hoy, al incorporar las ciencias sociales a su acción, contempla la crisis de muchos de sus modelos, paradigmas e instituciones. Así las cosas, lo primero que se avizora es un reajuste profundo del modelo biomédico que tendrá por fuerza que incorporar lo psíquico y lo social a sus planteamientos de salud y enfermedad. Consecuencia de esto será, en un primer plano, la vinculación cada vez más estrecha entre la ciencia psicoanalítica y la teoría y la práctica médica, pues sólo a través de esa vinculación se podrá confrontar la enfermedad en su compleja totalidad psicosomática. Por otra parte, en el plano de lo social, podemos avizorar cambios importantes en la organización institucional de la medicina, puesto que ante las necesidades específicas de cada paciente y ante el aumento en el número de éstos, las instituciones se verán orilladas a una crisis económica que redundará en una atención médica cada vez menos efectiva y en general las llevará a modificar su enfoque eminentemente reparador del daño por uno que tenga como propósito central evitar la enfermedad. De aquí que siendo la pobreza la principal causa de enfermedad y muerte en nuestro país, la medicina deberá iniciar la investigación a fondo de los problemas que atañen a la causalidad social de la enfermedad, y con ello establecer programas de una medicina social eminentemente preventiva.

Ahora bien, en el estricto campo del desarrollo científico-técnico, desde esta década de los ochenta podemos, sin demasiado temor a equivocarnos, enunciar algunos de los objetivos de la utopía médica del futuro. Lo que a continuación diremos está basado en las previsiones hechas por veinte de los científicos más notables de la actualidad, entre ellos siete premios Nobel. Ellos hablan de que la conquista del cáncer se logrará hacia 1990; anuncian también un estimulador de la inteligencia al alcance del hombre entre los años 1990 y 2000. Para este mismo año 2000 se tendrán los medios para ampliar y profundizar las posibilidades de la memoria. Estamos también a

siete años de distancia del control de los procesos de envejecimiento anunciado para 1990. Para finales del siglo habremos obtenido también el control de la agresividad y una espectacular reducción de la necesidad de sueño...

Estamos pues, frente a la nueva utopía médica. Supongo que, como en el pasado, esta nueva utopía sólo se realizará parcialmente. Así es como ha caminado el progreso: nuevos sueños para engendrar nuevas realidades y nuevos hombres.

Médico, palabra que posee la misma raíz que meditación. Hoy hemos hablado del médico, de la cambiante y continuada historia del hombre que medita al lado del enfermo en

busca de una manera, un método, una técnica para restaurar la salud. El médico, demiurgo, servidor, conservador de la especie y de su empeñado ímpetu de eternidad. Perseguidor de utopías, hoy hemos tratado de contar su historia a través de su obra y de contar cómo su acción ha colaborado decisivamente a que los sueños utópicos se vuelvan historia. Hoy 1990, he querido dejar constancia de su rostro actual, he querido ver a este médico en el momento de renunciar a ser Dios y prefiriendo asumirse, una vez más, como factor de transformación al servicio de la humanidad.

De nuevo, ante la crisis de la historia, en pos de la utopía.

Los programas innovadores y el liderazgo en la educación médica

Rolando Baptista López*
Carmen García Colorado*
Rodolfo Prado Vega*

Resumen. La atención primaria de la Salud (APS) y la calidad de la atención médica, son ideas que en la actualidad se manejan en torno a la educación médica. En este campo se enfatiza la necesidad de transformar el papel de los médicos egresados, hacia la actividad de primer contacto, con la innovación en los planes y programas de estudio, que brinden nuevas estrategias educativas y busquen una mejor calidad de la atención médica. No hay muchas pruebas que demuestren el cumplimiento de las promesas de los planes innovadores, ha faltado también una comunicación real entre los diversos programas, así como tampoco abundan las evaluaciones que, sin buscar solamente la subsistencia de los proyectos, busquen la explicación de los problemas con sentido crítico que permita retomar la experiencia adquirida para tender hacia un verdadero liderazgo en la educación médica, al generalizar hallazgos importantes. En este trabajo se reflexiona sobre estos aspectos y se sugiere evaluar en forma compartida los diversos planes innovadores.

Abstract. Primary Medical Care, and quality of medical care are ideas that, nowadays we hear around medical education. The emphasis is put in transforming the role of medical students towards primary care, by innovating study plans, in which new educational strategies are experimented, looking also for a better medical care. There are not many evidences which show that the promises of these plans have become a reality, there has not been enough communication between them, and also there are not many evaluating studies which search for the problems and its solutions, without looking only for good results to justify the programs. In this paper, the authors reflect about this problems and suggest to develop evaluating studies with different plans together.

INTRODUCCION

Actualmente existen dos ideas recurrentes en el discurso de la salud y la educación médica: la atención primaria de la salud y la calidad de la atención médica.

La calidad de la atención médica es asunto de interés para varios grupos: para el público que exige mejores resultados a sus dolencias; para las instituciones prestadoras de servicios de salud que pretenden cumplir con sus objetivos; para las instituciones de enseñanza que esperan contribuir a formar mejores recursos humanos en el área de la salud y para las organizaciones políticas, que exigen el cumpli-

miento de acuerdos nacionales e internacionales para la atención médica.¹

Por otro lado, las políticas de salud a nivel nacional e internacional tienden en la actualidad a dar prioridad a lo que se denomina "Atención Primaria de la Salud" (APS), pues se reconoce que una atención de calidad en el primer contacto, evita la mala evolución y las complicaciones de las enfermedades y por lo tanto reduce los altos casos de la atención en el segundo y tercer niveles de atención a la salud. Sin embargo, la filosofía de la APS donde nuestro punto de vista parece no tener aún un nivel de concreción en una práctica médica claramente delimitada y reconocida aún por los propios prestadores de servicios.

Algunos programas innovadores en educación médica pretenden seguir la orientación

* Profesores del Programa de Medicina General Integral (A-36) de la Facultad de Medicina, UNAM.

hacia la APS en sus perfiles profesionales y metodología educativa y contribuir a elevar la calidad de la atención a través de una sólida formación científica, ética y humanística, pilares fundamentales de una buena atención médica, como componentes técnico e interpersonal de la misma.²

A pesar de estas buenas intenciones, habría que reconocer que la falta de precisión en la práctica de la APS se traduce también, en el ámbito de la institución educativa, en una ambigüedad en el manejo del concepto y su aplicación. Estos programas, en virtud de su orientación se adjudican el ser pioneros de la educación médica pues consideran que su visión implica un avance en la enseñanza de la medicina y en el apuntalamiento de una práctica emergente que parece responder mejor a las necesidades de la población.

ANTECEDENTES

Desde hace ya 30 años, en el campo de la educación médica el discurso educativo enfatiza la necesidad de transformar el papel social de los egresados, generando profesionales orientados a la actividad de "primer contacto", de acuerdo a lo que entonces parecía ser una práctica emergente en el sector salud. En los años setenta, se conjugaron varias condiciones que favorecieron la expansión de la matrícula estudiantil, así como la introducción de innovaciones y la creación de nuevos espacios educativos en los que se experimentaron nuevas propuestas. En este contexto surgieron nuevos planes de estudio en educación médica en el mundo; en México el Programa de Medicina General Integral (PMGI)* de la Facultad de Medicina de la UNAM y otros.

Desde diversos enfoques, las nuevas propuestas pretendían brindar una mejor formación profesional a través de nuevas estrategias educativas, para cambiar la práctica médica dominante de tipo curativa, especializada e individualista, hacia una práctica preventiva social, que respondiera a las necesidades de la mayoría de la población.

El Programa de Medicina General Inte-

gral, en cuya experiencia basamos estas reflexiones, conformó para cumplir con estos fines una estrategia educativa que adoptó la enseñanza tutorial como uno de sus pilares fundamentales, y que consiste en el contacto prolongado y estrecho entre el tutor y un grupo reducido de alumnos, en los dos primeros años de la carrera. Se procura que el perfil del tutor corresponda, en la medida de lo posible, a un ideal en cuanto a la calidad y la orientación de su práctica de la medicina general, para que, al constituirse en la primera aproximación del alumno a la práctica médica, lo impacte de tal forma que al tener contacto en etapas posteriores de su carrera con los modelos de atención predominantes en el segundo y tercer nivel de atención reciba una menor influencia de éstos.

Por otro lado, la orientación hacia la medicina general y la atención primaria de la salud en el PMGI está apoyada por las prácticas que se realizan en la comunidad, en las que se procura cumplir con las recomendaciones propuestas en la reunión del Alma Ata, mediante la identificación de problemas sanitarios en la comunidad, promoción de medidas higiénicas y sanitarias, educación para la salud, prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades.

Para la conformación de las habilidades y conocimientos requeridos para llevar a cabo estas recomendaciones, se cuenta con un espacio curricular en los dos primeros años de la carrera y algunas de las actividades que realizan los alumnos son: reconocimiento de la comunidad, estudio y seguimiento de familias, actividades de higiene escolar e investigación sobre la salud de la comunidad.

Estos son algunos de los principios y objetivos que caracterizan el currículo del Programa de Medicina General Integral y que conforman la estrategia propuesta para lograr los dos principales objetivos: orientar el perfil profesional hacia la atención primaria de la salud, y elevar la calidad de la atención médica.

DISCUSION

Nos preguntamos si el PMGI, al igual que otros programas innovadores que han propi-

* En su inicio conocido como Plan A-36.

ciado la transformación de algunos elementos de la educación médica y que parecen tener la posibilidad de incidir efectivamente en el mejoramiento de la práctica profesional y su adecuación a las necesidades sociales, realmente logran que sus egresados, por un lado adquieran algunas habilidades y conocimientos para su aplicación en la APS y por otro lado tengan la oportunidad de practicarlos en algún ámbito real de trabajo y no queden, en el mejor de los casos, en meros ejercicios escolares, y si de esta manera se cumple con las promesas que dichos planes han hecho desde hace ya dos décadas. De hecho, todos estos ensayos pedagógicos no han demostrado suficientemente haber cumplido con sus promesas originales, aunque también es cierto que no se ha demostrado lo contrario. Es significativo que cuando se habla de mejorar la educación médica, de transformar el papel de los egresados, etc., se siga hablando en algunos casos como si no existieran ya una serie de experiencias a este respecto, y las nuevas propuestas³ sigan insistiendo en la transformación de factores como el aislamiento de la institución escolar con respecto a la de salud, el enfoque social de los problemas, la necesidad de articular disciplinas, de combinar docencia y servicio, etc., sin revisar primero la experiencia acumulada para capitalizarla. Algunas evaluaciones se han reducido a un duelo de argumentos y de opiniones más o menos fundamentadas alrededor de los resultados de estos programas.

Recientemente la Asociación de Escuelas Médicas de los Estados Unidos de Norteamérica publicó un artículo⁴ en el que se enfatiza la necesidad de evaluar los planes de estudio innovadores (que en EEUU constituyen el 10% del total) en medicina, se argumenta que la falta de evaluación ha impedido la generalización de principios pedagógicos, que en el discurso al menos parecen ser mejores que los tradicionales. Los autores de ese artículo proponen evaluar la capacidad de los egresados de los planes innovadores para establecer mejores relaciones interpersonales, lograr una mayor satisfacción en su trabajo, aplicar conocimientos básicos en la solución de problemas médicos, interesarse por los aspectos psicológicos y sociales de la salud, así como su capa-

cidad para autoeducarse. Aspectos que según los autores constituyen los objetivos más destacados de los planes innovadores en comparación con los tradicionales. Consideramos que estos mismos objetivos conforman los fundamentos de los planes innovadores en México, aunque no siempre se les asigne el mismo significado o se siga la misma estrategia educativa para conseguirlos.

CONCLUSIONES

Se han hecho diversos intentos para evaluar los planes y programas de estudio innovadores, sin embargo, han surgido diversos problemas para validar los resultados; por un lado, la existencia de paradigmas diferentes y contradictorios en el campo de la investigación educativa, por predominio de los estudios de corte empírico⁵ cuyos resultados son muy pobres a nivel de análisis y generalización; por otro lado el hecho de que muchos de estos estudios respondan a la necesidad de justificar la existencia de los programas y por lo tanto, al ir en juego su propia vida, los resultados se sesgan impidiendo una búsqueda genuina de explicaciones a los problemas y aceptación de logros y fracasos, lo cual constituye también un obstáculo para el propio desarrollo de los programas al no hacer análisis críticos de su realidad; un último obstáculo para la comunicación de resultados es la diversidad de enfoques y significados que tienen los mismos términos en las diversas escuelas (por ejemplo: aprendizaje, teoría-práctica, etc.).

Consideramos que cada vez se hace más necesario llevar a cabo ejercicios compartidos de evaluación entre los diversos programas innovadores, con un sentido crítico y con la intención de detectar sus problemas y posibles alternativas de solución.

Por otra parte, no basta con dirigir la mirada únicamente al interior de cada plan de estudios, es necesario también realizar estudios comparativos de las diversas metodologías y los diversos perfiles, así como del contexto en el que se da la educación médica, tanto nacional como internacional; estudiar las prácticas reales del sector salud, ya que es ingenuo suponer que la institución educativa,

por sí misma puede llegar a una caracterización de práctica médica orientada a la APS que no se haya producido ya en el ámbito de la propia práctica.

A varios años de vigencia de los planes innovadores, ninguno de ellos ha mostrado abierta y ampliamente sus alcances, logros o tropiezos, por lo que en el momento actual no es posible saber si se ha dado un paso hacia adelante en la educación médica. La euforia que inicialmente acompañó al surgimiento de estas ideas innovadoras, por lo menos en el PMGI ha decrecido, y mas aún, se advierte ya un estancamiento a nuestro juicio peligroso, que puede llevar a una "tradicionalización" de la innovación. Así por ejemplo, se pueden ver signos de ello en la reducción de la comunicación entre los tutores del programa, en el hecho de que no se hayan generado nuevas ideas en torno a la docencia, en el hecho de que no se fomente la investigación educativa, no se hayan movilizado estructuras organizativas, se siga repitiendo en planteamiento de la propuesta original sin cambios, etc.

Si lo planteado para el PMGI es válido

para otras instituciones educativas, podemos asegurar que nadie hoy, como hace 30 años puede adjudicarse el liderazgo en la educación médica. Decimos esto sin negar que en este tiempo se han generado una serie de experiencias muy valiosas y con ideas válidas, que deberían ser rescatadas por todos los que han participado en ellas, con la debida humildad para reconocer errores y con la satisfacción de haber intentado avances genuinos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

¹ Fajardo, O.G. "Control de la calidad de la atención médica. Una investigación a nivel mundial" en *Gaceta Médica de México*, vol. 24 (9-10), 1988.

² Donabedian, A. *La calidad de la atención médica*, México, Prensa médica mexicana, 1984.

³ Najera, Enrique et al. "El enfoque epidemiológico en la formulación de políticas y en la formación de recursos humanos" en *OPS Educación Médica y Salud*, 1990; 24(1).

⁴ "Charting the winds of change: evaluating innovative medical curricula" en *Academic Medicine* (Revista de la asociación de escuelas de medicina en EUA). 1990; 65(1).

⁵ Dawin, M.C. et al. "Investigación educacional en los servicios de salud" en *OPS Educación Médica y Salud*, 1990; 24(1).

Administración y aprendizaje participativo en medicina

Francisco Domingo Vázquez Martínez*

Resumen. En el presente trabajo se hace una síntesis de los principales modelos administrativos que se han utilizado en las instituciones de enseñanza superior y su relación con los modelos de enseñanza-aprendizaje. Se plantea que a un modelo de enseñanza activo-participativa corresponde una administración igualmente participativa. Sin ésta, aquél no tiene las condiciones adecuadas para su desarrollo pleno.

INTRODUCCION

Cuando se habla de administración de las instituciones de educación superior se entiende, en general, que se trata de un aspecto independiente y autónomo de las actividades académicas. Así se refleja por ejemplo en la organización administrativa de la mayoría de las instituciones de educación superior, donde por un lado existe una secretaría académica y otra administrativa. El resultado de esta división es que frecuentemente se establecen relaciones de competencia entre la academia y la administración, en donde los académicos frecuentemente se enfrentan a los administradores y en donde éstos realizan su trabajo sin el conocimiento o reconocimiento de los objetivos académicos.

La anterior situación se trata de enmascarar con los puestos académico-administrativos en donde se supone que si un académico se pone al frente de un puesto administrativo se podrán conciliar los intereses académicos con los administrativos, situación difícil de lograr si no existe un cuerpo teórico en el ámbito educativo del que se desprendan consecuencias administrativas. Solamente la teoría surgida desde las propias actividades educativas podrá determinar las actividades admi-

nistrativas de planeación, organización, dirección y control. De no ser así la administración seguirá siendo determinada por factores ajenos a la academia, provocando que las instituciones de educación superior únicamente cumplan con su función de reproducción social inhibiendo su poder de transformación.

El presente ensayo es un intento de desarrollar los lineamientos administrativos que supone el aprendizaje participativo. Para lograrlo se considera en la primera parte una breve visión del papel de la administración en las instituciones educativas. En la segunda, se revisa lo que es el aprendizaje participativo y en la tercera, se ven las relaciones entre la administración y la corriente pedagógica considerada.

LA ADMINISTRACION DE LAS INSTITUCIONES DE ENSEÑANZA SUPERIOR

Existen cuatro modelos de administración en la educación.¹ Cada uno de estos modelos tiene un surgimiento histórico, una teoría y protagonistas propios. En la actualidad es difícil encontrarlos en forma pura, aunque, generalmente existe predominio de uno o dos de ellos. Los criterios administrativos de cada uno de estos cuatro modelos son: rentabilidad, rendimiento, adaptabilidad y pertinencia.

La administración basada en la rentabili-

* Profesor Asignatura. Carrera de Médico Cirujano de la ENEP-Zaragoza UNAM. Jefe del Departamento de Investigación de Recursos Humanos para la Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

dad surge de la escuela clásica de la administración. Actúa según los principios de la administración general. Sus protagonistas conciben la organización escolar como un sistema cerrado donde la administración se basa en el criterio de rentabilidad. Su interés está en la dimensión económica del sistema educativo, en la distribución y el control de recursos, en la organización, en la definición de funciones y responsabilidades, en la distribución del trabajo, en la determinación de la manera en que se realizará el trabajo y en la fijación de normas de acción.

