

REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

1992

VOLUMEN 3

NUMERO 2



PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA
DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

ISSN 0188-2635



REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Octavio Castillo y López
Dr. Ramiro Jesús Sandoval
Dr. Raúl Vargas López
Dr. Jorge Ruiz León
Dr. Daniel Pacheco Leal

CONSEJO EDITORIAL

Dr. José Manuel Alvarez Manilla
Dr. Rodolfo Herrero Ricaño
Dr. José Laguna García
Dr. José Luis Leiva Garza
Dr. José Narro Robles
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez
Dr. Juan Somolinos Palencia
Dr. Carlos Urzaiz Jiménez

DIRECTOR

Dr. Octavio Castillo y López

EDITORES INVITADOS

C.D. Juan José Casanova Isaac
Dr. Eduardo A. González Cobá
Dr. Esteban Franco V.

*La formación de este número se realizó en LASER EDICION,
Privada 27 B Norte 1833-1 Las Hadas, Tel. 30-22-29, Puebla,
Pue. Diseño de la portada: Sonia Cordero Suárez.*

REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES
Y ESCUELAS DE MEDICINA

1992, VOLUMEN 3 NUMERO 2

ISSN 0188-2635

INDICE

EDITORIAL

2

REPORTES DE INVESTIGACION

Las creencias del docente y sus mecanismos de defensa.

3

Ileana Petra Micu/ José Antonio Talayero U.

Solución de un problema experimental en el laboratorio de farmacología.

9

David Servín Hernández

ENSAYOS Y MONOGRAFIAS

El enfoque de las ciencias sociales para el análisis de la morbi-mortalidad Reflexiones para su enseñanza.

16

Armando Arredondo/ Xóchitl Castañeda/ Carlos García/ Jorge Escobedo/ Catalina Ramírez.

Eutanasia y distanasia.

30

Carlos Urzaiz Jiménez

La formación del médico en el área clínica.

37

Alberto Lifshitz G.

REUNIONES DE LA AMFEM

XXXV Reunión Nacional Ordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Discurso Inaugural.

43

Octavio Castillo y López

Panel foro sobre la calidad y evaluación de la educación médica

* Reflexiones sobre calidad y evaluación de la educación médica

45

Virginia Hidalgo Wong

* La Calidad y la evaluación en la educación médica.

47

Néstor Velasco P. / Ana Luisa Larios C.

* Evaluación de la educación médica.

53

José Luis Leiva Garza

Análisis interno de la educación médica.

56

Octavio Castillo y López.

La educación médica y la práctica de la medicina ante el tratado de libre comercio.

62

Juan Ramón de la Fuente R.

CARTAS A LA DIRECCION

68

NOTICIAS ACADEMICAS

69

Editorial

La educación y la salud ocupan un lugar preferente dentro de los factores que se consideran necesarios para el desarrollo de un país.

La salud, constituye uno de los valores fundamentales del individuo y de la colectividad; si no contamos con una población sana, será difícil programar de manera efectiva el desarrollo social de nuestro país.

La educación en México es una garantía individual consagrada en la Constitución Política del país y de acuerdo a la Ley Federal de Educación, promulgada en 1973, la Educación se considera un servicio público.

Tanto la educación como la salud ejercen una gran influencia sobre el comportamiento demográfico de la población; y el Sistema Educativo ha ampliado su capacidad debido a la presión demográfica. México, como muchos otros países en desarrollo, ha experimentado un acelerado crecimiento poblacional que ha causado tensiones considerables en el esfuerzo de hacer crecer los servicios educativos al mismo ritmo de la demanda social.

Por otro lado, la situación de la salud en México tiene un perfil particular, ya que si bien presenta las características propias de un país industrializado, también tiene las de un país agrario, lo que determina problemas de salud propios de los países más desarrollados sin que se hayan resuelto los del país subdesarrollado.

Las necesidades del país en atención médica distan mucho de estar satisfechas; ésta se realiza a través de la participación de las instituciones de seguridad social y de las encargadas de atender a la población abierta.

La formación de recursos humanos para la salud ha sido en parte, planeada, organizada y llevada a cabo como una acción aislada de la salud. Esto ha sido consecuencia de la separación entre las acciones de las instituciones formadoras de recursos y las de quienes los utilizan, ambas instituciones deben marchar de acuerdo para orientar el curso de toda la Medicina Nacional, incluso el ejercicio liberal de la Medicina.

La formación de Recursos Humanos para la salud debe obedecer a un programa acorde con el Sistema Nacional de salud que enmarque claramente las acciones a seguir, las necesidades de elementos humanos así como tipo, nivel, localidad y número.

Las escuelas y facultades de Medicina deben formar Médicos Generales de comprobada competencia que correspondan al perfil profesional que la sociedad necesita; también en la estructura de Salud Nacional es indispensable la formación de especialistas con excelente preparación científica y la participación de maestros y doctores compenetrados de la conveniencia de realizar docencia, investigación y servicio o asistencia como un principio único y no como acciones aisladas.

Es evidente que el país y sus habitantes necesitan especialistas, pero resulta también indispensable definir el número necesario y suficiente para que el país recupere la inversión que se hace al prepararlos, y para que el tiempo, esfuerzo y dedicación de quienes han estudiado una especialidad se vean compensados.

Resulta necesario definir con claridad los perfiles de los diversos especialistas, maestros y doctores de manera que correspondan a la solución de necesidades del país, ya que en la medida en que aquellos alcancen niveles de excelencia, ésta repercutirá en la salud de la población.

Es urgente encontrar soluciones viables a problemas como la planeación de la atención en la salud de nuestra población y la imperiosa necesidad de lograr una mayor vinculación entre las Facultades y Escuelas de Medicina y las Instituciones que ofrecen los servicios de salud.

Las Creencias del Docente y sus Mecanismos de Defensa

Ileana Petra Micu*

José Antonio Talayero V. **

RESUMEN

Un elemento que influye sobre el rendimiento del profesor, es su sistema de creencias que está formado por elementos cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos que procesan las experiencias e información que adquiere a lo largo de su vida. Se analizan algunos de los componentes de este sistema como son: los antiguos patrones de interacción con figuras significativas, la interacción progresiva de patrones pre-establecidos con experiencias recientes y el papel de la fantasía y el autoimagen.

El sistema de creencias del individuo con el apoyo de los mecanismos de defensa para su manejo. Se señalan algunos de ellos, como son la racionalización, sobrecompensación, proyección, control y distancia, los que facilitan al docente el control de su angustia y sus conflictos presentes durante el acto docente.

Se concluye señalando la necesidad del análisis de estos y otros factores como parte del eje central de un curso de formación de profesores con miras a la integración del perfil de un docente bien estructurado.

Palabras clave: Psicología Educativa, Eficiencia del Docente

SUMMARY

One of the elements that influence the teaching capabilities of a teacher is his belief system, that is formed through the use of cognitive, affective, behavioral and physiological elements that process the experiences and the information that he acquires during his lifetime. Reference is made to some of the components of this system such as the first interaction patterns formed with significant individuals, patterns of progressive interaction with new experiences, and the role of fantasy and selfimage in the teaching process.

The belief system sustained, among other ways, by defense mechanisms such as rationalizing, over compensation, projection, control and distortion, which permit the teacher to control his distress and conflicts during teaching.

The conclusion drawn is the need to analyze these and other key factors during teacher training courses, and in this way, to be able to determine the adequate profile of a medical teacher.

Key words: Teaching Psychology, Teacher's Efficacy

El profesor universitario inicia su formación a partir de la adquisición de conocimientos que servirán como base para la impartición de su materia, a los cuales se añade: la experiencia profesional que adquiere durante su ejercicio médico; la especialización, maestría y doctorado que realice; cursos de didáctica, pedagogía, etc., que algunos llegan a efectuar y aquella experiencia que se logra a través de impartir clases. Estos elementos indispensables, necesariamente nacen sobre otros procesos que se inician en la infancia y ejercen su influencia a lo largo de toda la vida del profesor, haciendo que sus patrones conductuales, sus

actitudes y emociones, sufran modificaciones continuas, visibles en mayor o menor grado durante el acto docente.

Uno de los procesos que ayudan a formar la mentalidad de un profesor, es su Sistema de Creencias que puede definirse como una serie de patrones recurrentes que interactúan y que "encajan" uno con el otro en tal forma, que el individuo le parece coherente¹. Este sistema de creencias se forma a partir de elementos cognitivos, afectivos, conductuales y filosóficos que se van integrando y dando una forma creíble a los acontecimientos de la vida. (Fig. 1)

*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, UNAM

1) El elemento cognitivo funciona en cuanto a lo que debe ser un docente, desde el primer contacto que se tiene con el maestro; donde la acción y el efecto de conocer se logra a través de la percepción que se hace del docente.

Maturana señaló que la percepción depende de la fisiología y le llamó "determinismo estructural", es decir, que la constitución física de cada individuo influye en la forma en que capta la información que llega del exterior, favoreciendo respuestas diferentes ante el mismo estímulo, estas diferencias no llegan al grado de que impida que se observen ciertas características comunes, esto gracias a la plasticidad cerebral que se acopla a las circunstancias del medio. Así el alumno interactúa con su profesor en base a lo que se dio en llamar un "acoplamiento-estructural" que les permite revisar y analizar los "objetos de estudio" y las demás señales cognitivas, afectivas, conductuales y fisiológicas que recibe.²

El acoplamiento construye una imagen de un ser superior, adulto, conocedor del bien y del mal, y llega a considerarlo una figura dominante al que hay que atender. Esta imagen durante los siguientes años escolares se transforma de acuerdo con los estímulos recibidos y la edad que se tiene, pero la figura del profesor sigue siendo un modelo fuerte con el cual el joven se sigue identificando aceptando sus enseñanzas como verdaderas e innegables, sean interesantes o aburridas. El paso de los años hace al individuo crítico y esta actividad se vuelca también hacia sus profesores en cuanto a su apariencia, gestos, actitudes, simpatías y antipatías personales que le despierta, más pocos son evaluados como ignorantes. En todo momento la sociedad nos

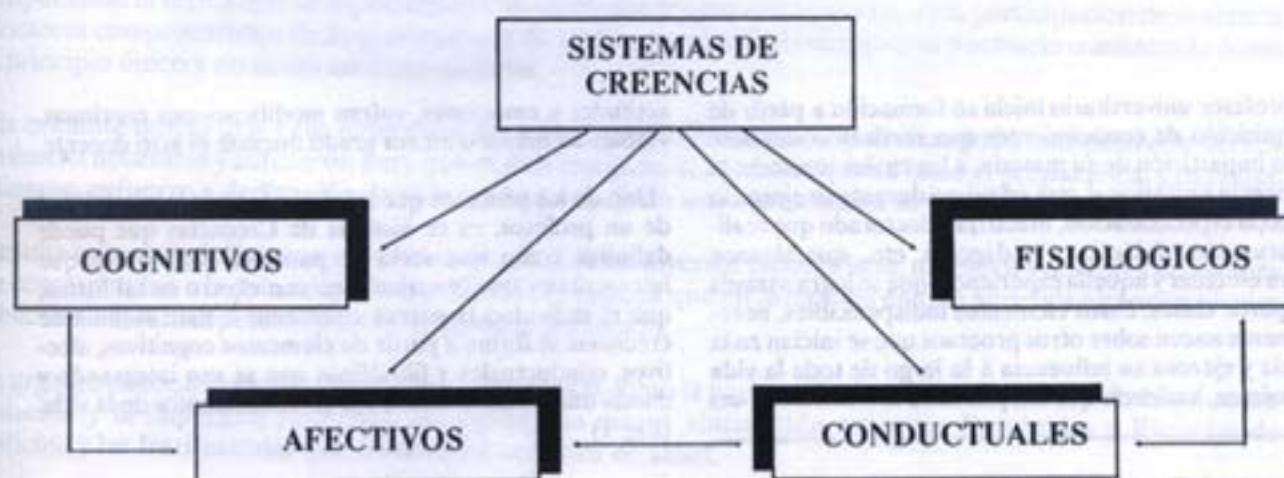
insiste en el profesor como cúmulo de conocimientos y de madurez, y aun el ascetismo del adolescente puede con dificultad negarlo.³

A nivel universitario el profesor se convierte en el símbolo de lo que el joven quisiera llegar a ser: el profesionista, el exitoso, el admirado y el formado de otras generaciones, todo ello a pesar de enfrentarse a diversos maestros que no llenan necesariamente esa imagen.

Cada etapa del desarrollo del individuo lo lleva a enfrentarse a la figura del profesor, a internalizarlo dentro de sí, analizándolo y volviéndose un pilar de donde fluirán futuras conductas cuando el momento sea propicio.

2) El elemento afectivo del sistema se refiere a las emociones que se despiertan en un individuo al establecer contacto con los maestros de acuerdo con las experiencias pasadas, el manejo de autoridad que ha logrado en su vida y los intereses personales ante la docencia. Lo afectivo produce huellas favorables o de repudio y en la mayoría de las ocasiones sentimientos de ambivalencia hacia el docente, y la docencia; viviendo ese individuo simultáneamente lo admirable y lo detestable del profesor, lo respetuoso y lo irrespetuoso que puede ser ese ser, la dependencia y la independencia, que quiera tener frente al maestro; la autoridad y la tiranía, que sufre bajo su dominio; el querer ser y el miedo a no ser como él y el desear darse y el miedo a no saber cómo darse como profesor. Cada uno de estos afectos encontrados se establecen dentro de su sistema de creencias e interactúan frecuentemente ignorando la presencia de la otra mitad de la ambivalencia. Es así como se convierte cada afecto en una verdad absoluta, consciente y

Figura N° 1 Elementos que dan Lugar al Sistema de Creencias del Profesor



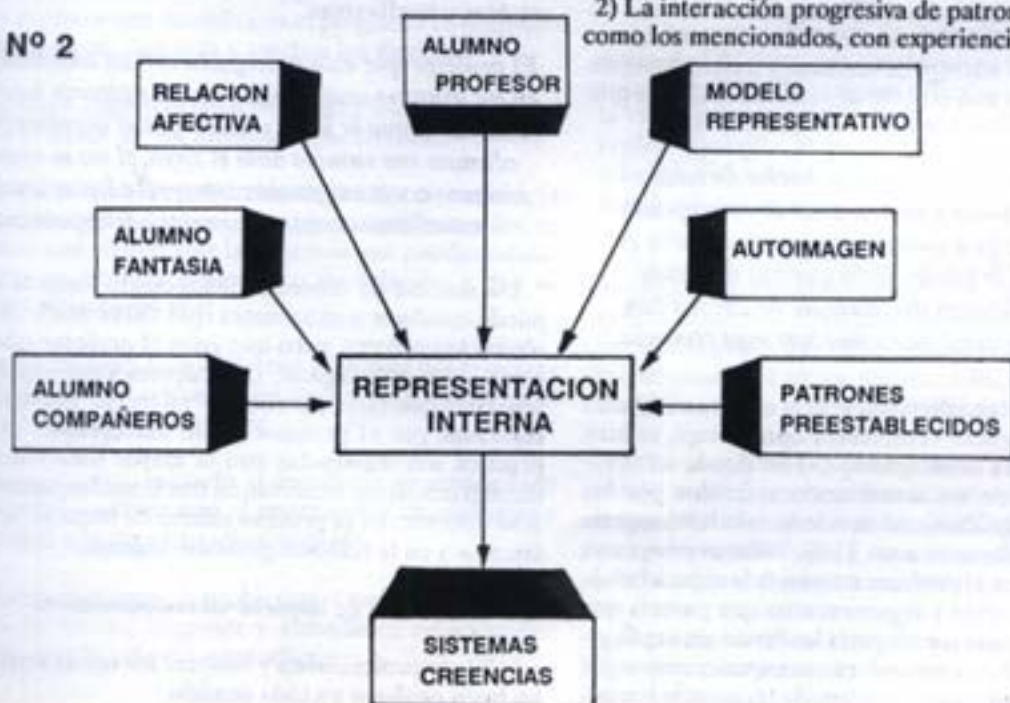
aparentemente racional de cómo debe actuar ahora que se es profesor y que se sigue de otro momento también aparentemente racional pero contrario, ambos coexistiendo con poca conciencia de la existencia del otro: así un profesor puede mostrarse educado en su trato y sarcástico e irrespetuoso en su hablar.

3) El elemento conductual parte de las dos anteriores como manifestaciones físicas observables, donde en los sistemas de creencia que no han sido autoanalizadas por el mismo individuo con ayuda de su insight, se forman estilos pedagógicos caracterizados por contradicciones, no en cuanto al conocimiento que imparte, sino al rol que como docente ejerce y al rol que espera que el alumno practique, todo ello a través de conductas que puedan ser sutiles o ramplonamente notorias.

4) El elemento fisiológico, como respuesta integral que da el cuerpo a los estímulos recibidos a lo largo del tiempo, coadyuva a crear en el individuo un estado de equilibrio, de preparación y de respuesta durante el acto docente.

Lo anterior da lugar a sensaciones de naturaleza biopsicológicas tanto placenteras como displacenteras durante el ejercicio docente. El profesor tiende a enfatizar los desagradables como sudoración, palpitaciones, fatiga, angustia y malestares inespecíficos y deja de observar las reacciones estimulantes de placer, relajación, ímpetu, con viva participación física a través de movimientos musculares y reacciones fisiológicas.

Figura Nº 2



COMPONENTES QUE INTEGRAN EL SISTEMA DE CREENCIAS DEL DOCENTE

Los elementos señalados confluyen e integran los componentes sobre los cuales se construye el sistema de creencias (fig. 2) que se manifiestan ante el mundo exterior como patrones conductuales, que ocultan las figuras significativas, las interacciones pasadas, las fantasías y el autoimagen que se ha formado el profesor.

1) Antiguos patrones de interacción con "figuras significativas". Se refiere a las huellas que dejan en un alumno el trato que tuvo con los maestros y compañeros y que se amoldan al carácter del individuo dando lugar a conductas estructuradas poco comprensibles para el observador cuando se encuentra ante estímulos desencadenantes semejantes a los experimentados.

El profesor que de alumno no se le permitió una relación cercana con sus maestros, tiende a manifestar de primera instancia rechazo a cualquier intento por parte del alumno de aproximación.

El haber tenido relaciones docente-alumno descritas como "inestables" o conflictivas, aunadas ocasionalmente a relaciones tranquilas y estables, influirán significativamente en el futuro profesor de acuerdo con la forma en que internalizó los hechos dentro de su sistema bio-psicosocial.

2) La interacción progresiva de patrones pre-establecidos como los mencionados, con experiencias recientes fortale-

cen o debilitan el sistema de creencias. La práctica cotidiana del docente penetra al sistema a través de la percepción y conduce al análisis y a la síntesis de nuevos factores que aunados a los anteriores sirven para reconfirmar lo que se creía o poner en tela de juicio lo ya establecido.

El análisis de la información llegada, puede ser distorsionada por la información ya establecida debido a una suma progresiva de ideas: "entre más lo creo, más lo veo; entre más lo veo, más lo creo". Von Forester afirmó que no existe la verdad objetiva, sino que todo lo que percibimos es subjetivo, buscando ingresar a nuestro sistema de creencias todo aquello congruente con nuestra creencia primordial e ignorando o dando poco valor a aquello que no concuerda con ella.

El maestro que ve en todos los alumnos de cierto estrato social o procedencia preparatoria individuos de menor capacidad, por habérsele inculcado la idea o por ser de otro nivel social o escolar. Con cada grupo resalta al mal alumno con dicho antecedente, ignorando al bueno o argumentando la excepción.

3) La fantasía, producto de la imaginación de un individuo que cuenta con ciertas experiencias previas, son parte inherente del funcionamiento cerebral normal. Tiene entre otros propósitos facilitar al individuo la solución de problemas, la creatividad, el establecimiento de metas y cierta tranquilidad a través de "soñar" con aquello que desearíamos que fuera nuestra existencia. El papel de la fantasía no desaparece al pasar de la infancia hacia la vida adulta, sino que se establece más adentro de nosotros y frecuentemente pasa de una ilusión a una especie de realidad subjetiva que creemos que todos ven como una realidad objetiva.

El profesor cree que por el solo hecho de estar dando clases es bueno y poco a poco se va creyendo que es verdad; llega a considerar que su cátedra es adecuada y no le queda duda que sus alumnos también lo consideran así, aunque no cuenta con argumentos "objetivos" para sostener esta creencia.

El problema de la falta de congruencia en las actividades del profesor en el proceso enseñanza-aprendizaje, se hizo evidente durante una investigación (4) en donde se analizaron los factores de no acreditación referidos por los alumnos de tres asignaturas en donde se encontró que de un 16.46% de los alumnos a un 31.89, señalan como una causa importante que el profesor no posea la capacidad de transmitir la información y argumentaron que parecía que no había estudiado, que sólo repetía los textos sin explicarlos, que era aburrido o monótono en sus exposiciones o que no se le entendía. Señalaban en segundo término la irregularidad de su asistencia, el que llegaban tarde o se iban

temprano, o impartían su cátedra fuera del horario oficial. En tercer lugar indicaron la mala relación profesor-alumno, ya fuera por desinterés del profesor, predilección por sólo algunos alumnos, para provocarles sentimientos de angustia, por ser intransigentes, etc. En cuarto lugar especificaron que el profesor manejó inadecuadamente el programa ya fuese porque no lo terminó o porque se extendió en temas que no vinieron en el examen.

Estas actitudes continúan sin ser aceptadas o concientizadas por el maestro.

4) La imagen que desarrolla el profesor de sí mismo está basada en:

- Una constitución física determinada que ha llegado a aceptar parcial o totalmente.
- Una constitución funcional sana o no, que lo apo- ya en mayor o menor grado en las exigencias de sus actividades.
- Una integración neurológica adecuada o no, que le permite vislumbrar la vida a la que puede aspirar y los elementos psicológicos con los que puede contar.

La imagen física y psíquica que tiene y aquella que se ha formado de sí mismo constituyen para todo profesor su carta de presentación ante los demás. Al poseer un autoimagen aceptable o no de sí, el profesor se enfrenta a la imagen y autoimagen de sus alumnos y da lugar en el profesor a lo que "cree" que debería ser la imagen del joven con respecto a la suya, pidiendo acrecentar interacciones estables o conflictivas.

El profesor que está a disgusto con su autoimagen, ve en un alumno una imagen que él desearía tener, pero considera que le falta y desea que el autoimagen del alumno sea sumiso ante el suyo, si no se somete el alumno a sus exigencias interpreta las actitudes del estudiante como arrogantes e irrespetuosas.

Un sistema de creencias inadecuado hacia la docencia puede conducir a situaciones que vistas desde afuera son obvios sus errores, pero que para el profesor que las vive como suyas, son lógicas, congruentes y racionales. Ha de señalarse que estas situaciones "en teoría" pueden ser consideradas por el profesor como inaceptables pero en la práctica son manejadas con la mayor naturalidad. Estas incongruencias se observan en dos áreas fundamentales del acto docente: en el proceso mismo de impartir los conocimientos y en la relación profesor-alumno.

En el proceso de impartir un conocimiento:

- 1) El ser profesionista y conocer los temas equivale a ser un buen profesor en toda ocasión.

2) Lo explicado en clase es entendido por el alumno por ser lógico y obvio para el docente, de no ser así, es el alumno que no pone atención o es limitado en su capacidad de comprensión.

3) Por saber más, el profesor debe manejarse como infalible, para evitar una mala imagen que puede causar su ignorancia, por lo que es firme en sus aseveraciones y no permite la contradicción.

4) El organizar una clase cargada de información, lo convierte, automáticamente en una clase interesante.

5) La forma en que el profesor aprendió es la mejor, así enseña a su vez, y no requiere de modificaciones.

6) En las evaluaciones se muestra quienes son los alumnos, no quienes son los profesores.

7) El cumplir con las asistencias y el desarrollo de un programa lo convierte en buen profesor.

En la relación profesor-alumno:

1.- La figura de profesor merece respeto y en forma consciente o inconsciente levanta una barrera ante el alumno o, por el contrario, considera que el respeto se logra al romper los convencionalismos y convertirse en "cuates" y al estar al mismo nivel que el alumno.

2.- Ser profesor que cumple con el programa es sinónimo de ser un docente que guía y ayuda a los alumnos.

3.- Por tener experiencia en dar clases, las opiniones que tiene un profesor de sus alumnos son correctas.

Si en un sistema de creencias se contó con un insight (percepción objetiva de uno mismo) en continua acción, se favorecerá una actitud ante la docencia que puede compararse con un modelo epigenético de relación y que se encuentra constituido por:

1) **Afecto/cuidado.** Unión afectiva matizada por el interés de la diada profesor-alumno en un fin común que es el proceso enseñanza-aprendizaje.

2) **Comunicación.** Iniciado al compartir un mismo foco de atención y continúa con el intercambio de mensajes y sentimientos con respecto a lo estudiado.

3) **Solución conjunta de problemas.** Compartir en forma continua las tareas, intereses y actividades relacionados con el proceso enseñanza-aprendizaje.

4) **Mutualidad.** La integración flexible pero selectiva del profesor y el alumno al proceso de aprendizaje forjando relaciones duraderas. Es un compromiso compartido para moldear el proceso de interacción conforme se van desenvolviendo los temas.

LOS MECANISMOS DE DEFENSA

Como apoyo para que el profesor pueda manejar su sistema de creencias se encuentran los mecanismos de defensa descritos inicialmente por Freud y definidos como "aquellos procesos de la personalidad cuyo propósito es mantener, a pesar de conflictos y contradicciones, un estado de integración mental de relativa congruencia interior, que permita al individuo funcionar unitaria y afectivamente ante los problemas que le plantea la situación externa".³

Su uso es inconsciente y sirve de igual forma para preservar el prestigio del individuo y obtener ventajas en el trato del profesor con otros colegas y alumnos. Culpar a otros de lo que es responsable, ofrece a los demás explicaciones falsas de la propia conducta, oculta el miedo tras actitudes de infalibilidad, prescindiendo de metas muy deseables pero que implican esfuerzo.

Los seres humanos emplean estos mecanismos de defensa que al ser utilizados durante el acto docente ayudan al profesor a disminuir situaciones angustiosas y así, el mecanismo de defensa de:

1) La racionalización es entendida como la poderosa necesidad de creer que sus decisiones y su conducta son el resultado de deliberaciones reflexivas y de la aplicación de la razón y la moralidad. Pudiendo éstas ser parcialmente reales. Ejemplo: el profesor que prohíbe toda crítica y rebeldía de los alumnos a su clase, considerando que ellos son incapaces de apreciar la excelencia de clase.

2) La sobrecompensación entendida como la represión de tendencias poderosas y el desarrollo de otras diametralmente opuestas. Ejemplo: un profesor que tiene en su interior miedo a dar clases, o miedo a quedar en ridículo, puede mostrarse altivo, distante e impositivo con sus alumnos para que no se den cuenta de su situación real.

3) La proyección es la tendencia a defendernos, atribuyendo a otros nuestras intenciones malévolas o nuestras culpas. Así el profesor puede justificar que su grupo salió mal porque son flojos y nunca estudian y no por falta de preparación del maestro.

En otras clasificaciones de los mecanismos de defensa descritas por otras escuelas psicoanalíticas, se señalan algunos que son utilizados por el profesor al encontrarse actuando en el proceso enseñanza-aprendizaje.

1.- **Control.** Descrito como un intento excesivo de manejar o regular eventos, conocimientos y alumnos con el fin de minimizar la ansiedad que produce la inseguridad personal y así resolver los conflictos internos del profesor.

El docente que mantiene un control absoluto de sus clases puede prever situaciones que pueden resultar en un ataque a su sistema de creencias (autoimagen, fantasías, etc.)

2.- **Distorsión.** Reorganización burda de la realidad externa para convenir a las necesidades internas, que incluyen tendencias megalomaniacas, esperanzas o deseos irreales pero que se quieren ver como reales. Estos se basan en conductas que adopta el profesor en donde él es el protagonista central y la realidad no incluye lo que el alumno critica de la clase, sino lo que el profesor desea ver en la misma, por lo que modifica la información que recibe del exterior para que coincida con sus deseos y proseguir con la enseñanza de acuerdo a sus metas ilusorias.

El profesor que imparte sus clases con excesiva efusividad gozando de los conocimientos que expresa sin vislumbrar las señales de aburrimiento o desinterés que manifiestan los alumnos.

CONSIDERACIONES FINALES

No hay mitos, ni creencias que nazcan exclusivamente de una experiencia reciente: son el producto de años de percepciones, experiencias y análisis continuos, que van uniendo unos a otros para formar un sistema de creencias que rige nuestra vida a todos los niveles incluyendo el docente.

En la formación de un profesor, es indispensable enseñarle a valorar su sistema de creencias y cómo éste influye su conducta docente. El analizar los mecanismos de defensa que utiliza para protegerse durante su clase requiere de un tiempo que no siempre se tiene, pero que puede ser señalado para hacer consciente su existencia y poner al maestro en alerta de su presencia.

Un curso de formación de profesores que busca moldear nuevos maestros, capaces de convertirse en propagadores de información y de formación profesional, debe contemplar los cuatro ejes complementarios de un curso:

1. Selección del alumnado antes y durante el curso.

II. Fortificación y actualización de los conocimientos a impartir.

III. Aprendizaje práctico de métodos didácticos y pedagógicos así como su uso racional.

IV. Análisis y crítica de las funciones del profesor, los alumnos, conocimientos y el medio ambiente, para el logro de metas específicas.

En este último eje resulta contradictorio a simple vista que un individuo que durante su período como estudiante considerara que un profesor debe ser accesible, comprensivo, flexible y de amplio criterio⁵; se transforme en el momento de convertirse en profesor, en alguien rígido, alejado y directivo. En el fondo este fenómeno de su sistema de creencias y sus mecanismos de defensa que ocultan atrás la ignorancia, es decir el desconocimiento real de lo que es ser docente y el proceso enseñanza-aprendizaje.

Ningún curso puede modificar todo un sistema de creencias que tardó años en formarse, ni concientizar rápidamente a un individuo de cómo está utilizando sus mecanismos de defensa en el proceso educativo, sino que debe y puede iniciar en los posibles profesores una autocrítica en su conducta docente que provoquen un "efecto cascada" en donde un individuo dotado con el conocimiento de los elementos fundamentales que constituyen a un buen profesor, empieza a ubicar factores de la cadena que permitan que correlacione un hecho con otro, para que a lo largo de su ejercicio docente vaya ampliando su visión y logrando modificaciones en su estructura mental que conduzca a mejoras en su quehacer docente cotidiano.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ISRAELSTAM K.: Interacting individual belief systems in marital relationships. *Journal of marital and family therapy*. 1989; 15 (1): 53-63.
- 2) DELL P.: Understanding bateson and Maturana: Toward a biological foundation for the social sciences. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1985; 11 (1): 1-20.
- 3) ALONSO-FERNANDEZ F. *Psicología médica y social*. Madrid. Salvat. 1989.
- 4) PETRA I, CASTILLO M.E., DIAZ-MARTINEZ A.: Factores de no acreditación referidos por los alumnos afectados. *Revista de la Facultad de Medicina*. 1986; 6: 251-256.
- 5) DE LA FUENTE R. *Psicología médica*. México. Fondo de Cultura Económica 1968.
- 6) KAPLAN H., FREEDMAN A., SADOCK B. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore. Williams & Wilkins. 1980.

Solución de un problema experimental en el laboratorio de farmacología

• David Servín Hernández

RESUMEN

Con el propósito de estudiar el proceso de solución de problemas experimentales en el laboratorio, se efectuó una investigación de tipo descriptivo transversal. A una muestra aleatoria de estudiantes, distribuidos en equipos, se les retó a descubrir la identidad de un fármaco denominado "A". Mediante procedimientos previamente validados se obtuvieron datos acerca de cuatro niveles de desempeño, organización, técnica, metodología y conocimientos teóricos. Asimismo, se analizó quienes siguieron un diagrama de flujo apropiado para encontrar la solución al problema. Los resultados señalaron que las puntuaciones en metodología fueron significativamente más altas (p) en aquellos equipos que enunciaron conclusiones adecuadas y fundamentadas, en tanto, en el resto de los aspectos no se encontraron diferencias, incluyendo el de conocimientos teóricos.

Se discute el posible significado de tales hallazgos y sus implicaciones en la enseñanza de la medicina.

PALABRAS CLAVE: Solución de problemas, niveles de desempeño, diagramas de flujo, metodología, conocimientos teóricos.

INTRODUCCION

El proceso de solución de problemas ha sido objeto de numerosas investigaciones en la educación médica.

Uno de los tópicos en que se ha puesto gran atención, lo ha constituido el análisis de los diferentes caminos en que los estudiantes generan conclusiones frente a una determinada dificultad.²

Este conocimiento es de gran importancia tanto para la mejor comprensión de las tareas de enseñanza-aprendizaje como en el desarrollo de nuevas alternativas de evaluación.³

La solución de problemas, en términos generales, se refiere a la obtención de datos significativos a partir de una pregunta y, a la aplicación de esos resultados a fin de lograr la respuesta apropiada.⁴

Representa a su vez, la adopción de una estrategia de investigación.⁵

Esto, a menudo se observa en múltiples actividades académicas, particularmente, en el laboratorio de ciencias básicas, lugar en el que se ha considerado que el maestro debe orientar el quehacer del alumno en la búsqueda de relaciones cuantitativas entre los fenómenos al variar las condiciones ambientales.⁶

Se ha hecho evidente que, cuando se trata de averiguar la explicación de problemas experimentales, se ponen en juego diversas capacidades o destrezas aprendidas, y también, la información teórica adquirida⁷, pero ha sido difícil establecer cómo dichos elementos participan. En la medida en que la investigación pedagógica profundice en aspectos así, el fundamento científico de la docencia será mayor.

