

REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

1992

VOLUMEN 3

NUMERO 3



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 Álvarez 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 Urzais Jiménez

COMITE EDITORIAL

Dr. Octavio Castillo y López

Dr. Eusebio Contreras Chávez

Dra. Carmen García Colorado

EDITORES INVITADOS

Dr. Raúl Vargas López

Dr. Salvador Chávez R.

*La formación de este número se realizó en LASER EDICION,
30 Poniente 2917-1 Las Hadas, Tel. 31-06-96, 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 3

ISSN 0188-2635

INDICE

EDITORIAL 2

REPORTES DE INVESTIGACION

Formación Gerencial de los Jefes de Jurisdicción Sanitaria: Campo Educativo en su Ambito de Acción. 3
Francisco Hernández Torres, MAH/Irene Ruíz Castro/Carlos Gerardo Godínez.

ENSAYOS Y MONOGRAFIAS

La Importancia de la Evaluación Psicomotriz en Medicina. 9

Angélica Palomares Trejo/Víctor A. Ruvalcaba Carvantes.

Apuntes de un Modelo de Formación de Recursos Humanos en Salud. 12

Anita Barabtarlo y Zedanski

Desarrollo de la Inteligencia en Estudiantes de Medicina: Una Propuesta de Evaluación. 18

Yolanda del Socorro Saldaña Balmori

La Formación del Médico en el Area de la Educación para la Salud. 25

Mario García Viveros

Formación Ambiental: Conceptos Básicos y su Relación con el Campo de la Salud. 29

Eisenberg Wieder Rose.

REUNIONES DE LA AMFEM

LXX Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Discurso Inaugural. 39

Raúl Vargas López.

Discurso del Presidente Octavio Castillo y López 42

Conceptualización y Estrategias para Mejorar la Educación Superior. 44

Víctor Martiniano Arredondo.

Criterios, Parámetros y Alternativas para la Certificación de Escuelas de Medicina en México. 51

Ma. Rebeca Ambríz Chávez.

Algunas Consideraciones sobre Criterios, Parámetros y Alternativas para una

Educación de Calidad en México. 57

Javier E. García de Alba García/Ana Leticia Salcedo Rocha/Carlos Prado Aguilar.

CARTAS A LOS EDITORES

In Memoriam de la Maestra Margarita Pansza. 59

Editorial

El principio del nuevo siglo, nos encontrará con un México nuevo, el México que construyamos en base a la historia que nos precede, y es precisamente que ésta se nos presenta con una rapidez vertiginosa, que sería increíble si no la estuviéramos viviendo y haciendo cotidianamente. Cambios extraordinarios que en el transcurso del último tercio del siglo han modificado el panorama de las ciencias y del conocimiento práctico. En esta forma la profesión médica se ha visto favorecida inconmensurablemente. Sin embargo el desarrollo de la pedagogía no equiparó el desarrollo de la medicina científica produciéndose un desfase, entre la cantidad del conocimiento útil que el estudiante de medicina debería de manejar y las técnicas que lo ayudarán a obtenerlo. Al mismo tiempo la educación médica sufrió los efectos del deterioro de la enseñanza universitaria que fue favorecida por la masificación, resultado de una política populista, que no se acompañó del crecimiento de la infraestructura de las instituciones. Ahora en esta etapa de finales del siglo que las condiciones políticas de la educación superior Mexicana nos empujan hacia la modernización. La conciencia de la necesidad de una mejor calidad de la educación médica, es el motor interno que hará la tan esperada transformación. De la calidad del conocimiento de nuestras propias instituciones, dependerá también la calidad con la que busquemos escrutar esa zona gris que es el porvenir. Del conocimiento de nuestras debilidades y fortalezas institucionales, dependerá la eficiencia de nuestra planeación. La madurez de nuestra organización ha permitido que el esfuerzo coordinado de las escuelas y facultades de medicina mexicanas inicien un programa de superación conjunta, basado en el autoconocimiento y la solidaria interrelación. Estamos seguros que el inicio del programa de mejoramiento de la calidad de la educación médica, será el hito que marcará el nuevo rumbo de la medicina mexicana.

Formación Gerencial de los Jefes de Jurisdicción Sanitaria: Campo Educativo Necesario en su Ambito de Acción (*)

* Dr. Francisco Hernández Torres, MAH

** Lic. Irene Ruíz Castro

*** Dr. Carlos Gerardo Godínez

RESUMEN

En este trabajo se presentan las principales características operativas y funcionales de la jurisdicción sanitaria en México. Asimismo, se hace referencia al Proyecto Estratégico de Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo de la Secretaría de Salud (Sistemas Locales de Salud), el cual abre un espacio coyuntural a la discusión sobre los nuevos perfiles profesionales de los directivos de los servicios de salud que se requieren para desarrollar y consolidar el Sistema Nacional de Salud. En este sentido, se propone formar a personal sanitario con un enfoque gerencial, que permita un cambio de actitud en los directivos, de lo normativo a lo heurístico, de lo rígido normativo a lo propositivo y operativo.

PALABRAS CLAVE: Jurisdicción sanitaria, directivos de la salud, formación gerencial.

ABSTRACTS

In this job are presented the characteristics operatives and functionals of the Sanitary Jurisdiction in México. The same refer us at Strategic Projeet of Development of Sanitaris Jurisdictions Type of the ministry of Health (Local Systems of Health), which opens a space juncturely, at the directives of services of health that are required in order to develop and consolidate the National System of Health.