La administración basada en el rendimiento adopta los principios del conductismo, hace hincapié en las relaciones humanas y en el comportamiento administrativo. Considera la dimensión pedagógica en la administración de la educación. Esto es, la administración es la responsable de concebir espacios, métodos y técnicas capaces de preservar los objetivos educacionales establecidos en función de la economía, la cultura y la política de una sociedad dada. Su criterio principal es la eficacia en el logro de los resultados de la educación.

La administración basada en la adaptabilidad concibe las instituciones educativas como sistemas abiertos y adaptables. Considera la dimensión política del sistema educativo. Es decir, las responsabilidades específicas del sistema educativo con respecto a la sociedad y también al hecho de que el sistema educativo esté fuertemente influido por variantes externas. En esta dimensión los que participan en la administración de la educación buscan la adaptabilidad, criterio esencialmente político en virtud del cual el sistema educativo está llamado a satisfacer las necesidades sociales y las demandas de la sociedad en general.

La administración basada en la pertinencia concibe las instituciones educativas como sistemas holísticos en los que se busca la acción humana crítica, la contradicción y la totalidad. Contempla la dimensión cultural en la educación cuya característica básica es su perspectiva global. La función del administrador de la educación es coordinar la acción y la interacción de las personas y grupos que participen directa o indirectamente en el proceso educacional de la comunidad. En la dimensión cultural, la pertinencia es el criterio básico

que orienta la acción administrativa. La administración será pertinente en la medida en que cree las condiciones que permitan mejorar la calidad de la vida humana colectiva. Por otro lado, la condición básica para fomentar una mejoría significativa de la vida humana es la participación. Por consiguiente, la participación en la administración de la educación es fundamental.

Si consideramos estos cuatro modelos desde el punto de vista histórico se ve que en América Latina el criterio de rentabilidad precedió al de rendimiento y éste al político, por último; apareció el criterio de pertinencia cultural. En esta trayectoria podemos apreciar que la vinculación entre academia y administración ha ido estrechándose parlatinamente.

En el modelo de rentabilidad los administradores no tienen ingerencia en cuanto a los métodos y contenidos del proceso de enseñanza aprendizaje. Su interés se circunscribe a la rentabilidad de la institución.

En el modelo de rendimiento, la administración contribuye al logro de los objetivos educativos sin participar de los métodos ni contenidos del proceso educativo. Únicamente los apoya.

En el modelo de adaptabilidad, los administradores participan en la determinación de los contenidos de la enseñanza. En este momento se define la figura del académico administrativo. En sentido estricto es más bien un administrativo académico que ha dejado temporal o definitivamente, parcial o totalmente la actividad académica para dedicarse a la administración. Pero sin que haya una teoría unificadora entre su actividades académicas y administrativas. En este modelo el administrativo académico subordina, consciente o inconscientemente, los intereses académicos a los administrativos (razón por la que se prefiere llamarlo administrativo académico) dado que los puestos administrativos suponen, en la mayoría de las instituciones de educación superior en México, una jerarquía superior a la académica y un medio a través del cual se canalizan y concretan los intereses sociales dominantes en las instituciones educativas.

Por último, en el modelo basado en la pertinencia la vinculación y la integración

academia-administración es máxima. Los sujetos de la administración y de la academia son los mismos. Los contenidos y métodos del proceso de enseñanza aprendizaje son uno con los contenidos y métodos de la administración. Se reintegra su totalidad a las instituciones educativas. Se recuperan los procesos administrativos como medios de enseñanza de actitudes, habilidades y prácticas para mejorar la calidad de la vida humana colectiva, supuesto de toda educación.

Cuando se dice que se recuperan los procesos administrativos como medios de enseñanza se entiende que se recuperan de manera explícita para la educación. De hecho los procesos administrativos en los otros tres modelos son también medios de enseñanza aprendizaje, pero permanecen implícitos en el currículo oculto.²

EL APRENDIZAJE PARTICIPATIVO

Antes de entrar en la materia título de esta parte, veamos brevemente las características de la educación tradicional, a la que siendo más claros deberíamos de llamar instrucción tradicional.

La distinción entre instrucción y educación es particularmente clara en Freire. Para él educar es crear la capacidad de una actitud crítica permanente. Educar, no es transmitir conocimientos hechos y estáticos, sino crear una situación pedagógica en la que el hombre se descubra a sí mismo y aprenda a tomar conciencia del mundo que le rodea, a reflexionar sobre él, a descubrir las posibilidades de reestructuralo y actuar sobre él para modificarlo. Toma de conciencia, reflexión y acción se convierten así, en los elementos básicos inseparables del proceso educativo y sin los cuales estamos frente a un proceso de instrucción. El mismo Freire critica a la educación tradicional por su concepción "bancaria" y la caracteriza de la siguiente manera:

- a) El educador es siempre quien educa; el educando es el educado.
- b) El educador es quien sabe; los educandos quienes no saben.
- c) El educador es quien piensa, el sujeto del

proceso; los educandos son los objetos pensados.

d) El educador es quien habla; los educandos quienes escuchan dócilmente.

e) El educador es quien disciplina; los educandos los disciplinados.

f) El educador es quien opta y prescribe su opción; los educandos quienes siguen la prescripción.

g) El educador es quien actúa; los educandos son aquellos que tienen la ilusión de que actúan, en la actuación del educador.

h) El educador es quien escoge el contenido programático; los educandos, a quienes jamás se escucha, se acomodan a él.

i) El educador identifica la autoridad del saber con su autoridad funcional, la que opone antagónicamente a la libertad de los educandos. Son éstos quienes deben adaptarse a las definiciones de aquél.

j) Finalmente, el educador es el sujeto del proceso; los educandos meros objetos.³

El objetivo de la educación tradicional es la adaptación y el ajuste a la realidad social vigente "cuanto más se ejerciten los educandos en el archivo de los depósitos que les son hechos, tanto menos desarrollarán en sí la conciencia crítica de la que resultaría su inserción en el mundo, como transformadores de él. Como sujetos del mismo".⁴

La educación tradicional impone y desarrolla la pasividad en los individuos "cuanto más se les imponga la pasividad, tanto más ingenuamente tenderán a adaptarse al mundo en lugar de transformar..."⁵

Baste con lo antes dicho para caracterizar la educación tradicional, "bancaria". Solamente agreguemos que a este tipo de educación corresponden modelos administrativos basados en la rentabilidad, el rendimiento y la adaptabilidad. En donde la institución educativa es evaluada y valorada por su rentabilidad económica y por su eficacia de resultados (entiéndase: a mayor adaptabilidad mayor eficacia) en función de la economía, la cultura y la política hegemónica en una sociedad dada, sea ésta capitalista o socialista.

En los modelos administrativos correspondientes a la educación tradicional hay una división entre administradores y administra-

dos, en donde, por la acumulación de poder en los primeros (ver adelante) se requiere y fomenta en los segundos la pasividad y la obediencia, la coexistencia de sistemas educativos tradicionales pasivo-receptivos y los sistemas administrativos mencionados no es casual.

La educación tradicional, en general, ha recibido fuertes críticas por parte de numerosos estudiosos del fenómeno educativo dando origen a corrientes educativas innovadoras como la Escuela Nueva (Ferriere), la Pedagogía Popular (Freinet) y la Escuela Moderna (Ferrer) por poner únicamente tres ejemplos. En educación médica, en particular, las críticas aisladas a la educación tradicional tienen una larga historia.⁶ Sin embargo, una crítica sistematizada y sobre todo, el surgimiento de alternativas son recientes y con toda seguridad, es la corriente del Aprendizaje Participativo en educación médica, si no la única, si la que ha alcanzado un mayor desarrollo.

Para caracterizar el aprendizaje participativo en la educación médica se seguirá más o menos al pie de la letra lo dicho por Viniegra.⁷

Para la enseñanza participativa el punto de arranque lo constituye todo aquello que el alumno hace, su experiencia es determinante en lo que él será como profesional; es decir, aquello que el alumno realmente conocerá y sabrá resolver.

Si el alumno se desenvolvió en un ambiente de pasividad, lo habitual es que su actividad futura reproduzca el mismo patrón que interiorizó; una actitud pasiva y receptiva que muy poco lo capacita para enfrentar nuevos desafíos, de lo que se trata es de impulsar una estructura docente e institucional que propicie un ambiente educativo activo que favorezca la participación de manera tal que el alumno llegue a ser capaz de generar sus propias experiencias. En este orden de ideas la labor docente consistiría en proporcionar al alumno los conceptos y métodos que una vez asimilados le faciliten su autocapacitación ininterrumpida. Los procedimientos metodológicos del aprendizaje participativo son: 1) la integración entre teoría y práctica, 2) la discusión crítica y 3) la investigación.

La integración teoría práctica se caracteriza por un "flujo bidireccional" ininterrumpido

entre la información y la acción. Lo anterior significa, en un sentido, que cualquier acción médica tiene, como punto de apoyo, información bibliográfica pertinente; en el otro, que continuamente se valora a la información a partir de su confrontación con la práctica. Este ir y venir es lo que profundiza el conocimiento, a diferencia de la concepción tradicional que basa su eficacia, en el mejor de los casos, en la sumatoria de lo teórico con lo práctico.

El segundo procedimiento es la discusión crítica y se refiere a la confrontación de diversos puntos de vista acerca de un determinado asunto con el propósito de elegir la mejor alternativa.

Para que la discusión se lleve a cabo, se requiere que la resolución de un problema sea una responsabilidad compartida; de esta manera, en la discusión interviene una diversidad de experiencias, lo que constituye uno de los ingredientes básicos de ésta.

El último de los procedimientos de la enseñanza participativa es la realización de la investigación. Mientras la investigación no se incorpore como experiencia de aprendizaje cotidiana, tanto el profesor como el alumno no podrán sino aspirar, en el mejor de los casos, a ser consumidores acríticos de la información que consultan. La investigación es la actividad participativa por excelencia dentro del proceso de enseñanza aprendizaje, cualquiera que sea el nivel educativo.

LA ADMINISTRACION Y EL APRENDIZAJE PARTICIPATIVO

Llevar la educación participativa a sus últimas consecuencias representa indudablemente cambios administrativos a nivel de las instituciones de educación superior. En el caso concreto de la enseñanza de la medicina ello implica a todas las instituciones de salud que son sedes universitarias de los estudios de medicina.

El proceso de administración más adecuado para la realización de la educación participativa es el basado en la pertinencia, cuyo propósito fundamental es lograr una congruencia entre los aspectos académicos y administrativos. De procedimientos participativos en

la planeación, organización, dirección y control de las instituciones educativas.

La educación forma un todo indisociable, no es posible formar personalidades autónomas y creativas en el aspecto profesional si por otra parte el individuo está sometido a una coacción administrativa que fomenta en él el conformismo, la obediencia, la dependencia, el sometimiento, la rutina y el disimulo.

La participación administrativa significa el surgimiento de lo político dentro de una institución. Esto es, la aceptación del conflicto y de las relaciones entre los diversos miembros de la institución en un plano de igualdad.⁸

En los sistemas administrativos hegemónicos en las instituciones de educación superior (incluidas las instituciones de salud en el caso de la enseñanza de la medicina) los conflictos se reprimen o se ocultan, la "autoridad" (ver adelante) paraliza la vida del conflicto y lo hace eliminando, alienando o impidiendo crecer la parte más débil del conflicto. Eliminando el conflicto⁹ se elimina una de las condiciones indispensables para la realización del aprendizaje participativo y sus procedimientos. ¿Cómo llevar al cabo una discusión crítica sin que haya, por lo menos, dos posiciones antagónicas? ¿En qué favorece a la investigación un ambiente autoritario y dogmático?

Por lo anterior, no puede haber un aprendizaje participativo sin reconsiderar la relación de la autoridad educativa con la comunidad de maestros y alumnos.

La autoridad racional tiene su fuente en la competencia, la persona cuya autoridad es respetada ejerce competentemente su función en la tarea que le confieren los demás. No necesita de la intimidación para hacerse respetar. La autoridad racional no sólo permite sino que requiere, y favorece las condiciones para ello, de constantes críticas por parte de los individuos a ella sujetos. Por otra parte, la fuente del autoritarismo o autoridad irracional, es siempre el poder sobre la gente, éste puede ser físico o mental, real o relativo respecto de la ansiedad y la impotencia de la persona sometida.

El poder, por una parte, y el temor, por la otra, son siempre los cimientos sobre los

cuales se erige la autoridad irracional. La crítica a la autoridad no es sólo algo no solicitado sino prohibido. La autoridad racional se basa en la igualdad de dos: del que la ejerce y del sujeto a ella, los cuales difieren únicamente con respecto al grado de saber o de destreza en un terreno particular, la autoridad irracional se basa por su misma naturaleza en la desigualdad.¹⁰

El autoritarismo se exhibe como actos de arbitrariedad, ignorancia, parcialidad, corrupción, exclusión y persecución de "adversarios" que tiene su origen en la forma de elección y designación de las autoridades.¹¹

El autoritarismo es posible por la desigualdad de poder. En toda institución¹² existen clases poseedoras de poder, en distintos grados, y clases no poseedoras de poder, también en distintos grados; por lo que, "si no hay una fuerza que haga de contrapeso, el poder institucional tiende a acumularse, en sentido ascendente, en las manos de las clases poseedoras".¹³ Así, por ejemplo; en una institución educativa la recuperación del poder institucional que les pertenece a profesores, alumnos y trabajadores es fundamental para la realización del proceso de aprendizaje participativo.

En cuanto a la organización administrativa de las instituciones de enseñanza superior, es obvio, por lo anteriormente expuesto, que el modelo burocrático ideal (Weber) no es viable mientras existan clases poseedoras del poder institucional. Ya que mientras la desigualdad de poder exista, la burocracia que según Weber es "la autoridad con base en el saber"¹⁴ se convierte en la autoridad con base en el poder, es decir, en organización autoritaria y burocrática en el sentido peyorativo del término.

En síntesis, desde la perspectiva del aprendizaje participativo, los procedimientos administrativos por sí mismos tienen una importancia secundaria, lo fundamental es lograr la participación en ellos de todas las personas involucradas con la institución educativa, es superar la dicotomía academia-administración y lograr la unidad del proceso educativo.

Superar la dicotomía academia-administración significa que profesores, alumnos y trabajadores participen en el establecimiento

de las mejores condiciones para la realización de su trabajo. Significa que dichas condiciones no son independientes del trabajo académico. Nadie mejor que los profesores y alumnos reconocen las condiciones ideales para la realización de sus actividades y susceptibles de satisfacerse a nivel institucional. Significa reconocer y favorecer la madurez, el juicio crítico, la participación y el compromiso de los miembros de la institución. Significa reconocer la autonomía individual sin la cual la autonomía institucional no es más que un eslogan.

REFERENCIAS

- ¹ Sander, R. "Gestión y administración de los sistemas educacionales: problemas y tendencias", *Perspectivas*, vol. XIX, 2, 1989, pp. 243-260.
- ² Vázquez G.G. "Currículum oculto y manifiesto" en: Castillejo, et al. *Condicionamientos socio políticos de la educación*, CFAC, Barcelona, 1985, pp. 167-187.
- ³ Freire, P. *Pedagogía del oprimido*, Siglo XXI Ed. 30a. ed., México, 1983, p. 74.
- ⁴ *Ibidem*, p. 75.
- ⁵ *Ibidem* 3.
- ⁶ Vázquez, M.F. "Elementos para la historia de la enseñanza activo-participativa de la medicina en México", *Revista Mexicana de Educación Médica*, vol. 1, no. 2, 1990, pp. 100-105.
- ⁷ Viniestra, V.L. "Los intereses académicos en la educación médica", *Revista de Investigación Clínica*, vol. 39, 1987, pp. 281-288.
- ⁸ Mendel, G. *Sociopsicoanálisis I*, Amorrotu Ed. S.A., Argentina, 1974, p. 8.
- ⁹ En realidad el conflicto no es eliminado, sino que hay una regresión de lo político al plano de lo psíquico. Esto es, si lo político no puede establecerse "las tensiones y los conflictos institucionales, sociales, deben expresarse necesariamente en el nivel humano subyacente; el de lo psíquico", Mendel, G. *Op. cit.*, p. 59.
- ¹⁰ Fromm, P. *Ética y psicoanálisis*, Fondo de Cultura Económica, México, 1977, p. 21 (Breviarios No. 74).
- ¹¹ Aguilar, V. "Los problemas de autoridad en la universidad pública: la estructura de gobierno y la organización administrativa", *Revista de la Educación Superior*, no. 65, ene. 1988, pp. 99-111.
- ¹² Se entiende por institución "cualquier organización efímera o duradera creada involuntaria o voluntariamente, que responda a una utilidad o necesidad cualquiera y que contenga diversos niveles de la división del trabajo. A cada uno de esos niveles corresponden una o varias clases institucionales del mismo nivel. En la medida que dichas clases son indispensables para la marcha de la institución, su actividad tiene un poder dentro de ésta", G. Mendel. *Op. cit.*, pp. 7-8.
- ¹³ Palacios, J. *La cuestión escolar*, Ed. Laia, Barcelona, 1978, p. 317.
- ¹⁴ Citado en: Aguilar, V.I. *Op. cit.*, p. 113.

Atención médica orientada a metas: ¿opción adecuada para los educadores médicos?

Alejandro Díaz de la Vega Quintero*

Resumen. El modelo de atención médica contemporáneo ha logrado un elevado nivel de eficacia en el tratamiento de diversos padecimientos en los que predominan los determinantes y las manifestaciones orgánico-biológicas. En tal modelo de atención, la iniciativa diagnóstica y terapéutica corresponde al médico, asignándosele al paciente el papel de receptor pasivo y disciplinado seguidor de la prescripción médica. Tal enfoque propicia un reduccionismo que resulta inadecuado para los problemas de naturaleza psicosocial, ya que niega al paciente el papel de sujeto en el cual residen no sólo las causas actuales sino también las soluciones potenciales de tales problemas. Este artículo describe un enfoque alternativo para el manejo integral de los problemas de salud, el cual se ha denominado la "atención orientada a metas". En este enfoque, el médico define el problema y propone metas de tratamiento sobre bases científicas, pero la propuesta del médico debe ser reconstruida por el paciente para adecuarla a sus intereses, valores, necesidades y recursos personales. La "atención orientada a metas" tiene semejanzas con la "atención orientada por problemas" pero es más flexible ya que considera sistemáticamente el punto de vista del paciente; es más efectiva porque el paciente se compromete responsablemente con las metas terapéuticas, además es más satisfactoria desde el punto de vista humanístico ya que la relación médico paciente se hace más personal. Resulta ineludible incorporar la enseñanza de la "atención orientada a metas" en la educación médica de pregrado y posgrado.