Por lo anterior, el propósito del presente trabajo fue estudiar cuatro niveles de desempeño (organización, técnica, metodología y teoría) en estudiantes de medicina a quienes se les ha planteado un problema en el laboratorio. Se partió de la hipótesis de que la

* Departamento de Fisiología UNAM.

solución apropiada del problema experimental se asocia con altas puntuaciones en el desempeño de los alumnos.

METODOLOGIA

Se incluyeron estudiantes sin distinción de sexos y entre 18 a 24 años de edad, de la Facultad de Medicina de la UNAM, inscritos oficialmente durante el periodo enero-noviembre de 1990, en el segundo año del plan 85, tanto en el turno matutino como en el vespertino. Se seleccionaron aleatoriamente 5 grupos con un total de 80 alumnos, lo que representó aproximadamente el 20% de la población.

El diseño de la investigación fue descriptivo transversal. Se realizó en las aulas del Departamento de Farmacología durante el mes de octubre, dos semanas antes de finalizar el año escolar.

Se formaron equipos de trabajo de 5 integrantes elegidos al azar y se les plantó por escrito un problema experimental consistente en descubrir la identidad de un fármaco denominado "A" (el cual fue acetilcolina, agonista colinérgico) con posibles efectos sobre tejidos aislados. También se les ofreció proporcionar, dentro de las posibilidades, los recursos necesarios ya sea equipo, animales o sustancias, aunque no se les influyó para que usaran algún material ni tampoco se les sugirió efectuar alguna acción.

Una vez que los equipos iniciaron sus actividades, dos observadores entrenados, utilizando la técnica rotatoria, se dedicaron a la recolección de datos acerca de los tres niveles de desempeño siguientes: organización del equipo, ejecución de procedimientos técnicos y metodología experimental empleada. Por "organización del equipo" se entendió la disposición y orden de los alumnos para realizar la tarea encomendada. El instrumento respectivo contenía 10 enunciados acerca de la facilidad para trabajar en equipo, colaboración entre los integrantes y de la anotación oportuna y ordenada de los registros. En la "ejecución de procedimientos técnicos", es decir, la aplicación correcta de los materiales más comunes en los experimentos *"in vitro"*, se exploraron 18 aspectos como calibración del equipo, identificación y disección de estructuras aisladas, montaje y mantenimiento del tejido en la cámara de aislamiento, además, el registro de las respuestas en quimógrafo. De la "me-

todología experimental empleada", o sea, la planeación y realización de los pasos o acciones dirigidas para solucionar el problema, se obtuvo información de 15 rubros, básicamente, acerca de qué tejido se utilizó; dosis usadas, medición de las respuestas y administración de agonistas o antagonistas conocidos.

Cada rubro anterior se midió en una escala nominal del tipo Si o No de acuerdo a si el observador consideraba ejecutada o no cierta acción. Los instrumentos correspondientes fueron elaborados previamente y, en todos los casos, se tuvieron divisiones operacionales. Asimismo, los instrumentos se sometieron a validación de contenido por 10 profesores de tiempo completo con más de 5 años impartiendo el curso del laboratorio y participantes en un proyecto de investigación de farmacología. Además se establecieron los índices de concordancia entre observadores (.98).

Al tiempo que dieron por terminados sus experimentos, cada equipo entregó un informe breve de los pasos que siguieron, de sus hallazgos y sus conclusiones.

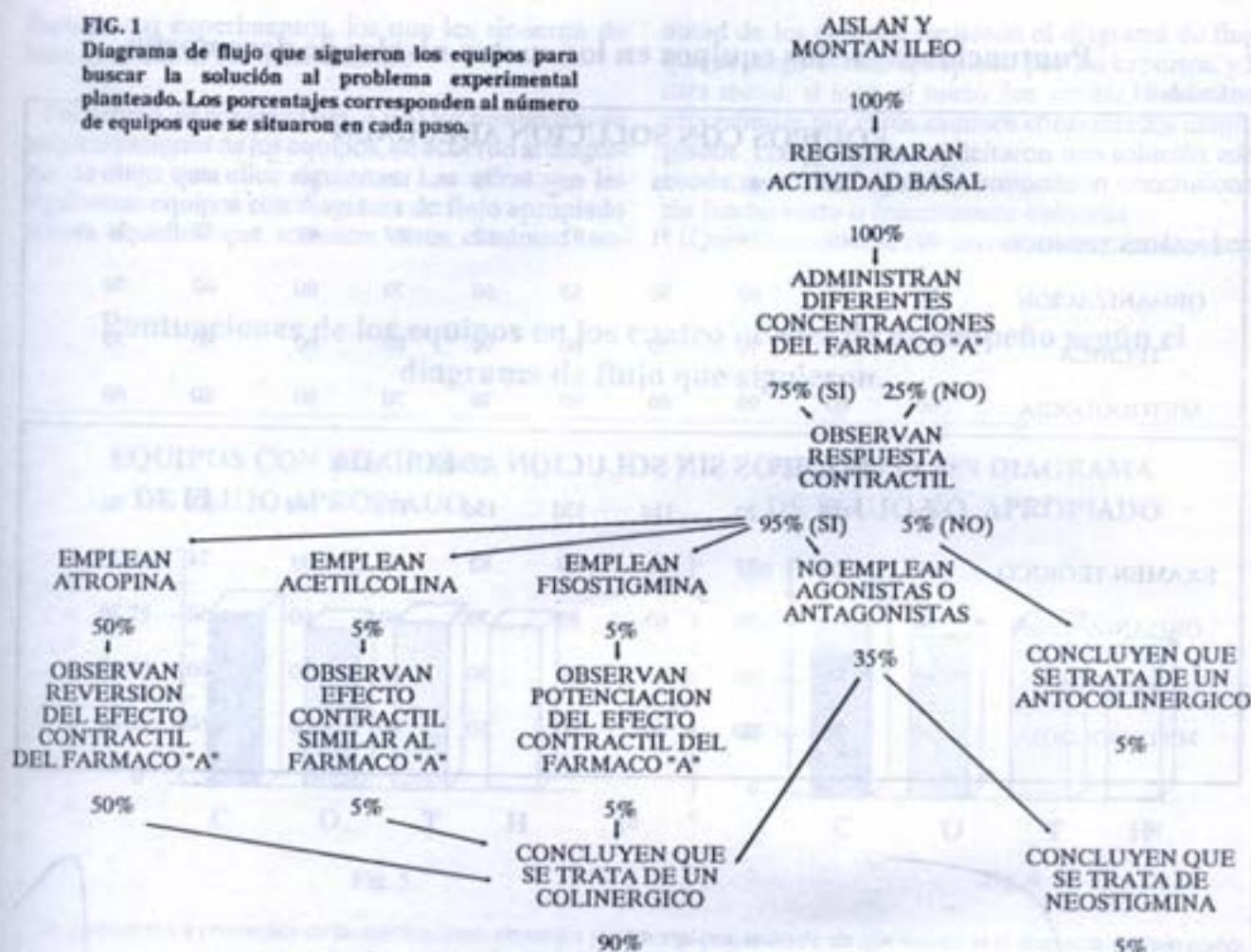
Por último, los miembros del equipo, juntos, se dispusieron a resolver un examen acerca del tema de colinérgicos. Esto conformó el cuarto nivel de desempeño estudiado. Se elaboraron 62 preguntas con respuesta de cierto o falso, principalmente acerca de los efectos de los agentes colinérgicos, mecanismo de acción y antagonistas. Se determinó con anterioridad la validez de contenido y confiabilidad de dicho examen.

Por otra parte, con objeto de analizar el camino que siguieron los equipos para tratar de identificar el fármaco "A", se diseñó por expertos en el campo, un diagrama de flujo en el cual se representó el modo en que se juzgó apropiado llegar a la solución del problema. Los pasos o decisiones claves que se establecieron fueron: aislamiento y montaje de ileon de rata -registro de actividad intestinal basal en quimógrafo-, administración de diferentes concentraciones del fármaco "A" -decisión de emplear atropina, un antagonista colinérgico-, observación de que la atropina revierte el efecto producido por el fármaco "A" -concluir que el fármaco "A" era un colinérgico-.

Los resultados se sometieron a la Prueba del Chi

FIG. 1

Diagrama de flujo que siguieron los equipos para buscar la solución al problema experimental planteado. Los porcentajes corresponden al número de equipos que se situaron en cada paso.



Cuadrada para establecer diferencias estadísticas a un nivel de significancia de $p < .05$ y se asociaron las puntuaciones de los cuatro niveles de desempeño con las conclusiones que emitieron los equipos.

RESULTADOS

Se encontró que el 90% de los equipos concluyeron que el fármaco "A" se trataba de un colinérgico. Pero en el diagrama de flujo (figura 1) se muestra que los equipos llegaron a emitir dicha conclusión por diferentes maneras: el 50% de los equipos siguieron el camino marcado con doble línea, aquél que se consideró el más apropiado de los expertos; un 30% no usaron agonistas o antagonistas basando su decisión

únicamente al observar una respuesta contráctil con el fármaco "A"; el resto de los equipos: 5% emplearon fisostigmina y el otro 5% usó acetilcolina; estas dos últimas estrategias aunque convenientes, no se consideraron válidas porque esos equipos no usaron atropina. Sólo el 5% (un equipo), concluyó que se trataba de neostigmina y otro 5% consideró que era un anticolinérgico al no encontrar ningún efecto después de la administración del fármaco "A".

Por otro lado, se presentan (cuadro 1) las puntuaciones de cada equipo en los cuatro niveles de desempeño: examen teórico, organización, técnica, metodología. Asimismo, se muestran (fig. 2), como ejemplos, los trazos o registros quimiográficos que fueron representativos de los que obtuvieron los equipos

Puntuaciones de los equipos en los cuatro niveles de desempeño

Cuadro 1

EQUIPOS CON SOLUCION ADECUADA										
	1a	3a	4a	5a	6a	7a	10a	14a	16a	18a
EXAMEN TEORICO	80	89	74	71	92	62	87	89	87	71
ORGANIZACION	70	70	80	50	50	60	70	80	60	70
TECNICA	70	80	70	70	80	90	80	60	80	70
METODOLOGIA	60	80	90	60	90	70	70	80	80	60

EQUIPOS SIN SOLUCION ADECUADA										
	8b	12c	2d	11d	13d	15d	17d	19d	20d	9e
EXAMEN TEORICO	67	76	77	74	79	82	70	89	74	76
ORGANIZACION	60	80	50	60	80	70	80	60	50	70
TECNICA	80	80	50	70	70	80	80	80	60	80
METODOLOGIA	60	70	80	50	60	50	40	60	60	60

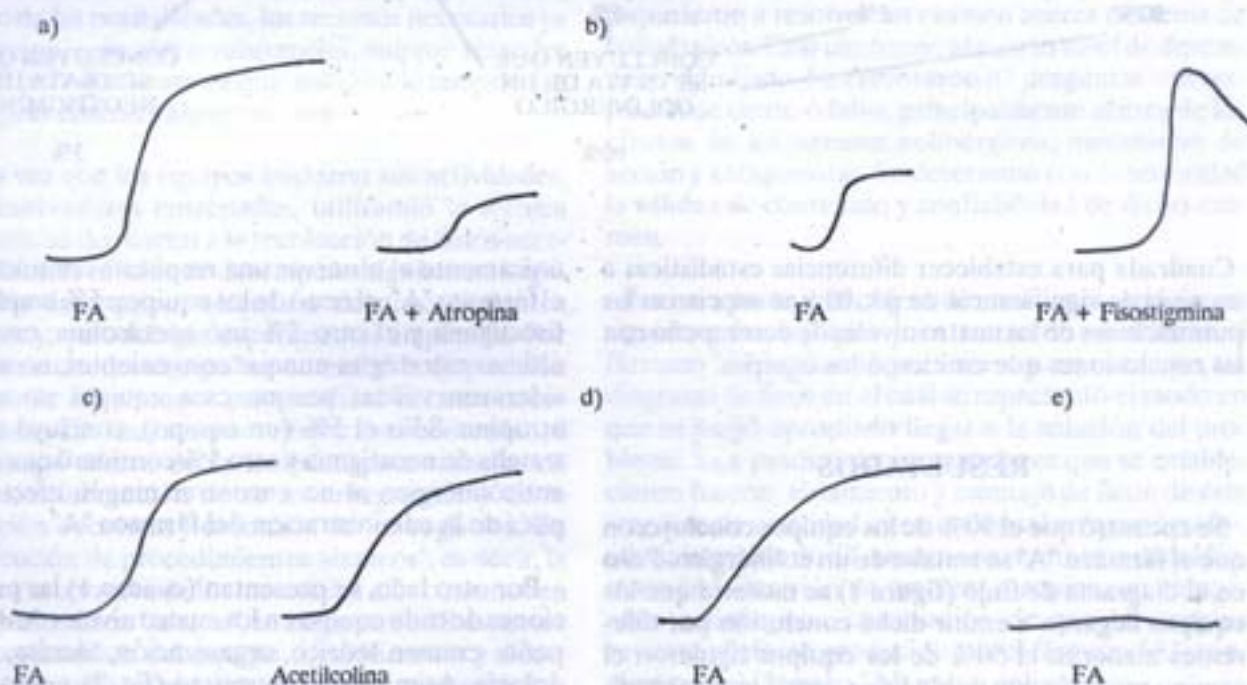


Fig. 2. Se presentan las calificaciones obtenidas por cada equipo de alumnos. Se distingue entre aquellos que enunciaron una solución adecuada y los que no. Las letras minúsculas indican qué tipo de trazo quimográfico registraron durante el experimento. FA = Fármaco A

durante sus experimentos, los que les sirvieron de base para emitir sus conclusiones.

Por último, se señalan (figs. 3 y 4) los promedios de las puntuaciones de los equipos, de acuerdo al diagrama de flujo que ellos siguieron. Las cifras son las siguientes: equipos con diagrama de flujo apropiado contra aquellos que tomaron otros caminos: teo-

mitad de los equipos siguieron el diagrama de flujo que se juzgó el más apropiado por los expertos, y la otra mitad, si bien al inicio fue similar, finalmente procedieron por otros caminos considerados inapropiados. Los primeros explicitaron una solución adecuada, pero los segundos enunciaron conclusiones sin fundamento o francamente erróneas.

¿Qué diferencias se encontraron entre las dos clases

Puntuaciones de los equipos en los cuatro niveles de desempeño según el diagrama de flujo que siguieron.

EQUIPOS CON DIAGRAMA DE FLUJO APROPIADO

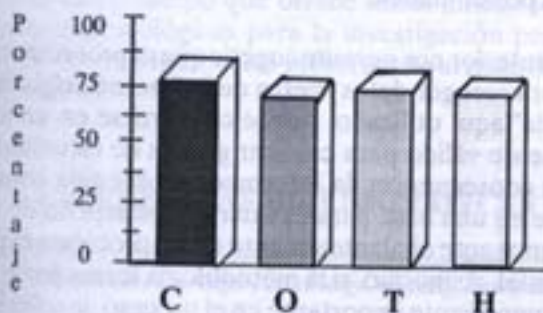


Fig. 3

EQUIPOS CON DIAGRAMA DE FLUJO NO APROPIADO

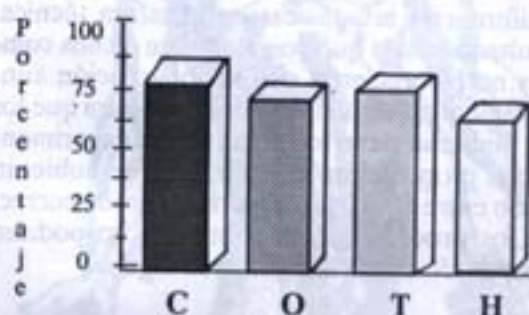


Fig. 4

Se graficaron los promedios de las calificaciones obtenidas por los equipos, tanto de los que siguieron el diagrama de flujo como aquellos que no lo hicieron.

C= conocimientos teóricos; O= organización; T= técnica; M= metodología.

Diferencia estadística de $p < .05$

ría=80 vs. 76; organización = 66 vs. 66; técnica = 75 vs. 73; metodología = 74 vs. 59. Únicamente en el apartado de metodología se estableció una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$).

DISCUSION

En esta investigación se retó a los estudiantes a descubrir la identidad de un fármaco "A". El planteamiento indujo a que, ellos mismos, diseñaran y llevaran al cabo estrategias experimentales diversas, las cuales, les permitieron emitir sus respectivas conclusiones. Básicamente, se identificaron dos líneas: la

de equipos? La búsqueda de esas diferencias es interesante puesto que nos puede orientar acerca de los posibles factores que influyeron para que unos equipos alcanzaran la solución adecuada. En relación a este respecto, algunas respuestas se obtuvieron al estudiar el desempeño de los alumnos en los cuatro niveles denominados de "organización", "ejecución de procedimientos técnicos", "metodología empleada" y "conocimientos teóricos". Estos aspectos se cuantificaron con la intención de analizar componentes formativos e informativos acerca de la participación de los estudiantes durante el proceso de resolución del problema.



Se encontró que la organización de los equipos no fue diferente entre los grupos, tampoco se establecieron diferencias estadísticas en la esfera técnica. Este resultado señala que posiblemente dichos componentes no favorecieron una mejor solución aunque, ciertamente, fueron indispensables para que los alumnos pudieran desarrollar las tareas experimentales que se propusieron, es decir, si no se hubieran organizado entre ellos o no hubieran aplicado correctamente los procedimientos técnicos, no podrían haber empezado a articular solución alguna.

Por otra parte, un hecho llamó fuertemente la atención: que en el examen teórico no se observaron diferencias, mientras que, las puntuaciones en metodología fueron significativamente más altas en aquellos equipos que siguieron el diagrama de flujo estimado como el más apropiado y, quienes también identificaron correctamente el fármaco "A".

Varias cuestiones se derivan de tal hallazgo. La primera si se ha señalado⁸ que los conocimientos teóricos son esenciales para que los alumnos resuelvan los problemas que se les plantean. ¿Por qué los conocimientos no son superiores en los grupos que emitieron una conclusión adecuada y bien apoyada? Nosotros pensamos que el nivel de conocimientos no es lo que convierte en expertos a los estudiantes cuando solucionan un problema sino que es la estructura cognoscitiva que ellos han adquirido a lo largo de su formación. Los datos que presentamos únicamente señalaron que el nivel de conocimientos fue similar entre los equipos, pero es claro que no estudiamos la organización de la formación teórica que los alumnos tenían en su memoria a largo plazo, propósito que requiere de otro tipo de diseño distinto al aquí utilizado.

Otra interrogante es ¿qué significan las cifras altas en el apartado de "metodología"? Parecen demostrar que, aquellos equipos que lograron la solución más adecuada, fueron los que formularon y realizaron cuidadosamente un buen diseño, lo cual propició que se apropiaran de datos significativos conduciéndolos a decisiones y conclusiones acertadas. Además, distingue satisfactoriamente a los equipos pues aquellos que afirmaron que el fármaco "A" era un colinérgico, y no habían empleado atropina, mostraron puntuaciones, en el componente metodológico, estadísticamente más bajas. Cabe señalar que el empleo de atropina fue un precedente clave para observar la reversión o el bloqueo del efecto contráctil sobre el intestino producido por el fármaco "A" y, con ello, catalogar a éste como colinérgico, distinguiéndolo de otras posibilidades.

Lo anterior nos permite sugerir que el procedimiento para recoger datos acerca de la "metodología empleada" aquí utilizado, puede convertirse en un instrumento válido para calificar grupos de estudiantes y, en consecuencia, la información obtenida constituirse en una base para evaluar el desempeño de los alumnos ante el planteamiento de un problema experimental. Asimismo, si la metodología forma parte de un componente importante en el proceso de solución de problemas experimentales¹⁰, es evidente enfatizar que, el quehacer docente dentro del laboratorio, debe dirigirse a enseñar estrategias de investigación que promuevan el espíritu inquisitivo, la actitud crítica y el pensamiento racional, más que la simple instrucción de habilidades técnicas o el seguimiento de "recetas de cocina".

Por otra parte, existen datos en la literatura,^{11,12} que sugieren que los esquemas mentales que conllevan a la solución de problemas son semejantes tanto en ciencias básicas como en ciencias clínicas. Por consiguiente, pensamos que el continuo reforzamiento en la enseñanza de estrategias de investigación, podrá elevar el desarrollo de los diferentes aspectos que permiten al estudiante una toma adecuada de decisiones al lado de los enfermos.

Por último, consideramos que los resultados de este trabajo pueden contribuir a la generación de estrategias que permitan conocer, desde un punto de vista integral, los elementos que surgen y transcurren durante la solución de un problema. No obstante, quedan muchas dudas, tal vez las más serias, que sugieren

un gran número de estudios educativos, por ejemplo: ¿existe relación entre una mejor calificación en la metodología con la adecuada toma de decisiones en la clínica por los mismos alumnos?; ¿el esquema mental de estos estudiantes es más apto para preguntarse y responder cuestiones fundamentales en la resolución de problemas?; ¿qué es lo que ha ayudado a estos alumnos a la estructuración de esquemas mentales orientados a la solución de problemas?; ¿cuál es el puente entre los conocimientos teóricos y la metodología? Si por un lado está la información teórica y por el otro se encuentran las capacidades, ¿qué es lo que las conecta?

Indudablemente que los fenómenos de toma de decisiones, razonamiento o uso de la información que aquí participan son muy complejos. Justamente, este es un campo que ofrece serias dificultades teórico-metodológicas para la investigación pedagógica, por eso mismo, los esfuerzos aquí necesitan fortalecerse.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- BARROWS, H. "How to design a problem-based curriculum for the preclinical years". Springer Publishing Company, New York, 155 p., 1985.
- 2.- RAMSDEN, P.; WHELAN, G. AND COOPER, D.: "Some phenomena of medical students diagnostic problem-solving". *med. Educ.* 23: 108-107, 1989.
- 3.- MC GAGHIE, W.: Medical problem solving: a reanalysis. *J. Med. educ.* 35, 912-921, 1980.
- 4.- SHUMWAY, J.; VARGAS, E. Y HELLER, D.: Métodos para la enseñanza de la solución de problemas en las escuelas de medicina. *Educ. Med. y Salud*, 18: 46-57, 1984.
- 5.- GIL PÉREZ, D.: A model for problem-solving in accordance with scientific methodology. *Eur. J. Sci. Educ.* 5: 447-453, 1983.
- 6.- IZQUIERDO, J.: Análisis experimental de los fenómenos fisiológicos fundamentales. Guía para un curso de fisiología general de laboratorio. Ediciones Ciencia, México, 336 p. 1939.
- 7.- COUGHLIN, J.: Processing of critical information by physicians and medical students. *J. Med. Educ.* 62: 818-828, 1987.
- 8.- PATEL, V.: Reasoning strategies and the use of biomedical knowledge by medical students. *Med. Educ.* 24, 129-136, 1990.
- 9.- POSNER, G.: The assessment of cognitive structure. Curriculum Series Research Report No. 5, Ithaca, N.Y. Department of Educational, Cornell University, 1977.
- 10.- RIDDERIKHOFF, J.: Medical problem-solving: an exploration of strategies. *Med. Educ.* 25, 196-207, 1991.
- 11.- HERSHEY, J.C. AND COL.: Clinical reasoning and cognitive processes. *Med. Decis. Making*, 7: 203-211, 1987.
- 12.- NORMAN, G.R.: Medical inquiry and scientific inquiry. *Med. Educ.* 24, 396-399, 1990.



El enfoque de las ciencias sociales para el análisis de la morbi-mortalidad: reflexiones para su enseñanza

Armando Arredondo* Xóchitl Castañeda**

Carlos García*** Jorge Escobedo ****

Catalina Ramírez*****

Resumen:

Este trabajo, presenta algunos de los principales aportes de las ciencias sociales al análisis de la morbilidad-mortalidad, sistematizando sus respectivas metodologías, bajo una óptica transdisciplinaria que permite desde la heterogeneidad actual del saber científico, culminar con un enfoque dinámico e integral sobre el proceso salud-enfermedad. Para ello se plantea un desglose de los elementos teórico-metodológicos que a criterio de los autores podrían considerarse como los más relevantes de diferentes disciplinas procedentes de las ciencias sociales y que mantienen su relación estrecha con el análisis del proceso salud-enfermedad. Se establecen fundamentalmente elementos planteados por la demografía, sociología, epidemiología y antropología, como algunas de las disciplinas de relevancia para el análisis de la problemática en cuestión. La formulación de una matriz bidimensional, permite concluir que cada uno de los elementos teórico-metodológicos deberán integrarse desde diferentes perspectivas y en diversos niveles en la formación de los recursos humanos para poder abordar bajo un análisis transdisciplinario, la morbilidad-mortalidad en diferentes conjuntos poblacionales, como objeto de estudio.

PALABRAS CLAVES: Transdisciplinariedad, morbilidad-mortalidad, recursos humanos, ciencias sociales, proceso salud-enfermedad.

Abstract:

Some of the main contributions of the Social Sciences to the analysis of morbidity and mortality are showed in this paper, by a systematic approach of its methodologies and a transdisciplinary optic that allows reaching a dynamic and integrat point of view of the health-disease process, from the current heterogeneity of the scientific knowledge. A subdivision of the manin theoretical and methodological elements of the various disciplines of the social sciences is submitted under the criteria of the authors, as long as these elements are related to the health and disease process. Aspects of demography, sociology, epidemiology and anthropology are updated as long as they are some of the relevant disciplines for the analysis of the proposed problem. A two dimension matrix shows that each of the theoretical and methodological elements must be integrated from different perspectives and in different levels of human resources training in order to study the morbidity and mortality of population, as a study object, by a transdisciplinary analysis.

KEY WORDS: Transdisciplinary, social sciencies and health human resources.

* Profesor-Investigador y Jefe del Departamento de Investigación de Financiamiento y Tecnología para la Salud del CISP, Instituto Nacional de Salud Pública.

** Profesora-Investigadora y Jefa del Departamento de Salud de la Mujer del CISP, Instituto Nacional de Salud Pública.

*** Profesor-Investigador del Departamento de Sociología de la Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública.

****Profesor-Investigador del Departamento de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública.

***** Profesora-Investigadora del Departamento de Investigación en Recursos Humanos para la Salud, CISP, Instituto Nacional de Salud Pública.

INTRODUCCION

El pensamiento espontáneo de la totalidad, que como tendencia se mostró vigoroso en la época preburguesa y en los primeros tiempos de la burguesía, se perdió cada vez más con la atomización creciente del proceso social; en todos los ámbitos del quehacer "científico" se impuso la especialización y fragmentación interna de las disciplinas científicas con su fenómeno concomitante: "la divinización del hecho singular aislado". Eso que la conciencia moderna suele reconocer como el triunfo gigantesco de la ciencia desde los siglos XVI y XVII, no es más que la conquista de una corriente de pensamiento ante el costo social de renunciar a la realidad como un todo unitario, tanto para su abordaje teórico como operativo.

En este sentido la riqueza y variedad de las visiones parciales encubrieron la indigencia del conocimiento de la esencia del todo, dificultando cada vez más el abordaje de la realidad y propiciando, particularmente en el presente siglo, el desarrollo de múltiples y variados modelos teóricos que además de reducir la realidad a sus esquemas, las más de las veces se utilizan como elementos de legitimización social al interior de la lucha intelectual-ideológica que priva en la construcción contemporánea del conocimiento, tanto al interior de las disciplinas como entre ellas mismas².

En efecto, a principios de la década de los setentas se generaron varias propuestas de modelos sociológicos, algunos de ellos herencia de modelos previos como es el caso del modelo de Effrat (1972), que rescata planteamientos centrales de Marx, Durkheim, Weber y Freud, o la propuesta de Kuklick (1972) que rescata las premisas fundamentales del estructuralismo. Otras propuestas gestadas a mediados de la misma década, van un poco más allá de lo que previamente se había planteado como es el caso de Lehman & Young (1974), cuya propuesta centra sus premisas teóricas en el consenso y conflicto social, o el caso de Ritzer (1975) que propone tres líneas de análisis fundamentales en su modelo: los hechos sociales, las definiciones sociales y las conductas sociales³.

La diversidad de modelos, propuesta o paradigmas que se han generado en todo el ámbito de las ciencias

sociales, es muy amplia, y excede a los propósitos de este ensayo; sin embargo la mención de los modelos previos nos permiten mostrar un haz de luz de la diversidad de propuestas de referencia y de la construcción del conocimiento que se han desarrollado en las Ciencias Sociales. Ello deja ver el problema que implica vincular el abordaje teórico a la praxis del conocimiento; incluso al anterior de las mismas disciplinas se suele abordar el objeto de trabajo de manera fragmentada. El caso de las ciencias sociales no es el único ejemplo de la fragmentación del conocimiento, pero sí constituye un caso típico que permite plantear la problemática contemporánea para desarrollar o identificar herramientas teórico-metodológicas que tengan como objeto de trabajo el conocimiento de los hechos cotidianos del que hacer científico, quehacer que se ve condicionado por el ensayo-error de todos sus actores intelectuales.

Desde el inicio de los 60s hasta principios de los 90s, el desarrollo de las disciplinas científicas y de los objetos de estudio que les corresponden se han visto influenciadas en occidente por los trabajos de Kuhn particularmente por su publicación "**La estructura de las revoluciones científicas**"⁴. En efecto, el impacto de esta publicación en el desarrollo de teorías, conceptos, modelos y paradigmas de todas las disciplinas de las ciencias en su totalidad, ha propiciado que se diversifique, especialice y fracture cada disciplina a su interior para proponer posteriormente la necesidad de interdisciplinariedad. Consideramos que lo anterior sólo es un paliativo para el problema de fragmentación del conocimiento, más bien el problema que subyace es la dificultad de llevar a la práctica la interacción disciplinaria, particularmente en el análisis de cualquier problemática relacionada con la salud.

Pasando a los espacios de la salud en México, podemos decir que se trata de analizar el fenómeno salud-enfermedad de una manera tan compleja, como su misma sociedad, y que definitivamente los aspectos negativos y positivos de la salud no pueden verse sólo bajo una óptica centralizante y hegemónica. Al contrario, la misma base social que se conforma por una heterogeneidad cultural, matiza el fenómeno de la salud con los aportes de los diferentes estratos sociales. La ascendencia indígena por un lado, la herencia europea y el aporte del mundo moderno integran este mosaico. Esta misma heterogeneidad

estructural se ve ampliamente reflejada en las condiciones de salud, en la manera en que la sociedad se "organiza" para dar respuesta a esas condiciones, en la socialización del conocimiento y por ende en la formación de recursos humanos para la salud.

Dicho lo anterior, el problema no es solamente la construcción fragmentada del conocimiento, sino además cómo hacer que el personal de salud pueda realmente adquirir conocimientos significativos partiendo de los aportes teórico-metodológicos de las ciencias sociales analizar, discutir, concluir y posteriormente operacionalizar respecto a las condiciones y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los diversos conjuntos poblacionales.

En este sentido y manteniendo como hilo conductor las consideraciones hechas en los párrafos anteriores, el presente trabajo, trata de identificar, de manera resumida, no exhaustiva ni categórica, algunos de los aportes de mayor significancia tanto para el análisis de la morbi-mortalidad como para su abordaje operativo. Para ello, la identificación de aportes teórico-metodológicos se verá limitada a algunas de las disciplinas que interactúan al interior de las ciencias sociales, a saber: demografía, epidemiología, sociología y antropología.

Finalmente y tomando en cuenta la identificación de aprendizajes significativos a partir de los aportes teórico-metodológicos identificados por los autores, de acuerdo a la experiencia docente, se desarrolla una propuesta que en diferentes niveles de agregación plantea la introducción de los aportes discutidos para la formación de recursos humanos en salud a nivel de maestría.

APORTES DE LA DEMOGRAFIA

Tanto en México como en el resto de los países de la región, existe abundante información demográfica sobre morbi-mortalidad; también es rica la literatura demográfica, dedicada a tratar aspectos como: medición, niveles, tendencias, diferenciales y determinantes, lo que constituye un claro testimonio de la preocupación y del esfuerzo que se ha hecho por aportar elementos que permitan conocer y tratar de atenuar el efecto que la enfermedad y la muerte tienen sobre la población⁵⁻⁷.

Una revisión bibliográfica de la investigación demográfica sobre mortalidad y sus diferenciales en América Latina (García, 1992) permite planear dos proposiciones conceptuales:

1. El conocimiento de niveles, tendencias, estructura, composición, así como de los altos contrastes de morbilidad y mortalidad y su permanencia en el tiempo, son insuficientes para entender las condiciones de su determinación en grupos poblacionales específicos.

2. La muerte es el resultado de la manera en que se articula social e históricamente el proceso salud-enfermedad, proceso que si bien, tiene características biológicas individuales de acuerdo con reacciones orgánicas y según circunstancias particulares, también se desarrolla socialmente en tanto que lo que le sucede a un individuo no es algo aislado, sino que está determinado de alguna manera y en diversos grados por procesos sociales económicos, históricos y ecológicos.

Los niveles y tendencias se pueden relacionar con otras variables socio-demográficas, que permiten establecer correlaciones ecológicas en diferentes conjuntos poblacionales⁸⁻¹⁰ permiten salir del análisis global para llegar a analizar posibles variables que de acuerdo a región geográfica, política o administrativa están relacionadas tanto con los niveles como con las tendencias de salud. De esta manera se llegan a establecer supuestos hipotéticos que dan origen a estudios detallados¹¹⁻¹³.

El desarrollo de tasas específicas e indicadores para el análisis de la mortalidad y la morbilidad, son otro aporte que permite estandarizar los criterios de evaluación tanto de las condiciones de salud como el impacto de la respuesta social organizada¹⁴.