Abstract. The problem oriented model is not well suited to the management of a number of health problems, including chronic incurable illnesses, disease prevention and normal life events as pregnancy. Some others like death and dying cannot be taken with this traditional model. It is not the best approach to an interdisciplinary group and tends to shift control of health away from the patient and toward the physician, for that causes in some instances defeat is inevitable. We propose here a goal oriented approach that is well suited to a great variety of healthcare issues, is more compatible with health care team, and places a greater emphasis on patient's doctor collaboration. Characterized by a greater emphasis on individual strengths and resources this approach is a more positive model to health care problems.

INTRODUCCION

Durante el presente siglo la atención médica ha tenido como punto de referencia el diagnóstico y la solución de las patologías incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Recientemente su perspectiva se ha ampliado con la adopción del expediente orientado por problemas.

La base de la sustentación del modelo médico asistencial actual es la siguiente:

1. Existen estados ideales de salud hacia

los que la población debe tender y desviaciones notables que deberán corregirse de inmediato.

2. Los problemas de salud detectados tendrán siempre alguna causa que los explique, así pues la solución de las causas conllevará a la solución de los problemas.

3. Nadie más capacitado que el médico clínico para poder incidir en la salud de un paciente.

4. El paciente acude con su médico para obtener asesoría y seguir el manejo indicado textualmente y sin ningún cambio.

5. El éxito y capacidad profesional del médico dependen de la eficiencia y efectividad para estructurar diagnósticos de cer-

* Coordinador General del Programa de Medicina General Integral. Facultad de Medicina. UNAM.

teza atinados y aplicar soluciones adecuadas cuando éstas sean viables.

El modelo conceptual antes expuesto, se aplica en forma adecuada a cierto tipo de enfermedades calificadas como agudas y curables (ej. apendicitis aguda). Sin embargo debemos reflexionar en el hecho de que las enfermedades agudas y curables constituyen un porcentaje bajo de la práctica clínica cotidiana.

El modelo médico de soluciones orientadas por problemas no siempre es adecuado; como ejemplo podemos citar:

- a) Cuando el problema es "fisiológico" (embarazo).
- b) Cuando el establecer un diagnóstico de certeza resulta más perjudicial que benéfico para el paciente (algunos tipos de cáncer).
- c) Cuando existen desaveniencias entre el paciente y el médico en relación a lo que se define como problema y sus alternativas de solución (control de la hipertensión arterial).
- d) Cuando la recuperación de la salud no es posible (enfermedades crónicas o terminales).
- e) Cuando la solución del problema depende más del paciente que del médico tratante (obesidad).
- f) Cuando la "solución" del problema identificado crea otros problemas de igual o mayor magnitud (tratamiento de ciertas arritmias asintomáticas).¹

Se requiere hoy en día un abordaje que sea aplicable para el cuidado de pacientes con características como las antes anotadas y que aun cuando ya ha sido identificado como tal, no se enseña en las escuelas y facultades de medicina.

Hoy en día tenemos cada vez con mayor frecuencia acceso a fuentes de información que refuerzan el hecho de la necesidad de proponer alternativas viables al modelo prevalente.²

En el presente artículo proponemos un modelo conceptual alternativo que amplía los horizontes para el clínico que tiene que lidiar

cotidianamente con problemas médicos como los antes anotados.

El asumir como hecho dado que la solución de problemas es necesaria y suficiente para la restauración y mantenimiento de la salud, conduce al médico y al paciente a esquemas de comportamiento no relacionados realmente con las metas objetivas de la terapéutica. Con el advenimiento de la tecnología, el médico se ha vuelto por así decirlo, en un "adicto" a la identificación de problemas, sin que en ocasiones tenga alternativas reales para la solución de los mismos.

Aunado a lo anterior, se asume como un hecho inobjetable que la salud representa ausencia de enfermedad; lo cual representa una perspectiva por demás pesimista.

Con el transcurso de los años es cada vez más difícil para cualquier ser humano mantener la salud en esta perspectiva.

Nuestra propuesta plantea, que la solución de problemas deberá ser solamente una de varias estrategias para el logro de metas diversas relacionadas con la salud del individuo. Con base en lo anterior creemos que el proceso de establecer metas y determinar estrategias para el logro de las mismas, deberá ser la directriz básica para el cuidado de la salud.

El propósito de este artículo es introducir y explicar algunas de las ventajas e implicaciones del abordaje orientado a metas para el cuidado de la salud. Otro de los propósitos es el de propiciar la reflexión del clínico con el fin de que pueda introducir este método en el área de la enseñanza médica del pregrado y del posgrado.

ASPECTOS BASICOS DEL MODELO ORIENTADO A METAS

Los objetivos básicos de este abordaje contrastados con el esquema orientado por problemas son los siguientes:

1. La salud en última instancia será definida por cada individuo, siendo en consecuencia diferente para cada uno de ellos, dependiendo también de la fase del ciclo vital en que se encuentre (este concepto podrá ser diferente al del médico tratante).

2. Las metas individuales de salud podrán ser determinadas en una forma más adecuada por el binomio médico-paciente.

3. La estructuración de metas deberá ser individualizada con base en recursos, intereses, necesidades y valores personales del paciente aunados al esquema tradicional de solución orientada por problemas.

4. Las decisiones finales relacionadas con metas y tratamientos terapéuticos, deberán ser definidas en última instancia por cada individuo, aun cuando el médico esté en desacuerdo con las decisiones del paciente. La clarificación de estos aspectos resultará benéfica para el binomio definiéndose grados de participación y responsabilidad en ambos.

5. El logro de las metas propuestas se correlacionará necesariamente con estrategias aceptables y reales.

La premisa fundamental del abordaje estructurado por metas, es el logro de una mejor calidad de vida en los individuos. Mientras más claramente se definan las metas, mejores serán los resultados encontrados. Algunas de las metas, sobre todo las que esperemos lograr en el largo plazo, deberán ser valoradas periódicamente (basadas en datos epidemiológicos y experimentales así como en relación al juicio del médico y del paciente) con el objeto de hacer aportaciones a la medicina clínica contemporánea.

Un ejemplo claro lo constituye el siguiente: reducción del riesgo de infarto agudo al miocardio en un "x%" y en consecuencia incremen-

tar mis expectativas de calidad de vida en "y años" determinado por el "z instrumento".

El diagnóstico y solución de un problema, con frecuencia pero no siempre, será importante como un objetivo estratégico. Así pues, la reducción del colesterol sérico en un "x" porcentaje se transformará en un objetivo relacionado con metas específicas y la modificación dietética, en hábito tabáquico y medicamentos serán las estrategias que acompañen a la meta en sí. Esta distinción se convierte en algo más que un concepto semántico. Si por ejemplo, estimaciones objetivas en relación a expectativas de vida para un paciente individual, a través de la reducción de factores de riesgo identificados para enfermedad coronaria son de tan sólo un mes, y si éstos fueran incluidos entre las metas a lograr, tal vez el paciente decidirá que algunas otras metas deberían ser prioritarias.

Por otra parte si la normalización de los niveles de colesterol sérico se entendieran como la meta en sí, el mismo paciente se sentiría más involucrado para la solución del problema identificado.

Las metas relacionadas a estados de salud podrán definirse en el corto o largo plazo y podrán a su vez ser simples o complejas (Cuadro I).

Debemos anotar que en ciertos casos los dos esquemas serán perfectamente congruentes y compatibles. En individuos jóvenes y saludables, una salud cercana a lo ideal es una meta accesible y la erradicación del problema de raíz es justificable, sin embargo enfocándolo al viejo las perspectivas cambian.

Cuadro I

Metas factibles en relación a enfermedad aguda

1. Aprendizaje de cómo incrementar el rango de recuperación de una enfermedad aguda.
2. Supresión inmediata de los síntomas, aun cuando la duración de la enfermedad sea de mediana o larga duración.
3. Aprendizaje de todas las posibles complicaciones de la enfermedad aguda.
4. Aprendizaje de cómo prevenir en el futuro la presencia de la misma enfermedad u otras similares.
5. Aprendizaje de abordaje futuro ante situaciones similares.
6. Reincorporación a actividades productivas tan pronto como sea posible.

INTERACCION MEDICO-PACIENTE

El conocer y aceptar que es el paciente quien en última instancia decide su estado y concepto de salud, las metas a lograr así como las estrategias para el logro de las mismas, no implica que el médico adopte una actitud receptiva en este sentido. Por el contrario, será el clínico con base en su juicio y experiencia apoyado en una relación de cordialidad y empatía, quien intervendrá en la educación del paciente y la negociación de las metas a lograr. Lo anterior conlleva necesariamente una mayor participación y cooperación del paciente en la toma de decisiones. Así pues el proceso se transforma más en constructivista

que en objetivista desde este punto de vista.³ (Cuadro II).

ASESORIA DE LOS RESULTADOS

La estructuración de metas requiere necesariamente de un juicioso listado de problemas por resolver además de los parámetros ya listados en párrafos anteriores. Sin embargo, para verificar los resultados requerimos de instrumentos prácticos que nos auxilien en la asesoría de los resultados en sí.

Se han desarrollado diversas técnicas para la asesoría de situaciones específicas, sin embargo estas requerirán modificaciones

Cuadro II

Comparación entre los principios de los esquemas orientado por problemas y por metas al cuidado de la salud

	Por problemas	Por metas
Definición de salud	Ausencia de enfermedad	Máxima calidad de vida
Propósitos iniciales	Erradicación de enfermedad	Logro de máximo de potenciales de salud individual
Metodología	Proceso diagnóstico Medidas correctivas Educación al enfermo	Definición de metas de salud y estrategias específicas
Parámetros a medir (resultados)	Diagnóstico certero Tratamiento específico Erradicación Evitar la muerte	Logro de metas individuales
Evaluable de resultados	Médico	Paciente
Marco conceptual	Orientado a enfermedad Global Corrección defectos Ciencia aplicada	Orientado a Persona Individual Logro de metas Educación Rehabilitación

considerables antes de poder ser útiles para definir la validez de resultados más amplios. Algunos científicos de las áreas sociomédica y de la conducta han probado diversos métodos para evaluar metas a nivel familiar y social. Sin embargo, ninguna de éstas ha ganado aceptación para su utilización en medicina clínica. El desarrollo futuro de metodologías que en forma efectiva y eficiente recaben este tipo de información para ser incorporadas al proceso de toma de decisiones es un reto difícil pero no imposible de lograr.

Los expertos en educación han reorientado sus esfuerzos basados en el hecho de reconocer que la obtención de metas personales basadas en el interés del educando es con mucho más motivante que los sistemas tradicionales hasta ahora adoptados. La educación personalizada y orientada a metas conlleva a un crecimiento personal mucho mayor en todos los sentidos dejando de limitarse a el logro de conocimiento mínimo indispensable por áreas. Tomando como premisa básica la de que el aprender es requisito indispensable para la modificación de conductas, los principios adoptados para la educación en adultos son por demás apropiados y aplicables al tratamiento médico en el que los cambios conductuales son indispensables.⁴

Por otra parte, el abordaje orientado por problemas dirigido a la prevención resulta en ocasiones demasiado rígido. Los médicos que se dedican al desarrollo actual de esquemas innovadores para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, han comenzado a demostrar que un esquema orientado a metas conlleva en muchas ocasiones a resultados mucho más satisfactorios que los obtenidos por esquemas tradicionales. Algunos autores ya han demostrado mejores resultados en reducción de peso, modificaciones en patrones de ingesta de alcohol, aumento en los niveles de actividad aeróbica y otros en pacientes que entran en este tipo de protocolos (orientados a

metas), en comparación con grupos control en quienes sólo se proporciona la información relacionada a factores de riesgo y formas de disminuirlos.^{5,6}

CONCLUSIONES

El modelo médico orientado a metas que hemos descrito en este documento incorpora conceptos nuevos tales como los de salud, estrategias individuales para el logro de metas, participación activa del paciente en la definición de las mismas, fortalecimiento de una mejor relación médico-paciente y estructuración óptima de equipos multidisciplinarios de salud. Por otra parte, este esquema permitiría definir más claramente los roles de médico, del paciente y de otros profesionales de la salud dentro del antes citado equipo multidisciplinario.

Como consecuencia de lo anterior, los médicos clínicos podrían orientarse al desarrollo de las funciones para las cuales han sido entrenados específicamente.

Sin embargo, se hace necesaria una capacitación específica de los mismos, la cual hasta el momento actual no se ofrece ni en las escuelas de medicina ni en los programas de residencia orientados a la atención integral del enfermo.

REFERENCIAS

- ¹ Mold, J.W., Stein, H.F. "The Cascade Effect in the Clinical Care of Patients". *N Eng J Med*, 1986; 314:521-524.
- ² McWhinney, IR. "Changing Models: The Impact of Kuhn's Theory on Medicine". *Fam Pract*, 1983; 1:3-8.
- ³ Berger, P.L., Luckman, T. *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York, Doubleday, 1966.
- ⁴ Knowles, M.S. *Self-Directed Learning: A Guide to Learners and Teachers*. New York, Cambridge Books, 1975.
- ⁵ Alexy, B. "Goal Settings and Health Risk Reductions". *Nurs Rev*, 1985; 34:283-288.

La educación como fenómeno social: reflexiones

María Rebeca Ambríz Chávez*

Resumen. Cuando el educador médico asume una posición crítica ante el fenómeno educativo se pregunta *¿cuál es el papel de la educación en la vida social?* Esta pregunta recibe diferentes respuestas según la corriente sociológica de la que proviene. Para algunas corrientes la función de la educación es reproducir las relaciones sociales clasistas a través de la reproducción de la ideología dominante y de la división social del trabajo. Para reproducir el orden social la escuela utiliza tres mecanismos: a) impone una "violencia simbólica" a través de la cual las relaciones de poder se expresan en los significados que se atribuyen a los bienes culturales de cada clase social; b) otorga un "capital cultural" a cada clase social, es decir, un acceso diferenciado a los bienes de la cultura y c) introduce en cada clase social un "habitus", es decir, esquemas de percepción, valoración y de acción que reproducen las formas de comportamiento social de cada clase. El trabajo concluye recordando que, si bien, es necesario reconocer el papel reproductor de la educación, también el fenómeno educativo es un campo político, en el cual se reflejan las contradicciones y los dinamos de la sociedad, las formas de subordinación y las de resistencia. En la medida en que el educador se asume como sujeto activo puede dinamizar estas contradicciones.

INTRODUCCION

Cuando los educadores médicos nos adentramos en el estudio de un área o disciplina desconocida, como es el caso de la sociología, campo con una orientación completamente diferente de la que ha caracterizado nuestra formación predominantemente en el campo de las ciencias naturales, resulta un poco complejo ubicarse en el contexto de la misma y aprender a observar desde esa óptica nueva y diferente, una serie de fenómenos o situaciones que, si bien antes eran observados y tal vez cuestionados por nosotros, no se había cortado con las herramientas teóricas suficientes para entrar en un análisis más profundo.

El campo de las ciencias sociales y concretamente el de la sociología, siempre nos han resultado de difícil comprensión, con lo cual no se quiera decir que sea un campo que no nos atraiga; por el contrario, ha representado un reto el tratar de comprender las diferentes concepciones teóricas a través de las cuales se tratan de explicar los fenómenos sociales, y en específico el complejo fenómeno educativo.

El intentar comprender los postulados teóricos que en relación a la educación como fenómeno social manejan los sociólogos educativos como Gramsci, Althusser, Bordieu, Foucault, etc., nos ha provocado una serie de inquietudes y reflexiones en torno al verdadero papel que puede jugar la educación en una sociedad y nuestro futuro desarrollo y rol como agentes educativos. Nos ha hecho reflexionar en torno a una serie de interrogantes que Guevara Niebla menciona como las interrogantes que ordenan el debate contemporáneo en la teoría educativa y plantea como: *¿contribuye la educación a modificar el orden social?, ¿en qué sentido?, ¿se halla la educación fatalmente condenada a reproducir la cultura, y con ello la sociedad?, ¿puede la escuela constituirse en un espacio de formas culturales alternativas...?*¹

De esta manera, el ensayo está orientado a señalar el papel que la educación puede tener como fenómeno social dentro de la corriente sociológica del reproducciónismo, el riesgo que puede implicar no conocer dicho papel, así como la toma de posición personal frente al problema.

La corriente reproductionista se presenta

* Investigadora de la Coordinación General de Apoyo a la Investigación y el Posgrado, ANUIES.

a manera de resumen tratando de integrar diferentes autores estudiados, para posteriormente hacer el señalamiento de las reflexiones a las que nos han dado lugar.

CORRIENTES DE PENSAMIENTO EN LA TEORÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Tal y como lo señala Gilberto Guevara Niebla,² hace algunos años se dio en el campo educativo un auge de ciertas teorías conocidas con el nombre de "reproduccionistas", las cuales como tesis fundamental sustentan a la educación como un reflejo de la economía o como un aparato por medio del cual el Estado reproduce las relaciones sociales de producción de bienes materiales y simbólicos, de tal manera que la clase dominante puede definir e imponer su modelo de individuo y de sociedad, así como seleccionar y controlar los medios por los cuales la educación lo realiza.

Esta corriente de la reproducción tiene su contexto general dentro del materialismo, y se rige según Salamon por la categoría de la totalidad, así, esta categoría dentro del marxismo, "...puede permitirnos el conocimiento de la realidad social siempre y cuando se descubra su naturaleza, se destruya la pseudoconcreción y se conozca a la realidad social como unidad dialéctica de la base y de la superestructura y el hombre como sujeto objetivo histórico-social".³

La teoría de la reproducción define a la educación a través de las restantes estructuras sociales, pero a su vez ésta influye en la definición de las mismas. Señala que la función de la escuela es socializadora del ser humano, socialización que se explica en función del conjunto de sistemas de relaciones sociales clasistas. Es decir, las necesidades sociales de supervivencia, homogeneidad, estabilidad, selección, se convierten en necesidades concretas de las clases dominantes para mantenerse y reproducirse como tales.

La socialización es una socialización para la renovación del sistema vigente. La escuela tiene por función la formación de la fuerza de trabajo y la inculcación de la ideología de la clase dominante (burguesa) a través de dos redes opuestas y que desembocan en caminos

divergentes: la educación superior para la burguesía y la educación acorde con las demandas objetivas de la producción para el proletariado. La escuela tiene dos vertientes debido a la división social del trabajo.⁴

El principal representante de esta corriente es Louis Althusser, el cual postula que el papel central de la escuela es la reproducción de la "ideología" y del sistema de dominación, así, los procesos educativos en la sociedad capitalista tienen funciones específicas en la reproducción de la sociedad burguesa y de sus formas de explotación.

La ideología para Althusser es una concepción falsa, deformada de la realidad; es decir una falsa "conciencia". La ideología no es un fenómeno abstracto sino algo muy concreto. La ideología es la expresión de la incapacidad de los sujetos para comprender su totalidad social.

Para explicar y acrecentar la teoría del Estado marxista, Althusser introduce el término de "aparatos de Estado", los cuales se definen como "...instituciones que cumplen una función que concierne al poder".⁵

Los aparatos de Estado pueden ser de dos categorías: aparatos represivos, que funcionan a través de la violencia (no siempre física) y los aparatos ideológicos, que funcionan a través de la ideología. Los principales aparatos ideológicos son: la escuela, la iglesia, la familia, etc. Según se define, la escuela es un aparato ideológico ya que "...renueva las relaciones de producción existentes, a través de la introyección del discurso ideológico de la clase dominante... principalmente por medio de los contenidos, pero muy especialmente de las prácticas escolares".⁶

La escuela dispone de asistencia obligatoria, de un gran número de horas al día, de un gran número de años en la vida de los sujetos, para reproducir su ideología. De esta manera, "la escuela acoge a los niños de todas las clases sociales y a través de sus métodos propios les inculca las habilidades, envueltas en la ideología dominante durante los años en que son más maleables, a través del aparato de estado familiar y del aparato de estado escolar".⁷

En esta forma, Althusser da a la educación un papel vital de reproductora y mantenedora de la ideología, la cual lleva una sola dirección:

de la clase dominante a la clase dominada, negándole a esta última la posibilidad de tener un espacio de movilidad donde pueda oponer resistencia y luchar por otra opción.

Dentro de la corriente reproductivista encontramos también a Baudelot y Establet, estos autores siguen la línea general del planteamiento de Althusser, al cual le dan una cierta flexibilidad al afirmar que la lucha de clases en la sociedad capitalista se da en todos los órdenes, incluyendo la escuela, lo que conduce a la neutralización de la efectividad de la transmisión ideológica de la burguesía y permite a la clase dominada tener su propia concepción de la realidad, abriéndoles un espacio donde pueda ser manejada la contradicción.

Ellos introducen el concepto de *red* al plantear que en la escuela primaria funcionan dos corrientes paralelas: una, la red de escolarización primaria profesional a través de la cual van a circular los alumnos cuyas opciones ocupacionales, de acuerdo a la división social del trabajo, se quedarán o insertarán en la parte baja del escalafón, y, la segunda, la red de escolarización secundaria superior la cual da cabida a los sujetos que por su condición económica y cultural pueden aspirar a los estudios superiores, y, por tanto desempeñar funciones de intelectuales, de mando y de organización. Ambas redes se diferencian por los contenidos que enseñan y por la forma en que transmiten la ideología, que si bien es una misma en ambos casos, se transmite de manera diferenciada de acuerdo a la idiosincrasia de clase de que se trate, produciéndose dos tipos de individuos, uno "superior" y otro de nivel "inferior".

Es importante destacar que los autores plantean que aun cuando la escuela es uno de los aparatos ideológicos más efectivos, no logra completamente alcanzar sus objetivos, ya que la lucha de clases se refleja en la escuela, permitiendo que la clase dominada tenga un espacio para la contradicción y la lucha.

Otros autores que podemos ubicar dentro de esta corriente reproductivista son Pierre Bordieu y Jean Claude Passeron, ambos recuperan esta noción de reproductivismo, tomándolo como un concepto base por medio del cual postulan una teoría del sistema francés de enseñanza.

"Bordieu y Passeron analizan el papel simbólico (ideológico) del aparato escolar en la reproducción de la estructura de clases en la sociedad... el mecanismo más relevante que muestran es el hecho de que la escuela procede a un movimiento de selección cultural, pero que lo enmascara al presentar una cultura en particular, la cultura de la clase dominante, como la cultura objetiva, universal, única, ocultando tanto las relaciones sociales que la cultura particular transmite, como la existencia de otras culturas legítimas".⁸

Los principales planteamientos de estos autores, a nuestro parecer, giran en torno a tres conceptos fundamentales: el concepto de *violencia simbólica*, el concepto de *capital cultural* y el concepto de *habitus*.

Según los autores, la *violencia simbólica* es el mecanismo a través del cual la clase dominante impone y transmite los contenidos necesarios para la reproducción de su cultura. Afirman que "...en la sociedad existe una modalidad de violencia distinta de la violencia abierta y notoria, pero eficaz, que consigue imponer ciertos significados como si fueran los únicos legítimos, encubriéndose en este proceso las relaciones de poder que dan origen a su fuerza".⁹

El concepto de *capital cultural* se refiere a la definición de la cultura como un bien material que se encuentra distribuido entre las clases y cuya apropiación se da en un "mercado" donde existen diferentes posibilidades de acceso definidas por la pertenencia de clase. Este concepto desmitifica a la cultura como una propiedad "indivisa" de toda la sociedad, marcando las diferentes y desiguales posibilidades de acceso a la misma.

Los *habitus* son definidos como esquemas permanentes de percepción, acción y valorización. A través de la formación de los mismos es que se logra la internalización de la cultura dominante. Los *habitus* se caracterizan por hacer posible la repetitividad del conocimiento, ser sistemas de disposiciones duraderas, ser "estructuras estructuradas que pueden funcionar como estructuras estructurantes", ser sistemas que permiten interiorizar la exterioridad y exteriorizar la interioridad, de manera que organizan las prácticas y contribuyen así a la reproducción de las estructuras.

A pesar de que se dice que los *habitus* son posibles de ser transformados sobre todo los *habitus* primarios que se adquieren en el seno de la familia, y que se les da la propiedad de transferibilidad (integración de nuevos elementos). Tal parece, como lo señala Salles que las propuestas de los autores "...tienen características propias que las alejan de una posible función transformadora proveniente de los procesos e instituciones de socialización..., no desmitifican a la cultura sino que apuntan hacia dificultades en los cambios que ocurren por la unilateralidad de la dominación cultural o por la fuerza de la cultura dominante".¹⁰

El lugar donde Bordieu concibe la posibilidad de movilidad y lucha para las clases dominadas son los campos de producción simbólica. Con este concepto Bordieu se refiere a los espacios donde se produce, se consume y se circula la ideología. Se encuentran constituidos por una serie de agentes e instituciones cuyas relaciones pueden ser independientes de los sujetos que ocupan las posiciones objetivas.

Los campos se caracterizan por ser el lugar donde se da la dialéctica entre la dominación y la resistencia. Los agentes o instituciones involucradas siempre juegan uno de dos papeles: postulantes o dominantes, que siempre están en pugna, así "...en todo campo se encontrará siempre la lucha entre el nuevo candidato a ingresar... y el dominante...".¹¹

De esta manera, los campos se constituyen en espacios dinámicos donde la propia lucha juega un doble papel, por una parte, la posibilidad de la contradicción a fin de mantener dinámica la institución y, por tanto hacerla que sobreviva, y por la otra, la posibilidad de la contradicción para guiar un proyecto político diferente.

REFLEXIONES FINALES

Hemos querido dar un panorama general de la teoría de la reproducción en el campo de la educación, ya que los postulados que le dan base resultan importantes al plantearnos una visión del papel social que juega la educación y sus perspectivas como tal.

Ante estos planteamientos cabría reflexio-

nar y preguntarse: ¿es ése el verdadero papel de la educación como fenómeno social?, ¿es ése el único papel de la educación?, de esta manera, ¿estamos condenados a entrar en un juego donde las reglas ya están escritas y conocemos el nombre del ganador?

Considero que las teorías antes descritas son importantes porque hacen ostensible el papel que las clases dominantes desean y logran que la educación juegue en pro de ellas mismas; sin embargo, no creemos que ése sea en realidad el único papel que tiene la educación en la sociedad. Ya en reflexiones anteriores identificábamos la función transformadora de la educación y hacíamos el planteamiento de la misma como instrumento ideológico del cual puede surgir el tipo de sociedad en la que queremos vivir.

Así, resultan muy válidas las observaciones que en torno a las teorías reproductivistas hace Guevara Niebla al considerarlas "...una renuncia ingenua y costosa a actuar en un frente de lucha fundamental, el frente cultural".¹²

Creemos que al reconocer el papel reproductor que puede jugar la educación, damos un paso adelante, porque sabiendo cuales son los fines y las posibilidades en las que puede quedarse inmersa nuestra práctica como agentes de la educación, podemos también estar atentos a no caer o asumir como nuestras, sin haberlos reflexionado previamente, una serie de posiciones y actitudes que estarían determinando nuestro proceder diario.

Negamos que el campo educativo sea un espacio sin movilidad, estático, donde solamente se transmiten conceptos técnicos y orientaciones generales hacia diferentes disciplinas. El campo educativo es un campo político, lleno de contradicciones, donde nos desenvolvemos y reflejamos diariamente una serie de actitudes y valores frente a la vida y a la sociedad.

A lo que deseamos llegar es a plantear que debemos saber qué es lo que hacemos y hacia dónde vamos, el campo educativo no es un campo tan especializado donde no podamos inmiscuirnos activamente, y donde podemos caer ya en la práctica, en adoptar una serie de actitudes o intenciones de la tendencia general que se da, que únicamente contribuyan a

acentuar más las diferencias que encontramos en la sociedad.

Debemos de tener siempre presente que la educación es un arma de doble filo, que será constructiva o no, dependiendo del uso que hagamos de ella y que siempre deberemos cuestionarnos con actitud crítica y política ¿cuál es el fin último hacia donde nos estamos orientando?

Finalmente, señalaremos que todavía quedan grandes interrogantes en nuestro haber, en el sentido de saber si realmente se cuenta o se posibilita en la escuela el espacio para la contradicción y la guía de un proyecto político en una sociedad con tan amplias y acentuadas diferencias de oportunidades.

De lo que sí estamos seguros es que debemos continuar reflexionando y cuestionando nuestra presencia como agentes de ese cambio y de esa lucha interna.

REFERENCIAS

- ¹ Guevara Niebla, Gilberto. *Introducción a la teoría de la educación*, 2a. Ed., México, Trillas-UNAM, p. 73.
- ² *Ibidem* 1.
- ³ Salamon, Magdalena. "Panorama de las principales corrientes de interpretación de la educación como fenómeno social", en: *Perfiles Educativos*, CISE-UNAM, No. 8, abril-junio de 1980, p. 16.
- ⁴ *Ibidem* 3, p. 17.
- ⁵ *Ibidem* 3.
- ⁶ *Ibidem* 3, p. 18.
- ⁷ *Ibidem* 3, p. 19.
- ⁸ *Ibidem* 1, p. 76.
- ⁹ Almeida Salles, Vania y Smith, María. "La reproducción según Bordieu y Passeron: sus conceptos", en: *Perfiles Educativos*, CISE-UNAM, No. 37, julio-septiembre de 1987, p. 31.
- ¹⁰ *Ibidem* 9, p. 34.
- ¹¹ Bordieu, Pierre. "Algunas propiedades de los campos", en: *La teoría y el análisis de la cultura*, Programa Nacional de Formación de Profesores en Ciencias Sociales, SEP-U. de G. COMESCO, México, abril de 1987, p. 301.
- ¹² *Ibidem* 1, p. 74.

Conocimiento y currículum

Rosa María Torres Hernández*

Resumen. El trabajo "conocimiento y currículum" representa la primera aproximación al problema de los contenidos en los currícula del área de la salud, poniendo énfasis en el debate existente al respecto de la formación de los médicos en las instituciones hospitalarias. Se presenta una aproximación explicativa de la transmisión hospitalaria de contenidos en el hospital a partir de la construcción del saber médico y su vinculación con el contenido escolar.

Este trabajo es parte de la investigación sobre conocimiento y currículum en el área de la salud, el interés por este tema está relacionado con la práctica en el campo educativo en esta área; junto con otros profesionistas hemos sido parte de la construcción de algunos currícula del área de la salud, sostuvimos y sostenemos formas metodológicas de diseño curricular, contribuimos a poner en práctica propuestas curriculares en diversas escuelas. Pensamos y repensamos las propuestas, las debatimos con maestros, estudiantes y funcionarios. Leímos y releímos los diversos planteamientos de la teoría curricular, nos peleamos con nuestras perspectivas y seguimos en reiteradas ocasiones trabajando en el campo curricular.

Reconocemos que la práctica en este campo no garantiza el saber sobre lo que se acciona, pero entendemos también, que la práctica plantea una constante tensión que conduce a la configuración de múltiples cuestionamientos.

El análisis que presento a continuación, representa una lectura más de esa reiteración del tema del currículum en el área de la salud, es la insistencia en un aspecto que convoca cotidianamente a un conjunto de instituciones tanto educativas como de salud.

La investigación va delineando una concepción del objeto, pretende irlo construyendo paulatinamente bajo la idea de que en ningún

sentido puede ser visto un objeto de conocimiento como falto de contradicciones e incluso de contra-sentidos. La lógica en la cual se inscribe esta investigación remite a la idea de opacidad del objeto,¹ cuyo esclarecimiento plantea una lectura del proceso en un tiempo y una historia, pero también en el juego constante del conflicto que se da en todo proceso social.

La investigación se orienta hacia el entendimiento de la particularidad que guardan los conocimientos en los currícula del área de la salud. Para tal efecto no se puede olvidar que existen una serie de ideas con las que la investigación ha venido funcionando.² Se reitera la concepción de que todo currículum legitima el conocimiento socialmente construido a partir de la selección y organización que de él hace la institución escolar. Retomando lo propuesto por M. Young, que dice: "...pueden cuestionarse los estudios de las escuelas y las universidades como *organizaciones*. Estos estudios empezaron como *modelos* de teoría organizacional o se compararon escuelas con hospitales mentales y prisiones, como organizaciones que procesan gente. En ningún caso se ha reconocido que lo que se procesa en la institución educativa no es sólo la gente sino también el conocimiento y que a menos que ese conocimiento se tome como dado, lo que debe formar el principio de estos estudios es la interrelación de los procesos de organización".³

De lo anterior se desprende que si bien existe una construcción social del conocimien-

* Licenciada en Pedagogía.

to, ésta no tiene correspondencia directa con la transmisión del mismo en la institución escolar.

Esto puede ser más claro si establecemos el sentido de la palabra institución, tal como lo entiende C. Castoriadis: "...la palabra institución está empleada en su sentido más amplio y radical pues significa normas, valores, lenguaje, herramientas, procedimientos y métodos de hacer frente a las cosas y de hacer cosas y, desde luego, el individuo mismo, tanto en general como en el tipo de la forma particular que le da la sociedad considerada (y en sus diferencias; hombre/mujer, por ejemplo)".⁴

El conocimiento socialmente construido es instaurado en la institución escolar de acuerdo a las normas, valores, lenguaje y modos de hacer de la misma, es decir, la escuela selecciona del conocimiento aquello que corresponde a su deber ser institucional. El curriculum es la expresión medular de esta selección, como articulación axiológica propia de la escuela; por medio del curriculum se organizan, seleccionan y distribuyen prácticas y conocimientos, pero estos no corresponden uno a uno a la construcción "original" de los mismos, sino que son "traducidos" y toman el carácter de contenidos; así los contenidos son un recorte del conocimiento, es conocimiento para la transmisión. Por tanto cuando hacemos referencia al curriculum y el conocimiento nos remitimos a la noción de contenido escolar.

Las diversas propuestas metodológicas de diseño curricular destacan la importancia de los contenidos en el curriculum, pero sin advertir que estos contenidos no son conocimientos tal cual se producen sino que pasan por múltiples recortes y reacomodos en la escuela; de hecho si se sigue con atención la noción de institución es claro que de eso se trata.

Es necesario establecer que existe un nexo indiscutible entre la producción del conocimiento y la transmisión del mismo en la escuela, pero estudiar cómo se expresa es uno de los puntos claves de esta investigación.

Hasta el momento existe una fuerte tendencia a entender al contenido escolar como conocimiento socialmente producido, sin la mediación de lo escolar. Se añade a lo anterior la idea de que lo que se transmite en la escuela es conocimiento científico; en esta línea de

pensamientos se desconoce por lo menos dos cosas:

1. Que el conocimiento socialmente construido se estructura en disciplinas que tienen carácter histórico; "...para que haya disciplinas es necesario que haya posibilidad de formular, y de formular indefinidamente, nuevas proposiciones. Pero aún hay más; y hay más, sin duda, para que haya menos: una disciplina no es la suma de todo lo que puede ser dicho de cierto a propósito de alguna cosa y no es ni siquiera el conjunto de todo lo que puede ser, a propósito en un mismo tema, aceptado en virtud de un principio de coherencia o de sistematicidad. La medicina no está constituida por todo cuanto puede decirse de cierto sobre la enfermedad, la botánica no puede ser definida por la suma de todas las verdades que conciernen a las plantas. Y esto por dos razones: primero porque la botánica o la medicina, como cualquier disciplina, están constituidas tanto sobre errores como sobre verdades, errores que no son residuos o cuerpos extraños, sino ejercen funciones positivas y tienen una eficacia histórica y tiene un papel frecuentemente inseparable del de las verdades. Pero además para que una proposición pertenezca a la botánica o a la patología, es necesario que responda a condiciones en un sentido más estrictas y más complejas que la pura verdad: en todo caso a otras condiciones..."⁵

2. La condición de privilegio y legitimidad que en la sociedad contemporánea se le concede al conocimiento científico (como en otro tiempo lo tuvo la religión) y que lleva la afirmación de que el conocimiento escolar es necesariamente científico, negando con esto que también se transmite conocimiento del orden del sentido común (contenido de saber cotidiano). "Entendemos mediante la expresión *contenido de saber cotidiano* la suma de nuestros conocimientos sobre la realidad que utilizamos de un modo efectivo en la vida cotidiana del modo más heterogéneo (como guía para las acciones, como temas de conversación, etc.)".⁶

Es evidente lo complicado del problema del conocimiento en el currículum, por lo tanto es necesario tomar diferentes planos que permitan abordarlo: el conocimiento disciplinario, el conocimiento de sentido común y el contenido escolar. De este último encontramos en el currículum las siguientes expresiones: libros, contenido escolar que enseña el maestro y aprende el alumno, prácticas escolares, etc.⁷

El análisis que se hace de los conocimientos y el currículum centra la atención en la transmisión de éste en la carrera de Médico Cirujano en los servicios de salud del tercer nivel de atención, el hospital; es fundamentalmente de la relación del contenido escolar y el saber médico. Es importante mencionar que el estudio está limitado por el punto al que se ha llegado en el propio trabajo de investigación, lo expuesto en este documento no concluye la interpretación, la inicia.