En lo referente a la estructura por edad y sexo, así como las proyecciones de población (situación actual y cambios esperados en la pirámide poblacional), son la base del desarrollo de los otros tres aspectos mencionados ya que sin ello no se podría llegar al conocimiento de éstos. El análisis de la mortalidad desde el punto de vista demográfico ha sido abordado a través de varias perspectivas teóricas. En la actualidad se hacen esfuerzos en dos sentidos complementarios: por un lado se trata de

relacionar a la muerte con el proceso salud-enfermedad, a partir de la asociación de la mortalidad con los **mecanismos biológicos**, los **determinantes próximos** o las **variables intermedias** que median entre las condiciones socio-económicas y los procesos de enfermedad que dan como resultado final la muerte (Meegama, 1980; Chackiel, 1984; Mosley y Chen, 1983; Mosley, 1988; Cohen, 1984; Gómez de León, 1982; United Nations, 1985; Hobcraft, 1987; Arroyo et al., 1988), y por otro lado se trata de crear marcos conceptuales más generales que permitan establecer la relación existente entre los procesos sociales y económicos y las variables culturales, biológicas y otras (Behm, 1962; Breilh et al., 1983; Bronfman y Tuirán, 1984; Minujin et al., 1984; García, 1986).

Aunque se reconoce que la segunda perspectiva tiene un marco de interpretación más amplio y, por tanto, es donde se pueden establecer con más riqueza teórica las múltiples determinaciones del proceso salud-enfermedad. Es en la primera perspectiva donde se centra la toma de decisiones en salud con miras a reducir los factores de riesgo.

Esta manera de concebir la mortalidad y la morbilidad contrasta con la definición tradicional de demografía: "Es la ciencia que tiene por objeto el estudio del volumen, estructura y desarrollo de las poblaciones humanas desde el punto de vista principalmente cuantitativo". Una expansión del campo de esta disciplina ha permitido avanzar en el conocimiento no sólo desde el punto de vista cuantitativo sino también cualitativo (Vieira Pinto, 1973). En efecto se dispone, de un variado arsenal de técnicas directas e indirectas de medición de los niveles, estructuras y tendencias de la mortalidad y morbilidad, que permiten superar las deficiencias de nuestras fuentes de información y a la vez facilitan la interrelación entre el proceso enfermedad-muerte y las variables socio-económicas, biológicas y culturales asociadas a dicho proceso. El concepto de causas de muerte evitables y no evitables (Taucher, 1978) y la técnica de Pollard (Pollard, 1988) han facilitado la comprensión de los efectos diferenciales que tiene una o un grupo de causas de muerte sobre las probabilidades de sobrevivencia de grupos específicos de población. Probabilidades que siguen siendo sintetizadas a través de la Esperanza de Vida, concepto desarrollado hace más de 300 años (Graunt, 1661).

Las técnicas de medición indirecta de Brass (Brass, 1974), así como las variantes desarrolladas posteriormente por Trussel han sido de gran utilidad para conocer los niveles de la mortalidad infantil y juvenil en poblaciones con datos limitados. Y los métodos de viudez y orfandad para estimar mortalidad adulta (national Academy of sciences, 1979). Igualmente conceptos como **población estable**, **relaciones de sobrevivencia**, **tablas de vida** y **tasas instantáneas de mortalidad** siguen siendo útiles para el análisis de las estructuras de la mortalidad y la morbilidad por sexo y edad. Las proyecciones de estas estructuras han permitido simular escenarios con distintos niveles de la mortalidad, así como evaluar el impacto de distintas estructuras de mortalidad por causas.

Un acercamiento a otras disciplinas de las ciencias sociales le ha permitido a la demografía hacer interpretaciones de sus variables desde una concepción más global, en términos de estudios de población y su relación con el desarrollo social y económico.

En este sentido, se concibe la mortalidad como parte de un proceso más general, salud-enfermedad-muerte y como concreción de los riesgos de muerte definidos como todos aquellos condicionantes socio-económicos y biológicos, que hacen que, en un momento determinado, los procesos mórbidos generen una situación de enfermedad tal, que tenga como resultado un deterioro irreparable de la salud o incluso la muerte. Consecuente con lo anterior se hace necesario superar la visión de **población expuesta al riesgo** ya que no se trata de encontrar una tasa o una probabilidad de enfermedad o de muerte, sino de recorrer una cadena causal en la cual los procesos mórbidos que configuran un perfil epidemiológico determinan las características particulares de mortalidad de la población. Aquí, la mortalidad supera el status de variable y es concebida como un recorte conceptual de los riesgos de muerte; mientras este último es un concepto abstracto, no observable, la mortalidad es un resultado particular y observable del proceso salud-enfermedad, es una de las formas materiales que pueden asumir los riesgos de muerte²⁰⁻²¹.

A un nivel más empírico están las muertes individuales, procesos biológicos específicos que forman

parte de un colectivo epidemiológico. Con base en ello y como agregados, se pueden construir índices y tasas que expresen la frecuencia y la velocidad de cambio del fenómeno en relación con el tiempo. Por lo tanto, una tasa bruta de mortalidad es sólo un indicador de cómo se da ésta. Y si bien la mortalidad es resultado de líneas de vida particulares, éstas asumen un significado estático, ya que únicamente expresan un resultado peculiar del proceso salud-enfermedad, pero no están unidos a él. En otras palabras, la muerte como hecho biológico y sus índices de ocurrencia interesan para el conocimiento sociodemográfico no por lo que son, sino por lo que fueron: la expresión de una desigualdad social ante el derecho a la salud y a la vida.

Resumiendo los elementos más sobresalientes del análisis demográfico, se pueden delimitar los siguientes aportes:

- a) Metodología para el análisis de la estructura de la mortalidad y morbilidad.
- b) Análisis de niveles y tendencias de salud.
- c) Desarrollo de indicadores y tasas específicas para el análisis de las condiciones de salud.
- d) Desarrollo metodológico para el análisis de estructura por edad, sexo y características sociodemográficas.
- e) Proyecciones de población (mortalidad, crecimiento poblacional, etc.).
- f) Integración de conceptos teóricos de otras disciplinas que ayudan a entender la morbilidad y la mortalidad como procesos que trascienden la dinámica demográfica.

APORTES DE LA SOCIOLOGÍA

Existen varios grados de confusión respecto a los diferentes calificativos que se han dado a la sociología cuando trata de abordar el análisis de la problemática sanitaria, sea a nivel individual, sea a nivel de conjuntos poblacionales. Los diferentes autores del tema se refieren a esta disciplina como "sociología médica", "medicina social", "medicina comunitaria",

"medicina preventiva", incluso como la "salud pública". Lo anterior no es más que un reflejo de la fragmentación del conocimiento, aún con el mismo objeto de trabajo, tal como se planteó en la introducción del artículo. En esta sección, no trataremos de hacer la distinción de los diferentes calificativos, mas bien interesa resaltar que se plantearán los elementos que, independientemente de cualquier calificativo, el análisis sociológico podría retomar para abordar el fenómeno salud-enfermedad.

En primer término, la delimitación entre la "sociología de la medicina" y la "sociología de la medicina", permite abordar el análisis de la morbi-mortalidad en dos dimensiones, tanto en sus condiciones y determinantes, así como la manera en que la sociedad se organiza para darle respuesta²⁴. Es importante tomar en cuenta que la sociología de la medicina constituye un cuerpo teórico metodológico de tipo descriptivo-analítico-explicativo, que plantea que el conocimiento es aplicado para el estudio de la medicina como una institución social y de la enfermedad como el resultado de una conducta social. Por otra parte, la sociología en la medicina, constituye un cuerpo teórico-metodológico de tipo aplicativo-correctivo que plantea que el conocimiento es usado en respuesta a problemas prácticos, donde lo más importante es la prevención y tratamiento de las enfermedades y la distribución de los recursos.

Como aporte fundamental, la construcción social de la enfermedad²⁵, permite abordar puntos relevantes para un mejor entendimiento de los procesos sociales en torno a la morbi-mortalidad; este entendimiento de los fenómenos surge del análisis de la salud como una nueva concepción de la sociedad contemporánea, asignándole un nuevo valor e incorporando la dimensión sociológica a través de cuatro principios fundamentales: la construcción profesional de la enfermedad, la construcción popular de la enfermedad, la enfermedad como desviación social y la teoría de la etiquetación. Esto permite un mejor conocimiento de las conductas e interacciones que se dan entre los tres actores sociales que determinan los condicionantes, niveles y tendencias de la morbi-mortalidad: población, terapeutas e instituciones.

El carácter histórico-social en el proceso salud-enfermedad^{26,27}, constituye una herramienta muy importante como metodología de análisis para bordaje

de la causalidad tanto en los perfiles de mortalidad como en los de morbilidad. En efecto, se plantea que existen una serie de factores sociales asociados con la etiología, respuesta, desarrollo, curación y rehabilitación de las condiciones de salud de todo conjunto poblacional. Lo anterior incluye aspectos: individuales (edad, sexo, etc.), psico-sociales (actitud, conducta,...), culturales (costumbres, valores,...), grupales (familias, redes,...) estructurales (estratos, clase social,...) y mixtos (estilos de vida).

Las correlaciones sociológicas de la enfermedad, constituyen otro aporte fundamental de la sociología. Partiendo del nivel macro al nivel micro, se plantean cuatro niveles de correlación:

a) **A nivel de la sociedad en su conjunto:** los cambios en la morbi-mortalidad están correlacionados con los cambios de organización social que históricamente se han desarrollado (soc. moderna Vs. soc. industrial, capitalismo Vs. socialismo).

b) **A nivel de las comunidades:** el análisis y resultados de la morbi-mortalidad es diferente en el área rural en relación con la urbana.

c) **A nivel de status:** dependiendo de la raza, grupo étnico, religión, condición socioeconómica, etc., se tendrá un determinado perfil de salud-enfermedad.

d) **A nivel institucional:** la familia como institución social ha sido determinante en las condiciones de salud de todo individuo.

Los factores sociales en búsqueda de ayuda para abatir el daño²⁹, es otro aporte digno de considerarse. Aquí hay que resaltar que por un lado la sociología propone que el individuo trata de resolver su daño acudiendo a una red de relaciones sociales con que cuenta y a toda una gama de aspectos heredados sociológica y culturalmente que finalmente determinan la conducta a seguir; por otra parte esa búsqueda de ayuda está estrechamente relacionada con aspectos de accesibilidad, calidad y equidad de los servicios de salud en una determinada región.

El último aspecto que consideramos como un aporte sociológico importante es el análisis de los roles sociales³⁰. Lo importante aquí es tener un punto de

vista de cuál es el rol que se juega como médico, como institución o como paciente en la determinación de la enfermedad y la muerte. Por lo tanto, para el caso de la sociología, los elementos más relevantes para el análisis de la salud-enfermedad, se pueden englobar en los siguientes aportes teórico-metodológicos:

a) La construcción social de la enfermedad.

b) El carácter social e histórico en el proceso salud-enfermedad.

c) Las correlaciones sociológicas de la enfermedad.

d) Los factores sociales en el proceso de búsqueda de ayuda para abatir mortalidad y morbilidad individual.

e) El análisis de roles como ente social enfermo-sano y como médico.

APORTES DE LA EPIDEMIOLOGIA

Los elementos que ha aportado la epidemiología para el estudio de la morbilidad y la mortalidad son fundamentalmente metodológicos, centrados en el estudio básicamente de la causalidad, aunque no exclusivamente.

La epidemiología moderna ha cambiado el paradigma tradicional descriptivo en tiempo, persona y lugar, por la ocurrencia probabilística de la enfermedad³¹. Su desarrollo en consecuencia se centra en el estudio de la causalidad de la enfermedad, aunado a las aplicaciones de la misma en los servicios de salud, como los estudios sobre utilización de servicios, accesibilidad y calidad de la atención médica, con un enfoque eminentemente epidemiológico^{32, 33}.

En cuanto a metodología posiblemente dentro sus principales aportes, está la exactitud de los estudios³²⁻³⁵; de esta manera la epidemiología ha emprendido una cruzada para mejorar la exactitud en dos apartados básicos: 1) Por un lado la exactitud en la medición tanto de la enfermedad como de las causas que conducen a ella. Inquietud que es compartida con otras disciplinas de las ciencias sociales, pero cuya especificidad se dirige hacia la investigación causal. 2) Por otro lado, la epidemiología ha

centrado su atención también en la exactitud la inferencia causal derivada de la investigación realizada.

El evitar la presencia de sesgos e incrementar la precisión de los estudios son dos factores importantes en el estudio de la morbilidad y la mortalidad. En este sentido la introducción de conceptos como variables confusoras o modificadoras del efecto³⁶⁻³⁷, han permitido mejorar la exactitud de la inferencia, incrementando así la validez tanto interna como externa de la aportación generada por la investigación epidemiológica.

Pasando al terreno de las técnicas de investigación en epidemiología, hay que señalar que si bien es cierto no son exclusivas de esta disciplina, también es cierto que sus seguidores y promotores han hecho un amplio esfuerzo por perfeccionarlas, particularmente durante el último cuarto de siglo. Su desarrollo ha permitido establecer relaciones causales esenciales no sólo para el conocimiento de la etiología de las enfermedades, sino para poder contener con su presentación a nivel poblacional.

En conjunto con las otras disciplinas señaladas, la epidemiología contribuye a mejorar la conceptualización de la morbilidad y mortalidad en la población. Técnicas expeditas como es el análisis de años de vida potencialmente perdidos, o bien las propias tablas de vida desarrolladas por la demografía, son modelos recientes que han aportado sustancialmente para el estudio sobre todo de la mortalidad. Junto con la sociología y la antropología, la epidemiología se ha dado a la tarea de estudiar la presencia de las enfermedades en la población, así como detalles cualitativos de la forma de vivir y de morir de los individuos.

Es así, como el enfoque epidemiológico del proceso salud-enfermedad³⁸, se justifica ampliamente en el análisis de la morbi-mortalidad ya que dicho enfoque, centra su análisis en el conocimiento de la distribución y frecuencia de la enfermedad en el tiempo, lugar y persona, con el objeto de aclarar la etiología de la enfermedad, evaluar si los datos son consecuentes con la supuesta etiología y proporcionar bases de información para la toma de decisiones en lo referente a la organización de los servicios de salud.

En cuanto al estudio de la mortalidad, su aporte esta dado por el abordaje del conocimiento de las causas de enfermedad y su clasificación, tomando

como elementos esenciales los grupos de población expuestos, periodos de tiempo y la cuantificación de la mortalidad en el grupo durante el mismo periodo. Considerando que el estudio de la mortalidad no fue suficiente para el abordaje del objeto de trabajo de la epidemiología, el estudio de la morbilidad surge como una respuesta a las limitaciones del estudio de la mortalidad; limitaciones que podemos incluir en dos categorías: problemas de calidad, cantidad y pertinencia de la información de estadísticas vitales; y problemas para el análisis de los procesos y variables interactúan en la determinación de las condiciones de salud.

En lo relativo al desarrollo metodológico de los diseños epidemiológicos³⁹, (casos y controles, ensayo clínico, ensayo comunitario, estudio transversal, estudio ecológico y estudio de brotes) como se mencionó al principio de esta sección, constituyen una herramienta fundamental para poder estudiar y determinar los diferentes factores de riesgo que se correlacionan en la explicación y determinación del proceso salud-enfermedad. Ciertamente, el conocimiento de estos factores, son un elemento indispensable para el análisis de la morbilidad, y en menor medida para la mortalidad, al momento de formular las políticas, planes y programas de salud⁴⁰.

Luego entonces, podemos delimitar los aportes de la epidemiología, dentro los siguientes puntos:

- a) El estudio de causalidad del proceso salud-enfermedad (salud positiva-salud negativa.
- b) El desarrollo metodológico de diseños epidemiológicos.
- c) El estudio de la exactitud en la medición y la inferencia.

APORTES DE LA ANTROPOLOGIA

La antropología como disciplina científica, surge del método positivista predominante en el siglo XIX, frente a la necesidad colonialista de entender al otro⁴¹, pero no es sino en este siglo, a fines de la década de los sesentas que se comienza a desarrollar la especialidad de antropología médica⁴² cuya parte central se dirige al estudio de los conceptos, saberes, recursos y prácticas sobre el fenómeno de salud, enfermedad, reproducción, accidente y muerte de los diferentes grupos que integran el conjunto de una

sociedad, con predominancia, mas no exclusividad, de aquellos que no parten de un sistema occidental.

La antropología médica trata de explicar como se plasma el universo de la relación salud-enfermedad-curación desde una óptica de ciencia fáctica, tratando de establecer vínculos entre los sucesos y los procesos. Su objeto de estudio los constituye el análisis de los sistemas médicos **no occidentales** (aunque algunos pueden presentarse "occidentalizados") donde el binomio salud-enfermedad se explica por una relación causa-efecto, resaltando la importancia que tiene la cultura en la etiología de la enfermedad ⁴³, misma que se define por el contraste entre lo **normal** y lo **anormal** ⁴⁴. Dentro del análisis de los fenómenos bioculturales, el punto medular se sitúa en la intersección donde lo cultural y lo biológico se tocan, siendo para la antropología la cultura y la sociedad quienes definen la enfermedad más que el nivel de normalidad biológica.

Bajo la perspectiva descrita, la antropología médica entiende por enfermedad a una forma de clasificar un conjunto de hechos que alteran el estadio bio-psicosocial en un individuo que forma parte de una colectividad. **La salud**, estaría en este sentido representada por el equilibrio. Este proceso no es igual en todas las sociedades, al contrario, en cada una va a girar en torno a la percepción comunitaria que se tenga sobre los diversos indicadores. Cada cultura segmenta la realidad de acuerdo a parámetros específicos que inciden en los procesos mentales clasificatorios. Por lo tanto, para muchas culturas lo que puede caer en el campo de la normalidad, de la salud; para otras estaría enmarcado por la enfermedad.

Fabre, hace una división sumamente pertinente entre enfermedad y padecer (disease-illness) que nos lleva también a enfocar la dicotomía entre signos y síntomas o en el universo de lo objetivo (en sí) y lo subjetivo (lo percibido) con toda la relatividad que esto encierra ⁴⁵.

Lo dicho en párrafos anteriores, permite identificar la raíz intelectual de los principales aportes metodológicos de la antropología médica, aportes que están encausados a la obtención de datos básicamente cualitativos que permiten analizar los indicadores sobre la percepción comunitaria de la salud, enfermedad,

accidente, reproducción y muerte y la respuesta social a estas condiciones ⁴⁶.

Por otra parte, la etnografía brinda los más importantes recursos metodológicos en esta área del conocimiento. Las técnicas básicas aplicadas en este campo, se centran en la observación (simple o participante), la entrevista (estructurada o abierta) masiva o dirigida a informantes claves ⁴⁷⁻⁵⁰ y grupos focales. El lenguaje oral *per se* es el instrumento de trabajo por excelencia, de ahí la necesidad de conocer y adecuarse al empleo de términos locales ⁵¹, ya que existen muchos vocablos cuya equivalencia en la lengua del investigador, es relativa. Así mismo con fines prácticos el conocimiento de estos códigos permite traducir en un lenguaje comprensible para la comunidad, los mensajes de salud de los programas provenientes del exterior, y a la inversa, para diseñar estos programas adecuándolos al universo cultural del grupo, con lo que se garantiza mayor aaccessibilidad y por ende eficacia.

De esta manera, la antropología médica de acción ⁵²⁻⁵³ es una combinación del trabajo práctico con el de investigación para la construcción del conocimiento, donde los resultados más sobresalientes están dados por las investigaciones de exploración, cuyo objetivo ha sido determinar el estado socio cultural y económico de los habitantes a fin de planear un programa de salud. En diferentes perspectivas, las investigaciones antropomédicas con aplicaciones experimentales muestran el acierto en materia de salud del empleo de técnicas antropológicas, técnicas encaminadas a precisar la importancia o el valor que las comunidades otorgan a los procedimientos, técnicas o métodos en las actividades de salud.

Por último y en relación a la antropología, partiendo del hecho de que la antropología médica propone que su objeto de estudio lo constituyen los sistemas de salud-enfermedad-atención ⁵⁴⁻⁵⁵, sus aportes teóricos-metodológicos (historia de vida, estilo de vida, método etnográfico, etc...) se podrían delimitar a los siguientes:

- a) El análisis de estilos de vida como determinante en la morbilidad y mortalidad.
- b) El análisis de la familia y su relación con el proceso salud enfermedad.

c) El análisis de los factores culturales y su relación con la enfermedad y sistemas de salud.

d) El análisis de la percepción de los indicadores individuales y comunitarios sobre el estado de salud-enfermedad-sistemas de atención.

UNA PROPUESTA TRANSDISCIPLINARIA PARA LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS.

De acuerdo con la perspectiva e influencia de las ciencias sociales en el desarrollo del conocimiento contemporáneo de proceso salud-enfermedad, y partiendo de los aportes de las disciplinas consideradas en este ensayo, resulta evidente la importancia de retomar los diferentes aportes y llevarlos al análisis de la capacitación de recursos humanos para la salud, no bajo la consigna de la multidisciplinariedad, sino mas bien, bajo la perspectiva de la **transdisciplinariedad** que es el concepto que ha estado implícito en todo el contenido de este artículo.

Queremos pues, abatir la fragmentación del conocimiento a través de la transdisciplinariedad en la socialización del mismo. No dudamos de las fortalezas que se han cimentado al abordar de manera interdisciplinaria diferentes o el mismo objeto de trabajo; pero tampoco dudamos de las debilidades que esta manera de actuar a traído consigo. Concordamos con la multidisciplinariedad, pero también concordamos con la introducción de la transdisciplinariedad, queremos rescatar las fortalezas y abatir las debilidades que actualmente giran en torno a la fragmentación continua al momento de llevar las diferentes teorías a la praxis desde diferentes perspectivas. De esta forma, proponemos que se incluyan con mayor énfasis los aportes de más relevancia desde cada disciplina, dependiendo del área de conocimiento y nivel de formación del recurso humano a capacitar.

Tomando en cuenta lo anterior, proponemos una matriz de análisis (cuadro 1) que pudiera servir como elemento de discusión, de reflexión, de retroalimentación y en el mejor de los casos de cambios sustanciales para el diseño y rediseño curricular de los programas académicos del nivel de posgrado. La metodología mediante la cual se diseño esta matriz, así como los criterios de clasificación del nivel de profundidad de los contenidos para cada programa, se reto-

maron de un trabajo realizado por Arredondo y cols., mismo que consistió en el diseño de una propuesta para la formación de recursos humanos en licenciatura y posgrado⁵⁶.

La matriz de análisis propuesta en este trabajo, se centra en los programas de formación escolarizada y estructurada, donde la estrategia para operacionalizar la integración de los contenidos de las diferentes disciplinas, se basa en la modificación del mapa curricular correspondiente, de acuerdo con cada profesión y programa académico.

El criterio de clasificación se basa en el nivel de formación de posgrado, el tipo de conocimiento de cada maestría y su vinculación con los aportes planteados en este trabajo, así como con el uso potencial-práctico de aspectos tanto teóricos como metodológicos de cada disciplina. Para ello se constituyeron seis criterios de análisis, a saber: Información general, técnicas y procedimientos especializados, análisis y aplicación e innovación. Por otra parte es necesario señalar que los programas de maestría que se toman en cuenta en la matriz, constituyen el campo de experiencia de los autores en la formación de recursos humanos de posgrado.



CUADRO 1: Aportes de las ciencias sociales para la formación de recursos humanos en salud.

Aportes	Nivel de Form	Posgrado					
		SP	SS	EP	AH	SA	SR
A. Estructura de Mb-Mt.*		4	5	5	5	3	5
B. Niveles y tendencias.		4	5	5	5	4	5
C. Proyecciones.		3	5	5	4	2	4
D. Construcción social SE*.		4	5	4	2	4	5
E. Correlación Sociológica de SE.		5	5	5	3	5	5
F. Factores sociales en la búsqueda de ayuda.		4	4	3	2	2	2
G. Roles sociales.		5	5	3	2	3	4
H. Causalidad.		4	4	6	4	4	4
I. Diseños epidemiológicos.		4	3	6	3	3	3
J. Exactitud en medición.		4	5	6	5	4	5
K. Estilos y calidad de vida.		5	5	5	5	5	5
L. Familia y SE.		4	3	4	2	4	5
N. Cultura y SE.		5	5	4	2	4	4
M. Comunidad y SE.		5	5	5	5	5	5

*Mb-Mt=morbi-mortalidad

**SE=Proceso Salud-Enfermedad

* SE = salud - enfermedad

Posgrado

SP=Salud Pública

SS=Ciencias en sistemas de salud

EP=Ciencias en Epidemiología

AH=Administración de Hospitales

SA=Salud ambiental

SR=Salud Reproductiva

Criterios de Análisis:

- 1.- Información general
- 2.- Técnicas y procedimientos generales
- 3.- Información especializada
- 4.- Técnicas y procedimientos especializados
- 5.- Análisis y aplicación
- 6.- Innovación

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

Las reflexiones que surgen de los enunciados anteriores, nos muestran en primer término que el aporte de la demografía se torna de carácter descriptivo al momento de tratar de conocer lo que sucedió, lo que está sucediendo o está por suceder en términos cuantitativos con la mortalidad y la morbilidad. Parecería que ninguno de sus aportes permite abordar aspectos cualitativos del conocimiento del proceso en que se gesta la enfermedad o la muerte. No obstante hay que resaltar que recientemente esta disciplina ha llegado a cuestionarse y consecuentemente a desarrollar espacios donde el análisis demográfico podría abordar los aspectos cualitativos del proceso SE para conocer y explicar los fenómenos que suceden y su interacción.

La epidemiología, por cuenta propia, incluye un análisis de tipo descriptivo, analítico y explicativo que complementaría las deficiencias que pudieran plantearse desde otras disciplinas. Es así como la epidemiología no sólo describe cuantitativamente el estudio de la morbilidad y mortalidad, sino que ha desarrollado todo un cuerpo de conocimientos teóricos, técnicos y metodológicos que permiten tener un entendimiento más próximo de los fenómenos que privan en el nivel de salud, de su interacción, de sus correlaciones y sobre todo de los factores de riesgo que hacen que se conforme un determinado patrón de morbi-mortalidad. Para el caso de los aportes de la sociología, se puede decir que se centran fundamentalmente en el cuerpo de conocimientos teórico-metodológicos que incorporan el carácter social-histórico como uno de los determinantes explicativos más relevantes del proceso salud-enfermedad y el análisis de las conductas y roles de los principales actores sociales. De esta forma el conocimiento y entendimiento de estos dos aspectos es fundamental, para el entendimiento de cualquier patrón de enfermedad y muerte de un determinado conjunto poblacional. En este sentido, el aporte de la sociología es de tal magnitud que ha cuestionado y obligado a replantear aspectos teórico-conceptuales de las disciplinas aquí mencionadas e incluso los paradigmas de la ciencia médica; es decir, el incorporar el carácter social-histórico en aspectos de salud. En efecto, actualmente una gran parte del sector médico, sin marginar a otros determinantes e independientemente de su ámbito de acción, ha aceptado

que lo social tiene un peso muy importante en la etiología de cualquier enfermedad, y por consecuencia en el entendimiento del patrón de enfermos y muertes que institucionalmente se legitiman.

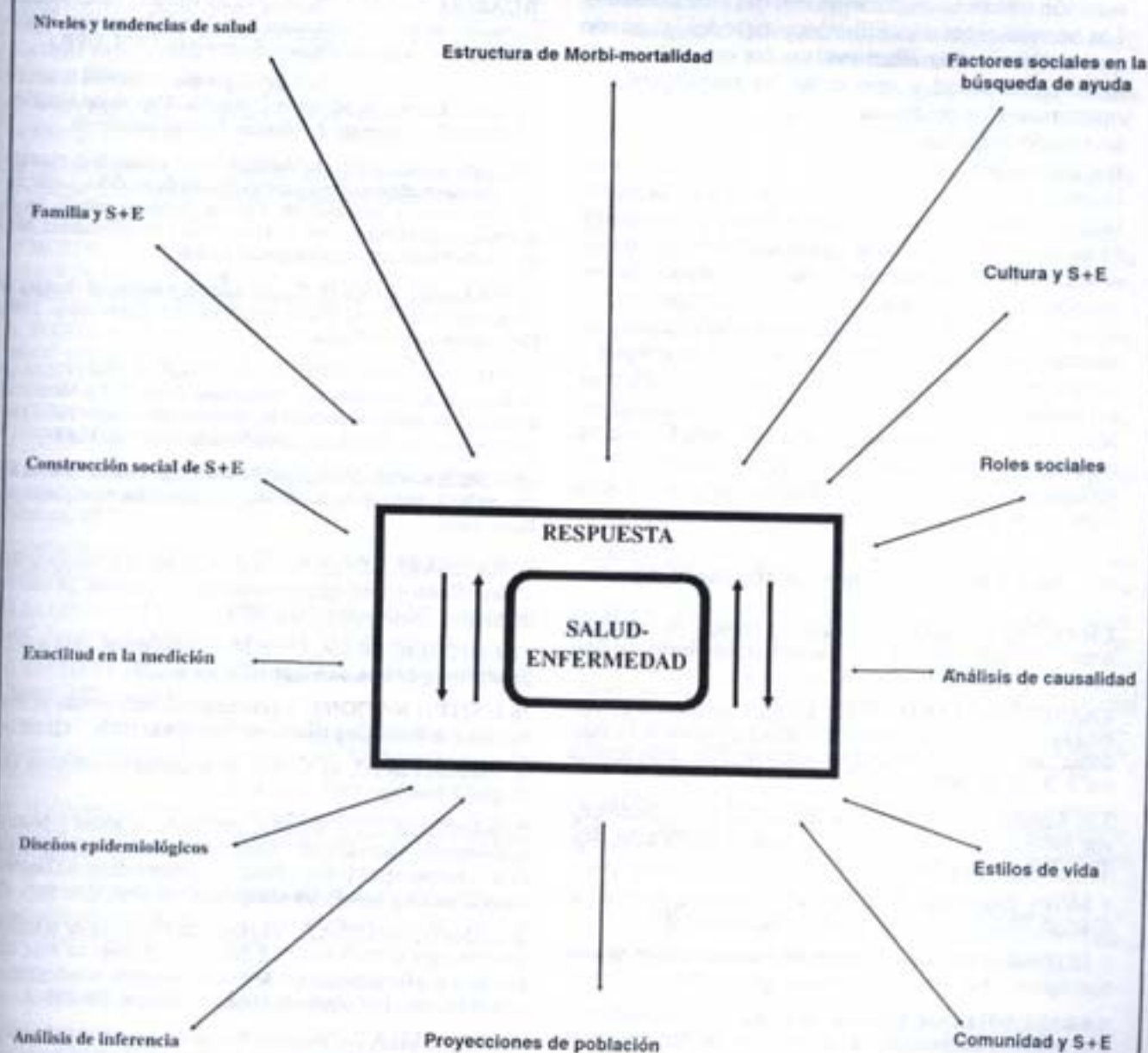
En relación a la antropología médica, dada su similitud con la sociología, lo específico de sus aportes se orientan al conocimiento de la percepción que sobre el estado de salud-enfermedad tienen los grupos sociales, especialmente aquéllos cuya indiosin-crasia no se apega a los patrones socioculturales occidentales. Su metodología antropomédica permite analizar los diversos sistemas médicos en una relación causa-efecto, resaltando la importancia que tiene lo cultural en la etiología de la enfermedad.

Como se puede apreciar en la figura 1, desde los diferentes aportes interesa resaltar la idea de transdisciplinariedad hacia el abordaje integral del conocimiento de un mismo objeto de estudio: las condiciones de morbi-mortalidad, así como la respuesta social que se organiza alrededor del proceso salud-enfermedad. La relación bidireccional que se señala en la figura 1, indica la necesidad de retroalimentación de tales aportes al momento de llevarlos a la práctica que les corresponde. Esto último está estrechamente relacionado con el hecho de que a través de la propuesta para la formación de recursos, los aportes trabajados, se constituyan en aprendizajes significativos, permitiendo abordar la realidad como un todo manteniendo señales de alerta en los desequilibrios y conflictos que caracterizan la construcción de herramientas teórico-metodológicas.

Las recomendaciones consideradas en la matriz del análisis de los aportes planteados para cada tipo de maestría definitivamente difieren de acuerdo al perfil del egresado. A excepción de la maestría en Epidemiología, en ninguno de los casos se recomendó incluir la innovación de los aportes hechos por cada disciplina, mas bien este nivel de introducción se recomienda para el grado de doctorado, donde sí deberían tomarse en cuenta la innovación tanto teórica como metodológica.

Consideramos que en la medida que se replanteen los niveles de profundidad de cada aporte, se podrá lograr que los aprendizajes obtenidos por los alumnos tengan mayor significancia en la aplicación operativa del conocimiento y por ende en mayor claridad

FIGURA 1: APORTES DE ALGUNAS DISCIPLINAS DE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANALISIS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD



en cuanto a los determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad y de la manera en que la sociedad se puede organizar mejor para dar respuesta con eficiencia, calidad y equidad a las condiciones que correspondan a cada grupo de individuos.