En esta primera aproximación, ubica a la construcción social del conocimiento de la medicina como articulador y hegemónico en el área de salud, "...la salud se convirtió en un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico es hoy un campo de intervención médica que, en consecuencia ya no está vinculado exclusivamente a las enfermedades. En realidad, la medicina de intervención autoritaria en un campo cada vez mayor de la existencia individual o colectiva, es un hecho absolutamente característico. Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normatizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de las demandas de los enfermos...".⁸

Destacar la particularidad abarcativa de la medicina no corresponde a una interpretación epistemológica del problema, ya que ésta no es la finalidad de la investigación; pero si es enfatizar el carácter de este conocimiento para abordar la transmisión del mismo.

En esta misma lógica de ubicación de la medicina, E. Durkheim se refiere a la medicina, al igual que lo hace con la pedagogía, de la manera siguiente: "...en vez de actuar sobre las cosas o sobre los seres según unas modalidades determinadas, se reflexiona sobre los modos de proceder que entonces se complican

con vistas, no ya a conocerlos y a explicarlos, sino a apreciar todo lo que valen, si son lo que deben ser, si no sería más útil modificarlos, y de que manera, e incluso sustituirlos completamente con procedimientos nuevos. Estas reflexiones toman forma de teorías, se trata de combinaciones de ideas, no de combinaciones de actos, y por ese motivo se acerca a la ciencia. Pero las ideas que se combinan de esta manera tienen como objeto, no ya expresar la naturaleza de las cosas dadas, sino dirigir la acción, no son ciertamente movimientos, pero están muy cerca de los movimientos a los que tienen la función de orientar. Si no se trata de acciones, se trata por lo menos de programas de acción, por este motivo se acerca al arte. De esta naturaleza son las teorías médicas, políticas, estéticas, etc. Para expresar el carácter mixto de esta especie de especulación proponemos que se le dé el nombre de "teorías prácticas".⁹

Pero la medicina es también un conjunto no armonioso de áreas del conocimiento: la patología, la genética, la fisiología, la epidemiología, la bioquímica, son entre otras constitutivas de eso que conocemos como medicina. Cada una de estas áreas crea su propia visión, pero conjuga su acción en torno a la enfermedad, cada disciplina tiene una función en la medicina, "...la medicina es la garantía moral de la ciencia... De modo que la medicina tiene una función determinante sobre la idea que el sabio pueda tener de los efectos de su trabajo, puesto que no hay ramas de las ciencias que no tengan en alguna medida aplicación médica... De modo que la medicina sirve para disculpar a los científicos. Tiene una función psicoterapéutica que tranquiliza la buena conciencia de nuestra civilización occidental".¹⁰

La medicina está también conformada por conocimientos que se presentan como marginales al cuerpo básico de la misma; la acupuntura, la homeopatía, la herbolaria, etc. Ya que si la medicina ha invocado a las doctrinas científicas (lo hace prácticamente en el siglo XIX), es por que el mundo en su conjunto exige el acatamiento de la ciencia, pero este hecho no convierte a la medicina en más científica. No obstante, a medida que la investigación científica avanza, el médico se enfrenta a nuevos problemas.

"Este desarrollo científico inaugura y pone

cada vez más en primer plano ese nuevo derecho del hombre a la salud, que existe y que se motiva ya en una organización mundial. En la medida en que el registro de la relación médica con la salud se modifica, donde esa suerte de poder generalizarlo que es el poder de la ciencia brinda a todos la posibilidad de ir a pedirle al médico su cuota de beneficios como un objetivo preciso inmediato, vemos dibujarse la originalidad de una dimensión que llamo demanda. Es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica".¹¹

La medicina tiene múltiples formas para sostener la demanda del enfermo, entiéndase que esto no significa satisfacer la demanda sino preservarla. Una de esas formas es sin duda el hospital, el hospital como instrumento terapéutico es un concepto relativamente moderno que data del siglo XVII,¹² hasta antes de este momento el hospital era un lugar para ir a morir, no para curar, era una institución de misericordia, era un lugar para aislar al enfermo, y proteger al resto de la población; el médico sólo aparecía en los momentos de crisis de la enfermedad.

Una nueva concepción del hospital surge con los hospitales marítimos y militares que responden a la lógica de la disciplina y control de la milicia; el médico actúa en éstos hospitales ya no sólo en los momentos de crisis sino como parte de las formas disciplinarias, registrando los tratamientos. "De esta manera se forma una colección de documentos en el caso del hospital, y este se constituye no sólo en un lugar de cura sino también de registros y de adquisición de conocimientos. Por tanto el saber médico, que hasta el siglo XVIII estaba localizado en los libros, en una especie de jurisprudencia médica concentrada en grandes tratados clásicos de medicina, empieza a ocupar un lugar, no en los textos, sino en el hospital; ya no se trata de lo que fue escrito e impreso sino de lo que todos los días se registra en la tradición viva, activa y actual que representa el hospital".¹³

El hospital es hoy un lugar de formación profesional de los médicos, una gran cantidad de horas las pasan en los hospitales, en donde la práctica esta centrada en el trabajo clínico.

La clínica tiene su aparición histórica vinculada a la racionalidad del siglo XVIII y fue lo que marcó el surgimiento de la medicina moderna; "...la clínica aparecía, para el médico, como un nuevo perfil de lo perceptible y de lo enunciable, nueva distribución de elementos discretos del espacio corporal (aislamiento, por ejemplo, del tejido, región funcional en dos dimensiones, que se oponen a la masa funcional de órgano y constituyen la paradoja de una *superficie interior*, reorganización de dos elementos que constituyen el fenómeno patológico (una gramática de signos ha sustituido a una botánica de los síntomas), definición de las series lineales de acontecimientos mórbidos (por oposición a la maraña de las especies nosológicas), articulación de la enfermedad en el organismo (desaparición de las entidades mórbidas generales que agrupan los síntomas en una figura lógica, en provecho de un estatuto local que sitúa al ser de la enfermedad con sus causas y sus efectos en un espacio de tres dimensiones)".¹⁴

La clínica inaugura la semiología en la medicina, establece signos que corresponden a síntomas; estos signos "...no son convencionales, no dependen de la lengua hablada por el médico o por el enfermo, preexisten al lenguaje".¹⁵ El signo en la clínica no es misterioso, porque desde el punto de vista médico el organismo no engaña; el organismo es en la medicina el cuerpo, el cuerpo es el espacio de la enfermedad. "En el orden médico, el enfermo se define como la suma de dos elementos: el hombre más la enfermedad. O más bien, el hombre se define como constituido por el enfermo a quien se le ha eliminado la enfermedad: hombre = enfermo + enfermedad".¹⁶

En la actualidad no existe en México formación de médicos sin rotación por los servicios hospitalarios. Constantemente se plantea que hay desvinculación entre las acciones llevadas a cabo en el campus universitario y las del hospital, se dice que el hospital responde a sus intereses particulares, ¿pero no son algunos de esos intereses parte constitutiva del conocimiento médico y por tanto consustanciales al curriculum de la carrera de medicina?, queda como pregunta el cómo esto cobra sentido o sin sentido en la transmisión del conocimiento, cotidianamente en los servicios

hospitalarios (esta es la línea en la que continuará esta investigación).

Lo expuesto aquí sólo ha permitido plantear la complejidad del problema, en uno de los aspectos de la formación de los médicos; tal vez, y sólo tal vez el médico aprende paso a paso en la institución hospitalaria, una parte consustancial de la historia de la medicina. Aún sin saberlo, recorre el camino de la medicina misma desde la legitimidad que brinda el currículum, articulando la institución escolar y la hospitalaria. Se garantiza con ello la pertenencia al campo profesional de los médicos, como lo satiriza Molière en la representación de la ceremonia de recepción de un médico:

"PRAESES: — "Y de nunca te servire
De remedis algunos
Salvo los de la doctae Facultatis,
Aunque enfermus reventare
Et mori de suo male?"

BACHELIERUS: — "Juro".¹⁷

PRESIDENTE: — "Y nunca te servirás
De remedio alguno
Salvo las de la Docta Facultad
Aunque el enfermo reviente
y muera de su mal"

BACHILLER: — "Juro"

REFERENCIAS

- ¹ Ardoino, J. *Investigación en las ciencias sociales*, 1980, Mimeo, México, Congreso de Psicoanálisis y Educación.
- ² Torres, R. Proyecto de investigación. "Los conocimientos científicos y de vida cotidiana en los currícula del área de la salud", CEUTES-UNAM, México, 1988.
- ³ Young, M. *Knowledge and Control*, London Collier Mac Millan, 1988.
- ⁴ Castoriadis, M. *Los dominios del hombre. La enrucijada del laberinto*, Barcelona, Gedisa, 1988, p. 67.
- ⁵ Foucault, M. *El orden del discurso*, Barcelona, Península 1970, pp. 27-28.
- ⁶ Heller, A. *Sociología de la vida cotidiana*, Barcelona, Península 1977, p. 317.
- ⁷ Zayas, F. "Plan de estudios y conocimientos", *Tesis de maestría*, Universidad de Sinaloa, 1988.
- ⁸ Foucault, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Educación médica y salud*, OPS, 1976:10(2): 152-170.
- ⁹ Durkheim, E. *Educación como socialización*, Salamanca, Sigüeme, 1979, pp. 122-123.
- ¹⁰ Clavreul, J. *El orden médico*, Barcelona, Argot, 1978, p. 55.
- ¹¹ Lacan, J. *Intervención y textos*, Buenos Aires, Manantial, 1978, p. 55.
- ¹² Foucault, M. Incorporación de los hospitales en la tecnología moderna. *Educación médica y salud*, OPS, 1978, 12(1): 20-35.
- ¹³ *Ibidem* 5, p. 32.
- ¹⁴ Foucault, M. *El nacimiento de la Clínica*, México: Siglo XXI, 1983, pp. 13-14.
- ¹⁵ Verdiglione, A. et al. *Psicoanálisis y semiología*, Barcelona, Gedisa, 1980.
- ¹⁶ *Ibidem* 10, p. 80.
- ¹⁷ Molière. *El enfermo imaginario*, Comedias, México, Porrúa, 1979, p. 160.

Formación de maestros e investigación en el campo del currículo

Adelina Castañeda Salgado*

Resumen. En este artículo se exponen algunos elementos de reflexión sobre la formación de profesores desde una perspectiva de investigación curricular. Se propone replantear el concepto de formación, para entenderla como una práctica social donde se articulan significados sociales, culturales e institucionales, sujetivados a su vez por los docentes en condiciones históricas específicas. A partir del señalamiento de problemas relacionados con el saber disciplinario y el saber didáctico, con la formación previa y el ejercicio de la docencia, se plantea la posibilidad de convertir el campo del análisis y evaluación curricular en un espacio propicio para que los docentes investiguen su propia práctica docente, identificando problemas relativos a los fundamentos pedagógicos y epistemológicos de planes y programas; a la relación contenido método y a la transmisión y reconstrucción particular de saberes en el aula.

La aspiración de elevar el nivel académico y lograr una mayor eficacia en la enseñanza universitaria mediante la preparación didáctica y pedagógica de los profesores, ha constituido un elemento articulador de toda propuesta de formación docente. Lo pedagógico como teoría o como campo de intervención se convierte con frecuencia en el referente central, capaz de garantizar por sí mismo, la comprensión y transformación de la práctica docente. Tanto desde las instancias institucionales como de parte de los maestros, se demanda una formación orientada a mejorar metodologías de enseñanza, a producir materiales didácticos y a capacitar en la elaboración de programas de estudio.

Esta formación no ha aportado, sin embargo, cambios notables en las condiciones de enseñanza y aprendizaje escolares, pues al poner el acento en las metodologías didácticas, coloca al maestro en la función de mediador entre el alumno y el contenido, obligándolo a preocuparse más por diversificar estrategias que por el conocimiento que transmite. Esto explica, por ejemplo, que varios maestros den más valor a la coherencia lógica de presenta-

ción de los contenidos que a las concepciones, valores y significados con que compromete un determinado conocimiento.

La idea de una formación pedagógica para mejorar el trabajo docente, parece insistir en la posibilidad de configurar modelos de docencia que reúnan y definan los atributos que harían más eficaz el acto de enseñanza. Si bien estos modelos pueden ser resultado de la observación de las tareas y funciones que los maestros realizan, se sustentan en prescripciones de lo que ha de ser la práctica y los comportamientos docentes. La diversidad de enfoques, las implicaciones sociales y culturales de la docencia y los intereses personales de los maestros, o bien quedan al margen de los modelos de formación, o son incorporados simplemente como referencias contextuales o variables de explicación.

Pensar la formación docente en una perspectiva que rompa con las tendencias modelizantes, requiere de un análisis profundo de la práctica de la docencia que permita entenderla como una práctica social en la que se ponen en juego significados sociales sobre el carácter de la profesión e imágenes interiorizadas por los propios maestros. Estos significados e imágenes intervienen en la constitución de la práctica del maestro a través del lugar que la

* Investigadora de la Dirección de Investigación de la Universidad Pedagógica Nacional.

institución le señala, de su función de transmisor de cultura y de su inserción en el currículum de la institución; asimismo, a través de su situación subjetiva que moviliza saberes, motivos, aspiraciones e ideales en su hacer.

La construcción de un enfoque de la formación docente que considere los aspectos anteriores adquiere mayor importancia en niveles educativos donde la docencia articula las actividades académicas de la institución. La preponderancia de la actividad docente en el aula, plantea una serie de problemas cuyas soluciones sólo pueden ser pensadas como resultado de investigaciones de hechos y procesos concretos y de investigaciones que posibiliten, a su vez, construcciones teóricas para interpretarlos y explicarlos.

Experiencias de trabajo con profesores de educación superior han permitido visualizar problemas como los siguientes:

1. El saber disciplinario de los maestros ocupa un segundo plano en la enseñanza. La necesidad de hacer "didáctico" el conocimiento provoca un desentendimiento de la información actualizada en el campo de la disciplina para dar paso a una preocupación de orden metodológico.
2. El maestro que dedica tiempo completo a la docencia se ve precisado a transmitir un saber escolarizado, que muchas veces no concuerda con el saber sustentado en el ejercicio de una profesión, experimentando así una discontinuidad entre su formación previa y la actividad docente.
3. La docencia es frecuentemente vivida por los maestros como una profesión no valorada. Los resultados de su acción no son claramente objetivables y la actividad misma es recibida y significada en una situación temporal y espacial que no permite un registro coherente de los efectos que produce en la formación de sus alumnos.
4. Es frecuente que los maestros no asuman posiciones de ruptura o de cuestionamiento frente a los contenidos escolares. Ante un cambio curricular, se piensa que basta con dar un lugar a nuevos contenidos, sin atender a lo que significa tomar un

lugar en ellos, en la verdad o falsedad que contienen.

5. El currículum se le presenta al maestro como referente de su saber, como lugar que legitima y justifica su actividad docente; pero al mismo tiempo se le presenta ajeno porque formaliza un orden cultural que antecede a su actividad.

6. El entrecruzamiento de significados de lo que socialmente se espera del maestro, el papel social que percibe sobre el carácter de su desempeño profesional y la forma en que estos significados se hacen presentes en su hacer cotidiano, no aparecen como objeto de reflexión o de investigación por parte de los maestros.

Tomando en consideración problemas como los que aquí se mencionan y en la perspectiva de poder formular una propuesta de formación de maestros que contemple la investigación de problemas epistemológicos y educativos en el campo del currículum, se presentan a continuación algunas consideraciones que pueden constituirse en punto de partida para la discusión de problemas fundamentales en este campo.

En lo que se refiere a la formación de profesores, nuestras reflexiones se orientan en el sentido de replantear el concepto de formación y el contenido y orientación de las actividades que dan significación a la actividad docente. Ello supone la incorporación de los sujetos directamente involucrados en esta actividad, pues toda formación se mueve entre la exterioridad y la interioridad y se traduce en una actividad "por la cual se busca, con el otro, las condiciones para que un saber recibido del exterior, luego interiorizado, pueda ser superado y exteriorizado de nuevo, bajo una nueva forma, enriquecido, con significado en una nueva actividad".¹

En este sentido, la formación moviliza experiencias, saberes y motivaciones, que aun cuando tengan un sentido personal, adquieren significado al ser confrontados, enfrentados o compartidos con otros sujetos. La formación sólo puede darse en la relación con el otro, en la interexperiencia y en un espacio socializado y de algún modo instituido (escuela, familia, grupo). Es entonces el tipo de relación que se

establece, lo que define roles posibles de asumir.

En la docencia, esta relación se finca generalmente en una concepción de saber capitalizable y de autoridad; formado-formador, maestro-alumno, transmisor-adquiriente, lo cual aparece como una relación natural por todos aceptada. Sin embargo, es posible proponer una formación donde los maestros puedan descubrir el significado formativo de sus prácticas, explicar su ubicación e inserción como sujetos en los conocimientos y valores y plantearse la importancia de la relación con el saber entendida como una construcción y adquisición colectiva más que la posesión de un saber ya establecido.

En la no separación entre lo profesional y lo no profesional, entre lo individual y lo colectivo, entre lo exterior y lo interior y entre lo institucional y lo interinstitucional puede constituirse el punto de partida y de llegada de los cambios en las prácticas de formación y de docencia.

El análisis curricular puede ser en esta perspectiva, un campo propicio para que los maestros reflexionen acerca de ese carácter social y subjetivo de la docencia; porque es en el curriculum donde implícita o explícitamente se plasman y se formalizan concepciones acerca de la educación, la relación educativa, sobre la selección y organización del conocimiento y sobre las relaciones de poder que favorecen la implantación de un proyecto educativo.

Articular la docencia con el curriculum significa entonces salir del terreno de la racionalidad impuesta al diseño y prácticas curriculares, que pone el acento en la planeación de saberes, actividades y comportamientos, buscando su adecuación a fines determinados. En la comprensión de las mediaciones presentes en la relación entre curriculum, institución y estructura social, puede ubicarse el curriculum como práctica social, pues a través de la propuesta de saberes, es posible identificar los diferentes modos en que una institución legitima los conocimientos y valores culturales y las formas en que los contenidos se determinan, se valoran y se ponen a disposición de los alumnos.

Para que un maestro se reconozca o desco-

nozca en la práctica curricular hace falta un análisis de los fundamentos educativos y epistémicos en que se sustenta aquello que es definido como aprendizaje o lo que vale la pena de ser aprendido. De este modo el maestro se incluye y es portador de la valoración de conocimientos, habilidades y actitudes, que aunque muchas veces no aparezcan explícitos, circulan en los discursos, en las prácticas y relaciones cognitivas en el aula, en las actividades académicas y administrativas que suceden al interior de la institución. Si el maestro considera el vínculo entre la subjetividad, el conocimiento y el interés, podrá explicarse la relación que como sujeto establece con el objeto y la concepción que construye del mundo y transmite a través de los contenidos y valores, y la forma en que éstos le proporcionan ubicuidad en el orden institucional del que forma parte.

Identificar las bases pedagógicas del diseño y desarrollo del curriculum de la institución puede proporcionar la ocasión para que los maestros aborden lo pedagógico como elemento constitutivo de su práctica educativa. Esto es así, porque tanto en el plano del discurso como en su realización, lo pedagógico constituye, ubica y contextualiza a los sujetos educativos, colocándolos y orientándolos a determinadas posiciones. La observación de las formas en que adquiere existencia en el curriculum y la institución, el Discurso Pedagógico Oficial, permitiría develar las formas en que éste ejerce la función de establecer, producir y legitimar determinadas prácticas educativas.²

El análisis curricular puede, además, ser propicio para abordar el problema de la relación contenido-método, buscando una articulación y al mismo tiempo una diferenciación de las estructuras conceptuales y epistemológicas propias de una disciplina, y los conceptos, categorías y métodos para estructurar un conocimiento con fines de ser enseñado.

Visto en esta perspectiva, el análisis curricular pasa a ser el pretexto, el texto y el contexto del estudio de la práctica docente y el espacio donde el maestro puede convertir en objeto de estudio su propia práctica, mediante un proceso de autorreconocimiento y de comprensión del rol que se está desempeñando, de la demanda de la institución y del propio orden subjetivo.

En la perspectiva de investigar el conocimiento en el currículum, la transmisión de saberes constituye un aspecto que necesita ser estudiado en la vida cotidiana en el aula, donde se da una construcción particular por parte del maestro.

Ya se apuntaba en otro trabajo³ la diferencia que se percibe en el discurso del maestro en el salón de clases con respecto a lo que sería el conocimiento científico traducido al conocimiento escolar. Allí se hacía una primera caracterización de lo que llamamos discurso académico, donde se entretajan varias lógicas discursivas:

1. Una forma discursiva que pretende ser la reproducción de un discurso científico producido por otros y que corresponde a la transmisión de las disciplinas que constituyen el conocimiento de la materia que da el maestro.
2. Una forma discursiva que corresponde a la doxa, o sea a la transformación del discurso científico por la opinión, por el sentido común. No tiene un sujeto específico, pero por la forma como el maestro asume sus enunciados, los presenta como verdades universales que él comparte.
3. Una forma discursiva de orden pedagógico, que plasma todas las prescripciones, interpelaciones, valoraciones necesarias para el funcionamiento del trabajo del aula.
4. Una forma discursiva cuyo sujeto del enunciado es el maestro y que alude a sus experiencias, sus representaciones, opiniones, pensamientos, etc.

Cada una de estas lógicas discursivas se sobrepone de manera particular en cada discurso. Así el conocimiento disciplinario adquiere mayor relevancia en función de la valoración y estatus de la disciplina y del nivel escolar en que se da su transmisión.

La relevancia de cada uno de ellos tiene

que ver también con la validez que le otorga el Plan de Estudios; es decir, de acuerdo con las intenciones formativas, científicas, de investigación y prácticas planteadas en el currículum de una institución. Las orientaciones, objetivos, formas de organización del conocimiento y modelos educativos, marcan características y singularidades en las formas y contenidos que asume el conocimiento en el aula.

REFERENCIAS

- ¹ Honore, Bernard. *Para una teoría de la formación: dinámica de la formatividad*. Madrid, Ed. Narcea, 1980.
- ² Bernstein, B. y Mario Díaz. "Hacia una teoría del discurso pedagógico". *Revista Colombiana de Educación. CIUP*, 1985; 17 (1 semestre).
- ³ Remedi, et al. *El lugar del psicoanálisis en la investigación educativa. Aportes de la identidad y quehacer docente*. En prensa.

BIBLIOGRAFIA

- Torres, R., E. Remedi, M. Landesmann y V. Edwards. "Currículum, maestro y conocimiento. En: *Temas Universitarios*, No. 12, UAM-X, México, 1988.
- Zayas, Federico. *Plan de estudios y conocimiento*. Culiacán, UAS-CISE, Tesis de Maestría, 1988.
- Ausubel, David. *Algunos aspectos psicológicos de la estructura del conocimiento*. Texto fotocopiado. s/d.
- Eggleston, John. *Sociología del currículum escolar*. Buenos Aires, Ed. Troquel, 1980.
- Bernstein, B. y M. Díaz. *Hacia una teoría del discurso pedagógico*.
- Edwards, V. *Los sujetos y la construcción social del conocimiento escolar en la primaria. Un estudio etnográfico*. México, DIE-CINVESTAV-IPN, Tesis de Maestría, 1985.
- Berger y Luckman. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1968.
- Holliday, M. *El lenguaje como semiótica social. La interpretación social del lenguaje y el significado*. México, F.C.E., 1982.
- Roger, Fowler et al. *Lenguaje y control*. México, F.C.E., 1983.
- Remedi, E. y A. Castañeda. *Racionalidad y currículum*. México, Documentos DIE, 1988.
- Honore, Bernard. *Para una teoría de la formación. Dinámica de la formatividad*. Madrid, Narcea Ed., 1980.
- Kemmis, S. *El currículum: más allá de la teoría de la reproducción*. Madrid, Ed. Morata, Col. Pedagogía, 1988.
- Stenhouse, L. *Investigación y desarrollo del currículum*. Madrid, Ed. Morata, 1981.

Tópicos actuales en la evaluación de programas educativos

Francisco Javier Islas Guzmán*

Resumen. En este artículo se revisan algunos aspectos que han inhibido las aplicaciones efectivas de la evaluación. Se parte de la descripción de dos resultados que se han obtenido con la aplicación de innovaciones en el campo educativo: las mejoras esperadas no han ocurrido y se observan consecuencias no esperadas. Otro aspecto son las limitaciones que se presentan actualmente en el campo de la evaluación: las relaciones con los recursos metodológicos. Finalmente se discute sobre algunos factores críticos de la evaluación y se presentan algunas sugerencias para la realización de evaluaciones útiles y efectivas.

INTRODUCCION

En los últimos 20 años, la sociedad ha promovido la búsqueda de innovaciones tendientes a optimizar los procesos educativos.

A la educación tradicional se le han contrapuesto una infinidad de modalidades que pugnan por eliminar las deficiencias de los sistemas anteriores y compiten entre sí para demostrar la bondad de sus resultados. Estas innovaciones en el sistema educativo van desde la enseñanza elemental, hasta la formación profesional, desde los programas "oficiales" hasta los "especiales".

Estos programas se han establecido con el apoyo de elementos científicos y tecnológicos en la mejora de la planeación y práctica educativa, así como en las nuevas concepciones de lo que es el ejercicio profesional en ámbitos como la Salud, la Administración, la Economía, la Comunicación, etc.

Algunos de estos esfuerzos han durado lo suficiente para hacer posible el discernimiento de algunos de sus efectos, específicamente de sus evaluaciones, que desafortunadamente no han sido lo que se esperaba, ni obtenido los resultados previstos.

RESULTADOS GENERALES DE LA EVALUACION

Pueden inferirse dos conclusiones primarias de las experiencias evaluativas en lo general: 1) las mejoras educativas esperadas no han sobrevenido y, por otro lado, 2) se han observado consecuencias inesperadas resultantes de cambios indeseables.

La primera de estas proposiciones se establece a partir de que cuando se han realizado evaluaciones sistemáticas (o esfuerzos deliberados para cambiar las escuelas) los productos obtenidos revelan que los resultados esperados generalmente no se han alcanzado, esto es, que los beneficios son mínimos o que las innovaciones no han sido totalmente implementadas.

La segunda conclusión no ha recibido mucha publicidad, pero parece ser ampliamente compartida por el personal docente. La educación está cambiando en la dirección de la centralización de la toma de decisiones, intensificando la burocratización y la hiperracionalización. Este último término, hiperracionalización, hace referencia a que cuando existe una ausencia de conocimiento acerca de cómo operan los procesos educativos, o si las teorías son incompletas o equivocadas, el resultado es un esfuerzo por racionalizar más allá de los límites del conocimiento (Wise, 1979).

* Maestro en Educación. Profesor de Tiempo Completo en la Escuela de Educación. Universidad Anáhuac.

En este momento estamos en posibilidad de cuestionar la dirección en la cual apuntan las tendencias por racionalizar la escuela. Muchas de las generalizaciones, aunque algunas de ellas están científicamente sustentadas, son inadecuadas, incompletas o restringidas para ser significativas en la práctica educativa. Además, una consecuencia es que en lugar de tomar la ciencia como un proceso, como una manera de establecer la confiabilidad de los conocimientos, está siendo usada como un medio para la administración. Parece que una ciencia que es inadecuada como una guía para la práctica educativa, está siendo utilizada para el control y manejo de la educación.

Este fenómeno se hace evidente en el ámbito de la evaluación, en donde hasta ahora los resultados de las innovaciones no han sido claramente identificados y aislados dadas las limitaciones del tipo de aproximaciones episódicas y prácticas evaluativas que se han tomado y que han propiciado que los resultados obtenidos sólo tengan significado en un nivel altamente administrativo y no en las prácticas educativas concretas.

LIMITACIONES DE LA EVALUACION

Entre algunas de las limitaciones en la evaluación podemos identificar tres aspectos que han obstaculizado la posibilidad de retroalimentar de una manera efectiva a los programas.

El primero hace referencia a la relativamente nueva incorporación de la evaluación como un componente necesario, y en algunos casos, obligatorio en el diseño y desarrollo de los programas educativos, solicitada como un medio de demostrar que los resultados justifican los costos.

Sin embargo, es verdad que el requerimiento de evaluar los programas no necesariamente significa: 1) que las evaluaciones son uniformemente buenas (no lo son); 2) que las evaluaciones siempre son utilizadas (no lo son) y 3) que programas no efectivos son eliminados (no lo son).

Aunado a lo anterior, encontramos que la evaluación de programas es un campo profesio-

sional con una corta historia, y que por lo mismo, se han tenido que habilitar profesionales de diferentes disciplinas como evaluadores, no siempre con los mejores resultados.

El segundo, estrechamente ligado al anterior, se refiere a la improvisación de metodologías que, en algunos casos, ha llevado a una sobresimplificación, a la falta de rigor y de sistematización de las estrategias utilizadas en la evaluación y que arrojan resultados de poca utilidad y credibilidad, aunado al problema de que hay siempre una tendencia a actuar sobre lo que puede ser medido, más que en la determinación de qué conocimiento es necesario para actuar.

La tercera se refiere a dos aspectos metodológicos imbricados. Por un lado, los denominados modelos o enfoques de la evaluación, cuya utilidad práctica se restringe al establecimiento de una concepción de la evaluación y a servir como una guía en su organización para su ulterior desarrollo, han sido tomados más allá de sus posibilidades, puesto que éstos sólo indican el qué hacer, pero no el cómo hacerlo; y por otro lado, la implicación del uso de tales modelos que ha llevado a la propuesta de macroproyectos de evaluación que por su magnitud de propósitos y alcance resultan en una tarea que para realizarse cabalmente requeriría de la asignación de amplios recursos dedicados exclusivamente a su desarrollo.

LA METODOLOGIA EN LA EVALUACION

En este estado de cosas, el mensaje es simple: la función de la evaluación es guiar en la toma de decisiones. La tarea de la evaluación es amplia y compleja, lo mismo que las herramientas utilizadas por los evaluadores.

Los problemas metodológicos asociados con la evaluación se amplifican en el caso de los programas educativos. Por ejemplo, aun cuando se establezcan medidas descriptivas confiables de los resultados, la importancia relativa o valor varía con los individuos. Se carece, también, de procedimientos estandarizados que aseguren la credibilidad de la evidencia que apoya el impacto declarado y la validez de los datos presentados como apoyo de las relaciones de causa y efecto, frecuentemente, es

difícil de ser valorada a partir de la evidencia presentada. Sin embargo, el trabajo a largo plazo que se requiere para el desarrollo de una base cuantitativa y cualitativa para las decisiones, entre en competencia con la necesidad de acciones a corto plazo basadas en el estado actual del conocimiento. Aunque asumamos que se toman las mejores decisiones posibles con la información disponible, esto no es garantía de que estas decisiones sean buenas.

Una buena metodología es crucial si queremos obtener resultados sólidos y útiles, pero esto es sólo un medio, más que un fin en sí mismo. El mejor tipo de metodología depende de qué clase de pregunta queremos responder. El espectro de metodologías que pueden ser útiles para la evaluación de los programas educativos incluye la experimentación, la investigación de campo y la investigación cualitativa.

Obviamente, difieren no sólo en los enfoques usados, sino también en término de los propósitos a lo que mejor sirven cada una de ellas. Ya sea de una manera descriptiva o inferencial, experimental o no experimental, raramente se obtendrán resultados válidos a menos que estas metodologías se asocien estrechamente con el conocimiento sustantivo del proceso bajo estudio. No es una competencia para determinar cuál es mejor, sino el balance entre lo medible y lo no medible y el conocimiento teórico con el saber empírico.

FACTORES CRÍTICOS EN LA EVALUACION

El concepto de evaluación

Además de los aspectos metodológicos, existen otros factores críticos que requieren nuestra atención, uno de ellos es la multiplicidad de facetas en relación a las cuales puede verse el problema de la evaluación. Varios autores han destacado la confusa diversidad de la práctica evaluativa. Sólo el término "evaluación" tiene una amplia variedad de significados y connotaciones. Por ejemplo, la noción de valorar el impacto de un programa tan confiablemente como sea posible, parece ser el pensamiento de algunos, mientras que

para otros es el llegar a una decisión a partir de información compleja y frecuentemente subjetiva. Para algunos la evaluación necesariamente connota juicios de valor y subjetividad; para otros, el requerimiento de datos objetivos parece ser la esencia de una evaluación válida. Es necesario, si se desea que haya comunicación más que confusión, especificar en cada ocasión de qué aspecto o concepción se está hablando.

Otra distinción que también encontramos tiene que ver con el momento en que se hace la evaluación. La planeación es un proceso evaluativo, realizado antes de que el programa inicie. En algunos programas se necesita información continua que favorezca la dirección del programa y sus posibles adaptaciones o circunstancias cambiantes. El término evaluación formativa fue inventado para describir esas actividades. Se distingue de la evaluación sumativa, la cual se supone es el veredicto final sobre los resultados de un programa.

LA EVALUACION CONTINUA

En tanto que un programa avanza, ocurren por lo menos cuatro tipos de cambios. Primero, los valores de aquéllos a los que sirve y de quiénes lo operan cambian como respuesta a la experiencia con el programa y a otros factores externos. Segundo, el programa evoluciona, cambia de forma y carácter. Tercero, las condiciones sociales externas cambian. Cuarto, el conocimiento de los eventos del programa y sus consecuencias crecen.

Estos cambios son continuos y afectan la respuesta que el programa ofrece, por lo que en mi opinión, cualquier paradigma general para la evaluación debe ser igualmente continuo.

LOS PEQUEÑOS EFECTOS

La observación de que muchos programas no tienen efectos explosivos acentúa la importancia de registrar los pequeños efectos confiablemente. Una vez que estos efectos han sido encontrados y documentados, es posible introducir mejoras a partir de ellos y, si estos cambios continúan a través del tiempo, des-

embocan en grandes cambios. Los cambios graduales son valiosos, importantes y no fáciles de lograr. Estos pequeños efectos requieren de métodos más sensibles para su detección, que los grandes cambios.

Una posible estrategia sustentada en la detección de estos efectos y su valor acumulativo, además de trascender la etapa de los macroproyectos y las limitaciones encontradas en ellos, es la realización de evaluaciones dirigidas a la detección de estos pequeños efectos y su impacto en el programa, sobre la base de un proceso de evaluación continuo y permanente.

Finalmente, presento algunos tópicos que desde mi punto de vista enmarcado en la evaluación, pueden ser objetos de evaluaciones sistemáticas, sobre la premisa de que estos estudios mejorarían los programas y apoyarían la planeación futura, para el beneficio de sus participantes.

Entre los tópicos destacan las premisas y postulados sobre los que se sustenta cualquier modalidad de enseñanza: teoría-práctica, interdisciplinariedad, relación investigación-

docencia-servicio y el replanteamiento del proceso enseñanza-aprendizaje.

Otro aspecto importante son los principios metodológicos donde destacan los modelos de enseñanza y la organización integrada de los contenidos programáticos.

En función de los tópicos mencionados y de las fases en la génesis e implementación del programa, esto es, en la manera como las premisas y postulados responden a las necesidades actuales, en la forma como se han incorporado a los planes, en el monitoreo de su operación y aplicaciones y en los resultados e impacto que de ellos se puedan discernir, obtendríamos una valoración del programa y posiblemente la identificación de nuevos cursos de acción, en una época en donde la innovación es más deseable y ciertamente más difícil que la evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

- Wise, A. Legislated Learning: The Bureaucratization of the American Classroom. Berkeley: University of California Press, 1979.

Reseña de la LXVII Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y del IV Congreso Nacional de Educación Médica, del 22 al 24 de noviembre, 1990

Dr. Octavio Ramírez Vargas

Presidente del Comité Organizador

Dr. José Guillermo Torres Jiménez

Programa Académico del Comité Organizador

Lic. Rosa María González Victoria

Difusión del Comité Organizador

ANTECEDENTES

A partir de la sesión de negocios de la LXV Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), que se efectuó el primero de diciembre de 1989 en la sala de juntas de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales (ENEP), plantel Zaragoza de la UNAM, se aprobó por votación unánime que la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía (ENMyH) del IPN fuese la institución sede de la LXVII Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación, para celebrarse los días 22, 23 y 24 de noviembre de 1990. Se acordó que el tema central a tratar fuera "Liderazgo en medicina", con los subtemas "Liderazgo en la educación médica", "Liderazgo en docencia" y "Liderazgo y dirección académica". Cabe mencionar que posteriormente se decidió que en la misma reunión se llevara a cabo el IV Congreso Nacional de Educación Médica.