Finalmente, queremos resaltar que hoy es necesario salir del reduccionismo y romper con la hegemonización obsoleta unidimensional del conocimiento. Las herramientas conceptuales y metodológicas con que contamos, permiten evaluar las condiciones de salud-enfermedad y encontrar las respuestas más oportunas a los problemas. Las fronteras que se han levantado entre las diferentes disciplinas y sus aportes, particularmente en cuanto al análisis de la morbi-mortalidad, son más ficticias que reales; la vida, y la enfermedad son inseparables, tratar de escindirlo es meramente un proceso mental-abstracto, en este sentido, el reto, entre otros, para los líderes de formación de recursos humanos es cómo hacer que los aprendizajes transmitidos generacionalmente sean realmente significativos, de manera que la teoría por lo menos se aproxime a la praxis, y sea posible identificar dónde es que se da el desequilibrio y conflicto que históricamente ha privado en esa relación. En efecto, tan sólo reflexionar al respecto da la pauta para abrir un camino consecuente en el rol social que le toca a cada actor académico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 MARTINEZ CAROLINA, "Hacia un enfoque de la realidad como totalidad", Cap. II: Reflexiones teórico-metodológicas. Mim., El Colegio de México-1990, pp. 34-36.
- 2 ARREDONDO ARMANDO, "Modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: reflexiones para fundamentar su enseñanza". México 1991. Revista Mexicana de Educación Médica. vol. 2, 3, pp. 437-432.
- 3 ECKBERG D. AND LESTER HILL. "The paradigm concept and sociology: A critical review". American Sociological Rev., 1979; Vol. 44 (december) pp. 925-937.
- 4 KUHN THOMAS, "The Structure of scientific revolutions". Chicago-1962. University of Chicago Press. pp. 35-43.
- 5 BEHM ROSAS HUGO. Mortalidad infantil y nivel de vida. Santiago de Chile, 1962. mim. Universidad de Chile.
- 6 BRASS, WILLIAM. Métodos para estimar la fecundidad y la mortalidad en poblaciones con datos limitados. Santiago: 1974, CELADE, serie E. Núm. 14.
- 7 BREILH, JAIME Y EDMUNDO GRANDA. Ciudad y muerte infantil, Quito, 1983: CEAS.
- 8 BRONFMAN, MARIO. Y RODOLFO TUIRÁN. "La desigualdad social ante la muerte: Clases sociales y mortalidad en la niñez". En Memorias del congreso latinoamericano sobre población y desarrollo. México-1984. UNAM-El Colegio de México-PISPAL Vol I.
- 9 CHACKIEL, JUAN. "La mortalidad en América Latina: Niveles, tendencias y determinantes". En Memorias del congreso latinoamericano sobre población y desarrollo. México 1984. UNAM- El Colegio de México-PISPAL, Vol. I.
- 10 GARCÍA, M. CARLOS. Mortalidad infantil y clases sociales. El caso de Medellín-Colombia en la década de los setenta. Medellín 1986. Universidad Pontificia Bolivariana. CIDI-UPB.
- 11 GARCÍA, M. CARLOS. La desigualdad social ante la salud y la muerte: El caso de Medellín-Colombia. Una visión histórica. México 1992. El Colegio de México. Tesis de doctorado.
- 12 GÓMEZ DE LEÓN, J. "Análisis multivariado de la mortalidad infantil en México. Un ejemplo del uso de modelos Loglineales para estimar modelos de riesgos proporcionales". En la mortalidad en México: Niveles, tendencias y determinantes. México 1982. Seminario, El Colegio de México.
- 13 POLLARD, JOHN H. On the decomposition of changes in Expectation of life and Differentials in Life Expectancy. 1988. Demography, Vol. 25, No. 2.
- 14 MINUJIN, VERA RUIZ G., JIMENEZ, R. "Factores socio-demográficos asociados a la mortalidad infantil". En Memorias del congreso latinoamericano sobre población y desarrollo. México 1984. UNAM-El Colegio de México-PISPAL, Vol I.
- 15 MOSLEY W.H., Y L.C. CHEN. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. mim., Bellagio, Italia. 1983.
- 16 NATIONAL ACADEMIC OF SCIENCES, National Research Council. Demographic estimation. A manual on indirect techniques. Washington, D.C. 1979.
- 17 TAUCHER, ERICA. Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas. Santiago-1978. CELADE.
- 18 UNITED NATIONS, Socio-economic differentials in child mortality in developing countries. New York. 1985.
- 19 VIERIA PINTO, ALVARO. El pensamiento crítico en Demografía. Santiago 1973. CELADE.
- 20 MENÉNDEZ E., "Familia, participación social y proceso salud-enfermedad-atención. Acotaciones desde las perspectivas de la Antropología Médica"; Ponencia presentada en el Congreso sobre "Familia y Salud", Guadalajara, 1990. Doc. Mim. pp. 1-47.
- 21 CAMPOSORTEGA S., "El Nivel y la Estructura de la Mortalidad en México 1940-1980" en Bronfman, Gómez de León, editores. La Mortalidad en México: Niveles, tendencias y determinantes. El Colegio de México, 1988, pp. 205-268.
- 22 LAURELL A.C., "Proceso de trabajo y salud en el análisis demográfico"; en M. Bronfman y J. Gómez de León (Comps.) La Mortalidad en México: Niveles, tendencias y determinantes El Colegio de México, 1988, pp. 401-418.

- 23 MENÉNDEZ E., "Mortalidad en México. A preguntas simples, ¿Sólo respuestas obvias?", México Escuela Nacional de Antropología e Historia, mimeo. 1989 pp. 19-38.
- 24 TUCKETT D., "Sociology as a Science", en Tuckett D. An introduction to Medical Sociology. Cap. II. 1976. pp. 35-39.
- 25 FREIDSON E., "La construcción social de la enfermedad", en Feidson E., La profesión Médica. España, Ed. Península. 1978. Cap. II, pp. 209-301.
- 26 LAURELL A.C., "El estudio social del proceso salud enfermedad en América Latina". Ponencia presentada en el Coloquio: "La Santé en Amérique Latine". Ponencia presentada en el Coloquio: "La Santé en Amérique Latine réalité socio politique et projets des soins primaires". Montreal 1985.
- 27 WAITZKIN H., "A Marxist View of Health and Health Care" en Emerging Perspectives, Cap. 30. pp. 657-681.
- 28 MECHANIC D., "Behavioral-science perspectives: Distribution of disease in populations" en Mechanic D., Medical Sociology. 1978, Cap 2. pp. 37-42.
- 29 MCKINLAY J., "Social network influences on morbid episodes and the career of health seeking", en Eisenberg L. et al, The relevance of social science for medicine. 1985, Cap. II.
- 30 BLOOR M., et al, "Conflict and conflict resolution in doctor-patient interactions", en Cox C., et al, A sociology of medical practice; 1975, cap. 16.
- 31 ROHTMAN KJ. Modern Epidemiology. Little Brown and Company. Toronto-Boston, 1986.
- 32 KLEIMBAUN DG, et al; Epidemiologic research: principles and quantitative methods. Life Times Learning Publications. Belmont, 1982.
- 33 DEBER GEA. Epidemiology in health services management. Aspen Maryland, 1984.
- 34 KLEINBAUM DG et al, "Selection bias in epidemiologic studies", Am Jou of Epidemiology. 1981, 113: 452-63.
- 35 SACHETT DL, "Bias in analytic research". Jou of Chronic Disease, 1979; 32: 51-63.
- 36 NEIDY A., "Questioning the status quo: sickness absence research so far claims more than it should". Soc Sci and Med, 1990; 31:421-32.
- 37 THOMPSON WD. "Effect modification and the limits of biological inference from epidemiologic data". Jou of Clin Epid, 1991; 44: 221-32.
- 38 MIETTINEN O., "Theoretical Epidemiology: Principles of occurrence research in medicine" Introductions; en The study of Occurrence Problems in Medicine. 1988, pp. 1-18.
- 39 KELSEY J., "Types of epidemiologic studies: an introduction", en Methods in Observational Epidemiology, 1986, pp. 3-18.
- 40 KULLER L., "Epidemiology and Health Policy", Am. Journal of Epidemiology, Vol. 127, No. 1, January-1988. pp 2-16.
- 41 PRAT, JOAN Y COLS. Sobre el contexto social del enfermar. En Antropología Médica en España. 1980. España. Anagrama.
- 42 M. DE MIGUEL, JESÚS. Sociología de la medicina: Una introducción crítica. Barcelona Vicens, Vives. 1987.
- 43 HUGLES, C. Etnomedicina. Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales. Madrid, España. Aguilar 1974.
- 44 DEVERANUX, GEORGE. Ensayos de etnopsiquiatría general. Editorial Barral. 1973. Barcelona, España. Citado por Prat, Joan en: Sobre el contexto Social del Enfermar. op. cit.
- 45 FABREGA, HORACE. Medical Anthropology en Siegel (comp), Biennial Review of Anthropology No. 3, 1972
- 46 BUZZARD, S. Appropriate Research for Primary Health Care: An anthropologist's View. Social Science and Medicine. Vol 19. No. 3 1984.
- 47 SCRIMSHAW, S. AND HURTADO H. Rapid Assessment Procedures The University of Tokyo.
- 48 NIGENDA G. Y OROZCO E. Uso de métodos antropológicos para el estudio de las causas de no vacunación. El caso de Nativitas, Xochimilco. Salud Pública de México 1990. 32: 325-336.
- 49 HEGGENGOUEN K. AND DRAPER A; Medical Anthropology and Primary Health care. EPC Publication No. 22, LSHTM, London, 1990, Capít. 7.
- 50 AGAR, MICHAEL. Speaking of Ethnography Sage publications London Qualitative Research Methods. vol 2 Beverly Hills, C.A. Sage 1985.
- 51 INSTITUTO REAL DE ANTROPOLOGÍA DE GRAN BRETAÑA. Manual de campo del antropólogo. Editorial Comunidad, Universidad Ibero Americana, México 1971.
- 52 ADAMS, R. Notas sobre el uso de la antropología en el campo de la Salud Pública Boletín de la OPS V: XXXVIII, No. 5 1955.
- 53 M. DE MIGUEL, J. Introducción al campo de la Antropología Médica en Antropología Médica en España. Anagrama 1980, España.
- 54 MENENDEZ E., "Antropología Médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural", en Cuadernos de la Casa Chata, No. 179, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social. México, 1990. pp. 25-49.
- 55 MENENDEZ E., "Familia, participación social y proceso salud-enfermedad-atención. Aportaciones desde las perspectivas de la Antropología Médica", Ponencia presentada en el Congreso sobre "Familia y Salud", Guadalajara, 1990. Doc. Mim. pp. 1-47.
- 56 ARREDONDO A., CRUZ C. Y HERNÁNDEZ P., "La formación de recursos humanos en economía de la salud". Educación Médica y Salud, Washington, D.C. 1991. Vol. 5, 3, pp. 254-267.

Eutanasia y Distanasia

Carlos Urzaiz Jiménez*

*La Eutanasia es por ahora un privilegio de los animales y de los reos.
En la sociedad moderna, el hombre de bien sólo tiene derecho a una larga agonía.*

RESUMEN

Se discuten los problemas éticos relacionados, por un lado, con abreviar la agonía intentando evitar el sufrimiento (eutanasia) y, por otro lado, con el hecho de posponer la muerte alargando la agonía (distanasia). Se analizan las dificultades de una legislación sobre estos problemas que se considerara, además de los aspectos éticos, los derechos personales, los sentimientos religiosos y familiares a través de la opinión de médicos, filósofos y juristas. Finalmente, se observa que en la práctica médica existe una situación opuesta entre eutanasia y distanasia: mientras que la primera sigue siendo, en general, refutada; en cambio, la distanasia forma parte de la atención hospitalaria a pesar de que muchas veces conlleva una utilización inoportuna de la tecnología con resultados precarios. Se concluye que la llamada muerte digna; por los filósofos de la medicina, debiera verse como un derecho al igual que el derecho a la salud y a la felicidad humanas.

PALABRAS CLAVE: Eutanasia activa, eutanasia pasiva, distanasia, ética médica, sufrimiento, agonía, tecnología médica,

LA EUTANASIA

Introducción

Desde tiempos remotos la muerte ha sido considerada como el mayor fracaso de la asistencia médica y el médico ha aprendido a ver en ella a un enemigo irreconciliable. Antes de que la salud colectiva y la felicidad humana se dejaran sentir como objetivos teóricos de la medicina, el acto médico quedaba reducido a un enfrentamiento, a una especie de combate entre el facultativo y la muerte. Combate desigual por cierto en el que, dada la precariedad de los recursos curativos, eran muchas las veces en que la parca salía vencedora.

El genio artístico de todas las épocas ha plasmado esta situación en grabados, pinturas, esculturas, caricaturas, poemas y otras expresiones plásticas y literarias. "Luchar contra la muerte -decía Don Jacinto Benavente- enemigo que cuando huye parece que no hubo mérito en vencerle y que cuando vence, siempre deja la duda de que faltó el acierto en combatirla".

Podemos asegurar que hoy las relaciones han cambiado. Independientemente de que se considere a la muerte como

enemigo o no, el arsenal terapéutico se ha enriquecido de tal modo que ya se le puede vencer, se le puede manejar, aplazar e incluso negar. De hecho, la negación queda implícita en el poder de la tecnología que con sus mecanismos sostenedores de la vida más allá de sus funciones orgánicas fundamentales, antepone sus principios a los de la doctrina según la cual el ser humano es criatura de Dios y su muerte, así como su vida, dependen de él. Los cambios de mentalidad en cuanto a la forma de encarar el término de la existencia se han vuelto muy aparentes en la segunda mitad del presente siglo y han ejercido su influjo en el pensamiento de las actuales generaciones. Irónicamente, estas generaciones negadoras y de algún modo apartadas de la realidad, han heredado de sus padres las armas nucleares que se ciernen como amenaza constante sobre los cimientos de nuestra civilización. Y la última ironía -señala Fulton-, será redescubrir y confrontar la muerte personal en el momento histórico en que a nivel colectivo, no sólo nos estaremos matando nosotros mismos, sino que estaremos matando también a nuestro pasado y a nuestro futuro¹.

Pero si bien es cierto que la nueva ciencia médica ha propiciado en el ciudadano lego y aun en los tecnócratas una indiferencia, algo como un pasajero olvido de las implicaciones afectivas del morir, los ideólogos no lo han descartado nunca como motivo de interés profesional y han vuelto a él una y otra vez con renovados bríos. Así, puesto en el primer plano de la búsqueda ética y filosófica, el acto

*Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán.

de fenecer da margen a complejas discusiones de las llamadas bizantinas, que se reducen a la rémora de un ejercicio dialéctico poco útil; sobre todo aquellas situaciones en las que el médico asiste no como actor pasivo, sino como director de escena.

Conferencias, mesas redondas, talleres, simposios y hasta cursos, giran con engoladas frases en torno al aborto, el suicidio y la eutanasia, sin que asome una señal que esclarezca la cuestión. En estas reconfortantes aunque estériles polémicas, las palabras, repetidas hasta el cansancio, suben de tono en vano intento de traducir al lenguaje vulgar las complejidades del pensamiento abstracto. Y ocupados en citar a Hipócrates, a Sócrates o a Platón, los discutidores evitan en cierta forma el tratamiento directo del asunto. Lo mismo puede decirse de la copiosa bibliografía que nos inunda de estribillos y lugares comunes que nos dan la solución. Opiniones sobran, eso sí; y suelen ser conciliatorias porque es más cómodo seguir la corriente a los demás que pensar por cuenta propia y defender un criterio original. ¿Será nuestra conducta reacción espontánea al miedo a lo desconocido que a todos nos mantiene cautivos? ¿O será acaso un intento de proteger al prójimo moribundo, imagen del trago amargo que nosotros mismos tendremos que apurar más tarde?

Son muchos los problemas éticos que en relación con la muerte surgen en la práctica y que traen consigo dubitaciones y conflictos. Todos son importantes; sin embargo, los más escabrosos pueden reducirse a los tres citados con anterioridad: el aborto, el suicidio y la eutanasia.

Sin negar la trascendencia del aborto y el suicidio, hay que admitir que como delicado tema de discusión, la eutanasia no tiene competidores. De ella se ha hablado a lo largo de la historia desde antes de que Francis Bacon, el padre de la investigación experimental, la llamara así a principios del siglo XVII. Probablemente las primeras controversias surgieron desde los tiempos de la Grecia Clásica o antes y a partir de entonces, los juicios a favor o en contra emitidos por hombres ilustres y ocasionales filósofos se han neutralizado de tal manera, que impiden vislumbrar la punta del ovillo. En nuestros días sigue siendo motivo, de eso no hay duda; sobre todo si se tienen en cuenta las muchas formas en las que las técnicas médicas modernas, aplicadas con la mejor intención e incluso con sabiduría, pueden paradójicamente, obrar en favor del sufrimiento y la prolongación de la agonía.

La formación de consejos de eutanasia y asociaciones similares en diversas localidades del mundo -las hay que cuentan con miles de miembros de variada condición intelectual- son muestra fehaciente de la intranquilidad que priva. Parece que no se trata ahora de discutir tan sólo las raíces del enredo, sino de proceder; no obstante, las propuestas hechas (-tan disímiles como corresponde a la mul-

tiplicidad de las cabezas que integran dichas agrupaciones-) no han logrado concretarse en una postura única, ecuménica. La congregación norteamericana actualmente llamada "Preocupación por la Muerte", considera que la familiaridad de los niños con la extinción debe empezar temprano, cuanto más pronto mejor y provee a las escuelas primarias con estuches educativos sobre el derecho de morir. Asimismo, por unos cuantos dólares les ofrece en alquiler una película de largo metraje y en color, que describe con todo detalle el proceso de una dulce agonía. Por su parte el Consejo de Acción Cristiana de las Iglesias de Cristo, sostiene que el deceso debe ser hermoso. Y en su declaración sobre la eutanasia dicho consejo adopta un dejo poético al sugerir que el fin de las personas mayores debe sobrevenir con naturalidad; tal vez "con la hermosura de las brillantes hojas otoñales que caen suavemente al suelo"². Estas ocurrencias muy norteamericanas y un tanto grotescas, pero a tono con nuestra civilización, parecen evocar escenas de "Un mundo feliz", la novela de Aldous Huxley, en donde el acondicionamiento para aceptar la transitoriedad de la existencia comenzaba entre los niños desde los 18 meses de edad y ellos tenían que pasar dos mañanas de cada semana en el hospital de moribundos. Allí disfrutaban de juguetes más bonitos que en cualquier otra parte y los días en que ocurría alguna defunción, les daban crema de chocolate. De esta alegre manera aprendían a considerar el óbito como cosa natural³.

No menos significativa en cuanto a la atención que debería prestarse al tema es la actitud piadosa asumida por algunas personas, que incapaces de soportar el sufrimiento humano en los extremos que no se consideran aceptable en el perro o en el caballo, toman la decisión de ayudar a morir a quien lo exija o lo requiera y lo hacen ya sea por cuenta propia o bien facilitando el suicidio. La Asociación Americana de Hospitales estima que muchas de las 6000 muertes que ocurren diariamente en los Estados Unidos son de algún modo planeadas por pacientes, familiares y médicos⁴. En los países en los que el procedimiento jurídico admite al jurado popular, la mayoría de los casos se ha resuelto por absolución; pero no se puede tomar como norma lo que ocurre de manera circunstancial y que en el sentir de mucha gente merece ser condenado. En países como México en donde son los jueces los encargados de dictar las sentencias, sería preciso modificar el código penal, para no incurrir en una aplicación injusta de las leyes⁵.

Legislación sobre eutanasia

Un trabajo científico sobre eutanasia tendría que contener suficientes datos acerca de la legislación mundial; pero éste mío no pretende ser un trabajo científico sino sólo un ensayo literario. Mi información al respecto es incompleta,

no actualizada. En un trabajo de 1965 el doctor Carlos Véjar Lacave habla vagamente de países en los que no se considera punible el homicidio piadoso; entre ellos menciona a Uruguay, Colombia, Checoslovaquia, la Unión Soviética, Suecia y otros; y añade que hace algunos años el tribunal de Nagoya en el Japón admitió la práctica de la eutanasia por enfermedad incurable y dolor deprimente; como condición esencial del refrendo, el enfermo debía solicitar la muerte y la solicitud tenía que ser admitida por un médico. Según el mismo autor, en Alemania, Suiza, Polonia, Italia, Hungría, Costa Rica y Noruega, esta forma de homicidio se sanciona con cierta benignidad aunque para ello sea necesario torcer un poco las leyes; en tanto que lo castigan rigurosamente y sin atenuantes Francia, Bélgica, Argentina, España, Chile, Inglaterra y desde luego México.⁶ Consigno como curiosidad de la jurisprudencia universal, que en Suiza se ha legalizado una especie de lavatorio de manos que permite al médico poner veneno al alcance del paciente moribundo que desea morir, aunque prohíbe terminantemente que sea el propio facultativo quien lo administre.⁷ Por su parte, el doctor Rudolph Arendt, Ex-decano de la Catedral Odense en Dinamarca, asegura que en ninguno de los países escandinavos es permitida la eutanasia activa, y que hasta donde él sabe, no se acepta en ningún otro país. Asimismo, el suicidio asistido también se considera acto criminal en los países nórdicos (excepto Suecia).⁸

Salta a la vista que en las categorías de ley mencionadas (-salvo contadas excepciones-) no se analizan con cuidado las realidades anímicas que impulsan a un hombre a matar a otro hombre con misericordia y catalogan el acto como asesinato, aunque luego le añaden el adjetivo "piadoso" y durante el juicio le reconozcan justificantes que, para adaptarse a lo dispuesto en los códigos, tienen que valerse de subterfugios y falsedades tales como alegar demencia transitoria por parte del ejecutor. El principal móvil de la eutanasia, cualquiera que sea la forma de llevarla a cabo, es un afán generoso de acortar el sufrimiento físico y mental de un individuo sin salvación posible; salta a la vista, pues, que no cabe en ninguna categoría entre los homicidios calificados que consignan las leyes, ya que no conlleva intención criminal.

En los Estados Unidos se han preocupado bastante por los problemas de la eutanasia y han manifestado su preocupación con gran aparato bibliográfico, profusión de lemas altisonantes y profundos conceptos, pero en ningún momento han descuidado el aspecto legal, al que son muy adictos. Robert Veatch, uno de los principales miembros del Instituto Sociedad, Ética y Ciencias de la Vida, ha examinado 85 proyectos de ley que abordan el problema; en sólo un año (1977), se presentaron 40 proyectos en las legislaturas estatales; en el momento de hacer la comunicación, 8 estados de la Unión habían aprobado los suyos,

aunque el comunicante no aclara en qué términos lo hicieron. El mismo autor señala que las leyes para ser cabales deben salvaguardar los derechos del paciente, de la familia, del personal médico y de la comunidad y añade que, sea cualquiera la legislación que se establezca, habrá de reflejar no sólo la opinión de los moralistas profesionales, del personal médico en conjunto y de los expertos legales, sino también de la población en general.⁹

En su edición de 1963, el Código de Defensa Social de Yucatán no dice nada acerca de la eutanasia; sin embargo, el artículo 15 del capítulo IV sobre causas excluyentes de responsabilidad, en su fracción III expone un enunciado algo ambiguo, que manejado por un abogado perspicaz podría invocarse con miras a exculpar a un presunto causante de homicidio conmisericordioso.¹⁰

Sería ingenuidad culpable tratar a la ligera todo lo que se refiere a la eutanasia. Son muchos los factores que intervienen en la elaboración de una ley intachable: derechos personales, sentimientos religiosos, intereses familiares, antecedentes, motivación, aceptación del público, en fin, que si queremos ser justos habremos de promover una consulta que abarque a todos los sectores de la sociedad, tal como aconseja Veatch. En primer término la Iglesia Católica que en el caso de México representa a casi la totalidad del pueblo; después a los intelectuales entre los cuales se cuentan algunos médicos progresistas y enseguida a los distintos grupos que se tenga a bien considerar.

Para la Iglesia Católica la vida humana es sagrada. En su alocución ante un grupo de médicos en febrero de 1945, Pío XII se expresó en los siguientes términos: "El médico digno de su profesión, rechazará cualquier sugerencia recibida en el sentido de destruir la vida, aunque ésta pudiera parecer frágil o hasta humanamente inútil".¹¹ La declaración papal es concluyente y no ha cambiado un ápice en los 47 años que han seguido a su anuncio; tampoco es creíble que vaya a cambiar ahora. Manifiestan el mismo respeto por la vida humana Hipócrates, San Agustín y naturalmente todos los médicos de verdad católicos. Algunos como Marañón prefieren no tocar el punto, considerándolo quizás resuelto de acuerdo con el criterio papal. En su largo ensayo sobre "Vocación y Ética" el maestro español revisa 26 problemas morales frecuentes en el ejercicio profesional y no incluye a la eutanasia en su revisión.¹² En el ámbito nacional hay varias opiniones diversas, la mayoría, en contra del procedimiento. Don Aristeo Romero de Guadalajara es autor de un tratado: "Deontología médica"¹³ en el que se opone enérgicamente al homicidio por piedad, apoyado en las razones que le da su fe.

Eutanasia activa y eutanasia pasiva

Don Ignacio Chávez¹⁴, uno de los más esclarecidos pensadores de la medicina mexicana, al analizar las situaciones por las que pasan los moribundos en su etapa terminal, exalta los derechos del paciente a una muerte digna y considera dos tipos de eutanasia: la pasiva, por supresión de medios extraordinarios y terapéuticos frondosos, a la cual no se opone; y la activa, aquella en la que deliberadamente se interviene para acortar la vida. A esta última la rechaza con vigor y recalca que es un acto prohibido por las leyes morales y civiles y no se debe practicar nunca. En cambio, el Dr. Jorge Soni, declara: "Quiénes estamos en favor de la eutanasia nos basamos en la compasión y la responsabilidad. La responsabilidad es hacer de uno el sufrimiento de nuestro paciente. La compasión, es tratar al enfermo como deseamos que se nos trate cuando estemos en el mismo trance"¹⁵.

Entre los más denodados defensores de la eutanasia, se cita a intelectuales de todos los tiempos: Sócrates, Platón, Aristóteles, Séneca, Tomás Moro (santo), Nietzsche, Binet, Richet, Alexis Carrel (católico) y otros. Arnold J. Toynbee, el notable historiador y filósofo inglés fallecido en 1975, pensaba que privar de la vida a otra persona es un mal supremo; sin embargo, parece contradecirse cuando después afirma: "Hay casos en los que no cabe concebir ninguna esperanza aunque todavía haya vida. En tales casos, si la persona está en su sano juicio, creo que el bien meditado deseo de morir no debe reprimirse. Si el moribundo que se encuentra en esta situación pide que se practique la eutanasia, sostengo que debería satisfacerse su solicitud"¹⁶.

El sentimiento cristiano cerca de la sacralidad de la vida es tan bello y respetable que sería muy provechoso adoptarlo universalmente; pero sucede que el hombre (-de quien alguien ha dicho que es sólo un animal feroz reprimido por la domesticación y dispuesto a violentarse si se le estimula-), sólo considera sagrada la vida cuando así conviene a sus intereses y en cuanto siente que puede, mata; y lo mismo mata por amor que por piedad o por celos, por ambición, por robo, por venganza, por diferencias políticas, en una trifulca de cantina o en una reyerta sindical. También mata sin motivo. Ni qué decir si cuenta con la impunidad como en la guerra en que un increíble trasfondo de valores convierte al homicida en héroe y en patriota al que destruye a su enemigo.

Sobre este mismo asunto de la sacralidad de la vida, Bertrand Russell no hace concesiones y su parecer es contundente: "En concreto (-asegura-), la mayoría de nosotros piensa muy mal de los hombres. Los estados civilizados gastan más de la mitad de sus ingresos en matar a

los ciudadanos de otros estados. Consideremos la larga historia de las autoridades inspiradas en el favor moral: los sacrificios humanos, las persecuciones de herejes, las cárceles de brujas, los progromas, hasta llegar al exterminio en gran escala por intermedio de gases venenosos (que tiene como replica el genocidio atómico de Hiroshima y Nagasaki). ¿Son estas pruebas y las doctrinas éticas que las inspiran, evidencias de sacralidad? ¿Podremos desear de buena fe que los hombres que las practicaron vivan eternamente?"¹⁷.

Pese a la categoría de los opinantes y a la fuerza de algunos de sus argumentos, la promulgación de una ley que apruebe la eutanasia como método impune, es sumamente difícil, casi imposible, en un país como México en el que la gran mayoría de la población es católica. Aún sin el compromiso religioso, sería labor de zapa hallar a un sólo médico capaz de luchar contra los escrúpulos que adquirió durante su educación; tradicionalmente nuestros maestros nos han enseñado a respetar la vida y combatir a la muerte. Y esto no se puede olvidar de pronto. Por lo tanto, concluyo respecto al espinoso asunto, que hoy por hoy en nuestro medio al menos, la eutanasia activa no es aceptable moral ni legalmente.

Sin embargo, la cuestión es tan delicada y el problema que suscita se repite tan reiteradamente, que no es razonable dejarlo de lado. Por el contrario, es preciso sacarlo a colación una y otra vez hasta encontrar la salida justa. Como ocurre en Holanda¹⁸ y como dice Siguerist con excesiva mesura¹⁹: "Es probable que muchos médicos conscientes practiquen la eutanasia (a puerta cerrada) más a menudo de lo que trasciende".

II LA DISTANASIA Tecnología y distansia

La distansia viene a ser todo lo contrario de la eutanasia. El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas de Salvat la define como muerte lenta, dolorosa, agonía larga. Según lo que sostiene su definición, el vocablo podría aplicarse a cualquier forma de muerte dificultosa incluida la que al azar produce la naturaleza y que ha existido siempre; pero puesto que la palabra no es de uso corriente ni siquiera entre los médicos, yo tengo la pretensión de reintegrarla al vocabulario para designar con ella esa situación nueva, muy criticada por cierto, en la que la utilización inoportuna de la técnica consigue una sobrevivencia precaria y multiplica así el suplicio de la persona en trance de morir.

En este evento, la actitud del médico puede ser bien intencionada o puede ser dolosa; de todos modos contra- viene los principios filosóficos de la medicina. El Maestro

de Cos enseñaba a sus discípulos que, cuando basados en el pronóstico consideraran próximo el fin de un moribundo, se abstuvieran de intervenir con tal de no procurarles molestias innecesarias ni erogaciones mayores a su familia. Sin embargo, la filosofía hipocrática no siempre es compatible con la asistencia médica actual, entre otras cosas, porque las armas terapéuticas se han multiplicado tanto y han demostrado ser de una eficacia tal, que dejan la impresión de ser omnipotentes y que siempre puede hacerse algo en aquellas eventualidades de riesgo que antaño nos sorprendían inermes.

Lo que en parte es verdad aunque el énfasis de la proclama resulta exagerado y entraña en su contexto partículas de ambición y de soberbia. En efecto, siempre habrá cosas que hacer, pero cabe preguntar ¿para quién o para qué lo que se hace? ¿siempre es inútil? Además, numerosas veces en el terreno de los hechos el caso está tan claramente definido que el pronóstico fatal salta a la vista del clínico menos avezado.

¿Cómo mejorar entonces estos lances? La respuesta es bastante obvia y estoy seguro de que muchos colegas habrán sentido la tentación de encomendar a Dios la suerte del paciente, administrando si acaso los analgésicos y sedantes indispensables; pero las presiones procedentes del exterior lo obligarán a ceñirse a la ortodoxia en boga, impuesta por no sabemos qué autoridad. De estar en sus cabales el enfermo, tal vez pida con voz débil que lo dejen en paz; aunque nadie tomará en cuenta su protesta y la "distanasia" se ejercerá con pleno rigor.

La escena suele ser dramática si bien no falta quien la mire con sorna. Un viejo maestro me decía saltando los ojos y torciendo un poco la boca en gesto habitual: "Los tratamientos heroicos que hacemos con la vana intención de salvar una vida que no tiene escape serían ridículos si no se tradujeran en ingresos para el hospital e impuestos para el fisco".

Eutanasia y distanasia

Curiosamente, mientras que la eutanasia, tras un debate de siglos sigue siendo refutada, su opuesta la distanasia ha entrado a formar parte del arsenal médico en un santiamén y ha sido aceptada de buen grado por la comunidad. En consecuencia, el paso de los enfermos graves por las unidades de cuidados intensivos se ha vuelto rutinario. Y habría que recordar que estas salas fueron creadas (-en buena hora-) para atender con propiedad, mediante una terapéutica muy activa, a pacientes en crisis, con padecimientos agudos y con firmes esperanzas de restituirse a la vida en plenitud de facultades, pero factores que por ahora no voy a considerar, obligan a que se ingrese en ellas a

enfermos crónicos con pocas posibilidades de recuperación o de mejoría o peor aún, a pacientes en etapa terminal (-ancianos con 90 o más años que han caído en inconsciencia, cancerosos con invasión total del organismo-) destinados a una muerte segura. Tal parece que el criterio científico moderno impele al médico que se enfrenta a los moribundos a realizar un esfuerzo extra con tal de salvar la vida que se escapa o retardar por lo menos la llegada del final. En esta lucha desesperada por mantener vivo al paciente a cualquier precio, no se valora mucho lo que se ofrece ni la calidad de los días que se van a vivir de más. Para buen número de enfermos en trance de morir sus únicos compañeros son los frascos de suero, las sondas, el oxígeno, los marcapasos, los riñones artificiales y los monitores que llevan nota de sus últimos minutos. En el afán de ocultarle al moribundo la realidad de su estado, el personal médico y los familiares recurren a veces a complicados inventos que, basados en falsas argumentaciones, solamente consiguen alargar la espera e intensificar el sufrimiento²⁰.

De esta suerte la serie de experiencias atesoradas en la memoria y los pequeños gustos que constituyen el hábito y conforman la personalidad, desaparecen antes que la vida. "En el dominio de la ciencia empírica -afirma Graf-, no hay lugar para el alma". Y en otra parte agrega: "Es irónico que el cambio tecnológico y social haya acrecentado nuestra sensibilidad de prolongar la vida física a la vez que amenaza la calidad de nuestra vida espiritual"²¹. De donde se infiere que es una vergüenza que el hospital moderno, cuya principal misión es ante todo la restitución de la salud y la supresión de los malestares, se convierta poco a poco en un sistema de tortura que aniquila la integridad anímica de los agonizantes.

Iván Illich, en su discutida "Némesis médica"²², comenta el caso de una mujer que intentó suicidarse sin éxito. La ingresaron en el hospital en estado comatoso con dos proyectiles alojados en la columna cervical. Con medidas extremas, el cirujano logró mantenerla viva y consideraba su intervención una hazaña doble: la mujer vivía aunque totalmente paralizada, de manera que ya no había que preocuparse de que volviera a intentar el suicidio.

Inventado o real, el hecho descrito por Illich, delata la arbitraria imposición de la distanasia y pinta con mano firme la prepotencia de algunos médicos. Ante los riesgos de estas exageraciones los pacientes deberían ser protegidos de los procedimientos que los martirizan y los denigran sin ofrecerles compensación alguna. En efecto, las medidas extraordinarias se convierten a veces en complicaciones peores que la misma enfermedad y el desarrollo técnico ha traído consigo dilemas que no tienen fácil solución.

Al parecer, el celo médico excesivo -invulnerable a los ataques de la crítica-, adopta un sentido de protección paternalista que ha tomado carta de naturalización en los hospitales. Aunque vale el esfuerzo preguntar si una sociedad que permite la pena de muerte, las guerras, las corridas de toros, el escalamiento de montañas, las carreras de automóviles, el boxeo y otros salvajismos que ocasionan incontables tragedias, tiene potestad moral para asumir posturas maternales²³.

En países más civilizados que el nuestro, estas imposiciones martirizantes han levantado un clamor en pro de los derechos del enfermo moribundo; la preocupación por dar al hombre una muerte digna se ha manifestado en documentos firmados por gente ilustre, artículos en revistas, libros, solicitudes autógrafas, el acta de eutanasia

voluntaria presentada al Parlamento Británico en 1969²⁴ y todo este movimiento culmina con la erección de asilos y hospicios en los que el personal se entrena para ofrecer cuidados eficientes y trato afable.

Sin embargo, los problemas que conlleva la distanasia se disimulan fácilmente. A su ejecución no se oponen prejuicios, sentimientos colectivos ni convicciones religiosas; sus componentes morales están protegidos por el manto de la verdad científica vigente que la pone a salvo de cualquier sospecha. Por eso se ha extendido con tanta prisa y el acoso a los agonizantes se ha convertido en un triste espectáculo repetido cada vez con mayor saña. Algunos mal intencionados podrían pensar que la conducta de los médicos ya no se basa en una filosofía de la vida o de la enfermedad, sino en las argucias mercantiles de un consorcio industrial. Es verdad que algunas veces son los familiares con sus exigencias los que mantienen el cuadro; lo que ellos buscan, es salvaguardar su prestigio social que se verá comprometido si no intervienen hasta el último centavo -poco o mucho según el nivel de clase- en prolongar la sobrevida del ser querido.

Nada importa que el aplazamiento de la sentencia traiga consigo nuevas dosis de martirio; las ansias del paciente rara vez se justiprecian e impedido como suele estar, el susodicho tiene que soportarlo todo. ¿No hay en este contubernio entre la industria, el médico y los convencionalismos sociales una inmoralidad solapada?

No se piense por esto que negamos el valor de los tratamientos agresivos que en determinadas circunstancias son necesarios y pueden salvar una vida. Lo que sostengo es que en los límites de la existencia, el método a emplear debe discernirse con esmero; es seguro que un terapeuta no necesita usar todas las armas de que dispone en cuanto paciente caiga en sus manos. Aunque es prudente admitir que el dejar de hacer también nos pone en duda y entraña otro dilema.

III CONCLUSIONES

Como quiera que sea, cuando el momento llega, el hombre necesita morir y reclama a gritos que la muerte le sea leve. Esto sólo es posible cuando ocurre de manera natural, sin vulnerar la personalidad del individuo cualesquiera que fueren los rasgos que la conforman: temor, esperanza, rebeldía o resignación. El médico verdadero con mentalidad humanista, no deberá acogerse ciegamente a la inclinación instintiva de ver en la muerte a un enemigo a vencer o como dé lugar. La llamada eutanasia pasiva es actitud transigente que no excluye el empleo de medicamentos destinados a suprimir los síntomas molestos de la agonía y no se opone a ninguno de los postulados de la iglesia. La decisión de no prolongar el proceso de la muerte no tiene por qué implicar abandono. El cuidado



pre tendría que hacerse, eso sí, en una sala de hospital; pero lejos de los horrores mecánicos de la terapia intensiva. Incluso podrían agregarse a la escena final algunas de las fantasías que describe Huxley en su novela antes citada: "La enferma yacía hundida entre almohadones mirando las semifinales de un campeonato de tenis en la pantalla de televisión a los pies del lecho... La Super-Vox-Wurlitzeriana que proporcionaba la música de fondo, se alzaba hasta un sollozante crescendo... El aparato de circulación de perfume lanzaba al aire un intenso olor a pachulis... La paciente dormitaba, despertaba y se volvía a dormir... A la cálida bocanada de verbena lanzada por el ventilador encima de su cabeza, regresaba a todas estas cosas o más bien a un sueño en que todas estas cosas, transformadas y embellecidas por el "soma" en su sangre, eran maravillosos constituyentes... La enferma sonreía una vez más con su rota y descolorida sonrisa de pueril contento"²⁶.

Linda, protagonista del relato de Huxley, veía venir la muerte con admirable placidez y no la sentía.

Eso que los filósofos de la medicina han dado en llamar "muerte digna", tiene que convertirse en un derecho tan legítimo como el derecho a la salud y a la felicidad que tanto se ha pregonado. Estoy seguro de que a muchos les gustaría morir al estilo antiguo, metidos en el lecho propio, en el cuarto más fresco y tranquilo de la casa, con los herederos como únicos testigos alabando a Dios; pero desgraciadamente ya no puede ser así; hay quienes ni siquiera tienen casa y por otra parte, dudo que en nuestros días alguien tenga la entereza de renunciar a los beneficios que en un momento crucial podría brindar la terapia administrada con sano juicio. Además, existen cuidados indispensables, mínimos si se quiere, que significarían un sacrificio para los deudos. De modo que el ingreso en el hospital de ha vuelto ineludible nos guste o no y sólo nos queda esperar que pronto los moribundos dejen de ser tratados como objetos y recobren su calidad de personas. "A nadie le gusta que piensen de él como paciente, sino como ser humano y nadie querría que su cuerpo fuese considerado como una mina de órganos trasplantables o como una cifra estadística en las tasas de mortalidad o como una entrada en el presupuesto del hospital o en las cuentas de la funeraria"²⁷.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- FULTON ROBERT. "La negación de la muerte". Del libro "La muerte y el morir". Fondo Educativo Interamericano. México, 1981. Pág. 9
- 2.- MADDOCKS MELVYN. "Vida y muerte en los Estados Unidos". Del libro "La muerte y el morir". Opus. Cit. Pág. 15
- 3.- HUXLEY ALDOUS. "Un mundo feliz". Editorial Epoca. México, 1980. Pág. 159.
- 4.- SOUNDING BOARD. "Moral and moralism in the de-

te over euthanasia and assisted suicide. The New England Journal of Medicine. Sep. 13, 1990. Pág. 730

5.- CARDENAS RAUL F. "Aspectos legales de la eugenesia y la eutanasia". Memorias del Simposio Syntex sobre eugenesia y eutanasia médicas. México, 1979. Pág. 46

6.- VEJAR LACAVE CARLOS. "Reflexiones sobre la eutanasia". En el libro "Bajo el signo de Esculapio". Acosta Amic. México, 1965. Pág. 46

7.- RUDIKOFF SONYA. "Los problemas de la eutanasia". En "La muerte y el morir". Opus. Cit. Pág. 301

8.- RUDOLPH ARENDT. "Allowing death or actively killing?" The legal situation and present state of ethical debate in the nordic countries. II Simposio Internacional de Etica Médica. Ethics and Medicine 3, 1989.

9.- VEACHT ROBERT. "Las opciones legislativas". En "La muerte y el morir". Ibidem I. Pág. 98

10.- CODIGO DE DEFENSA SOCIAL Y DE PROCEDIMIENTOS EN MATERIA DE DEFENSA SOCIAL PARA EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE YUCATAN. Editorial Cajica, Puebla, México, 1963. Pág. 38 (Las ediciones recientes condenan el suicidio asistido y el artículo a que hacemos referencia ha sido modificado en su término).

11.- VEJAR LACAVE CARLOS. Opus Cit. Pág. 48

12.- MARAÑON GREGORIO. "Vocación y Etica". Colección Austral, Espasa Calpe, Argentina, 1946. Págs. 57-92

13.- ROMERO ARISTEO. "Deontología Médica". Guadalajara, Jalisco, Méx., 1946. Págs. 157-168

14.- CHAVEZ IGNACIO. "Morir digno y decisión médica". Simposio Syntex; México, 1979. Págs. 89-92

15.- SONI JORGE. "Decisiones sobre eutanasia". Gaceta Médica de México, CXX, (7-8), 277; 1984.

16.- TOYNBEE ARNOLD. "Escoge la vida". Diálogo con el filósofo Japonés Daisaku Ikeda. Emecé Editores, Argentina, 1976. Págs. 157-165

17.- RUSSELL BERTRAND. "¿Sobrevivida o muerte?". "La muerte y el morir", Opus. Cit. Pág. 144

18.- PENSE GREGORY E. Ph. D. Do not go slowly into that dark night: Mercy Killing in Holland". Am. Jour. of Med. LXXXIV, 139, 1988.

19.- SINGER HENRY E. "Civilización y Enfermedad". Fondo de Cultura Económica. México, 1987. Pág. 130

20.- GRAFF ESTANISLAV. "El rostro cambiante de la muerte". "La muerte y el morir". Opus. Cit. Pág. 111

21.- GRAFF ESTANISLAV. Opus. Cit. Pág. 107

22.- IVAN ILLICH. "Némesis Médica". Seix-Barral, Barcelona 1975. Pág. 183

23.- WHITE ROBERT Y ENGELHARDT TRISTRAM JR. "Una demanda de muerte". "La muerte y el morir". Opus. Cit. Pág. 277

24.- SONI JORGE. Opus. Cit. Pág. 277

25.- BENATAR S. R. "Some philosophical considerations on death and dying" Proceedings of the Second International Congress on Ethics in Medicine. New York, 1987. Pág. 13

26.- HUXLEY ALDOUS. Opus. Cit. Págs. 193-195

27.- RUDIKOFF SONYA. Opus. Cit. Pág. 308

La formación del médico en el área clínica

Alberto Lifshitz G. *

RESUMEN

En este trabajo se hace una caracterización de la práctica clínica actual, tomando como invariante la idea de que ésta es la parte substantiva de la Medicina, en tanto se considera que es la que ofrece la oportunidad del restablecimiento de la salud. Se analizan diversos aspectos del ejercicio clínico conjuntamente con la enseñanza y el aprendizaje de las diversas disciplinas y actividades que lo constituyen, por lo que la calidad de la práctica médica se ve como una consecuencia directa de la aptitud del médico en dicha área.

De acuerdo con lo anterior se identifican aspectos concretos, perfectibles, tanto de la práctica como de la educación médica, integrándolos en propuestas metodológicas, éticas y de contenido para el mejoramiento y modernización de la formación clínica de las generaciones actuales y futuras de los médicos.

Con la artificiosidad que a veces exige la planeación pedagógica, se ha individualizado una área clínica en la formación de los médicos, en la que el alumno encara por primera vez al enfermo y a la enfermedad, con su intenso contexto emocional y en la que tiene que aprender a desarrollar una serie de habilidades complejas. La clínica representa la actividad arquetípica del médico, si no es que su esencia, su espíritu, pues representa no sólo la parte más humana de la medicina, sino que es la que ofrece la oportunidad de ejercer su propósito original, el de restablecer la salud de quien la ha perdido. La evolución de la medicina la ha convertido en un universo de actividades diversificadas, pero la clínica sigue constituyendo la substantiva, lo cual no implica menospreciar a las demás.

Para propósitos de esta presentación, el dominio de la clínica se engarza en lo que la Academia de la Lengua¹ define como "la parte práctica de la medicina", y que en una concepción más moderna se refiere al estudio ordenado y sistemático de las diversas manifestaciones de las enfermedades, sean éstas reveladas por medio del interrogatorio, del examen físico o de los procedimientos auxiliares, todo ello con el propósito de precisar un diagnóstico, establecer un pronóstico y aplicar un tratamiento a un enfermo individual. Esta descripción pareciera excluir al subproceso de la salud, pero una reflexión más

profunda lo identifica en varias fases del quehacer clínico: en el contraste con la enfermedad, en la predicción de las eventualidades y en el objetivo y la esperanza del tratamiento.

La actividad clínica es, ciertamente, compleja. En un catálogo incompleto, abarca la habilidad de establecer una relación afectiva con el paciente, de ganarse su confianza; la actitud para asumir la responsabilidad que corresponde al médico en la atención del paciente, pero compartiendo con él las decisiones; la capacidad para obtener del paciente información fidedigna y completa, de jerarquizarla y de estimar la necesidad de obtener información complementaria; el criterio para solicitar, juiciosa y responsablemente, los estudios auxiliares pertinentes, considerando los riesgos, los beneficios, los costos, la efectividad y la utilidad; la aptitud para interpretar, jerarquizar e interrelacionar toda la información obtenida, mediante un razonamiento lógico que tome en cuenta lo probabilístico, a modo de explicar fisiopatológicamente lo que le está sucediendo al paciente; de estimar estadísticamente las probabilidades de que el paciente supere la enfermedad o de que necesite ayuda terapéutica; de indicar el tratamiento, juzgar de su efectividad, vigilar sus efectos adversos y sus complicaciones, acechar los cambios en la evolución del padecimiento y tomar decisiones de acuerdo con el curso de los acontecimientos; limitar la aparición de secuelas y, en su caso, dictar medidas de rehabilitación; participar en la educación del paciente y de sus familiares; considerar las repercusiones en el te-

* Titular de la Jefatura de Servicios de Educación Médica del IMSS.

reno psicológico, familiar, laboral, económico y jurídico tanto del padecimiento como de la enfermedad; informar las experiencias que ameriten ser conocidas por la autoridad, la comunidad o el personal de salud; analizar críticamente los conocimientos teóricos relacionados con la experiencia clínica en general y con cada caso en particular; reflexionar continuamente sobre el quehacer cotidiano para retroinformar y perfeccionar el propio desempeño; identificar lagunas en el conocimiento y proponer e instrumentar estrategias para superarlas.

Esta presentación abarcará, de manera somera, un punto de vista personal sobre ciertas imperfecciones que se identifican en la práctica actual de la clínica y algunas propuestas para superarlas, para finalizar con un análisis de la enseñanza de la clínica partiendo de la identificación de ciertas fallas y concluyendo con algunas sugerencias.

CARACTERÍSTICAS DE LA PRACTICA CONTEMPORANEA DE LA CLINICA

Esta descripción se centrará, más que en las cualidades, en las imperfecciones, de modo que, al identificarlas, se puedan proponer modificaciones que enriquezcan la práctica de la clínica. Este enfoque no pretende negar las virtudes, pero el énfasis en ellas propicia más una autocomplacencia que una superación. Clasificar las características en virtudes o defectos representa un juicio de valor que admite el inconveniente de la subjetividad.

1.- La posición del clínico ante la tecnología moderna: el pasado y el futuro sin presente

La observación de los clínicos en acción descubre la paradoja de querer insertar una propedéutica que casi no ha evolucionado en más de un siglo, en una era de desarrollo tecnológico acelerado con el que parecen haberse superado las imperfecciones de los sentidos humanos en la búsqueda de información fidedigna. En efecto, se tiene la impresión de que se trata de conciliar el pasado con el futuro sin pasar por el presente. La clínica tradicional, aquella que realiza el médico fundamentalmente con sus órganos de los sentidos y con auxiliares elementales, como el estetoscopio, ha permanecido rígida, estereotipada, sin

una postura autocrítica y prácticamente sin evolución. La falta de una visión crítica también se ha extendido ante la tecnología emergente, que deslumbra con su objetividad y precisión. En estas circunstancias, el clínico parece tan sólo un intermediario entre el paciente y la tecnología y tiende a perder la posición del director del proceso. No se identifica claramente una aproximación hacia el aprovechamiento óptimo de los recursos intelectuales del clínico, de sus habilidades psicomotoras y de la tecnología complementaria.

2.- Rigidez en torno al diagnóstico nosológico. "Nosologización del diagnóstico".

La sistematización en la enseñanza de la patología y la necesidad de un código de comunicación entre el personal de salud, ha obligado a ponerle nombre a las enfermedades para contar con el mismo marco de referencia. Esto, que es una cualidad didáctica y operativa, se convierte en un inconveniente cuando se exalta en el clínico la capacidad de asignarles un nombre de enfermedad a los sufrimientos del paciente, como el evento clave en su relación con el enfermo, pues tanto el pronóstico como el tratamiento se suelen considerar consecuencias automáticas de tal identificación. De esta manera, el diagnóstico clínico requiere tan sólo de una contrastación entre lo que el paciente aqueja y lo que los libros dicen; analogar el padecimiento con la enfermedad; buscar similitudes entre los síntomas y signos de los pacientes y el cuadro clínico de las enfermedades. Este enfoque confiere a la enfermedad la cualidad de una existencia propia y describe su historia natural, su etiopatogenia, su fisiopatología, su anatomía patológica, las bases para su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento, y es el modelo preferido de enseñanza de la clínica y el que siguen la mayoría de los libros de texto. De acuerdo con esto, para ser clínico, basta aprender a recolectar información a partir del paciente mediante la propedéutica, por un lado, y por el otro, recordar muchos cuadros clínicos, mientras más, mejor, a través de una memoria nosográfica, relacionada con la retención de los textos, aun sin entender su naturaleza. En otras palabras, la práctica de la clínica se basa en la enfermedad y no en el enfermo.

Aunque, sin duda, este modelo ha propiciado una enseñanza sistemática de la nosología, tiene la desventaja de que favorece el conocimiento enciclopé-

dico tradicional y no propicia, en cambio, la flexibilidad que exige lo que se denomina "criterio clínico". El clínico enfrenta sus primeras frustraciones cuando se percata que los síntomas y signos del paciente no son idénticos a los de las enfermedades que los libros describen, sino que faltan algunos, sobran otros y unos más muestran diferencias cualitativas; que en otros casos se entremezclan manifestaciones de distintas enfermedades y en otros más el conjunto de expresiones clínicas no se corresponde con las de ninguna de las enfermedades que aparecen en los textos.

3.- Desintegración con la información "básica"

La división tradicional entre asignaturas básicas y asignaturas clínicas es, ciertamente, artificiosa. Considerando como básico lo que sirve de fundamento principal para el aprendizaje, no se puede considerar más básica a la bioquímica que a la propedéutica. No obstante, en la práctica se distingue lo básico de lo clínico porque lo primero se aprende más en las aulas y en los laboratorios y lo segundo en las unidades de atención médica; lo básico no parece tener una aplicación directa en la atención de la salud o, al menos, cuesta trabajo identificarla. En los casos en que el plan de estudios muestra una organización en la que el aprendizaje de las ciencias precede al aprendizaje de la clínica, la carrera de medicina se tiende a fragmentar en dos segmentos bien diferenciados, al grado que parecen dos carreras distintas o que, al menos recuerdan ciclos escolares diferentes. Más aun, llega a ocurrir que el momento de iniciar el adiestramiento en clínica, es también el de olvidar buena parte de los contenidos de las asignaturas básicas, porque su aplicación no se hace evidente. El profesor de la asignatura básica con frecuencia no tiene la perspectiva de la clínica, y el docente de clínica ha dejado de lado, en la práctica, las referencias a las ciencias básicas, y ambos lo reflejan en sus alumnos. Aún más, suele ocurrir que el profesor de asignatura básica no conoce siquiera al de clínica y viceversa, y hasta tienden a crearse divisiones gremiales entre profesores básicos y clínicos.

De esta manera, la práctica de la clínica sigue siendo la misma desde hace más de un siglo, más identificada con una técnica que con una ciencia, perfeccionable con la repetición y fundamentada en la experiencia; no ha incorporado debidamente los avances que han ocurrido en otras disciplinas y hasta tiene el riesgo de

ser substituída por tecnología más eficiente. Es verdad que la enseñanza de las ciencias básicas también ha contribuido a este divorcio, pues llega a considerar a la asignatura como entidad independiente, desligada de cualquier relación con la clínica; a pensar que constituye un fin en sí misma y no un medio para alcanzar los conocimientos y habilidades del médico general; a endiosar el conocimiento científico y despreciar el indudable valor de la experiencia empírica; a trabajar para ganar adeptos para la ciencia escamoteándose a la práctica médica y a desdeñar los procedimientos de la clínica, que no suelen tener las cualidades de los precisos métodos del laboratorio. El clínico teme abordar las ciencias básicas e incorporarlas a su práctica y el básico desdeña lo empírico de la clínica.

4.- Dependencia excesiva de la experiencia: el "arte" de la clínica.

Al calificar como "un arte" la excelencia clínica se tiende a aludir a la idea de que sólo se puede alcanzar después de muchos años de práctica. Esto quiere decir que, por definición, ningún médico joven tiene acceso a ella y que el perfeccionamiento se alcanza por ensayo y error y por "*déjà vue*". Esta idea se fundamenta en el desconocimiento de los caminos por los que transita la mente del clínico cuando alcanza las metas de diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Si se interroga a un clínico experto acerca de los mecanismos mentales que utilizó para tomar sus decisiones, difícilmente los va a poder expresar en símbolos, estructuras o tácticas. El "arte" de la medicina, se dice, no se puede sistematizar, pues es demasiado complejo y demasiado humano para ser abordado científicamente.

Este enfoque impide una enseñanza sistematizada de la clínica la que, por tanto, se limita a proveer al alumno de una técnica de recolección de datos (la propedéutica) y una descripción de las enfermedades; la interrelación entre las dos áreas la tiene que encontrar el alumno por sí mismo, al cabo de los años de experiencia, cuando haya visto muchos casos iguales y haya cometido muchos errores.

ALGUNAS PROPUESTAS METODOLÓGICAS

La educación a los tiempos presentes y la adapta

ción anticipatoria al futuro exige una revisión de los procedimientos de la clínica tradicional, a modo de dar consistencia y confiabilidad a la práctica clínica de todos los días. En seguida se describen algunas ideas que pueden ayudar a conformar una modernización de la clínica.

1. Validación de los signos tradicionales

La mayor parte de los signos clínicos aún vigentes fueron descritos en una época en la que no existía un rigor metodológico para sustentar la fuerza de las asociaciones estadísticas y no existía un suficiente conocimiento de la fisiopatología como para poder explicar la producción de los síntomas y los signos. Hoy en día existen las técnicas para validar los signos clínicos como pruebas diagnósticas, algunos de ellos han salido airoso de la prueba estadística⁴, pero es mucho lo que falta todavía por hacer para depurar nuestro cuadro básico de signos.

2. Enfoque fisiopatológico y etiopatogénico

Si el clínico trata de comprender lo que le sucede al paciente en lugar de tan sólo rotular sus sufrimientos con un diagnóstico nosológico, probablemente podrá seleccionar más adecuadamente el auxilio específico que el paciente requiere. Si en lugar de preguntarse el nombre de la enfermedad trata de explicar la secuencia de eventos que condujeron al estado actual, tendrá una mejor comprensión del caso y una mejor oportunidad de ayudar.

3. Clinimetría

El término fue acuñado por Feinstein para referirse a la medición de los fenómenos clínicos^{5,6}. Tradicionalmente se admite que los datos de la clínica difícilmente pueden ser manejados con datos científicos, pues son demasiado "blandos". El clínico puede hacer algunas mediciones como la del peso, la estatura, el grosor del pliegue tricipital, la longitud de las extremidades, el perímetro cefálico, la frecuencia cardíaca o la tensión arterial, pero ¿cómo puede medir la astenia, el prurito, la angustia o el meteorismo? Varias experiencias sugieren que hay alternativas para la medición dimensional, como pueden ser la enumeración: cuántas veces aparece el síntoma en un periodo de tiempo, cuántas tabletas se requieren para controlarlo, cuántas acciones le permiten o le impi-

den realizar, cuántos días lo incapacita, etcétera. Hoy en día todo mundo clasifica funcionalmente las enfermedades cardíacas según la New York Heart Association, cuantifica la magnitud de un coma según la escala de Glasgow y describe las características de un recién nacido según la escala de Apgar.

4. Simplificación posttecnológica⁷: utilizar la tecnología para aprender a prescindir de ella

Esta propuesta constituye un intento de abordar la tecnología con racionalidad. Tiene su origen probablemente en el pensamiento anatomoclínico. De acuerdo con esta escuela, los casos se someten a un estudio clínico exhaustivo y hasta prolijo a modo de suponer las lesiones anatómicas que subyacen; si el paciente fallecía, el propio clínico efectuaba el estudio postmortem o, al menos, lo presenciaba, con el propósito de retroinformar su propio proceso propédeutico. Este enfoque permitió un desarrollo formidable tanto de la clínica como de la anatomía patológica. Hoy en día no es necesario llegar a la necropsia para verificar las hipótesis clínicas, sino que hay una gran variedad de métodos que pueden servir como estándar de oro "gold standar" para retroinformar al clínico. De esta manera puede llegarse a la simplificación posttecnológica que consiste en utilizar la tecnología para aprender a prescindir de ella. Lo que se observa en la actualidad es que la tecnología no sólo no está retroinformando a la clínica, sino que le está substituyendo, de tal manera que cuando el médico carece de ella surge una parálisis operativa absoluta.

5. Sistematización de las decisiones médicas: el "antiarte"

Sin negar el indudable valor de la experiencia, hay que reconocer que hoy en día es posible sistematizar las decisiones médicas y sustentarlas en elementos objetivos que pueden ser representados simbólicamente. En este sentido, la aportación de las técnicas de computación ha sido muy valiosa pues ha permitido discernir cómo discurre la mente del clínico, de manera que un subproducto ha sido la sistematización de las decisiones, sin necesidad de recurrir a la computadora. Esto permite al clínico aprender sin que tengan necesariamente que pasar muchos años de experiencia, de ensayos y de errores.

6. Comunicación de las experiencias clínicas: el valor de la anécdota

El rigor metodológico que exigen hoy en día los cuerpos editoriales de las revistas médicas ha limitado la participación de los clínicos en la comunicación de sus experiencias, que suelen ser rechazadas por anecdóticas. Esto ha frenado la aportación de los clínicos y el avance del área. La propuesta aquí es invitar a los clínicos a comunicar sus experiencias y a los editores de revistas médicas para que acepten aportaciones en secciones especiales, desde luego con la aplicación de criterios de selección pero propios del tipo de comunicación que se propone y no aplicando las reglas de la investigación científica básica.

7. El experimento terapéutico

Feinstein⁹ considera que la actividad más importante del clínico no es el diagnóstico sino el tratamiento. Razona diciendo que, por una parte, el diagnóstico puede generarse aun sin la participación intelectual del clínico a partir, por ejemplo, de un resultado de laboratorio, de un estudio histo-patológico o de una imagen. Por otro lado, el diagnóstico tiene el único propósito de permitir tomar decisiones terapéuticas; al fin y al cabo, al paciente no le interesa el nombre de su enfermedad, sino la posibilidad de recuperar la salud. Más aun, en la decisión terapéutica está implícito el pronóstico, pues tiene que considerar el riesgo de que aparezcan complicaciones, de que la enfermedad avance y la estimación de la capacidad del enfermo para superarla. Pero, además, propone Feinstein, cada tratamiento es un auténtico experimento, si se utilizan las cualidades científicas, como la evidencia válida, el análisis lógico y las pruebas demostrables.

8. Vinculación con la investigación

Si se admiten algunas premisas como que el enfermo es una unidad de estudio en el contexto de la ciencia; que los datos proporcionados por los procedimientos tradicionales de la propedéutica se pueden manejar como datos científicos; que el proceso del diagnóstico clínico es sistematizable; que las decisiones clínicas pueden sustentarse en datos probabilísticos; que la terapéutica médica puede someterse a los lineamientos del método experimental; que la atención de los enfermos puede producir conocimientos científicos o, al menos, permite plantear pro-

blemas científicos; que el pronóstico se puede calcular en términos matemáticos y que los sesgos de los médicos, de los pacientes y de los métodos clínicos (incluyendo el gran sesgo del efecto placebo) pueden ser neutralizados, al menos con la misma eficacia que en otras disciplinas biológicas o sociales², la práctica clínica puede convertirse en un evento de investigación. Para ello se requiere, en primer lugar, un cambio de actitud en los clínicos: un cuestionamiento crítico de los conocimientos establecidos, una búsqueda constante de nuevas soluciones, un compromiso con la verdad y no sólo con la curación del enfermo; una disciplina metodológica; una autocrítica severa.

PROPUESTAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA

1. Fundamentada en los "casos".

Este es un principio casi universalmente aceptado, pero no siempre aplicado. La tradición parece obligar a actividades formales de aula a partir de un esquema planeado según la congruencia de los contenidos. Pero el aprendizaje más eficiente parece provenir de los pacientes y de los expedientes clínicos. Los casos a los que se enfrenta el estudiante en su etapa formativa deben representar la epidemiología real y alcanzar un número crítico, que no se ha definido, pero ni demasiados ni tan pocos, pues es necesario que cada caso se someta a un análisis, discusión, reflexión, consulta, supervisión y retroinformación.

2. Vinculación auténtica entre la teoría y la práctica

Casi todos los programas educativos en el área clínica consideran actividades teóricas y actividades prácticas, pero muy pocos logran una auténtica vinculación entre ambas, ya sea por el contenido o ya sea por el tiempo en que ocurren. Cuando se parte de un programa teórico es imposible garantizar la oportunidad de una práctica equivalente. En cambio, si los programas se fundamentan en los casos y cada experiencia práctica se acompaña de una reflexión teórica, la vinculación se compromete.

3. Esquema nosológico básico

No obstante lo anterior parece conveniente que el alumno cuente con información nosológica elemental antes de iniciar el abordaje de los casos, si bien hay experiencias en las que se ha prescindido de este esquema.

4. Más énfasis en la formación que en la información

Es conveniente que los programas educativos se dirijan a los estratos más profundos del alumno, a modo de dotarlo de metodología, más que adornarlo con conocimientos de vigencia transitoria. El programa debe garantizar que el aprendizaje continúa aun cuando el ciclo educativo haya concluido.

5. Motivación basada en la asignación de responsabilidad

Cuando el alumno advierte que sus propuestas se toman en cuenta para aplicarlas al paciente, que tiene que estar atento a la evolución de sus casos porque sus informes son de utilidad para el médico tratante y que sus consultas a la literatura o a los expertos tendrán una repercusión en la evolución de sus pacientes, el aprendizaje tiene más probabilidades de ser significativo.

6. Propiciar la participación crítica

Si el docente logra la actitud en los alumnos de cuestionar el conocimiento establecido, de proponer alternativas y de sugerir estrategias de investigación, no sólo favorece el desarrollo individual de sus alumnos, sino el progreso mismo de la medicina.

7. Incluir contenidos de metodología clínica

La enseñanza de la clínica no se limita tan sólo a la propedéutica y a la nosología, sino que exige una serie de disciplinas adicionales: estrategias para el diagnóstico; selección de pruebas diagnósticas, validación de pruebas diagnósticas, fundamentos del pronóstico, selección de la mejor terapéutica, acceso a la toma de decisiones clínicas, estrategias para tomar decisiones, etcétera.

8. Lo más importante: el ejemplo del maestro y la supervisión

El ejemplo ha sido un elemento fundamental en la enseñanza clínica. El alumno tiene que contar con un modelo, un paradigma que represente el desideratum. Por ello, el docente tiene que ser, ante todo, un excelente clínico con todas las cualidades morales del médico ideal y con todas las aptitudes técnicas del experto. Es obvio que la sola profesionalización de la docencia no logra este propósito. Cualquier incongruencia entre el decir y el hacer es fácilmente captada por el alumno y tiene repercusiones que a veces el profesor no prevé.

El otro elemento fundamental es la supervisión, que siempre ha de culminar con la retroinformación al alumno. Muchos vicios tienen los médicos atribuibles a que nadie les dijo, a tiempo, que lo que hacían era incorrecto. De nada sirve hacer historias clínicas que nadie lee, procedimientos que nadie observa, reflexiones diagnósticas que nadie critica y decisiones terapéuticas que nadie sanciona.

EPILOGO

El área clínica constituye el fundamento de la medicina práctica; la calidad del médico es consecuencia directa de su aptitud en esa área. Es claro que la clínica tiene que modernizarse, adaptarse a la época y anticiparse al futuro, incorporando racionalmente elementos de otras disciplinas que le permitan desarrollarse en concordancia con el progreso tecnológico. La enseñanza de la clínica tiene que liberarse de estereotipos y encontrar el camino que supere las deficiencias identificadas.