En los primeros días de enero de 1990, el doctor Octavio Ramírez Vargas, director de la escuela-sede, dio a conocer a la comunidad la realización de este encuentro académico. Unos días antes de recibir

por escrito la ratificación de su designación por parte del Consejo Directivo de la AMFEM, el 21 de mayo de este año quedó formalmente integrado el Comité Organizador.

En esa misma reunión se asignaron las responsabilidades de cada uno de ellos, siendo los cargos de: Presidente honorario, el C.P. Oscar Joffre Velázquez (director general del Instituto Politécnico Nacional); el doctor Octavio Ramírez Vargas, Presidente; doctor Miguel Ángel Félix Cruz, Vicepresidente; doctor Jaime E. Sánchez González, Secretario; C.P. Miguel Rubio Ruiz, Tesorero; doctor José Manuel Herrera Fernández, Relaciones Públicas; doctor Jaime B. Gómez Castañeda y doctor José Guillermo Torres Jiménez, Programa académico; Q.B.P. Martha García García, Programa Sociocultural; Lic. Rosa María González Victoria y doctor Rubén Velasco Madrid, Difusión; doctor Carlos Vargas Camargo, Recepción y registro; doctor Alejandro Herrera Quintero, Transporte y Alojamiento; doctor Luis Bárcenas García, Audiovisual; doctor José Luis Cuevas López, doctor Eduardo Ocampo Rebolledo y doctor Jesús Ávila Maldonado, Relatoria, y, por

último, el doctor Roberto Ruddy Villagómez Ortiz, en Memorias.

Integrado el Comité Organizador y a partir de esa fecha se iniciaron los trabajos necesarios para lograrse los objetivos trazados, uno de los inmediatos fue la elaboración de los programas académico y socio-cultural. Así el 26 de julio de 1990 se entregaron a los participantes en la reunión de Colima, las respectivas invitaciones, trípticos y cartel (poster) alusivos a la reunión.

Paralelamente, y con base en el tema central y los subtemas señalados, se delineó el objetivo general que consistió en "definir, analizar y proponer las políticas del desarrollo interno de la enseñanza en medicina en las instituciones docentes, para configurar un solo liderazgo que apoye las necesidades de salud de la población".

Además, se invitó a autoridades del Sector Salud y de otras instituciones para presidir el acto de inauguración, así como a distinguidas personalidades dentro del ámbito médico y académico que impartieran conferencias magistrales. Las personas seleccionadas fueron: los doctores Federico Ortiz Quesada, Manuel Moreno Islas y

José Antonio Irán Díaz Góngora, asesor de la Sección de Graduados e Investigación de la ENMyH, director de los Servicios Médicos y Sociales del Hospital de Jesús, A.C. Unidad Culhuacán y secretario académico del Instituto Politécnico Nacional, respectivamente.

Los títulos presentados por estas personalidades elegidas fueron: "Liderazgo en medicina", "Liderazgo en docencia", "Liderazgo y dirección académica", "Liderazgo institucional". Asimismo, se implementó una conferencia extraordinaria sobre "Planificación Familiar", expuesta por la Facultad de Medicina de la UNAM.

DESARROLLO DE LA REUNION Y DEL CONGRESO

El miércoles 21 de noviembre se dio inicio a la recepción e inscripción de los participantes. El jueves 22, a las 10:30 horas comenzaron los trabajos formales con el acto inaugural, presidido por las siguientes autoridades: en representación del Secretario de Salud, doctor Jesús Kumate, la doctora Mercedes Juan López, subsecretaria de Regulación Sanitaria y Desarrollo de la misma dependencia; el C.P. Oscar Joffe Velázquez, director general del IPN; doctor José Benito López Cabello, presidente de la AMFEM; Ing. Alfredo López Hernández, secretario general del IPN; doctor Alan Legaspi, representante personal del doctor Enrique Wolpert Barraza, subsecretario de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud; doctor José Villalpando Casas, director general de Enseñanza en Salud de la misma; doctor Carlos Govea, subjefe de Atención Primaria de la Salud del IMSS; doctor Jaime Muñoz Domínguez, procurador de Averiguaciones Previas y el doctor Federico Ortiz Quesada, asesor de la Sección de Graduados de la ENMyH.

Al hacer uso de la palabra,

la doctora Mercedes Juan López reconoció "la preocupación de la AMFEM por incorporar perfiles de liderazgo en los curricula de la carrera de medicina" y aseguró que ello "redundará en un conocimiento integral acorde con la dinámica

de nuestro tiempo y el ritmo de avance del conocimiento científico, ya que dará al médico los elementos de dirección y de coordinación entre los aspectos administrativos y los estrictamente científico-tecnológicos".



La doctora Mercedes Juan López destacó, en su mensaje inaugural, la necesidad de capacitar más personal técnico para el desarrollo de las acciones de salud.

Dijo que es relevante que en esta reunión y congreso "se consideren los aspectos de la administración de la docencia y de la educación médica continua, que sin duda permitirán la incorporación de mecanismos para eficientar la aplicación plena de los programas académicos, así como mantener actualizado el conocimiento de los egresados, incorporando los avances en el marco teórico conceptual y en el uso de nuevas tecnologías".

Al mencionar que las actuales necesidades del país requieren cada día de más personal técnico de apoyo para el desarrollo de las acciones de salud, la subsecretaria de Regulación Sanitaria y Desarrollo afirmó que la Secretaría de Salud está interesada en colaborar con las instituciones formadoras de los recursos humanos médicos, porque finalmente son quienes atenderán a la población.

Por último, manifestó que este tipo de encuentros académicos tienen una plena identificación con las políticas sociales del Gobierno de la República y representan una responsabilidad solidaria, para que México pueda acceder a mejores niveles de desarrollo.

Anterior a la exposición de la doctora Mercedes Juan López, quien inauguró formalmente los trabajos de la reunión y del congreso, el doctor Octavio Ramírez Vargas en su mensaje institucional expresó que en el ámbito de la educación médica nacional es necesario adquirir conciencia con el imperativo fundamental de alcanzar la salud mediante la responsabilidad compartida, así como su promoción y difusión a todas las escuelas de la nación, porque esto representa el equilibrio entre el hombre y su propio ambiente, reclamando con ello una exigencia para preve-



El doctor Octavio Ramírez Vargas señaló en su mensaje que la reorientación de planes y programas académicos deberán estar basados en un riguroso análisis del mercado laboral.

nir y fomentar el nivel de salud de la población.

Basados en ese planteamiento, concretizó, se reforzará el ejercicio pleno de la salud pública, tanto en su desarrollo como en el avance de la educación médica nacional, encaminada a formar recursos humanos de excelencia académica y verdaderos médicos que actúen

en el primer nivel de atención con objetivos concretos que revaliden la enseñanza aprendida en las aulas y se incorporen en la práctica médica institucional o privada del país.

El doctor Octavio Ramírez Vargas consideró que dentro de las funciones sustantivas de cada escuela, de acuerdo a su modelo

operativo, será necesario fortalecer e incrementar la oferta educativa, la reorientación y la actualización de los planes y programas académicos, y así alcanzar la transformación, basados en un riguroso análisis de los requerimientos del mercado laboral, y paralelamente las cada vez más apremiantes necesidades de salud de la población.

Por su parte, el Dr. José Benito López Cabello, presidente de la Asociación, configuró a México como "un país que hermana la solidaridad social entre gobierno, individuo y universidades e institutos de enseñanza superior, que vincula la voluntad de servicio y la libertad intelectual académica con el trabajo administrativo, creativo y cultural, en el análisis profesional de la interpretación y estudio de los grandes problemas nacionales".

Aclaró que se buscan soluciones específicas del real contorno social, con la participación decidida y entusiasta de estudiantes, profesores e investigadores, quienes sistematizan en los planes y programas de estudio la enseñanza y el aprendizaje, la vocación profesional con imaginación, presencia y responsabilidad, experiencia y capacidad crítica, opinión independiente, para responder a uno de los derechos más apremiantes de nuestra sociedad; el derecho a la atención de la salud.

El presidente de la AMFEM definió al liderazgo de las nuevas generaciones de estudiantes y profesionales de la medicina como de participación efectiva y real en las soluciones del trabajo y de la sociedad, buscando una proyección más amplia y fecunda de la disciplina médica con una mejor y mayor preparación profesional. Y subrayó que con ello será posible producir médicos de respetabilidad, personalidad y presencia profesional, en donde impere su vocación de servicio honesta, evitando actos de prepotencia, vanidad, abusos, engaños e intimidaciones.



La doctora Mercedes Juan López, el C.P. Oscar Joffre Velázquez y el doctor José Benito López Cabello (al centro) presidieron la ceremonia de inauguración.

Al final de su intervención hizo un llamado a todos los médicos para que "donde quiera que ejerzamos la medicina, sea por el camino de la verdad, la rectitud de la palabra y el entendimiento".

CONFERENCIAS MAGISTRALES

Al término del acto de inauguración, se inició la primera conferencia magistral sustentada por el doctor Federico Ortiz Quesada, en las instalaciones de la escuela-sede.

En su exposición, el doctor Ortiz Quesada bajo la definición del líder como guía, el que dirige, conceptualizó al médico como un líder natural en tanto dirige al enfermo hacia un estado de salud.

Al hacer una apología del médico como "brujo, médico humanista, médico cristiano, médico científico" y sus diversas encarnaciones, dijo que, quizá, es el único sobreviviente a lo largo de la historia del íntimo desvalimiento de los seres y de sus más profundos terrores. Calificó al médico de íntimo enemigo de la muerte contra la que ha luchado en una batalla que dura miles de años.

"El médico que llegado a este final del siglo XX —expresó— contempla la doble perspectiva de la historia y la utopía y se apresta a ingresar a un mundo nuevo, al tiempo que contempla con horror la supervivencia del siglo XX que cobija no únicamente la historia de las guerras más monstruosas de la humanidad, sino que incorpora también como parte de ser los más definitivos e impensados éxitos de la práctica médica".

Concluida la exposición del doctor Ortiz Quesada, los participantes se organizaron en mesas de trabajo para discutir el tema Liderazgo en medicina, con base en la Guía de Discusión. Posteriormente se trasladaron a un conocido hotel de la ciudad de México para continuar con los trabajos. Ese día

se llevó a cabo la Sesión de negocios.

El viernes 23, se reanudaron los trabajos con la conferencia extraordinaria sobre "Planificación Familiar", sustentada por los doctores Francisco Flores, Salvador Rodríguez Martínez y Horacio García Romero de la Facultad de Medicina de la UNAM, con la participación del doctor Horacio Reyes Vázquez, representante de la Dirección General de Atención Materno-Infantil, de la Secretaría de Salud.

Cada uno de los exponentes coincidió y argumentó la importancia del control natal y los medios anticonceptivos, como un requerimiento para el pleno desarrollo de la población. Además se habló sobre la necesidad de promover la lactancia materna en las unidades hospitalarias del Sector Salud.

Ese mismo día, se llevó a cabo la segunda conferencia magistral titulada "Liderazgo en la docencia", impartida por el doctor Manuel Moreno Islas, director de los Servicios Médicos y Sociales del Hospital de Jesús, A.C. unidad Culhuacán.

En su exposición, el doctor Moreno Islas hizo una remembranza de algunas personalidades líderes en la educación, que con su ejemplo y acciones coadyuvaron en el desarrollo del país, así como de su participación activa en el campo educativo y profesional. Entre esos líderes educativos citó al maestro Ignacio Chávez, al doctor José Palacios Macedo, al doctor Gustavo Baz, al doctor Jorge Jiménez Cantú, entre otros.

Al referirse a diversos proyectos y acciones en las cuales ha participado, el doctor Moreno Islas reveló que en ellos se ha hecho patente que todavía se registran más del 70 por ciento de localidades de todo el territorio nacional con población dispersa y carente de los servicios indispensables y relacionados con la infraestructura de la salud.

Ante esta situación, dijo que es necesario alcanzar mayor cobertura de servicios médicos, asistenciales y, al mismo tiempo, hacerlos más eficaces y más efectiva la coordinación de las instituciones oficiales y privadas, congruentes con un sistema nacional a la altura de la ciencia y de los conocimientos actuales. Asimismo, revisar los programas de enseñanza para producir mayor número de técnicos, enfermeras y auxiliares de acuerdo con la realidad social y cultural y con nuestros recursos.

Posteriormente, los participantes se reunieron en las mesas de trabajo para discutir los temas "Liderazgo en la educación médica" y "Liderazgo docente", con base en la Guía de discusión.

El sábado 24 de noviembre, se presentó la ponencia "Liderazgo y dirección académica", cuyo autor fue el doctor José Antonio Irán Díaz Góngora, Secretario Académico del IPN. En ella sostuvo que el Instituto Politécnico Nacional es la institución rectora de la educación técnica en México, ya que su desarrollo ha ido acorde al ritmo de los tiempos, congruente con las demandas sociales y los imperativos del desarrollo nacional.

El doctor Irán Díaz Góngora expresó que para que una institución conserve su liderazgo es conveniente que quienes la integran sean asimismo líderes, en el aula, en el taller, en el laboratorio. "Líderes por su conducta profesional, social, pública y privada, líderes por sus obras, visión y amplitud de metas".

Al término de esta conferencia magistral, se llevaron a cabo las últimas mesas de trabajo con el tema "Liderazgo y dirección académica".

RELATORIAS Y CONCLUSIONES

Concluidos los trabajos se llegó a la lectura de la relatoría gene-

ral y las conclusiones, mismas que integraron los análisis y las reflexiones de cada uno de los temas que se desarrollaron en esta reunión y este congreso.

Respecto a las ponencias magistrales se consideró que éstas fueron de alta calidad y, a su vez, demostraron que todavía hay mucho por hacer en relación a la vinculación docente con los servicios de salud del país. Además, que se requiere de la participación activa de cada una de las instituciones académicas y de servicio, mediante convenios de colaboración.

Asimismo, se enfatizó que la AMFEM debe asumir el liderazgo de la enseñanza en una forma más consolidada y que se refleje al participar en las decisiones conjuntas con el Sector Salud, así como el recobrar el liderazgo médico, el cual debe ser más humanista conforme a los requerimientos reales de salud de la población.

Respecto al tema "Liderazgo en medicina", se propusieron cinco acciones concretas: 1) educar de acuerdo con la metodología científica, filosófica y humanística actuales; 2) revisar y actualizar periódicamente los currícula, con el objeto de adecuarlos a las necesidades de salud de la comunidad; 3) despertar en el alumno el interés por aplicar el método científico en su práctica médica cotidiana; 4) promover la autoenseñanza, como una forma de motivación para la superación personal del educando y 5) el profesor debe apoyarse en la tecnología educativa, para reafirmar sus objetivos dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje.

En el tema "Liderazgo en educación médica", se plantearon al-

gunas ideas que de ser consolidadas podrán dar un cambio verdadero sobre el liderazgo en la educación médica. Entre ellas destacan: efectuar la búsqueda de nuevos planteamientos y redefiniciones sobre qué es la educación médica, en sus aspectos filosóficos, operativos y de evaluación, que permitan ofrecer a los estudiantes nuevas alternativas; para unos, un desarrollo profesional más consistente y para otros, un servicio médico asistencial más adecuado.

Además, pensar en la regionalización de acuerdo con los recursos existentes de cada una de las instituciones docentes y las necesidades de la comunidad y del Sector Salud.

En "Liderazgo docente" se realizaron varios comentarios y propuestas, entre ellas sobresalen las siguientes: compartir y concientizar al resto de los directores sobre la problemática de la enseñanza de la nutrición en los médicos generales; todas las escuelas de medicina están comprometidas en mayor o menor medida con las necesidades de la comunidad. En este sentido, se hizo la observación que si un plan de estudios no está basado en los problemas de salud, es obsoleto y no tiene razón de ser. Se dijo que debe fomentarse la existencia de profesores de carrera a través de mecanismos como las becas de permanencia y otros idóneos.

También se propuso que la AMFEM gestione ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la exención de impuestos al salario de los profesores universitarios, como una forma de estímulo para que se integre personal de prestigio en la docencia.

Que la Asociación solicite que no sólo los rectores participen en la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES), sino que también los directores de las facultades y escuelas de medicina.

En este mismo tema, se reafirmó que no puede haber docencia de calidad sin investigación que la sustente, directa o indirectamente. Para ello, se deberá considerar la infraestructura y los recursos existentes en cada plantel y estimular a los profesores para que realicen investigación vinculada con la docencia.

En cuanto al tema "Liderazgo y dirección académica", correspondiente a la última sesión de los trabajos, se subrayaron las propuestas de que es evidente conjuntar las necesidades sociales de formación de recursos con las necesidades sociales de salud, para alcanzar el objetivo que señala "salud para todos", con el compromiso de las facultades y escuelas de medicina de formar médicos generales que puedan desenvolverse en diferentes áreas de salud.

Se aclaró que la excelencia académica depende de los objetivos trazados por cada una de las instituciones de enseñanza superior en medicina, tomando en cuenta que el liderazgo interno para conservar o alcanzar la excelencia debe ser de tipo académico y no político.

Finalmente, se hizo la observación de que la opinión del alumno debe ser tomada en cuenta como un elemento catalizador, con la finalidad de favorecer el desarrollo académico, lo cual dependerá de la capacidad de liderazgo que posea el director de la facultad o escuela.

Cartas a los editores

DE-812-90

Caracas, 7 de diciembre de 1990

Doctor
José Benito López Cabello
Presidente
Asociación Mexicana de Faculta-
des
y Escuelas de Medicina, AMFEM
López Cotilla 754
Colonia del Valle
Apartado Postal 12927
CP 03100, México, D.F.

Estimado Dr. López Cabello:

Me es particularmente grato dirigirme a Ud. y a la Directiva de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AMFEM con el objeto de felicitarlos por el esfuerzo que están haciendo en la publicación de la Revista Mexicana de Educación Médica.