BIBLIOGRAFIA

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española. Espasa Calpe Ed. XX 1984
2. LIFSHITZ A: La ciencia y la medicina clínica. Ciencia y Desarrollo. 1990; 16(94): 41-52
3. LIFSHITZ A: Uso y abuso de la tecnología en medicina interna. Gac. Med. Mex. 1987; 123:297-9.
4. MAISEL AS, ATWOOD JE, GOLBERG AL: Hepatojugular reflux: useful in the bedside diagnosis of tricuspid regurgitation. Ann Intern Med 1984; 101:781-2
5. FEINSTEIN AR: An additional basic science for clinical medicine: The development of clinimetrics. Ann Intern Med 1983; 99:843-8
6. FEINSTEIN AR: Clinimetrics. Yale University Press EE UU 1987:272 pp.
7. LIFSHITZ A, QUIÑONES A: La simplificación posttecnológica en medicina clínica. Ciencia y Desarrollo. 1989; 15(89):19-23.
8. LIFSHITZ A, HALABE J: El valor de la anécdota o ¿Por qué no hay nuevos signos clínicos? Rev. Med. IMSS (Mex.). 1989; 27:159-64.
9. FEINSTEIN AR: Clinical judgement. Robert E. Krieger Publishing Company. Malabar, Florida. Reprint 1985; 414

**Discurso del Dr. Octavio Castillo y López,
Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas
de Medicina con motivo de la inauguración de la XXXV
Reunión Nacional Ordinaria, en la Ciudad de Campeche,
el día 29 de abril de 1992.**

Lic. Jorge Salomón Azar García. Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Campeche.

C.D. Juan José Casanova Isaac. Rector de la Universidad Autónoma de Campeche.

Dr. Eduardo Antonio González Cobá. Director de la Escuela de Medicina de la UAC.

Compañeros directores de las Escuelas y Facultades de Medicina Mexicanas.

Señoras y Señores,

Los progresos de la ciencia y la tecnología, así como los cambios socioeconómicos, están modificando las condiciones de la práctica de la medicina. De este modo, las necesidades de la población en materia de salud y los avances en el campo del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, nos plantean la necesidad de reformas en la educación médica.

Un buen punto de partida podría ser la respuesta de la finalidad de la carrera de medicina: ¿Preparar un médico calificado para el ejercicio de la profesión, o apenas prepararlo para estudiar más en el nivel del postgrado?

Mientras persista este dilema y se maneje la primera opción como parte principal del discurso oficial y la segunda como criterio de evaluación de la calidad, será casi imposible llegar a un consenso de competencias que debe dominar el médico recién graduado. Afortunadamente, entre nosotros hay gran coincidencia sobre los conocimientos, las habilidades y los valores profesionales a que se deben de exponer los estudiantes durante los años de estudio en el pregrado, independientemente de las responsabilidades que les correspondan después de la graduación.

La importancia atribuida a la formación de "médicos bien formados", conduce al predominio de determinadas disciplinas biomédicas en el currículo, cada una de ellas enfocadas a presentar sus contenidos para exponer a los estudiantes a los progresos recientes de la alta tecnología, esto es, a la medicina como ciencia. Tal suposición, parecería indicar que los es-

tudiantes así formados cuando se graduaran, estarían aptos para prestar servicios de alta calidad, así como para proseguir un entrenamiento más avanzado.

Después de 1978, en que se definió a la Atención Primaria a la salud como una estrategia para alcanzar "Salud para todos en el año 2000", la comunidad política de la salud y algunos grupos académicos comenzaron a tener una nueva orientación, cuestionaron que tal importancia en la educación médica, la de la medicina como ciencia, permitiera atender de una manera adecuada un compromiso igualmente importante de la práctica médica, como es el servicio. Si el servicio debiera tener prioridad, la planeación educativa debería comenzar por la determinación de las acciones exigidas por la población en riesgo y el papel que los médicos deban cumplir en la prestación del servicio. Así mismo, significaría dar mayor atención a la eficiencia, por lo que los estudiantes deberán integrarse a un sistema de servicios de salud que incluye a otros profesionales ejecutando funciones bien definidas en un equipo, cuyo liderazgo no siempre sería ejercido por el médico. Del mismo modo, por la preocupación del costo-beneficio del diagnóstico y el tratamiento, será necesario destinar más tiempo y esfuerzo en el pregrado a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la rehabilitación. Una revisión de estas tareas de las cuales la mayoría pueden ser clasificadas con el rótulo general de "atención primaria a la salud", llevaría a argumentar que tales responsabilidades, deberían

ser atribuidas a otros profesionales, dedicándose los médicos por completo a prestación de servicios curativos y al progreso de la ciencia Médica.

La A.M.F.E.M., ha estado pendiente de las tendencias educativas y políticas, en un esfuerzo permanente, para revisar y racionalizar en un entorno de rápidas transformaciones la formación de médicos, que debe enfocarse necesariamente en prioridades educativas para las escuelas. Así hemos analizado e intentado dar respuesta a estas importantes preguntas. ¿El pregrado debe dar atención primordial a la ciencia de la medicina o a los servicios que deben prestar los médicos recién graduados?

¿Cuáles son las competencias mínimas que deben aprender los estudiantes durante su carrera?, ¿deben prepararse para mayor aprendizaje?, ¿prepararse para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad? o ¿prepararse para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a nivel de la comunidad?

La consideración de estos aspectos de la filosofía de la educación médica, han facilitado la identificación de una base común para definir las prioridades educativas en nuestras escuelas y facultades de medicina. Juzgamos complementarias e inseparables la enseñanza de la medicina como ciencia y como servicio.

En razón del continuo progreso de la ciencia, el objetivo de formar médicos generales, eficientes, capaces de prestar servicios de buena calidad y de mantenerse actualizados, sólo será garantizado si estos profesionales tienen una sólida base de conocimientos biomédicos y la habilidad en el uso indispensable para la preparación de futuros profesores e investigadores. La educación médica debe desenvolverse de modo que relacione las necesidades de salud de la población, el perfil de morbilidad y el perfil profesional, con los contenidos y la metodología de la enseñanza. El perfil educacional, debe coincidir con el perfil ocupacional del médico.

El desafío está en cómo enseñar las ciencias básicas y alcanzar un equilibrio entre la formación científica y la destreza indispensables para el uso correcto de los recursos habituales de diagnóstico y tratamiento dentro del entorno humanístico de la milenaria tradición ética de la medicina.

Muy estimados anfitriones, el trabajo de los directores de las escuelas y facultades de medicina mexicanas durante los próximos días, no podría tener marco más adecuado que esta bella y pujante ciudad del sureste mexicano, Campeche, que ha contado con personajes tan importantes para la educación como



Inauguración de la XXXV Reunión Nacional Ordinaria de la AMFEM en donde vemos al Rector de la U.A.C., C.D. J. José Casanova Isaac, al Secretario de Educación Pública de Campeche, el Director de la Escuela de Medicina de Campeche, Dr. Eduardo Antonio González y el Dr. Octavio Castillo y López, Presidente de AMFEM.

el "Maestro de América", Don Justo Sierra Méndez, de quien una notable Campechana, la profesora Rosa Ma. Vega, dijera en el centenario de su nacimiento **"Artífice del verbo y la elocuencia, singular escultor del alma humana, que brindando virtudes y creencias, sembraste la semilla de tu ciencia, que hizo fértil la tierra mexicana"** o personas tan queridas como el Dr. Héctor Pérez Martínez que promovió uno de los avances más notables al Estado durante su gubernatura; que iniciara la modernización de Campeche y cuyo fruto más maduro se dio en los años sesenta con el nacimiento de la Universidad del Sureste ahora Universidad Autónoma de Campeche. La labor de la escuela de medicina, es notoria, tomando en cuenta que su plan de estudios responde a las necesidades sociales del estado, siendo de los pocos planes innovadores que existen en el país, sabemos del gran apoyo que le han dado a la Escuela tanto las autoridades universitarias como estatales y que pronto tendrá sus propias instalaciones.

Nos sentimos agradecidos, y expresando el sentir de mis compañeros directores por la tradicional amabilidad de los campechanos quisiera apoyarme en el cantor y reiterar que es un honor ser recibidos **"por la ciudad porteña, de melancolía dulce y romancesca de cuento oriental, la ciudad que guarda hermosa y triunfal de la madre España toda su hidalguía", de Campeche, "el vergel de quimeras que invita a soñar, al que arrullan sus verdes palmeras y el rumor del mar"**.

Muchas gracias.

Reflexiones Sobre Calidad y Evaluación de la Educación Médica*

Virginia Hidalgo Wong**

En los momentos actuales de tendencia a la globalización económica del planeta en un sistema de libre mercado.

Hablar de calidad en la educación médica es difícil en tiempos en que los salarios y el reconocimiento social tanto de profesores como de médicos son deficientes y bajos, comparados con colegas de otras profesiones, de otros países desarrollados; de otras épocas.

Hablar de calidad en la educación médica es difícil cuando la educación pública (incluida la superior) es sometida a subsidios restringidos y cuando no, selectivos (llevando a quienes están en condiciones difíciles al círculo vicioso de menos recursos, menos calidad, menos recursos).

Es difícil cuando las instituciones de salud pública y social sufren procesos de descapitalización que afectan finalmente la calidad de los servicios que prestan.

Es difícil también cuando los criterios de calidad en ambos campos están dominados por los aspectos cuantitativos sobre los cualitativos.

Cuando a la luz o sombra del T.L.C., se vislumbra un sistema de salud dual-polarizado.

Es necesario por lo tanto conocer a través de la evaluación interna y externa nuestros errores y nuestros aciertos para corregir los primeros e impulsar los segundos. Es necesario también optimizar nuestros

recursos humanos materiales. Es necesario jerarquizar y priorizar nuestras necesidades.

Todo lo anterior es cierto y es necesario y hay que hacerlo, pero también es cierto que se requieren nuevos recursos y mayores presupuestos.

La formación y capacitación de profesores; el impulso a la investigación (especial o la educativa); las reestructuraciones y los rediseños curriculares; la modernización de los recursos materiales, etc. todo requiere presupuesto (adecuadamente justificado y evaluado su aplicación, todo lo necesario para constatar que no sea mal aplicado).

Es importante entonces nuestra intervención activa como educadores y como médicos para la reorientación del gasto público hacia educación y salud, demostrando como puede fehacientemente demostrarse a través de investigaciones lo que representa como inversión para la obtención de frutos en el corto, mediano y largo plazo, ya que garantiza infraestructura para la supervivencia como país en este actualmente muy conflictivo planeta.

¿Pueden, deben dejarse a las leyes de libre mercado la educación y la salud? o ¿debemos luchar porque el estado y la sociedad en su conjunto asumamos la responsabilidad que implica el considerarlos y consagrarlos como derechos universales de todo mexicano y no sólo de unos cuantos?

Es importantes ante los cambios que se vislumbran tener claros los valores y logros que en el campo de la salud y de la educación hemos alcanzado y que ante otros modelos debemos evaluar cuidadosamente.

Tendremos que cuidarnos de no repetir la historia, cambiando oro por baratijas, especialmente en el rubro de atención a la salud.

*Trabajo presentado en la XXXV Reunión Ordinaria de AM-FEM, Campeche 1º de mayo de 1992

** De la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana U. Xochimilco.

Entre tales logros y avances pueden ser considerados, nuestro sistema de salud pública y seguridad social, y por supuesto también nuestro sistema de educación y universidades públicas, cuyas deficiencias sólo muestran la necesidad a mayores presupuestos en estos rubros indispensables para el logro del bienestar de grandes grupos de población, y por lo tanto de paz social.

Desde la Universidad es importante discutir, reflexionar y responder a innumerables cuestionamientos que la situación actual nos plantea.

¿Qué tipos de médicos queremos formar?

En un mundo de pérdida progresiva de los valores esenciales e históricos del ser humano y dominio de los modernos y vigentes valores monetarios ¿cuáles van a ser los valores que vamos a considerar esenciales en la formación del médico?.

¿La salud y la educación como mercancías al alcance de quienes pagarlas?

¿La calidad en la educación médica por la necesidad de competir en mercados internacionales o para resolver los problemas de nuestra o de cualquier población?

¿La calidad en la atención médica porque ahora enfrentamos demandas y también hará competencia internacional? o ¿como una necesidad permanente e histórica para ofrecer la atención calificada y humanizada a la que todos tenemos derecho?

¿La atención médica orientada a la enfermedad porque ésta genera mayores ganancias económicas y políticas? u orientada al cuidado de la salud para lograr en el mundo del futuro poblaciones sanas capaces de crear, pensar, trabajar, producir, amar y disfrutar la vida y no sólo sobreviviendo en un mundo deshumanizado, tecnologizado e industrializado a expensas y por encima del hombre y de ambiente?

¿Con qué criterio y defendiendo cuáles valores vamos a definir el médico que queremos formar?

Es momento de hablar de calidad, planificación y evaluación, pero sobre todo es momento de definiciones claras y precisas.

Que lo anterior quede para la reflexión y la discusión.



Asistentes a la XXXV Reunión Nacional Ordinaria de la AMFEM, 29 y 30 de abril y 1 y 2 de mayo de 1992, en el Auditorio de la Universidad Autónoma de Campeche.

La calidad y la evaluación de la educación médica

Néstor Velasco P. *
Ana Luisa Larios C. **

El hombre, a través de la educación se cultiva y desarrolla, puesto que por medio de sus experiencias y las de otros puede resolver sus problemas y los de la comunidad en que se desenvuelve. Así, la educación es una actividad que tiene por fin formar, dirigir o desarrollar la vida humana para que ésta llegue a su plenitud.

El proceso educativo implica el hecho de preservar los valores transmitidos por generaciones anteriores; no con la finalidad de esclavizar a dichas generaciones en el pasado, sino con la de adecuar tales valores a las exigencias del mundo, donde los constantes descubrimientos e inventos exigen la continua y constante actualización del hombre.

En estos últimos años, cuando la enseñanza se ha ido extendido hasta constituir la actividad que involucra a un mayor número de personas en el mundo, se menciona la calidad como el principal problema que la Educación plantea actualmente.

Hablar de calidad de la educación, es utilizar una expresión nueva, que responde sin embargo, a una preocupación tan antigua como las reflexiones sobre la educación misma.

La calidad en la educación se determina por la integridad para que el proceso educativo se manifieste como algo completo; la coherencia, para evitar que el aislamiento o el desorden destruyan la unidad de la educación y la eficiencia, como indicación de que una actividad ha alcanzado el fin que persigue.

Siendo la calidad el principal problema que plantea la educación, los esfuerzos deben orientarse esencialmente a incrementar al máximo la calidad de la misma, para que vaya acorde con la sociedad de nuestra época. Época de rapidez y profundos cambios donde mucho de lo que fue bueno y adecuado hace algunos años, hoy se encuentra en desuso.

Para determinar la calidad educativa es necesario evaluar el hecho educativo. Sólo a través de ello es factible transmitir con cierta seguridad la realización de las tareas que implica el quehacer pedagógico.

La evaluación de la calidad en la educación médica debe incluir no sólo medir el producto final que es el egresado y su impacto en la solución de problemas de salud de la comunidad, sino la evaluación del proceso educativo en cada una de sus etapas y de los factores que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Así deben ser evaluados en forma permanente:

- Las metas y objetivos de la carrera de medicina.
- El curriculum tanto su contenido como el tiempo dedicado a cada uno de sus componentes.
- Los métodos de enseñanza: la clase magistral, las actividades en los laboratorios, la participación del alumno en trabajo asistencial, las técnicas grupales, estudio de casos, recursos de auto-instrucción, la computadora como herramienta de enseñanza, los estudios en comunidad, etc.
- Se evalúan los campos clínicos.
- Se evalúa la organización y procedimientos docente-administrativa.
- Se evalúan los estudiantes y su progreso.
- Los docentes.
- La planta física: salones, laboratorios, áreas administrativas, espacios de descanso y esparcimiento.
- Se evalúan los métodos de evaluación.

Para evaluar la calidad de la educación médica, es necesario primeramente establecer algunas normas de calidad mínima de la educación médica, así como un mínimo de recursos que intervendrán en el proceso de enseñanza-aprendizaje. A continuación describimos algunos requisitos que un programa de educación médica de buena calidad debe tener:

Según opiniones de expertos en educación médica

*Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG).

** Jefe de la Secretaría de Educación en Ciencias de la Salud, UAG.

hay ciertas normas que debieran de poseer las escuelas de medicina para garantizar una educación médica de calidad.

1.- METAS Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA

1.1 METAS

Las metas describen cual es la finalidad del programa. A continuación se mencionan las metas mínimas que debería tener el programa educativo:

- a) Proporcionar formación sólida en las ciencias básicas que le permita al estudiante proseguir estudios especializados si desea.
- b) Familiarizar con los métodos y destrezas utilizados en la práctica de ciencias clínicas.
- c) La instrucción debe ser lo suficientemente amplia para incluir el estudio de enfermedades físicas y mentales en pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- d) Debe adaptarse el programa a la preparación, competencia y preferencias del alumno de forma tal que se fomenten los intereses individuales de cada estudiante. Se debe proveer en el currículum, tiempo para optativas en esas asignaturas de interés.
- e) Desarrollar actitudes éticas, intelectuales y morales para garantizar la confianza de la comunidad y el paciente en el médico.

1.2 A CONSONANCIA CON LOS PROPÓSITOS Y METAS DE LA UNIVERSIDAD

Las metas y propósitos del programa deberán estar en consonancia con las metas y propósitos de la Universidad.

1.3. OBJETIVOS

Los objetivos del programa deberán estar enunciados en forma específica y medible. Los objetivos específicos deberán estar articulados con las metas del programa.

2.- PERFIL DEL EGRESADO

La descripción conceptual del graduado del programa debe hacerse a base de los resultados específicos del aprendizaje.

3.- PROGRAMA DE ESTUDIOS

3.1 DURACIÓN MÁXIMA DE LA CARRERA DE MEDICINA

La carrera de medicina deberá completarse en un período no mayor al doble del tiempo requerido por el currículum regular. Se consideran recomendables programas de postgrado y de educación continuada. La ausencia de los mismos es en detrimento para el desarrollo de la escuela de medicina.

3.2 DURACION MINIMA DEL CURRICULUM

El currículum de la carrera de medicina deberá cubrir un mínimo de 8 a 10 semestres o su equivalente, más el año de servicio social.

3.3 DISEÑO CURRICULAR

3.3.1 Componentes del Currículum

El profesorado médico es responsable de diseñar el currículum que permita al estudiante aprender los principios fundamentales de la medicina, adquirir las habilidades de juicio crítico basadas en la evidencia y la experiencia y desarrollar la habilidad en el uso de principios y habilidades en forma apropiada para resolver problemas de salud y enfermedad. Además, el currículum se debe diseñar de tal forma que los estudiantes adquieran y comprendan los conceptos científicos relacionados con la medicina. En el diseño del currículum, el profesorado debe incluir los avances actuales en las ciencias básicas y clínicas, incluyendo terapéutica y tecnología, cambios en la comprensión de la enfermedad y el efecto de las necesidades y demandas sociales del servicio médico.

El currículum no puede abarcar todo. Sin embargo, debe incluir las ciencias básicas, una variedad de disciplinas clínicas, éticas, actitudinales y socioeconómicas pertinentes a la medicina. Deberá incluirse material sobre ética médica y valores. El currículum deberá fomentar en los estudiantes la habilidad de aprender mediante el autoestudio, el estudio independiente a lo largo de su vida profesional.

El currículum debe incluir el contenido contemporáneo de aquellas disciplinas que han sido tradicionalmente tituladas anatomía, bioquímica, fisiología, microbiología e inmunología, patología, farmacología, terapéutica y medicina preventiva. La instrucción en las ciencias básicas deberá incluir laborato-

rios y otros ejercicios prácticos que faciliten la habilidad de realizar observaciones cuantitativas precisas de fenómenos biomédicos y el análisis crítico de la información. El mismo contenido de conocimientos de ciencias básicas es válido si el abordaje del currículum es por unidades didácticas o basado en la solución de problemas.

Las materias clínicas tradicionales, son las agrupadas bajo el rubro de medicina interna además ginecología, pediatría y psiquiatría. En estas disciplinas los estudiantes deberán recibir instrucción y experiencia en el cuidado de los pacientes y deberá ser proporcionada tanto en hospitales como en instalaciones ambulatorias y deben incluir los aspectos de rehabilitación.

El currículum debe incluir conocimientos de áreas que apoyan las materias clínicas fundamentales, por ejemplo: imagenología diagnóstica y patología clínica. Los estudiantes deben tener la oportunidad de adquirir conocimientos en esas áreas que incorporan varias disciplinas al proporcionarse servicios médicos, por ejemplo: medicina de emergencia de ancianos y minusválidos. Además, los estudiantes deberán tener la oportunidad de participar en investigación y otras actividades académicas del profesorado.

El comité responsable del currículum requiere de una supervisión estricta del profesorado sobre las experiencias de aprendizaje de cada estudiante, en el nivel apropiado de la responsabilidad clínica gradual. La supervisión debe hacerse a lo largo de las prácticas hospitalarias por miembros del profesorado de la escuela. Las prácticas hospitalarias deberán realizarse en un hospital de enseñanza o una facilidad ambulatoria donde los residentes con la orientación del profesorado, pueden participar en la enseñanza de los estudiantes.

El currículum deberá incluir cursos electivos diseñados para complementar los cursos requeridos y para proporcionar oportunidad a los estudiantes de lograr sus metas académicas individuales.

Toda la instrucción deberá enfatizar la necesidad de que los estudiantes se involucren en todas las necesidades médicas de sus pacientes y el efecto de las circunstancias sociales y culturales en su salud. A los estudiantes se les debe fomentar el desarrollo y el empleo escrupuloso de los principios éticos en el cuidado de los pacientes, en relación a la familia de los enfermos y otros involucrados en el cuidado de los mismos. Estos principios son esenciales si el médico quiere obtener y mantener la confianza de pacientes y colegas y el respeto de la comunidad.

En virtud del ritmo creciente en el descubrimiento de nuevos conocimientos y tecnología en medicina, se recomienda fomentar la experimentación médica. Los experimentos deberán contener metas y planes cuidadosamente definidos para su implementación, incluyendo métodos de evaluación de resultados.

3.3.2 Tiempo Instruccional por Componente

El currículum deberá especificar el tiempo requerido por curso en horas contacto u horas crédito, de forma tal que se faciliten las convalidaciones y se tenga una idea de la idoneidad de la preparación.

3.3.3. Metodología de la Evaluación del Logro de los Estudiantes.

Los profesores deben establecer principios y métodos de evaluación de logros de los estudiantes para tomar decisiones de promoción-graduación. La evaluación del logro de los estudiantes debe emplear una variedad de mediciones del conocimiento, competencia y desempeño, aplicados sistemática y secuencialmente a lo largo de la carrera.

Las narraciones descriptivas del desempeño de los estudiantes deben registrarse para apoyar las calificaciones en todos los cursos en los que la interacción estudiante-profesor permita este tipo de valoración.

Las escuelas deben desarrollar un sistema de evaluación que fomente el auto-aprendizaje y eliminar el uso de pruebas que condicionan al alumno a una simple memorización. Los exámenes deberían medir el aprendizaje cognoscitivo, el dominio de habilidades clínicas básicas y la capacidad de utilizar datos en la solución de problemas reales. Verificar que los estudiantes han adquirido y pueden demostrar, bajo observación directa, las habilidades clínicas y comportamientos necesarios en la capacitación médica subsecuente. La escuela debe publicar tanto a maestros como alumnos, los criterios de evaluación. Las calificaciones de los alumnos deben ser susceptibles de ser examinadas por ellos mismos con los profesores cuando así se solicite. Se debe diseñar e implementar para todos los cursos, un sistema de evaluación de las actividades de cada estudiante que permita realizar procedimientos remediales cuando así se requieran.

3.4. DEL BOSQUEJO DEL CONTENIDO

La escuela deberá proveer un Bosquejo de Conte-

nido o "syllabus" para cada materia (Ciencias Básicas, Clínicas y Prácticas) que contenga:

- a) Objetivos de operación por área de contenido
- b) Metodología de instrucción
- c) Temas a cubrirse para desarrollar las competencias específicas.

3.5. DE LA SECUENCIA DE LOS CURSOS

La sucesión de la experiencia educativa debe responder a un plan de desarrollo integral de aprendizaje. Como regla general no debe existir duplicidad de temas o contenido a través de toda la secuencia, salvo si ésta se justifica para dar coherencia a la experiencia educativa.

4.- ORGANIZACION ACADEMICA Y ADMINISTRATIVA DE LA ESCUELA

4.1 ORGANIZACIÓN ACADEMICA

La Escuela de Medicina puede formar parte de una Universidad o puede ser entidad autónoma. Si es parte de una Universidad esta le provee un cuerpo directivo responsable y legalmente reconocido. Si cuenta con una división de postgrado esta es una garantía de que los programas graduados conducidos por los profesores de la escuela de medicina serán de alta calidad. El sistema universitario provee mecanismos que aseguran procedimientos apropiados y alta calidad en la selección, nombramientos y ascensos de los profesores y en la selección, ascenso y graduación de los estudiantes. Deben existir relaciones excelentes entre la escuela de medicina y otras escuelas de medicina, hospitales, entidades gubernamentales y el público en general.



4.1.1 Del Director y Cuerpos Directivos

La Escuela de Medicina debe tener un Director de Medicina o su equivalente y una estructura directiva compuesta por miembros del profesorado. Se debe evitar el conflicto de interés financiero, administrativo o académico.

4.1.2 De los Profesores

Los profesores son el cuerpo de educadores que tienen ante sí la responsabilidad de diseñar y revisar el curriculum, determinar el progreso de los estudiantes y proveer educación médica ininterrumpida. Deberán también los profesores participar en la selección de los estudiantes.

Dichos profesores deben estar organizados por áreas académicas o departamentos, integrados por personas dotadas de solvencia intelectual, académica y moral, quienes en su mayoría deben llevar a cabo un programa de trabajo a tiempo completo. Estos profesores implantarán los objetivos que cada escuela de medicina adopte como suyos.

Los profesores deben demostrar competencia en las ciencias biológicas, de comportamiento y clínicos respectivamente. Pero también en tecnología educativa todos los docentes deben ser versados por lo menos en elaboración de objetivos, diseño de contenidos, metodología de enseñanza y técnicas de evaluación. Los reglamentos de la Escuela contendrán disposiciones relativas a los estímulos para el mejoramiento académico y profesional del profesorado, tales como normas referentes a licencias sabáticas, normas de promoción y sistemas de retiro. Se proveerá para una razonable seguridad económica y posibilidades de ascenso. Cabe señalar que todo el cuerpo de académicos que participe en la docencia, debe estar sometido a evaluación periódica.

El proceso de evaluación debe considerar además de los aspectos profesionales específicos, la capacitación pedagógica, las relaciones interpersonales, la vocación de servicio y ética médica.

4.1.3 De los Comités Permanentes

La escuela debe contar con ciertos comités permanentes los cuales deben estar enumerados en su reglamento interno. Entre estos estarán los de admisiones, ascensos, curricu-

lum, biblioteca, cuidado de animales e investigación.

4.2. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA DE LA ESCUELA

4.2.1 Cargos Ejecutivos y Administrativos

En sus estatutos o reglamentos, cada escuela definirá los cargos ejecutivos y administrativos de la institución y describirá las funciones específicas de cada uno de ellos.

4.2.2 De los Jefes de Departamento

Cada área o departamento tendrá un director o equivalente que actuará como jefe de dicha área. Las áreas clásicas tales como: anatomía, fisiología, histología, o de unidades didácticas estarán a cargo de especialistas reconocidos en la materia.

5.- DE LAS POLITICAS DE ADMISION

La escuela deberá establecer unos requisitos mínimos de aprovechamiento y capacidad intelectual como requisitos previos a su admisión. Para ello se utilizan uno o más índices, tales como las calificaciones obtenidas previamente, el resultado por pruebas de aprovechamiento, y otros medios de allegar información sobre el potencial intelectual y la promesa académica de los solicitantes. Otros criterios a considerar son las cualidades personales y emocionales, motivaciones, iniciativa y salud general. No debe existir discriminación por motivos de: sexo, raza o religión y se deben cumplir las políticas y los procedimientos establecidos.

6.- ATENCION AL ESTUDIANTE

Las Escuelas deben dar atención al estudiante como individuo y debe proveerle al máximo de facilidades para su desarrollo intelectual y profesional, tales como consejería, tutoría y de ser posible ayuda económica vía becas. Se le debe proveer al estudiante de servicios médicos, exámenes físicos periódicos y cuidados clínicos si fueren necesarios.

7.- SISTEMA DE REGISTRO

La escuela contará con un sistema de registro, dirigido por un registrador y debe reunir los requisitos de seguridad, confiabilidad y privacidad. El récord

del estudiante debe incluir resumen de los datos de admisión, asistencia y evaluación de la labor del estudiante y grado obtenido.

8.- REGLAMENTACION ESTUDIANTEL

Deberá haber reglamentación encaminada a señalar los deberes y derechos de los estudiantes y los principios básicos que han de regir la vida del alumno, y la misma debe darse a conocer a los estudiantes.

9.- FACILIDADES FISICAS MINIMAS DE LA ESCUELA

Una facultad de medicina requiere, para el desarrollo adecuado de sus programas, de un mínimo de recursos físicos que difieren según se trate de ciencias básicas o de ciencias clínicas, teniendo algunos puntos en común, y de las metodologías que se adopten.

Un factor limitativo que las instituciones encuentran, cuando buscan introducir cambios en su práctica educativa es la falta de facilidades en número y características apropiadas al uso eficiente de métodos como discusión en grupo, enseñanza tutorial, trabajos prácticos. Así, se dificulta o se impide la organización de experiencias educativas que obliguen a los estudiantes a efectuar aprendizaje activo.

En las ciencias básicas predomina aún la conferencia magistral, que supone la necesidad de por lo menos un aula de capacidad igual al número total del grupo de estudiantes.

Otros sitios de práctica para los estudiantes de ciencias básicas son tradicionalmente al anfiteatro de anatomía y los laboratorios. La utilización del anfiteatro para la disección de cadáveres puede ser sustituido por el uso de un museo anatómico, modelos, atlas y demostraciones.

Además de los laboratorios de enseñanza, deben existir laboratorios de investigación, cuyo número y equipo dependerá de las líneas de investigación que se adelanten. El bioterio es otro elemento esencial en la enseñanza de las ciencias básicas, así como en la investigación.

En cuanto a los recursos físicos para la enseñanza clínica, se requiere el acceso a un sistema de salud compuesto por establecimientos de complejidad creciente y que aporten campos clínicos con niveles de atención primario, secundario y terciario.

Los campos clínicos requeridos pueden corresponder a hospitales dependientes directamente de la universidad o bien de otras instituciones con las cua-

les deben establecerse acuerdos y convenios que permitan su utilización con fines docentes.

No cabe especificar el número de camas proporcionalmente al número de alumnos. Lo que importa es el conjunto de disponibilidades para aprendizaje: camas, salas de ambulatorio o consulta externa, número de consultas, número de casos de atención de urgencia que permitan atender varios pacientes al día.

Las escuelas deben disponer aún de sitios de estudio para los profesores: áreas de estudio que cuenten con medios que permitan a los estudiantes desarrollar actividades de autoaprendizaje; área de recreación para los alumnos y oficinas para asociaciones estudiantiles.

10.- BIBLIOTECA

La biblioteca es otro recurso imprescindible en una escuela de medicina. Debe contar con libros de texto y libro de consulta para todas las asignaturas del programa; colecciones de revistas nacionales y extranjeras, por lo menos una por cada asignatura; colección de referencia impresa; sala de lectura de cubículos individuales, servicios de fotocopidora; sección de medios audiovisuales; horario de mayor cobertura posible (debe haber servicios de lectura en las horas hábiles y por la noche y fines de semana). Hoy día es importante que la biblioteca esté involucrada en redes de información nacionales e internacionales, con eficiente sistema de préstamo interbibliotecario y la conexión con las grandes bibliotecas médicas, directamente por sistemas computarizados.

El desarrollo de las ciencias de información y su aplicación a la educación médica recomiendan que las facultades dispongan de un núcleo que se encargue de promover la aplicación y uso efectivo de esas ciencias y de la tecnología de computación en la formación médica.

Con todo lo anteriormente expuesto, se concluye que el concepto de evaluación es más amplio y más complejo que el de medición. No es sólo una interpretación de una medida en relación a una norma estadística ya establecida o en relación a unos objetivos o patrones de conducta, sino que además es un juicio de valor sobre una descripción cualitativa.

En nuestra presentación hemos hecho una descripción somera de las normas deseables en los diversos aspectos de la escuela de medicina. Reiteramos que aunque es importantísima la evaluación del egresado, en el impacto de éste en la solución de problemas de salud del país. Es igualmente importante evaluar

el proceso educativo y todos los factores y recursos que intervienen en él. Debe evaluarse:

- Las metas y objetivos de la carrera de medicina.
- Los métodos de enseñanza que incluyen las diversas técnicas grupales, los materiales audiovisuales, el método de casos, los materiales de autoinstrucción, la enseñanza en servicio, las herramientas computarizadas, los modelos tridimensionales, etc.
- El curriculum de la carrera
- La planta física
- Los profesores
- El progreso de los estudiantes y finalmente se evalúan los métodos y herramientas de evaluación.

BIBLIOGRAFIA

1. BARROW, M.D. HOWARD S. Problem-Based, Self-Directed Learning. Vol. 250, Nº 22 December 9, JAMA. Special Communication (3077-3080)
2. XI Conferencia Panamericana de Educación Médica (Evaluación de la educación Médica. Fondo Ed. FEPAFEM, México, 1986.
3. EISENSTAEDT, RICHARD S. et al. Problem-Based Learning-Issues in retirement. Vol. 65 November 8 September. Supplement 1990. (511-512) Academic Medicine.
4. ELTON, ARTHUR S.: Problem Solving Decision Making and Hudg. Ment. Book Reviews, 1978, (291). The Literature of Medicine.
5. GOZA, M. D. DAMUEL B. et al.: The Quality of Graduate Medical Education. Quality Chapter 2. (21-36) Gradual Medical Education.
6. GRONLUND, NORMAN E.: Medición y Evaluación en la Enseñanza. Ed. Pax-México, 1983; 3ra. Reimp.
7. HARRIS, BEND M.: Supervisory Behavior in Education. Ed. Prentice-Hall, New Jersey, 1975, 2da. Ed.
8. IRBY DAVID M. PH. D.: Evaluating Instruction in Medical Education. Vol.58. November, 1983. Journal of Medical Education.
9. IRBY DAVID M. PH.: Evaluating Clinical Teaching in Medicine. Vol. 36. March, 1981 (181-186). Journal of Medical Education.
10. IRBY DAVID M. PH. D. Evaluating Instruction in Medical Education. Vol. 58, November, 1983. Journal of Medical Education. (844-849)
11. LERNAU, OZ.: Problem-Solving Instruction During the Clinical Clerkship: Description and Preliminary. Evaluation of Programme. Vol. 23, 1989. (179-183). Medical Education.
12. TORTEON, M.D. D.D. Learning in Medical. Vol. 301 Nº 13 (690-694). September 27, 1979. The New England. Journal of Medicine.
13. Accreditation on the Liasion Process on Medical Education. Programs Leading to the M.D. Degree. 1991.
14. Overview of the Accreditation Process, Council on Medical Education American Medical Colleges. Revision Adopted by the LOME. June 1990.
15. United States Medical Licensing Examination 1992. Bulletin of Information. The Federation of State Medical Board of the U.S., Inc. and The National Board of Medical Examiners.

"Evaluación de la educación médica"

José Luis Leiva Garza*

INTRODUCCION

Es imperativo que todas las escuelas y facultades de medicina del país tengan a la autoevaluación como su programa prioritario. Debe existir en el contexto nacional una clasificación significativa para saber cómo se están formando los médicos, y al mismo tiempo poder reconocer deficiencias, corregir errores y poder planear un programa de desarrollo buscando que la preparación de los profesionales sea cada vez mejor con miras a una proyección internacional.

La autoevaluación es un proceso dinámico de renovación continua, toda vez que viene a ser la continuidad de un plan a diferente plazo. De ella deben derivarse líneas que permitan revisar áreas concretas para poder tomar decisiones que favorezcan el mejoramiento del sistema educativo. Se deben establecer criterios precisos para garantizar que la autoevaluación es de calidad, honesta y veraz para poder garantizar un avance real. Deben quedar bien establecidos los criterios que definan la calidad del egresado para tener claras las características que se buscan formar en el estudiante. Se debe buscar el mejoramiento de la calidad académica a través de mejorar en el estudiantado y en los profesores, que estos sean asiduos, muestren interés por la enseñanza, y que investiguen apoyándose en su experiencia clínica. El estudiante debe ser evaluado en sus diferentes etapas, cuando es aspirante a la universidad, durante la etapa en que cursa la carrera y la forma como acredita sus asignaturas, su internado, su servicio social y sobre todo su examen recepcional. Debe ser útil un autoexamen en el desempeño del postgrado y su trabajo en la comunidad. Muchos de estos pasos se evalúan en la actividad por diferentes procedimientos: se evalúa la escuela de procedencia, el nivel de eficiencia y productividad de sus egresados; el nivel de sus profesores de ciencias básicas y la forma en que son remunerados.

EVALUACION DEL ESTUDIANTE DE MEDICINA

El propósito fundamental de las escuelas y facultades de medicina es formar cada vez mejores estudiantes que cumplan con las necesidades cambiantes de nuestra sociedad. Que se adapten a los avances tecnológicos sin perder su relación estrecha con el humanismo de la profesión. Esta debe ser la aportación más generosa que el médico mexicano puede ofrecer ante las técnicas sofisticadas.

En la actualidad existen cambios complejos, y los currículos pueden variar en las diferentes instituciones, pero los valores humanos deben fomentarse desde los primeros años de la carrera, buscando formar una sólida conciencia humanística que redunde en un alto sentido de responsabilidad.

Los retos ante los profundos cambios son grandes; sin embargo, no debemos anclarnos en el pasado. Si no hacemos el propósito de ser mejores y más efectivos, y convertir a nuestras escuelas en eslabones de hechos de evaluación dentro del amplio y ambicioso proceso de la modernización de la educación superior que se está desarrollando en el país con ambición generosa de progreso. Todos estamos comprometidos y estamos en la ruta del éxito o del fracaso.

a) Evaluación previa a la licenciatura

El primer paso debe ser la evaluación de la educación media, de nuestras preparatorias, en donde el estudiante debe recibir orientación vocacional que le permita, en esa etapa como adolescente, decidir su destino, saber si su vocación es la medicina. Este es un problema serio al que se enfrentan las escuelas de medicina, y en donde se debe destacar que ésta es una de las causas de la deserción precoz de los jóvenes que yerran su vocación por la edad tan precoz en que deben decidir; estamos hablando de personas de 15 a 17 años. Por fortuna el incremento a tres años de los bachilleratos es una oportunidad de una decisión más

*Director de la Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

adecuada. Quizá valdría la pena que los aspirantes a ingresar a la escuela de medicina tuvieran un periodo de estudio de por lo menos un año, donde podrían estudiar alguna carrera técnica que les permitiera madurar; si además se incluyeran algunas materias "pre médicas" podrían consolidar su decisión y llegar con su vocación definida. Estaríamos hablando de jóvenes de 20 años a más, como sucede en los países sajones.

Por experiencia de varios años, desde que aplicó un examen de admisión en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí en 1955, nos ha permitido -y creo que esto sucede en muchas otras escuelas de medicina del país- darnos cuenta que la preparación de los aspirantes es heterogénea, y siempre hay escuelas de nivel medio superior, particularmente privadas, que tienen mejores programas y sobresalen con mucho de algunas públicas, de tal forma que en nuestro sistema de evaluación destacan y obtienen los primeros lugares. Consecuentemente los admitidos por este mecanismo, estudiantes de cierto nivel socioeconómico y cultural que hacen pensar en el elitismo de la carrera y que ofrecen menos pérdidas por deserción y mayor eficiencia terminal. Este examen incluye: (1) Evaluación del estado de salud, (2) Evaluación psicométrica, y (3) Evaluación de conocimientos. Con estos parámetros nos es dable escoger a los que aparentemente

son mejores. La selección ha coincidido después de un año con su rendimiento en las materias. Los estudiantes regulares son aquellos que tuvieron mejores índices psicométricos y mejores calificaciones en la prueba de conocimientos. No obstante, tenemos un alto índice de abandono, y para tratar de reducirlo el departamento de psiquiatría y psicología médica hacen un seguimiento y evalúan a los jóvenes que pudiendo tener cualidades para llegar al término de la carrera, tienen tropiezos, ausencias o desertan. Algunos han sido recuperados y reencausados; a otros no se les puede ayudar debido a que no está al alcance de la escuela no del psicólogo o psiquiatra reorganizar familias, sistemas de vida o regular situaciones económicas.

b) Evaluación durante los seis años de carrera

Cada maestro en particular hace la evaluación de su asignatura, toma en cuenta el grado de dificultad de su curso, el aprovechamiento del alumno, e incluso se apoya en encuestas o en opinión de otros profesores de los años previos o de los años que le siguen, para saber de las carencias y de los aciertos; la opinión del alumno se toma en cuenta en forma relativa. Puede caerse en el error frecuente de que el maestro considere que la materia que imparte es la más importante



Directores de Escuelas y Facultades de Medicina, asistentes a la XXXV Reunión de la AMFEM.

de toda la carrera y la exigencia se torna tan drástica, que se revela en el alto índice de reprobación, e incluso dentro de las revisiones curriculares que se realizan continuamente nos damos cuenta de que hay temas que están hipertrofiados en su duración y contenido por la afición o gusto que despiertan en el maestro, pero que muchas veces no son prácticas para la aplicación del alumno. Esto es más común de observarse en el área clínica.

c) Interrelación de áreas

La evaluación de interrelación entre las materias básicas es sumamente importante, y aunque los sistemas modulares tratan de hacer una integración más completa en este sentido, dentro de los tradicionales creemos que existe más posibilidad de correlacionarlos por el tiempo que el alumno ocupa en el estudio de tal o cual materia, y que además en ese periodo en donde se acercan a la vida y al trabajo de los investigadores se puede salvar en cierto modo, lo que el estudiante considera como tema árido pero necesario, pero además se ve motivado por el ejemplo de quien le proporciona bases incipientes para despertar el interés de la investigación pura.

d) Area Humanística

Como un hecho trascendente que apoya lo anterior es la importancia y arraigo de su aprovechamiento, que no es evaluable en lo que se refiere a las materias de contenido social y humanístico y consideramos que es un enlace entre el cielo básico y el cielo clínico. Muchas veces se aprende más con el ejemplo que dan los profesores en su actividad asistencial, docentes y sociales, que en las conferencias en los libros que de todas maneras son orientadores. El aprovechamiento sólo se valora a través del tiempo, derivado de las actitudes que se adopten en esta etapa los estudiantes y en el futuro como médicos egresados y su tendencia prácticamente orientadora a la especialización. En esto influyen los maestros especialistas que son los encargados de impartir las materias del área clínica.

e) Area Clínica

En la valoración del área clínica se relacionan estrechamente lo aprendido en teoría, con el desempeño práctico en habilidades y destrezas, en respon-

sabilidad, en intereses y espíritu de superación de los externos, a los que muchas veces se les brinda poca oportunidad de efectuar procedimientos, pero que se tienen que concentrar a paso de visita con explicación al lado del enfermo, aprendizaje visual que se consolida cuando llegan a internado rotatorio de pre-grado, que en nuestro medio transcurre en un año por seis servicios: medicina, cirugía, ginecología, pediatría, urgencias, y medicina comunitaria, que incluye la consulta externa en los hospitales con orientación hacia la medicina social y familiar. Es la etapa de acercamiento y de labor tutorial, en donde la evaluación, si el tutor se lo propone, puede ser la más productiva, la más estrecha, la más creíble, y en donde el médico en formación dará en la práctica ante el enfermo una imagen de los conocimientos adquiridos durante su preparación. Estas bases, y particularmente la medicina social, se valoran por los estudiantes mismos cuando tienen que enfrentarse a las vicisitudes, problemas de toda índole en el desarrollo del servicio social en donde lamentablemente hasta ahora nuestras estructuras han dejado desamparados académicamente a los estudiantes en su vigilancia, porque los supervisores que deberían existir tanto por la Secretaría de Salud como por parte de las facultades de medicina que son los responsables de la actividad orientadora, no se den con la regularidad y prácticas adecuadas. Consecuentemente la evaluación tiene muchas deficiencias, se concreta a los informes que dan a salubridad y a la autoevaluación del pasante. Sin embargo, todavía estudiantes de licenciatura pueden tener una evaluación en el examen profesional en donde fundamentalmente se busca que expongan una aplicación práctica mediante la implementación de los casos clínicos a los que supuestamente o en forma cotidiana un médico general se debe enfrentar para resolverlos acertadamente sin recurrir, sino únicamente como apoyo, al laboratorio y al gabinete; es decir, en el contexto del "Perfil del Egresado" es un médico que prevenga la enfermedad y que dicte las medidas necesarias a la comunidad para hacerlo, pero sobre todo que sea un buen clínico, porque entonces será capaz de discernir y definir con una semiología práctica y aplicada el diagnóstico certero y la terapéutica adecuada que le permita tomar decisiones en ayuda del enfermo. Así será un buen médico.

Análisis Interno de la Educación Médica Mexicana*

Octavio Castillo y López**

Figura 1

PLANEACION ESTRATEGICA

La planeación estratégica¹, es un proceso de gestión, que nos permite visualizar el futuro de las decisiones institucionales que se derivan de la Filosofía de la Institución, de su misión, de sus metas, objetivos y de sus programas. Así mismo, nos ayuda a determinar las estrategias para asegurar su éxito. (Fig. 1).

La planeación tradicional, da por hecho que el sistema universitario es un sistema cerrado en el cual se puede elaborar un plan articulado y definitivo. La planeación estratégica reposa sobre un sistema abierto en el que nuestra institución está llamada a cambiar en la medida en que integramos la información proveniente de los medios internos y externos.

No pretendo extenderme sobre estos aspectos, por lo que analizaremos sólo las siguientes dos gráficas. En la primera (Fig. 2), podemos observar cuales son las etapas de la planeación estratégica: Lo primero es la formulación de la filosofía y las orientaciones de la institución. Una vez definidas éstas, es en el análisis del medio interno, donde conoceremos de nuestras capacidades y nuestras debilidades, que serán, valga la analogía, los medios con los que podremos alcanzar nuestra misión. Este conocimiento de nuestra propia reserva vital como sistema es a lo que dedicaré los siguientes minutos. El tercer elemento de la planeación estratégica es el análisis del entorno, donde detectaremos las amenazas y oportunidades que nos presentan los elementos ajenos a nuestra organización para poder realizar, en menos tiempo, al menor costo posible y con una calidad aceptable, nuestra misión. En esta etapa es fundamental la oportunidad de la información. La cuarta es la integración de los elementos de los análisis internos y externos lo que nos da por resultado un Plan de Acción y la quinta fase es la evaluación, que es el momento de revalorar si las estrategias han sido

La planeación tradicional da por hecho que el sistema universitario es un **SISTEMA CERRADO**, en el cual se puede elaborar un plan **ARTICULADO y DEFINITIVO**.

La planeación estratégica reposa sobre un **SISTEMA ABIERTO**, en el que la organización está llamada a cambiar en la medida en que **INTEGRA la INFORMACION** proveniente de los medios interno y externo.

efectivas y eficaces y si hay que plantear o eliminar otras estratégicas.

Un estudio de la naturaleza de la planeación estratégica nos permite identificar sus principales elementos donde podremos poner en evidencia que todos sus elementos son dinámicos y que siempre debemos tener la disposición para efectuar una revisión de la misión y el papel de la institución y sus unidades constitutivas. Estar prestos para captar información de los medios interno y externo para identificar oportunidades y para desarrollar otras alternativas estratégicas de acción, que sean congruentes con los valores de la institución, justificables en términos académicos y viables en términos políticos.

En una planeación sana, el análisis del entorno es importante y constituye el elemento novedoso de la planeación estratégica, no representa sin embargo, el único factor. El conocimiento de nuestras instituciones, el estudio y análisis de la calidad, de sus puntos fuertes y sus debilidades son necesarios para emprender nuevos proyectos.

El análisis del medio interno de la educación médica, tiene por objeto identificar los puntos sólidos y las debilidades de la educación médica.

Hay maneras generales para describir a todas las organizaciones y las partes que las componen. Este ejercicio es análogo al que realiza un clínico al com-

* Trabajo presentado en la XXXV reunión Nacional Ordinaria de la AMFEM (1^o de Mayo de 1992).

** Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, director de la Facultad de Medicina de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP).

¹ Cfr. "La Planeación Estratégica en la Universidad"; Ed. Pressas de la Universidad de Quebec 1988.

pendiar la historia de un paciente y someterlo a un examen físico para determinar su estado de salud o enfermedad. Decir cómo es la educación médica en México y decir cómo debe ser, es un trabajo en conjunto de planeación estratégica.

En diciembre de 1986, en la XXIX reunión ordinaria en León, Guanajuato, la AMFEM planteó una autoevaluación de las escuelas de medicina en base a un documento guía que proponía la OPS. Este primer paso, fue el inicio de un proceso de planeación estratégica, que fue tomando forma en el tiempo. En diciembre de ese mismo año, la FEPAFEM, efectuó su oncenava Conferencia Panamericana de Educación Médica, bajo los auspicios de AMFEM, en la reunión del Consejo de la Federación vio forma la idea de realizar un proyecto continental con los objetivos de estimular y apoyar a los países para analizar la situación de la educación médica e identificar acciones que a corto o mediano plazo fueran impulsadas por mecanismos de cooperación internacional. Naciendo así el proyecto Educación Médica en las Américas, el proyecto EMA², que habiéndose formulado para ejecutarse en 24 meses, dio inicio el 24 de agosto de 1987. De inicio se dio gran importancia como uno de los documentos de trabajo a la autoevaluación que se extendió a todo el continente. Ahí mismo se planteó la realización de un Congreso Mundial a celebrarse bajo los auspicios de la Federación Mundial de Educación Médica y que se efectuaría en Edimburgo, Escocia en 1988. La idea inicial del proyecto EMA, fue la de concentrar la atención a nivel macro y coordinar la preparación de la respuesta de los países latinoamericanos para esa reunión, para lo cual se trabajó también en el documento de la Federación Mundial que se conoció como "Los seis temas mayores". Esta reunión dio como resultado una imagen de cómo debería ser la educación médica cuyo resumen ideológico quedó plasmado en la "Declaración de Edimburgo" que fue primeramente suscrita por la AMFEM.

En 1989, en la comisión de educación del proyecto EMA, celebrada en Río de Janeiro, se decidió ir más allá de diagnóstico, abriéndose una segunda etapa de planeación, donde además del análisis interno se formularon las acciones y planes de las asociaciones

Figura 2

PLANEACION ESTRATEGICA **Etapas de la Planeación Estratégica**

- A.- Formulación de la filosofía y de las orientaciones de la institución.
- B.- Análisis del medio externo.
- C.- Análisis del medio interno.
- D.- Integración de los elementos del análisis del medio externo con los del medio ambiente interno.
- E.- Evaluación.

nacionales. Se estableció la Imagen Objetivo de la Educación Médica y se definieron las cinco misiones de la educación médica bajo las cuales se categorizaron 20 elementos analizados. México participó activamente en el proyecto EMA aprovechando el trabajo iniciado en 1986 en la facultad de León sobre educación prospectiva y trabajando sobre el documento de los "seis temas mayores" trabajo que fue discutido en las Universidades del Noreste y de Querétaro en 1987. Durante 1988, las reuniones de la asociación contribuyeron a la discusión para el documento mexicano, el cual fue terminado en el "Seminario Nacional de Reflexión de Expertos en Educación para el Siglo XXI" convocada para este fin en la Unidad de Congresos Ignacio Chávez de Vivero Alto de la UNAM cuyo resultado ha sido el documento³ que nos ha servido de guía para la acción de la asociación en los últimos 5 años. Considero que los 10 programas que marcamos como estratégicos en nuestro "Plan de Acción" han sido cumplidos con mayor o menor éxito y nos dio la pauta para afrontar los problemas que hace 5 años encontramos como problemas principales. Haré una sucinta mención de las acciones relevantes que surgieron de cada uno de ellos. (Fig. 3)

El objetivo sigue vigente:

Mejorar y adecuar la calidad de la enseñanza en las escuelas y facultades del país buscando un mejor acoplamiento con las necesidades sociales, políticas, económicas, epidemiológicas y de estructura del sistema de salud mexicano.

² Educación Médica en las Américas "el Reto de los Años 90". Informe final de Proyecto EMA. Fondo Editorial FEPAFEM 1992

³ La Educación Médica en México. Análisis para la Acción, ed. AMFEM 1989

Figura 3

**PROGRAMAS ESTRATEGICOS DE LA
A.M.F.E.M.**

1 Definir el perfil del Médico que ejercerá en México en el principio del siglo XXI, difundirlo e incorporarlo en planes y programas de las escuelas de medicina.

2 Establecer un centro nacional de información sobre educación médica de México.

3 Desarrollar un programa de investigación educativa sobre la medicina en México.

4 Editar una revista con el propósito de difundir la información que sobre educación médica se genera en el mundo.

5 Establecer un centro de intercambio académico.

6 Establecer los contactos internacionales y nacionales que proporcionen el soporte económico a los programas de la asociación.

7 Proponer un programa nacional de certificación de profesores que tenga validez en las instituciones afiliadas.

8 Proponer políticas para la educación en salud a través de la participación en la comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud.

9 Coordinar el desarrollo de un programa nacional de educación continua donde se involucren las escuelas de medicina con sus egresados.

10 Promover la capacitación pedagógica de todos los que participan en la formación de médicos.

1.- Definir el perfil del médico que ejercerá en México en el principio del siglo XXI, difundirlo e incorporarlo en planes y programas de las escuelas de medicina.

En la LXIV reunión extraordinaria, efectuada en el puerto de Veracruz, se trabajó sobre el perfil del médico para el siglo XXI, definiéndose los tres ejes fundamentales de la formación de médicos, la base científica, la experiencia clínica y un profundo sentido

ético humanístico. Además de la edición de la "memoria", se efectuó una declaración sobre los aspectos ético-humanísticos que deben caracterizar a los profesores y a los estudiantes de Medicina y que es conocida como la "declaración de Veracruz".

En las reuniones XXXI ordinaria y XXXIII celebradas la primera en Tepic y la segunda en la ENEP Iztacala, se analizaron el currículo y los planes de estudio, habiendo participado en la primera reunión el maestro Gago Huget y el profesor Arnaz. Habiéndose hecho en la segunda el más amplio análisis de los planes de estudio que estaban vigentes y planteando algunas recomendaciones, que en gran parte han orientado las adecuaciones y modificaciones de los planes actuales.

La LXVI reunión tuvo como tema central la enseñanza de la ética médica, lo que resultó en la introducción en muchos planes de estudio de los contenidos éticos. Se han tratado además en diferentes reuniones otros aspectos del perfil como son, la investigación en la formación del médico en la Escuela Médico Militar, la Integración docencia-servicio en Reynosa. Además hemos trabajado con la Academia Mexicana de Cirugía en la elaboración de los programas correspondientes al postgrado.

2.- Establecer un centro nacional de información sobre la educación médica en México.

Contamos en la actualidad con una base de datos en la asociación en la que contamos con la mayor parte de la información de las escuelas. Recientemente, hemos participado, con la colaboración del Dr. José Laguna, en la elaboración del capítulo correspondiente a la educación médica en México para el "International Handbook of Medical Education" que en breve publicará la Universidad de Illinois en Chicago y que ha coordinado el Dr. Abdul Sajid. En el mismo sentido, iniciamos la creación de una red académica por computadoras, que se ha desarrollado muy lentamente. Hay actualmente 3 nodos que no se han integrado aún en red. Esperamos que este año se integren con los nodos del CENIDS, León y Yucatán. Esta red está auspiciada por la AMFEM y propiciada por un consorcio entre OPS-FEPAFEM-IBM.

3.- Desarrollo de un programa de investigación educativa sobre medicina en México.

4.- Editar una revista con el propósito de difundir la información que sobre educación médica se genera en el mundo.

5.- Establecer un centro de intercambio académico.

La LXV reunión ordinaria en la ENEP Zaragoza, versó sobre la investigación educativa, sus resultados han trascendido, pues el origen de la "Revista Mexicana de Educación Médica", que es el órgano oficial de nuestra asociación, que actualmente publica su séptimo número en su tercer año de vida.

6.- Establecer los contactos internacionales y nacionales que proporcionen el soporte económico a los programas de la asociación. Con la Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD, que dirige el Dr. Soberón, estamos realizando el programa de mejoramientos de la enseñanza de la Nutrición y se han obtenido recursos para la edición de un libro mexicano de nutrición de fundaciones como Pew Charity Trust y Naban. Además se continúan trabajos con OPS y FEPAFEM.

7.- Proponer un programa nacional de certificación de profesores que tenga validez en las instituciones afiliadas.

No se han dado las condiciones políticas para llevarlo a efecto.

8.- Proponer políticas para la educación en salud a través de la participación de la comisión institucional para la formación de recursos humanos en salud.

Se mantienen buenas relaciones con los representantes de los sectores participantes, sin embargo, no ha habido un mayor avance.

9.- Coordinar el desarrollo de un programa nacional de educación continua donde se involucren las escuelas de medicina con sus egresados.

El principal intento es la operación del programa nacional académico de servicio social que ha sido recientemente discutido y aprobado.

10.- Promover la capacitación pedagógica de todos los que han participado en la formación de médicos.

Se han manejado los aspectos de enseñanza de la informática médica en las escuelas con poca respuesta. Se participó con el Seminario de estudios científico-educativos. Santiago Ramón y Cajal en su reunión regional en Puebla-Tlaxcala-Veracruz. Actualmente se tienen programados un taller en la última semana de agosto para profesores de Nutriología, en el que se pretende que participen los profesores de la materia de las escuelas piloto.

Hablar de calidad de la educación médica es hablar de la competencia de los médicos que forman nuestras escuelas y facultades de medicina, entendida esta competencia como la suma de las adaptaciones de la práctica médica al conjunto de circunstancias especiales que ocurren en la profesión⁴. Esta competencia

se pone a prueba en el desempeño profesional y como explicitamos en la definición anterior la evaluación de este desempeño sólo puede ser hecho en la práctica médica. De tal forma que la calidad del ejercicio de la profesión en nuestro país, es el principal indicador de la calidad de la educación médica. El acto médico, que debe ser el principal agente de la enseñanza, califica al acto educativo.

La búsqueda de la excelencia es un objetivo popular en la enseñanza universitaria. Es un tema que se ha puesto de moda en la gestión actual. Es relativamente fácil adornar el discurso con trascendentales declaraciones, la dificultad sobreviene sin embargo, cuando se trata de circunscribir y definir el concepto y de identificar las fuentes de la excelencia en la educación. La educación médica mexicana está inmersa en un conjunto de necesidades sociales y de incertidumbres epistemológicas que hacen que un observador vea lo que quiere ver, pues difícilmente las condiciones en que se desarrolla son iguales y ni siquiera parecidas habiendo una gran diversidad de concepciones ideológicas que se derivan de las ideologías educativas predominantes.

Existen dos formas de "conocerse a sí mismo"; una, es la auditoría externa que básicamente consiste en el análisis de los componentes de la función académica: el elemento humano, los recursos materiales y el programa. La otra forma es un sistema de funcionamiento que es la autoevaluación en la que se induce de acuerdo a la calidad del elemento humano, la cantidad de los recursos materiales y actitud dispuesta, el estado ideal al que se tiende o que se pone como imagen objetivo. En ambas, el conocimiento desde fuera o el autoconocimiento utilizan como factor vital a la Información.

En mi exposición trataré de no invadir el terreno del análisis del entorno⁵, concretándome a los aspectos que afectan la calidad desde la misma estructura. En esta forma para tener un panorama general de lo que pasa hacia dentro de la educación médica, hablaré de los constituyentes del proceso educativo que enumeramos como categoría y que esencialmente inciden en las misiones de la educación médica. (Fig. 4)

4 Ferreira J. R. : Análisis Prospectivo de la Educación Médica. Rev. Divulgacao para Debate em Saude. Nº 5 CEBES, Paraná, Brasil 1992.
5 "Los Desafíos de la Educación Médica", José Narro, Julieta Ceballos (editores). UNAM 1990.

Figura 4

MISIONES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

- 1.- Formar Médicos
- 2.- Formar especialistas en docencia e investigación
- 3.- Mantener la competencia profesional
- 4.- Avanzar en conocimientos y tecnologías biomédicas
- 5.- Satisfacer necesidades de la sociedad

1 FORMAR MEDICOS

México con 81,140 923 hs, en una superficie de casi dos millones de kilómetros cuadrados, tiene 50.9 % de mujeres y 49.1 % de hombres, cuenta con 58 escuelas de medicina, 12 son particulares y 46 son oficiales. Estas 58 escuelas, están distribuidas en 29 de los 32 estados y el Distrito Federal. Tlaxcala, Sonora y Quintana Roo no tienen escuelas de medicina, pero Tamaulipas tiene 6, Veracruz 5, Nuevo León 4, Baja California y Estado de México 3, Puebla, Oaxaca, Jalisco, Durango y Chihuahua tienen 2, los restantes sólo una y el Distrito Federal 9.

La matrícula total ha tenido variaciones a lo largo de los últimos 20 años, habiendo presentado un máximo de casi 100,000 estudiantes con 20,000 egresados por año pero en lo general después de 1980 ha tendido a reducirse hasta menos del 50%, en 1991, la matrícula total es de 49211 alumnos con un primer ingreso de 11 208. (Fig. 5)

La eficiencia terminal es de 54% correspondiendo a la eficiencia más alta de las universidades probablemente porque los médicos no pueden ejercer sin título.

La política de admisión en las escuelas es de lo más disímil, aunque ha tendido a regularse a través de procesos de admisión; en algunas escuelas las presiones políticas han impedido que sean efectivos, persistiendo los pases automáticos o el ingreso irrestricto o ambos.

En los últimos cinco años, la mayoría de las escuelas han revisado sus planes de estudio, es posible observar que prevalecen dos tipos de planes de estudio, el más común con estructura flexneriana y con fuertes contenidos en ciencias básicas y el orientado a la

comunidad, el último tipo se instaló con carácter experimental y se denominó innovador algunos casos todavía persisten, pero son sometidos a las duras críticas del otro modelo. Un problema que ha hecho difícil llevar a la práctica este modelo es la inadecuada capacitación de los profesores de medicina para educar a los estudiantes en un modelo de servicio alejado de la atención integral de la salud. Los planes de estudio, como tales, tienen buenas bases doctrinarias y estrategias pero en ambos casos sean "tradicionales" o "innovadores" la enseñanza de la clínica se hace de manera parecida, de preferencia en hospitales, cuando la instrucción se realiza en consulta externa o en otros ámbitos se advierte la insuficiente preparación de los médicos de los servicios para cumplir con una responsabilidad educativa, el resultado es que el sistema tiende a reforzar el respeto y la admiración de los estudiantes hacia el modelo del maestro clínico de gran prestigio que trabaja en un tercer nivel y que domina la tecnología médica de avanzada.

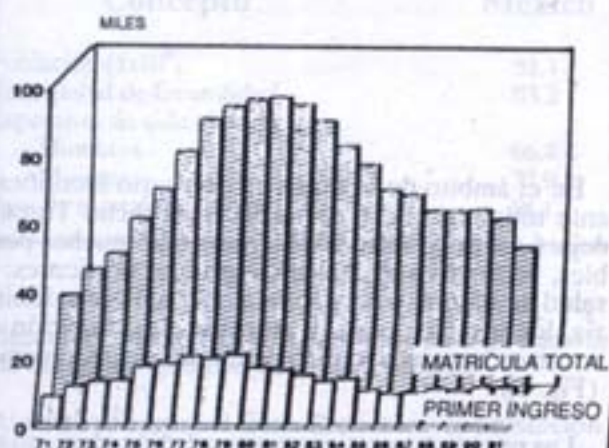
Se han hecho esfuerzos para introducir los principios de la teoría y la tecnología educativa pero los profesores en lo general consideran que lo básico es ser buenos profesionales y que carece de importancia su capacidad como docentes.

La ética médica es tocada como materia específica en 20 escuelas aunque en otras 12 se incluyen los contenidos en otra materia o módulo y en otras 26, se encuentra por implementar, sin embargo, de una u otra forma se expone al estudiante al ethos profesional a través de los profesores durante la carrera.

2 FORMACION DE ESPECIALISTAS EN DOCENCIA E INVESTIGACION

La investigación científica nacional en el área biomédica comparada con los países desarrollados expresada en publicaciones es mínima. Según el Dr. Yacamán del CONACYT, el 85% de la investigación se realiza en el Distrito Federal, correspondiéndoles a Jalisco y Morelos apenas el 1% y en los demás estados la producción es casi nula. Esta es una de las grandes debilidades del sistema educativo nacional y que sólo se explica por la falta de estímulos adecuados tanto económicos como de infraestructura. De los casi 19,000 profesores, el 50% tienen contrataciones de tiempo completo y medio tiempo, de estos el 3% tienen estudios de maestría o doctorado, un

MATRICULA DE LA CARRERA DE MEDICINA MEXICO 1971-1991



Anuarios estadísticos ANUTES, AMFEM.

15% tienen estudios de especialización clínica y el otro cincuenta % son profesores por asignatura en todos los casos, con excepciones, la mayor carga del profesor corresponde a trabajo ante pizarrón y/o asesoría a estudiantes.

3 MANTENER LA COMPETENCIA PROFESIONAL

Para los fines de la educación continua se pueden considerar dos tipos de médicos de acuerdo al mercado de trabajo, los que trabajan en una institución oficial o privada que son denominados en algún estudio sociológico como "empleados" y los que se dedican al ejercicio libre de la profesión.

Los médicos que laboran en instituciones, tienen acceso a programas estructurados en forma de cursos de actualización sobre todo de los aspectos diagnósticos o terapéuticos, si los médicos que se dedican al ejercicio libre de la profesión viven en grandes ciudades del país, tienen oportunidad para inscribirse en una variedad de cursos ofrecidos ya por las instituciones educativas, de salud o por sociedades médicas locales o nacionales que por lo general son cursos de corta duración. En ambos casos la motivación más

importante es la obtención de puntos para mejorar calificaciones curriculares.

4 AVANCES EN EL CONOCIMIENTO Y TECNOLOGIA BIOMEDICAS

Podemos decir en este apartado que existe una élite ubicada en las grandes urbes y en los grandes hospitales, ya del estado o privados, que con alguna facilidad acceden a los adelantos tecnológicos de la medicina, en los casos de instituciones privadas la necesidad de mantenerse en competencia con otros hospitales locales o extranjeros. Como resultado de la falta de investigación como hemos anotado previamente, la tecnología es importada y por excepción se trata de algún invento mexicano. La falta de reconocimiento a los ingenios y la facilidad para la comercialización hace que en la mayoría de las ocasiones cuando hay algún inventor mexicano, no tarda mucho antes de que su patente sea concesionada a alguna compañía extranjera, es el caso de las diferentes modificaciones a instrumental quirúrgico o a prótesis, por ejemplo, vasculares.

5 SATISFACER NECESIDADES DE LA SOCIEDAD

El objetivo último del acto médico es la salud del hombre, considerado éste en forma individual y en sociedad.

La enseñanza universitaria es una respuesta a las necesidades sociales de cultura y profesionistas. En particular los estudiantes de medicina tienen una participación restringida en los primeros años de la carrera, no así al final de la misma donde se integran al sistema de salud durante el internado de pregrado y el servicio social, donde principalmente se encauzan a acciones tendientes al fomento de la salud, la prevención de las enfermedades y la promoción social de la comunidad.