Esta Revista constituye un esfuerzo mancomunado muy importante y un mecanismo que permite a las Escuelas de Medicina de México y del Continente conocer lo que se está haciendo en pro de la educación médica de nuestros países.

Reiterándole mis altos sentimientos de estima y consideración personales,

Cordialmente,

Pablo A. Pulido M.
Director Ejecutivo

cc.: Dr. Daniel Pacheco Leal
Dr. Octavio Castillo

Dr. José Benito López Cabello
Director de la Revista Mexicana
de Educación Médica
Manuel López Cotilla No. 754
Col. del Valle
C.P. 03100, México, D.F.

Estimado Dr. López Cabello:

Tuve el honor de participar en la LXVI Reunión Nacional Extraordinaria AMFEM y el privilegio de que mi ponencia fuese publicada en la revista que Usted dirige; quiero aclarar que mi nombre se publicó equivocado escribiendo mi primer apellido Contel en lugar de Cortés. Ruego a Usted si así lo considera conveniente se exprese en la fe de erratas de su próximo número.

Atentamente
León, Gto., a 26 de Noviembre de
1990.

Dr. Gabriel Cortés Gallo
Coordinador de Estudios de
Posgrado

Comunicaciones

ORDEN "FRANCISCO HERNÁNDEZ" AL DR. JESÚS KUMATE RODRÍGUEZ

La Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) instauró la orden "Francisco Hernández" durante la X Conferencia

Panamericana de Educación Médica el 25 de noviembre de 1984, considerando que es conveniente honrar a personas que se hayan distinguido por prestar servicios de excepcional significación a la educación en medicina y en las profesiones y ciencias de la salud en el continente Americano, y cuyas vidas, se hayan caracterizado por

la dedicación a la docencia, al servicio social o a la investigación, dentro de los más elevados niveles de calidad y ética profesional.

En enero de 1991, durante la XIII Conferencia Panamericana, la presea fue otorgada al Dr. Jesús Kumate, la cual fue recibida por el Dr. José Benito López Cabello de manos del Presidente de la Repú-



El Secretario de Salud recibe la felicitación del Presidente de la AMFEM.



En el orden acostumbrado los doctores Jesús Kumate Rodríguez, Daniel Pacheco Leal, Ramiro Jesús Sandoval, Roxana Alcaraz, José Benito López Cabello y Octavio Castillo López.

blica de Costa Rica, Lic. Rafael Angel Calderón Fournier, en su representación. De regreso a la ciudad de México, el Dr. Benito López Cabello, presidente de la AMFEM, acompañado de la mesa directiva, hizo entrega de la presea al Dr. Jesús Kumate, en reconocimiento a su obra en pro de la educación médica y de la investigación científica en el área de salud del pueblo de México.

Se escogió la figura notable del Dr. Francisco Hernández médico del rey Felipe II, y después proto-

médico de la Nueva España, enviado por S.M. en 1570 a estudiar los riquísimos productos de la minerología, de la flora y de la fauna de América, por ser el prohombre más representativo para que su vida se constituyera en ejemplo para los educadores en el campo de las ciencias y profesiones de la salud.

El Dr. Francisco Hernández, médico y botánico, nacido en Puebla de Montalbán, Toledo España, en 1517 y muerto en Madrid, en 1587; sirvió en el Hospital de Mendoza de Toledo y a partir de

1567 fue médico de cámara de Felipe II quien, el 11 de enero de 1570 dispuso preparar un informe detallado, completo y documentado de la medicina y sus elementos curativos en toda América iniciándolo en Nueva España. Francisco Hernández, Protomédico General de las Indias, Islas y Tierra Firme del Mar Océano llegó al país en 1571 y regresó a España en 1577. Durante su estancia ejerció en el Hospital Real de Indios de México. A la muerte de Hernández, Felipe II Comisionó a Nardo Antonio Roc-

cho para que hiciera un compendio de los manuscritos, pero el resumen no correspondió a los deseos del rey. Este trabajo fue comprado por Federico Cesi y editado en Roma en 1628. En 1648, dos editores hicieron otra impresión: *Nova Plantarum, Animalium et Mineralium Mexicanorum Historia a Francisco Hernández Inindis Pri-*

mum Compilata. En junio de 1671 se incendió el Monasterio de El Escorial y en él se perdieron gran parte de los manuscritos de Hernández; sin embargo, compilaciones publicadas en México en 1615 por Francisco Jiménez constituyen un epitome en castellano de la obra principal de Hernández y a partir de 1942, el Instituto de Bio-

logía de la Universidad Nacional Autónoma de México se dio a la tarea de completar una versión castellana, que en 1960 se publicó con el título de *Obras Completas de Francisco Hernández*. En 1982, el Instituto Mexicano del Seguro Social publicó *Historias de la Medicina en México*, donde se citan las numerosas obras de Hernández.

Daniel Pacheco Leal
Rossana Alcaraz Ortiz

La Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina

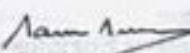
Otorga la Orden al Mérito

FRANCISCO HERNANDEZ

al Doctor
Jesús Kumate Rodríguez

Por sus relevantes
contribuciones al desarrollo
de la Educación Médica
en las Américas


Dr. Caspar García de Paredes
Presidente


Dr. Pablo A. Pulido M.
Director Ejecutivo

San José, Costa Rica
1991

Programa de actividades
académicas de la Sociedad de
Investigación Educativa
en Salud A.C. (SIES) 1991-1992

La complejidad creciente que enfrenta la formación de profesionales en el área de la salud y su vinculación adecuada a las necesidades de la población de nuestro país, son un reto permanente e ineludible que precisa de crear alternativas viables que coadyuven a mejorar la calidad de la enseñanza y en consecuencia, del ejercicio profesional que convergen en esta área del conocimiento.

El programa académico de la Sociedad, pretende contribuir a la construcción fundamentada y sistemática de propuestas alternativas que puedan ser utilizadas como una base general para las diferentes profesiones del área de salud. Para cumplir este propósito se seleccionaron dos temas a desarrollar a través de diferentes eventos que se llevarán a cabo durante los dos años de gestión de la actual mesa directiva.

**Tema propuesto para
desarrollar durante 1991:**
"Calidad de la educación en las
profesiones de la salud
y su evaluación"

Pretende crear el marco conceptual y metodológico que permi-

ta definir "Calidad de la Educación", identificar sus indicadores, los mecanismos para evaluarla y las acciones anticipatorias o prospectiva en el contexto social de nuestro país.

Tema a desarrollar durante 1992: "Relación entre la calidad de la atención a la salud y la calidad de la educación en las profesiones del área de la salud"

A partir de las reflexiones hechas sobre calidad de la Educación, en esta segunda etapa se pretende analizar los aspectos de la atención a la salud y de la formación de los profesionales que se encuentran interrelacionados y que determinan su calidad, entendiendo ésta como un fenómeno bidireccional y de interdependencia.

Se realizarán dos ciclos de eventos para desarrollar una temática durante cada año de gestión de la actual mesa directiva, con el propósito de obtener de cada uno de ellos productos concretos que aporten y difundan bases teórico-metodológicas útiles para el desarrollo profesional de los miembros de la Sociedad. Estos eventos son:

a) Seminario de Actualización. Esta actividad se desarrollará con la participación de los titulares de área, vocales y socios interesados, mediante el análisis de las publicaciones recientes que se hayan hecho sobre el tema. Se programarán dos sesiones mensuales. Los titulares del área, podrán

realizar en sus sedes, el número de sesiones académicas que consideren necesarias para apoyar el logro de los objetivos del Seminario.

Objetivos: —Presentar, discutir y valorar la información y conclusiones generadas por el análisis bibliográfico que se realizó acerca del tema.

—Elaboración de un documento, producto del seminario, que permita difundir entre todos los socios los resultados del análisis.

b) Mesa Redonda. Se llevará a cabo, con la participación de expertos en el tema, titulares y vocales de área que colaboraron activamente en el seminario de actualización, así como socios interesados.

Objetivos: Concluir el trabajo anterior en conceptos fundamentales y propuestas metodológicas que definan:

—Calidad de la educación, sus indicadores, mecanismos de evaluación y perspectivas en México.

—Elaboración de una guía de discusión de aquellos aspectos sobre el tema que se considere necesario profundizar, analizar y comentar durante el siguiente evento.

c) Reunión de expertos. Se llevará a cabo con un grupo de profesionales con experiencia en el tema que darán su opinión sobre los aspectos que se establecieron en la guía de discusión.

Objetivo: Enriquecer el conoci-

miento generado por la sociedad.

d) Sesión Plenaria. Se llevará a cabo con la participación de los socios de la Sociedad de Investigación Educativa de Salud.

Objetivo: Difundir los resultados del trabajo desarrollado.

e) Edición del Primero y Segundo Cuaderno de la Sociedad de Investigación Educativa en Salud.

Objetivo: —Concentrar en un documento el producto del trabajo académico realizado sobre la temática propuesta.

—Extender la difusión a las distintas instancias educativas y de salud en el país.

Paralelamente al trabajo académico descrito —eje medular de las actividades de la Sociedad—, ésta ofrece a sus miembros cursos de actualización en:

—Metodología de la investigación.

—Estadística.

—Filosofía de la ciencia.

—Teoría del conocimiento.

—Calidad de la educación y su evaluación.

Durante 1991, la organización, calendarización, número de cursos y sitio en el que se efectuarán los eventos dependerá de la solicitud escrita enviada a la mesa directiva por un mínimo de 15 socios, con compromiso de asistencia.

La Mesa Directiva

Reseñas biblio-hemerográficas

Díaz Barriga, Angel. Investigación educativa y formación de profesores. Contradicciones de una articulación. *Cuadernos del CESU* No. 20, México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.

El trabajo que es motivo de esta reseña comprende seis capítulos, a lo largo de los cuales realiza un análisis crítico de las principales características que han tenido los programas de formación pedagógica de profesores universitarios a partir de las políticas de modernización de la educación superior (1970). Con fundamento en estas ideas de corte modernizador se crean los centros de formación de profesores, los cuales en sus inicios presentaban tres modalidades: 1. Los cursos aislados, que estaban orientados a proporcionar capacitación técnica-pedagógica en una institución, tales como: diseño de planes y programas de estudio, evaluación del aprendizaje. 2. Una segunda modalidad la constituyeron los programas de especialización, que intentaron comprender a la docencia de forma más totalizadora, retomando sus dimensiones sociológicas, psicológicas y pedagógicas; es decir se trataba de hacer una ruptura con el modelo tecnoló-

gico. 3. La tercera modalidad la constituyeron los posgrados en educación (1975); que originalmente pretendían dar mayor coherencia a una formación integral, así como otorgar certificados de posgrado a quienes cursaban estos estudios. Sin embargo, el autor refiere que estos posgrados no ofrecen condiciones apropiadas para la formación en investigación educativa sino que algunos programas nada más proporcionan una cierta formación teórica para investigación, además de que no posibilitan el desarrollo intelectual de los egresados, en términos de poder proporcionar aportaciones al desarrollo teórico y epistemológico del campo.

Se menciona la utilización indebida del término "formación", el cual ha sido interpretado como capacitación en aspectos instrumentales de la didáctica, pero este término, asegura el maestro Díaz Barriga, se refiere a un proceso más amplio en el sujeto y más integral en la educación como disciplina, ya que debe posibilitar que el profesor tome una posición política y teórica en la producción de conocimientos de su campo y constituirse así como un intelectual.

Además, plantea que los Programas de Formación tienen ya más de 17 años y es necesario responder a algunas interrogantes, tales como: qué tipo de formación se ha propiciado en los egresados; hasta dónde estos egresados han desarrollado un pensamiento autónomo respecto a la educación; qué usos sociales se hacen del certificado escolar.

Por otra parte, se menciona que ha existido un divorcio entre la expectativa de la burocracia institucional y la oferta del Programa de Formación. Las expectativas institucionales siempre o casi siempre están vinculadas al desempeño técnico con el objeto de hacer más eficiente la labor educativa mientras que algunos programas de formación ofrecen una visión más totalizadora respecto de los problemas de la educación.

Los centros de formación de profesores surgieron para constituir un espacio que contribuyó a configurar la investigación educativa en la educación superior, en México. Las primeras producciones de los centros se tradujeron en dos tipos de materiales: unos de orden técnico para enfrentar problemas instrumentales que se

presentan en el aula; y otros que tienen aproximaciones más amplias y críticas respecto de la educación. Los primeros estaban basados en la tecnología norteamericana, mientras que los segundos incorporan a la teoría psicoanalítica y la concepción operativa de grupos en los contenidos de formación como la construcción de otros métodos de investigación. Se destaca la entrevista grupal, como método para determinar vivencias, valoraciones y actitudes de sujetos insertos en diversos procesos educativos y sociales.

Más adelante se aborda el problema del docente-investigador, el cual surge para reivindicar la

tarea docente, pero ya no en términos del dominio del contenido, sino de gestar una nueva imagen del profesor como investigador de su propia práctica. Sin embargo se debe analizar en profundidad esta cuestión, ya que el profesor debe sumar a las tareas que cotidianamente le son conferidas, la de investigar. El autor señala que esto es más un deseo que una realidad, en virtud de que no existen las condiciones mínimas que se requieren para que el profesor realice investigación.

Finalmente se menciona que la Investigación Educativa en México es un campo de conocimiento en proceso de constitución; y se

destacan tres grandes líneas de investigación educativa, de carácter constructivo:

- Investigaciones de carácter teórico tanto en educación como en problemas de conocimiento y de las Ciencias Sociales en su conjunto.
- Investigaciones de corte socio-histórico-político.
- Investigaciones de procesos microeducativos que proceden de múltiples influencias (etnografía, psicoanálisis, teorías de la subjetividad, etc.).

Ma. Guadalupe Sánchez Villers

INDICE DEL VOLUMEN I

REPORTES DE INVESTIGACIÓN

Número 1

La investigación educativa en las escuelas y facultades de medicina de México. Rodolfo Herrero Ricario/Enrique Pontes González/Julían Mendoza Flores/Juan Francisco Sánchez Ruiz/José Antonio Moreno Sánchez	1-7
Evaluación diagnóstica del nivel de conocimientos de los candidatos a ingresar a la carrera de medicina. Fernando Fernández Quiroz/Francisco Ignacio Lepe Aguayo/Miguel Ángel Aguayo López	9-13
Evaluación diagnóstica para alumnos de primer ingreso. Ma. Virginia González de la Fuente/Luis Monzón García/José Antonio Jerónimo Montes/Marta Foglia López	15-21
Apreciación curricular de alumnos de primer ingreso a la carrera de médico cirujano. Regina Herrera Nieto/Amparo García González/Marta Foglia López	23-27

Número 2

Evaluación de la comprensión de artículos de investigación médica. Efrén Raúl Ponce Rosas/Ma. Teresa Velasco Jiménez/Mario Alfredo Rodríguez León	63-76
Teoría de la organización y universidad: una forma de aproximación. Ana Hirsch Adler	77-90
Experiencias en el uso de instrumentos para selección de alumnos en la Facultad de Medicina de Tijuana. Rosalba C. Vargas Almaraz	91-93
La enseñanza de la psicodinamia a estudiantes de oncología a través de un grupo operativo. Juan Vives R./Beatriz Taladrid	94-99
Elementos para la historia de la enseñanza activo-participativa de la medicina en México. Francisco Domingo Vázquez M.	100-105

Número 3

Las universidades en México: organizaciones complejas. Ana Hirsch Adler	145-156
Actitud del alumno del Programa de Medicina General Integral en el trabajo de comunidad. Rodolfo Prado Vega/Glenda Blee Sánchez/Rodolfo Prado Pelayo	157-161
Las mujeres y la educación médica. Deyanira González de León Aguirre	162-167

ENSAYOS Y MONOGRAFÍAS

Número 1

Los métodos científico, estadístico y epidemiológico y su vinculación con la licenciatura médica: perspectivas. Octavio Ramírez Vargas/José Luis Macías Flores/José Guillermo Torres Jiménez	29-32
Aspectos fundamentales para la orientación de la investigación educativa en la formación de médicos. Yolanda Marín Campos	33-36
La enseñanza de la investigación clínica en el primer nivel de atención médica. Víctor M. Mendoza Núñez	37-40
La investigación educativa en la Facultad de Medicina de Guadalajara. Luis Fernando Velázquez Pérez/Ana Luisa Larios Canale	41-44

La medicina tradicional mexicana en el plan de estudios de la carrera de médico cirujano de la ENEP Zaragoza. José Antonio Moreno Sánchez/José Luis Osorno Covarrubias/Magda Luz Atrián Salazar	45-47
--	-------

Número 2

Educación continuada en la Universidad Autónoma de Guadalajara. Néstor Velasco Pérez	106-109
Experiencias de educación continua en medicina. Abdo Bisteni Adem	110-111
Educación médica continua y sus necesidades de proyección. Luis Arturo Zavaleta de los Santos	112-116
Educación médica continua. Gerardo de Jesús Félix Domínguez/Rodolfo García Montoya	117-120
La importancia del estudio independiente en la educación médica continua. José Antonio Moreno Sánchez/Enrique Aguirre Huacuja	121-123
El papel de la práctica clínica temprana en la formación de médicos generales. Carmen García Colorado	124-127
La evaluación del aprendizaje en el sistema de enseñanza modular. José Luis Osorno Covarrubias/Magda Luz Atrián Salazar/José Antonio Moreno Sánchez/María Luisa Ponce López	128-132

Número 3

Ética médica. Ruy Pérez Tamayo	168-176
La enseñanza de la ética en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán. Carlos Urzaiz Jiménez/Arturo Bravo Gorena	177-180
Enseñanza de la ética en la carrera de medicina. Rubí Libreros de López	181-182
La enseñanza de la ética moderna. José Manuel Vidal Gual	183-191
Ética en la investigación clínica. Gabriel Cortés Gallo	192-195
La formación de actitudes deseables en la práctica médica. Hilario Cantú Flores/Carmen García Colorado	196-198
La calificación cuantitativa en la evaluación del aprendizaje. Víctor López Cámara	199-204

RESEÑAS BIBLIO-HEMEROGRAFICAS

Número 1

Los procesos de formación y conformación de los agentes de la investigación educativa. Arredondo M., Martínez S., Mingo A., West, T., por: Osorno Covarrubias José Luis/Atrián Salazar Magda Luz

Número 2

La formación de profesores investigadores en México. Hirsch A., A., por: Ponce López Ma. Luisa

Número 3

Ethical Decision in Medicine. Brody, Howard, por: Osorno Covarrubias José Luis

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.