Algunos programas comunitarios, los menos, se desarrollan durante la carrera como una estrategia educativa y secundariamente tienen impacto en la comunidad.

Concluyendo, podemos considerar que la educación médica mexicana se encuentra en una etapa de transición desde un modelo que privilegió a la "cantidad" como una política de paliación ante la inquietud social a un modelo de calidad, coherente en los nuevos tiempos.

La Medicina Mexicana ante el Tratado de Libre Comercio

Dr. Juan Ramón de la Fuente*

Quiero agradecer muy cumplidamente al señor Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Campeche, su amable hospitalidad y al señor Presidente de nuestra Asociación, la invitación para participar en esta XXXV Reunión Nacional Ordinaria de la AMFEM.

El tema que voy a desarrollar es el de la medicina mexicana ante el Tratado de Libre Comercio, el cual refleja, en buena medida, los puntos de vista que sobre el tema ha conjuntado un Comité nombrado específicamente con estos propósitos por la Academia Nacional de Medicina, y en el que he tenido la oportunidad de participar junto con un grupo de colegas distinguidos.

No cabe duda que la firma de este Tratado se ha convertido en un símbolo de los cambios que han caracterizado a nuestro país en tiempos recientes.

Cuadro I

Posibles Areas de Influencia del TLC en el Ambito de la Salud

- Salud Ambiental y Ocupacional
- Regulación Sanitaria
- Insumos (equipo, medicamentos, etc.)
- Formación de Recursos Humanos
- Financiamiento

En el ámbito de la salud, es necesario identificar, ante todo, en qué áreas específicas dicho Tratado dejará sentir su influencia. Dentro de muchas posibles, podemos señalar cinco grandes vertientes: la salud ambiental y ocupacional, la regulación sanitaria, los insumos para la atención, la formación de recursos humanos y financiamiento de los servicios. (Fig. 1).

Las primeras tres, tienen una relación clara, no sólo con la salud de la población, sino también con el crecimiento económico del país. Por ello, han formado desde el inicio de las negociaciones, una parte importante de las mismas. De hecho, los temas relacionados con la regulación sanitaria han estado ampliamente representados en los grupos negociadores. En cambio, se ha dedicado menos atención a las dos últimas, las cuales se han incluido en un grupo diferente de las negociaciones.

En esta presentación me voy a concentrar, fundamentalmente, en los aspectos de regulación, de financiamiento, la prestación de servicios, y tocaré el asunto de los recursos humanos en lo que atañe a su papel esencial como productores de servicios.

A diferencia de otros productos, los servicios de salud tienen una naturaleza dual: por una parte, constituyen un componente fundamental del desarrollo y el bienestar social, y por la otra, conforman un creciente sector de la actividad económica.

La aparición de servicios realmente eficaces en el presente siglo les ha conferido un valor importante y los ha convertido en objeto de demandas crecientes por parte de la sociedad. El acceso a los servicios de salud es, sin duda, un indicador del bienestar y de la calidad de vida de las sociedades. De hecho, la salud no es sólo uno de los fines del crecimiento económico, sino es también una de sus condiciones, ya que es un determinante de la productividad. Además, la prestación de servicios de salud constituye un mecanismo de redistribución de la riqueza y junto con la

* Director de la Facultad de Medicina de la UNAM.
(Conferencia presentada en la XXXV Reunión Nacional Ordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, 1º Mayo 1991)

Cuadro II

Indicadores Básicos*

Concepto	México	Canadá	Estados Unidos
Población (1×10^6)	81.1	26.5	249.2
Tasa global de fecundidad	03.2	01.7	001.8
Esperanza de vida al nacer			
- Hombres	66.4	73.4	71.2
- Mujeres	72.9	79.8	78.2
Tasa de mortalidad infantil	38.1	07.3	10.1

*Estimados en 1990

educación, el elemento primordial para promover una auténtica igualdad de oportunidades.

Al mismo tiempo, el financiamiento y la prestación de servicios se han convertido en factores dinámicos en todas las economías modernas. En efecto, el sector representa una fuente importante de empleo, un generador de demanda por insumos de diversos tipos, y un motor para la innovación tecnológica.

Al igual que otros sectores de la economía, el mercado de los servicios médicos presenta problemas de incertidumbre, ignorancia por parte de los usuarios, demanda inducida, y en algunos casos, condiciones monopólicas. Junto con los aspectos éticos de la atención médica y el papel de la salud en el bienestar social, estas condiciones del mercado obligan a considerar la participación de un mediador colectivo entre los productores de los servicios y los usuarios -que en todas las sociedades modernas es el Estado- para lograr una adecuada asignación de re-

ursos por el interés de la colectividad y asegurar, en la medida de lo posible, el mayor beneficio social de los servicios de salud.

En condiciones de apertura comercial se debe tener especial cuidado en que los instrumentos de política con que cuenta el Estado para garantizar el bienestar social alcancen una mayor eficiencia para consolidar una estructura de servicios médicos moderna y competitiva. De este modo, es necesario afinar los sistemas de información, fomentar la investigación y el desarrollo de recursos humanos para fundamentar acciones en materia de impuestos, subsidios, controles, normas y certificaciones que permitan incidir sobre los costos, la cantidad y la calidad de los servicios ofrecidos, y alcanzar una mayor eficiencia, equidad y seguridad de la atención a la salud de la población mexicana.

Para facilitar el análisis comparativo de la situación de México, los Estados Unidos y Canadá, conviene

Cuadro III

Indicadores Básicos (2)*

Concepto	México	Canadá	Estados Unidos
% PNB en salud	4%	008.6%	0012.2%
Gasto en salud (1×10^9 Dlls.)	5.1	50.4	662.2
Núm. de camas por 1000 hab.	1.3	06.8	004.4
Núm. de Médicos (1×10^3)	130	57.4	585.8

*Estimados en 1990

Cuadro IV

Principales Características de los Sistemas de Salud

Concepto	México	Canadá	Estados Unidos
<i>Regulación</i>			
Registro establecimientos	+	+++	+++
Certificación de Unidades	+	+++	+++
Evaluación de Tecnología	+	+++	+++
Control de costos	+	+++	++
Control de honorarios privados	+	+++	++
Certificación de escuelas de medicina	+	+++	+++
Actualización	Voluntaria	Obligatoria	Recertificación
Validación de licencias	Nacional	Provincial	Estatal
Poder de asociaciones profesionales	+	+++	+++
+ Bajo ++ Medio +++ Alto			

revisar algunos indicadores y algunas de las principales características de los respectivos sistemas de salud. (Fig. 2, 3, 4, 5)

Es claro, que cada uno de los tres sistemas tienen sus propias fortalezas y debilidades. En el caso de México, es notable el desarrollo institucional, que ha permitido extender los beneficios de la atención a casi toda la población, con lo cual la salud se ha convertido en uno de los ejes de la política social del Estado Mexicano. La principal debilidad, sin embargo, es la desigualdad en los niveles de calidad y la ausencia de mecanismos eficaces para elevarla.

En Canadá, la fortaleza del sistema radica en su cobertura universal con un alto grado de equidad y su control descentralizado, que al mismo tiempo ha logrado preservar la libertad de elección del usuario. Sin embargo, se enfrentan serios problemas en el control de costos.

Finalmente, el sistema estadounidense destaca por su elevado desarrollo científico y tecnológico, pero enfrenta una severa crisis que es ampliamente reconocida por los propios norteamericanos. Los elementos centrales de esa crisis son: la cobertura incomple-

Cuadro V

Principales Características de los Sistemas de Salud (2)

Concepto	México	Canadá	Estados Unidos
<i>Financiamiento</i>			
Principal fuente financiera	Pública	Pública	Privada
Financiamiento local	+	++	+++
Seguridad social	++	+++	++
Seguros privados	+	+	+++
<i>Prestación</i>			
Cobertura	Incompleta	Universal	Incompleta
Tipo dominante de servicios	Curativos	Curativos	Curativos
Descentralización	+	+++	+++
Capacidad de elección	+	++	+++
Capacidad de demanda legal	+	++	+++
+ Bajo ++ Medio +++ Alto			

Cuadro VI

Contrastes entre los Tres Países

- Tasas de mortalidad, morbilidad y fecundidad
- Presupuesto: México «x10 v.s. Canadá
- «x100 v.s. EUA
- Infraestructura (Nº de camas/habitante)
- Regulación de Servicios
- Capacidad legal y de elección del paciente

ta, la fragmentación del sistema con marcadas inequidades, el crecimiento alarmante de los costos, el uso indiscriminado de la tecnología y el abuso de demandas judiciales que obliga a los médicos a una práctica defensiva.

La única conclusión que se puede sacar de este somero análisis, es que existen grandes contrastes entre los tres países. (fig. 6)

- 1.- Asimetría en las condiciones generales de salud, con diferencias importantes en las tasas de mortalidad, morbilidad y fecundidad.
- 2.- Asimetría en los recursos financieros, como lo muestra el hecho de que el gasto absoluto en salud sea 10 veces menor en México que en Canadá, y más de 100 veces menor que en los Estados Unidos, aunque la cifra de gasto en salud para México que mostramos, sólo incluye los gastos públicos.
- 3.- Asimetría en infraestructura, ejemplificada por el contraste en el número de camas por habitante.
- 4.- Asimetría en la regulación de los servicios, que en México muestra un rezago considerable en lo que respecta al registro y certificación de los establecimientos de atención, el licenciamiento y la certificación de los recursos humanos, así como la evaluación de la tecnología.
- 5.- Asimetría en la capacidad legal y de elección del paciente. (Fig. 7)
- 6.- Asimetría en las formas predominantes de financiamiento que en México son públicas y descentralizadas, en Canadá públicas y descentralizadas, y en los Estados Unidos, privadas y descentralizadas.

Los posibles efectos del Tratado pueden dividirse en directos e indirectos. Estos últimos están mediados por las repercusiones benéficas generales que tendría el Tratado sobre el desarrollo económico y social de México. Así, a medida que mejoren el ingreso, el empleo y el acceso a satisfactores diversos, pueden esperarse cambios en los perfiles epidemiológicos y un aumento en la demanda de servicios, los cuales afectarían, sin duda, la configuración y operación del Sistema Nacional de Salud.

Para poder entender mejor las posibles consecuencias directas de la apertura comercial en la prestación de servicios médicos, conviene examinar las combinaciones potenciales entre la oferta y la demanda de servicios. (Fig. 8)

La apertura comercial podría producir un incremento en los costos, sobre todo si se adopta más extensamente el modelo de atención de los Estados Unidos y Canadá; pero también un aumento en la calidad como resultado de una concentración de los recursos en los servicios dirigidos a las poblaciones de medianos y altos ingresos; una recomposición institucional como resultado de una mayor oferta de servicios privados, y un posible incremento en la hegemonía del modelo curativo de atención predominante en la mayoría de los países desarrollados.

En lo que se refiere a los servicios ofrecidos por los Estados Unidos y Canadá con una potencial demanda en México, la apertura puede producir un incremento en la oferta de seguros médicos privados, una mayor presencia de las cadenas hospitalarias extranjeras en nuestro país y la introducción de formas innovadoras de prestación de servicios, tales como las organizaciones de conservación de la salud (HMO).

La oferta de servicios mexicanos puede tener cierta demanda en los Estados Unidos y Canadá, y tener como consecuencia una disminución en los costos de la atención en esos dos países y posibles cambios en

Cuadro VII

Contrastes entre los Tres Países (2)

Financiamiento Predominante

México	Público y Centralizado
Canadá	Público y Descentralizado
EUA	Privado y Descentralizado

Cuadro VIII

Posibles Consecuencias de la Apertura Comercial en los Servicios Médicos

OFERTA

	México	EU/Canadá
D	● Aumento de costos	● Aumento en la oferta de seguros privados
E	● Aumento en la calidad	● Crecimiento de las cadenas hospitalarias
M	● Aumento de la inequidad	● Introducción de formas innovadoras de atención
A	● Aumento de la hegemonía del modelo curativo	
N	● Recomposición institucional	● Disminución de costos
D	● Prestación de servicios a menor costo	●
A	● Reembolso de seguros (p. ej., Medicare) a empresas mexicanas	
	● Normalización y certificación bajo normas internacionales	
	● Adopción de normas legales para la práctica médica (malpractice)	

la regulación de los seguros médicos. Sin embargo, la apertura obligaría a los servicios mexicanos a adaptarse a las normas de certificación y regulación internacionales, y a los médicos a sujetarse a las disposiciones legales relacionadas con la práctica médica.

Independientemente de lo anterior, es claro que los servicios médicos en México deben de estar preparados para responder mejor a las exigencias de nuestra incorporación a la competencia global. Como ya se ha mencionado, uno de los principales problemas que tenemos es el de la calidad de los servicios. Para ello, es necesario el establecimiento de un mecanismo que exija un mayor rigor en la certificación en por lo menos cuatro áreas vitales: la certificación de unidades de atención médica, el licenciamiento y la certificación de profesionistas, la evaluación de tecnologías y la equidad financiera. Las normas técnicas para la operación del sistema de salud deberán ajustarse, además, a las recomendaciones internacionales aceptadas, como son las emitidas por la Organización Mundial de la Salud.

Para mantener la competitividad de nuestros servicios, se debe evitar el crecimiento desmedido de los costos de la atención médica. Ciertamente, el mejoramiento de la calidad supone capitalizar al Sistema de Salud y esto inevitablemente habrá de conducir a

un aumento en sus costos. Sin embargo, es necesario impedir que se introduzcan factores de carácter especulativo, tal y como ha ocurrido con el sistema de salud estadounidense.

La participación del Estado para lograr los objetos señalados es indispensable; pero esta acción debe ser descentralizada, es decir, apoyarse en la normatividad federal y tener operatividad estatal.

No obstante, para mejorar la calidad de los servicios yo no encuentro mejor alternativa que la de mejorar la calidad en la formación de los médicos. En este sentido, el fortalecimiento de la capacidad clínica de nuestros médicos se antoja fundamental, para evitar, además, el dispendio de recursos y el uso indiscriminado de tecnologías. Si verdaderamente queremos ofrecerle a nuestros estudiantes una formación profesional orientada a elevar la calidad de los servicios de salud en nuestro país, tenemos que fortalecer su formación científica.

Hablar de la formación científica de nuestros estudiantes, en este contexto, nos lleva necesariamente a revisar la inversión mexicana en lo que se denomina "Investigación y Desarrollo", y compararla también con la de nuestros posibles socios comerciales (fig. 9,10). A pesar de que los contrastes, nuevamente son

Cuadro IX

Gasto Federal en Investigación y Desarrollo 1980-1991

Año	Precios Constantes	% PIB	U.S. Dlls. (millones)
1980	1.00	0.43	836
1983	0.76	0.32	472
1986	0.86	0.35	454
1989	0.71	0.27	569
1991	0.99	0.34	954

muy impresionantes, y quizá precisamente por eso, debemos definir bien el rumbo que queremos tomar.

Todo proceso educativo forma para el futuro. Durante mucho tiempo la evolución científica y social fue relativamente lenta, y los cambios se insertaban en el proceso educativo de manera insensible. Hoy, sin embargo, cuando el cambio es veloz y acelerado, requerimos de un nuevo tipo de organización en nuestras instituciones educativas, dirigida a promover y a asimilar la innovación. El proceso de cambio implica la modificación de la estructura interna de los centros formativos, pero ciertamente no se limita a cambiar los planes y programas de estudio para tratar de adecuarlos a las exigencias actuales. Los tiempos para la asimilación de nuevos conocimientos hoy, son mucho más breves, que los de ayer. Todavía no acabamos de adecuarnos a un primer cambio, cuando se presenta el subsecuente y los programas se tornan obsoletos en poco tiempo. Tampoco podemos limitarnos a elaborar objetivos, listados o manuales detallados. Todos ellos son elementos inertes que no pueden dar cuenta de un proceso vivo y dinámico. Tenemos que avanzar en otro sentido: concebir planes y programas con un mayor nivel de generalidad y flexibilidad; e impulsar decididamente la carrera docente y la educación de posgrado, que constituyen los elementos capaces de sustentar una innovación eficaz y continua. Necesitamos investigadores activos en nuestras plantas docentes y necesitamos formar más y mejores investigadores.

La educación médica en la actualidad, demanda una actividad sistemática de alerta científica, apta para seguir el ritmo de los avances de las disciplinas y capaz de contribuir a generar nuevos conocimientos de valor universal. La investigación original tiene que florecer en nuestras Escuelas y Facultades de

Medicina. En el conocimiento científico radica la posibilidad del cambio y de la renovación. En consecuencia, en las profesiones de la salud debemos superar la tendencia al limitarnos a una formación de carácter eminentemente práctico, vinculada a la solución de problemas coyunturales, generalmente derivados del perfil epidemiológico prevaleciente y de las políticas de salud en voga. Es cierto que el médico debe poseer la capacidad para manejar los problemas de salud más frecuentes, pero si su preparación se restringe a ello, será capaz de asimilar los cambios resultantes del avance en los conocimientos, o aún de la modificación de las condiciones socioeconómicas en nuestro país. Por ello, es necesario que nuestros egresados posean un núcleo de conocimientos científicos básicos, que les permita comprender los principios generales de la práctica médica y continuar con su preparación a lo largo de toda su vida. En suma, debemos preparar a nuestros estudiantes no solamente para un adecuado desempeño en las condiciones actuales, sino sobre todo, dotarlos de los recursos e inducir en ellos las actitudes que les permitan un desarrollo futuro. Esto implicará, inevitablemente, la reconfiguración de nuestro sistema de salud con o sin el Tratado del Libre Comercio.

Las expectativas sobre el Tratado, sin embargo, nos permiten ubicarnos mejor dentro del proceso de cambio que vivimos y nos abre algunas perspectivas de desarrollo en términos de mejoramiento, diversificación y expansión, que debemos aprovechar. Es necesario anticipar los riesgos que encierra este y otros procesos que conforman el llamado "Cambio Global" para poder enfrentarnos a ellos con éxito. El reto es formidable.

Cuadro X

Inversión en Investigación y Desarrollo 1992

País	Billones U.S. Dlls.	% PIB	% Gobierno	U.S. Dlls. /Hab.
México	1.1	0.37	85	11.7
Canadá	6.2	1.40	45.8	241
E.U.A.	156	2.69	43	624

DR. JOSE LUIS OSORNO C.

México D.F. a 11 de julio de 1992.

DR. OCTAVIO CASTILLO Y LÓPEZ
PRESIDENTE DE LA AMEN
DIRECTOR DE LA REVISTA MEXICANA DE EDUCACIÓN MÉDICA

Estimado Octavio:

Durante los últimos 30 meses he trabajado con entusiasmo para hacer de la Revista Mexicana de Educación Médica una publicación de la cual podamos sentirnos orgullosos los educadores médicos mexicanos. Si bien se han alcanzado logros que me hacen estar satisfecho, también reconozco que todavía hay mucho por recorrer para darle a la publicación la calidad y la difusión que merece.

Sorbidamente he recibido reconocimientos académicos por dos proyectos de investigación en educación médica y la oferta de apoyo por parte de la UNEP-Sanagosa para realizarlos. Dado que esta tarea me demandará dedicación de tiempo completa, me veo obligado a solicitarle que asuma el cargo de Coordinador Editorial de la Revista con el cual me distinguí a partir de la publicación del segundo número de 1991. Al mismo tiempo quiero manifestarle mi agradecimiento por el apoyo y la confianza que me ha brindado durante el desempeño de dicho cargo.

Espero tener oportunidad de colaborar con la Revista en otro plan, a través del envío de trabajos para su publicación.

Recibe la seguridad de mi más alta consideración.

Atentamente

Dr. José Luis Osorno Cervera



Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.

México D.F. 10 de Julio de 1992.

SEÑALADO DIRECTOR

1991-1992

PRESIDENTE
DR. OCTAVIO CASTILLO Y LÓPEZ

Director de la Escuela

de Medicina

de la Universidad Puerta

de México

RECONOCIMIENTO

DR. RAMIRO JESÚS SANDOVAL

Asesor de la Escuela

de Medicina

Facultad Nacional de

Escuelas Puerta de México

RECONOCIMIENTO

DR. JOSÉ LUIS OSORNO C.

Director de la Facultad

de Medicina de la

Universidad

de Guadalajara

RECONOCIMIENTO

DR. JOSÉ LUIS OSORNO C.

Director de la Facultad

de Medicina

de la Universidad

Autónoma de México

RECONOCIMIENTO

DR. JOSÉ LUIS OSORNO C.

Director de la Facultad

de Medicina

de la Universidad

Autónoma de México

DR. JOSÉ LUIS OSORNO CERVERA

PRESIDENTE

Muy estimado José Luis:

Lamento mucho la decisión de renunciar a la Coordinación Editorial de nuestra revista, ha sido desde el número 2 de la misma que he participado dejando plasmados tu capacidad y calidad humana; a nombre del Consejo Directivo agradezco la participación en este esfuerzo en beneficio de la Educación Médica.

Desearé el mejor de los éxitos en los proyectos educativos en que participas esperando que muy pronto podamos con tus reportes de investigación.

Con un afectuoso saludo retiro nuestros
saludos de despedida.

ATENTAMENTE

DR. OCTAVIO CASTILLO Y LÓPEZ
PRESIDENTE A.M.F.E.M.

López Castillo y L. Col. del Valle, México, D.F. C.P. 06700 A.P. 1987 FAX 807 65 30



Faculty and Community Medicine
Rural Health Office

900 North Second
Suite 2000 Phoenix, AZ 85024
402-444-7000
Fax 402-444-7000

June 15, 1992

Dr. Octavio Castillo y López, Presidente
Dr. Ramiro Jesús Sandoval, Vice Presidente
Asociación Mexicana de Facultades
y Escuelas de Medicina, A.C.
21 Sur 1103
Puebla, Puebla
CP72000, MEXICO

Dear Drs. Castillo and Sandoval:

I enjoyed meeting you at the recent meeting of the U.S.-Mexico Border Health Association and look forward to continuing the contact begun at that time. I am particularly interested in seeing what we can accomplish together as we look at standardization of professional norms under a Free Trade Agreement. This is an extremely important topic that needs to be addressed in a timely fashion.

As I think I indicated to you at the time we spoke, you may wish to be in touch with the Association of American Medical Colleges in Washington, D.C. and the American Medical Association in Chicago, Illinois. Both are uniquely positioned to provide status and inter-institutional working groups with off-institutional medical.

Best wishes.

Sincerely,

Andrew W. Michels, MD, MPH
Professor and Director
Rural Health Office and
Arizona Area Health Education Center System

AWM:mc



ASOCIACIÓN NACIONAL DE UNIVERSIDADES E INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Surgente No 1110, San Ángel, México, D.F. 06000 Tels. 536-2700 y 546-6000 Fax. 536-0900

JUNIO 30, 1992
536/234/92

DR. OCTAVIO CASTILLO Y LÓPEZ
PRESIDENTE
ASOCIACIÓN NACIONAL DE FACULTADES
Y ESCUELAS DE MEDICINA

Señala a usted un ejemplar del anexo informativo del "PRIMER SEMINARIO SOBRE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)" que se llevará a cabo en el Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", en la Habana, Cuba, los días 30 y 31 de octubre del presente, con el propósito de que pudiera difundirse entre los miembros de esa Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

La difusión de este evento se solicita como apoyo a los organizadores del mismo y a petición del Dr. Gustavo López, Director de la Oficina Regional de la UNESCO para América Latina, en Cardenas, Venezuela. Para mayor información, los interesados deberán dirigirse a los organizadores, cuyos datos se incluyen en los documentos que se anexan.

Con la confianza de que esta información será de utilidad a los miembros de esa Asociación, le su merecido cargo, aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,

DR. JUAN CASTILLAS G. DE L.
Secretario General Ejecutivo

C.I.P. Eguadencia
C.I.P. Conectividad

NOTICIAS ACADEMICAS

La Calidad de la Educación Médica

**LXX Reunión Nacional Extraordinaria de AMFEM, los días 5, 6 y 7 de noviembre.
Facultad de Medicina, Universidad de Guadalajara.**

PRESENTACION

La discusión y análisis que actualmente sostienen las Escuelas y Facultades de Medicina de nuestro País en el seno de A.M.F.E.M. respecto de la situación de la Educación Médica y su futuro inmediato y mediano, crean la necesidad de buscar una continuidad que permita obtener de la mejor manera y en el menor tiempo posible, criterios homogéneos, parámetros y conclusiones que puedan incorporarse al Proyecto Académico de cada Institución Universitaria; por otra parte la ya manifestada y "creciente vinculación de México a la economía internacional, demandan un estudio cuidadoso de los cambios potenciales, ya que de nuestra capacidad de previsión dependería nuestra habilidad para asimilar las transformaciones".

La dificultad en la definición de objetivos y metas en la Carrera de Medicina, es uno de los problemas graves de la Educación. Sin duda una meta específica, resulta difícil preparar de una manera lógica médicos con los conocimientos y habilidades requeridas para una profesión exitosa y es particularmente difícil satisfacer los múltiples intereses potenciales o demandas de la práctica médica.

Por lo anterior, consideramos de fundamental importancia y trascendencia, el analizar y discutir en forma amplia, el tema de la "CALIDAD DE LA EDUCACION MEDICA" desde su conceptualización hasta los criterios o parámetros que nos permitan planear y evaluar nuestro trabajo académico y atender en forma responsable las existencias presentes y futuras.

Así, proponemos esta temática general que estará sujeta a su consideración y enriquecimiento, para ser desarrollada en un programa específico y participativo.

INFORMES

Facultad de Medicina Universidad de Guadalajara
Centro Médico, Colonia Independencia
Guadalajara, Jalisco, México.
C.P. 44340 Apdo. Postal 1-433
Teléfonos: 617-50-22
Fax: 91-3-617-55-06

Dr. Raúl Vargas López. Director
Dr. Salvador Chávez Ramírez. Secretario.

"De La Medicina Prehispánica al Siglo XXI"

Congreso Iberoamericano y XXXIV Semana Quirúrgica Nacional, Academia Mexicana de Cirugía, del 20 al 26 de septiembre de 1992

INVITACION

En el año de 1992, se cumplen 500 años de arribo de Cristóbal Colón a América y con este acontecimiento se inicia una nueva etapa en la Historia Universal. En los albores de la humanidad, en todas las culturas surgieron los brujos curanderos, observadores y sagaces que paulatinamente y gracias a su esfuerzo se fueron transformando hasta integrar la recia personalidad del actual Médico Cirujano, cuya actividad ha sido determinante en el progreso mundial.

La presencia del médico siempre ha significado Paz, Progreso, Unión y una actitud permanente al margen de credos políticos o religiosos y sin distinción de razas o condiciones sociales, como está enunciado en el hermoso juramento de Hipócrates.

La ocasión es propicia para recordar las trascendentes aportaciones que Iberoamérica ha hecho a la Medicina y la historia de Instituciones de Salud, Seguridad Social y Enseñanza. Por ello, la Academia Mexicana de Cirugía decidió organizar el "CONGRESO IBEROAMERICANO DE LA MEDICINA PREHISPANICA AL SIGLO XXI". Durante este evento también se efectuará la XXXIV Semana Quirúrgica Nacional de nuestra Corporación y en ella se revisarán las expectativas que los enormes adelantos tecnológicos ofrecen a la Medicina del Futuro.

Estimado Colega: Te invitamos a asistir y a participar. Aspiramos y deseamos que estén representados los países hermanos de Iberoamérica. México te espera con los brazos abiertos y su tradicional hospitalidad. Mientras tanto, recibe un cordial saludo de JORGE ESCOTTO VELAZQUEZ, Presidente del Comité Organizador.

Bloque B Unidad de Congresos
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Av. Cuauhtémoc 330, México, D.F.

8-13 DE NOVIEMBRE DE 1992

**XVI Congreso
Nacional de
Cirugía
General**

Acapulco, Guerrero

**10 Conferencias Magistrales, 150 trabajos libres, 15
Mesas Redondas, Cine Clínico, Carteles, Simposia,
Cursos**

*Inf. Asociación Mexicana de Cirugía General
Av. Veracruz N° 93 PH, Col. Condesa 06140
Mexico, D.F. Tel. 553-95-09*

INFORMACION PARA LOS AUTORES

La Revista Mexicana de Educación Médica, de publicación cuatrimestral, es el órgano de difusión editorial de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. En ésta se ofrece un espacio para que los investigadores y académicos de nuestras escuelas y facultades de medicina e instituciones de salud publiquen los resultados de sus investigaciones y reflexiones en torno a la formación del médico.

SECCIONES DE LA REVISTA

EDITORIAL: Estará a cargo de autores invitados por el Director de la revista. Su extensión será de tres cuartillas.

REPORTES DE INVESTIGACION: Abarca estudios de tipo histórico, descriptivo y causal (experimental, cuasi-experimental, pre-experimental y ex-post-facto) así como proyectos de investigación y desarrollo. Consta de título, resumen y palabras clave (en inglés y en español), introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones. La extensión máxima es de 20 cuartillas.

ENSAYOS Y MONOGRAFÍAS: Reflexiones y sistematización conceptual acerca de la formación de los médicos. Consta de título, resumen y palabras claves (en español y en inglés). El contenido se organiza en las secciones que el autor considere convenientes. La extensión máxima es de 20 cuartillas.

REUNIONES DE LA AMFEM: Reseñas de las reuniones periódicas de la Asociación.

CARTAS A LOS EDITORES: Correspondencia enviada por los lectores con comentarios sobre el contenido de la revista.

NOTICIAS ACADÉMICAS: Información acerca de eventos académicos recientemente realizados y de próxima verificación.

RESEÑAS BIBLIO-HEMEROGRÁFICAS: Presentación sintética de libros o artículos de revistas de publicación reciente. La extensión máxima será de cinco cuartillas.

PRESENTACION DE LOS ORIGINALES:

- a) **Tipografía:** Escrito en hoja blanca tamaño carta, a máquina, por una sola cara, a doble espacio, con 4.5 cm de margen izquierdo y 2.5 cm de márgenes superior, inferior y derecho. La tipografía deberá estar bien contrastada.
- b) **Portada:** Se anotan únicamente el título del trabajo, los nombres completos de los autores, su grado académico, la institución donde fue realizada la investigación, teléfono y la dirección en la que los autores desean recibir correspondencia de los lectores.
- c) **Página de resumen:** La segunda página debe contener nuevamente el título del trabajo (omitiendo el nombre de los autores), el resumen en español y en inglés así como las palabras clave en ambos idiomas. Los resúmenes no deberán exceder una extensión de 200 palabras cada uno.
- d) **Cuadros y Figuras:** Los cuadros (no usar la palabra tabla) y las figuras (fotografías, esquemas y gráficas) se identificarán con números arábigos. Indicar el lugar del texto donde se desea que aparezcan.
- e) **Referencias bibliográficas:** Se ajustarán a los criterios establecidos para los escritos médicos en el Acuerdo de Vancouver, utilizando el sistema referencia-número. Las referencias deben ordenarse numéricamente de acuerdo a la secuencia de aparición del texto.

Ejemplo de citas de revistas:

Pérez Tamayo, R. Revista Mexicana de Educación Médica. Ética Médica. 1990; 1(3): 168-176.

Ejemplo de citas de libros:

Viniegra Velázquez, L. El pensamiento teórico y el conocimiento médico. México. Universidad Nacional de México 1988.

ENVIO DE ORIGINALES:

Los documentos deberán enviarse en original y dos copias de óptimo contraste y definición. También se recibirán trabajos vía fax siempre que el documento original sea de óptimo contraste y no contenga cuadros o figuras de línea fina o medios tonos. Dirigir sus envíos a la sede de la AMFEM: Manuel López Cotilla No. 754. Colonia del Valle. C.P. 03100, México, D.F. Tel y Fax 687-93-23.

DERECHOS Y OBLIGACIONES

- a) El autor se compromete a enviar solamente originales inéditos.
- b) La AMFEM se reserva el derecho de aceptar o rechazar las contribuciones enviadas para su publicación de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial. También se reserva el derecho de realizar las correcciones que considere necesarias. Los trabajos enviados para su publicación no serán devueltos.
- c) La Revista informará a los autores el dictamen del Consejo Editorial en un plazo máximo de 2 meses.
- d) Todos los trabajos 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.



CONTENIDO

EDITORIAL

REPORTES DE INVESTIGACIÓN

Las creencias del docente y sus mecanismos de defensa.

liciana Petra Micu/ José Antonio Talayero U.

Solución de un problema experimental en el laboratorio de de farmacología.

Discal Servín Hernández.

ENSAYOS Y MONOGRAFÍAS

El enfoque de las ciencias sociales para el análisis de la morbi-mortalidad:

Reflexiones para su enseñanza.

Armando Arredondo/ Nóchitl Castañeda/ Carlos García/ Jorge Escobedo/ Catalina Ramírez.

Eutanasia y Distanasia.

Carlos Urzaiz Jiménez.

La Formación del Médico en el área clínica.

Alberto Lifshitz G.

REUNIONES DE LA AMFEM

XXXV Reunión Nacional Ordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Discurso inaugural.

Octavio Castillo y López.

Panel Foro sobre la Calidad y Evaluación de la Educación Médica.

• Reflexiones sobre calidad y evaluación de la Educación Médica.

Virginia Hidalgo Wong.

• La calidad y la evaluación en la educación médica.

Néstor Velasco P./ Ana Luisa Larios C.

• Evaluación de la Educación Médica.

José Luis Leiva Garza.

Análisis interno de la Educación Médica.

Octavio Castillo.

La Educación Médica y la práctica de la medicina ante el Tratado de Libre Comercio.

Juan Ramón de la Fuente R.

CARTAS A LA DIRECCIÓN

NOTICIAS ACADEMICAS