In this sense, is proposed form a sanitary personal with a management' approach, that will permit a change of attitude in the directives, of the normative at heuristic; of the normative rigid at purpositive and operative.

KEY WORDS: Sanitaris Jurisdictions, Directives of Health, management Learning.

INTRODUCCION

La Jurisdicción Sanitaria en México se creó a finales de la década de los años cincuenta con el propósito de consolidar la implementación integral de los programas de salud en ámbitos territoriales relativamente uniformes y vinculados con las administraciones municipales. Desde entonces, se ha buscado favorecer la descentralización de los servicios al ámbito municipal y reforzar la participación social en los programas y acciones de salud, con el objetivo de crear condiciones propicias para extender la cobertura y mejorar la calidad de los servicios.

El desarrollo de estos propósitos ha sido marcadamente heterogéneo, de difícil alcance por limitación

de recursos económicos, subutilización de los existentes e incoordinación entre las instituciones que conforman el Sistema de Salud (1).

Actualmente, existen 235 Jurisdicciones Sanitarias en todo el país y su número varía en las entidades federativas, entre 1 y 24. El número, delimitación geográfica o redefinición, han sido producto de estudios de regionalización de la Secretaría de Salud (SSA), orientados a mejorar el aprovechamiento de los recursos para la salud.

La organización del modelo vigente de Sistema de Atención a la Salud en México, contempla un subsistema directivo-administrativo que integra, coordina, dirige, controla y evalúa las acciones y funcionamiento del sistema en su conjunto. Este subsistema directivo-administrativo, tiene su estructura y funcionamiento integrado en tres niveles jerárquicos: el nivel central (también llamado federal), el nivel intermedio (de carácter estatal y su equivalente en el Distrito Federal), y el nivel jurisdiccional (también llamado local).

* Subdirector de Innovaciones en Sistemas de Salud y Formación Profesional. INSP-ESPM.

** Ayudante de Investigador C. INSP-ESPM.

*** Investigador Asociado A. INSP-ESPM.

(*) Trabajo presentado en la XLVI Reunión Anual de la SMSP, realizada en Veracruz, Ver, del 28 al 31 de octubre de 1992.

El nivel jurisdiccional es de especial importancia para la estructura técnico-administrativa del Sistema, ya que es considerada la célula operativa ejecutora de los programas de salud pública, asistencia social y atención médica en las áreas locales. Asimismo, le han sido asignados un conjunto de recursos para atender en forma autosuficiente los problemas de salud en primero y segundo nivel.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA JURISDICCION SANITARIA

Actualmente se identifica a la jurisdicción sanitaria como la "unidad desconcentrada regional", entre el nivel central estatal y el aplicativo, para planear, coordinar, supervisar y evaluar los servicios de salud a la población abierta, así como ejercer actos de autoridad sanitaria y acciones de fomento sanitario, todo ello, dentro del área geográfica bajo su responsabilidad, con un panorama epidemiológico característico (2).

Este concepto de jurisdicción sanitaria ha sido fortalecido con el Proyecto Estratégico de Desarrollo de las Jurisdicciones Sanitarias Tipo (que para la Secretaría de Salud corresponden a los Sistemas Locales de Salud). Los SILOS constituyen la expresión concreta de la estrategia básica para organizar y reorientar el Sector Salud con la finalidad de lograr la equidad con eficiencia y eficacia, con la participación plena de los conjuntos sociales a través de la puesta en práctica de la estrategia de Atención Primaria. El propósito, es fortalecer áreas de la organización que históricamente se han identificado como críticas: Estructura Orgánica, la Educación Continua y Capacitación, Supervisión, Abastecimiento, Conservación y Mantenimiento, Participación Comunitaria, Coordinación Intersectorial e Información (3).

El proyecto se ha propuesto desarrollarlo en tres etapas: una primera de selección de cinco jurisdicciones sanitarias tipo piloto; una segunda de ampliación, desarrollando una jurisdicción sanitaria en cada entidad federativa y fortalecida en los componentes mencionados (constituyéndose como modelos de trabajo y centros de formación y actualización para el resto de

las jurisdicciones). Finalmente, una tercera ampliando al 40% del total de jurisdicciones del país.

Con base en las características específicas de las regiones, los criterios estatales y la disponibilidad de recursos, las jurisdicciones sanitarias han asumido la siguiente tipología:

1. Jurisdicción con unidades de primer nivel. Este tipo, administra y coordina una red de unidades de primer nivel y recursos de vigilancia epidemiológica y regulación sanitaria; no existen unidades hospitalarias en su ámbito territorial, por lo que mantiene coordinación con unidades hospitalarias en Jurisdicciones contiguas.

2. Jurisdicción sanitaria con unidades de primero y segundo nivel. Este tipo, coordina unidades de primer nivel, recursos de vigilancia epidemiológica, regulación sanitaria, y mantiene una coordinación funcional con unidades hospitalarias (generalmente dichas unidades dependen jerárquicamente del nivel estatal).

Desde el punto de vista del ámbito territorial de la jurisdicción y del municipio, se presentan tres situaciones: la jurisdicción comprende varios municipios; la jurisdicción es coincidente con el Municipio, y la Jurisdicción es más pequeña que el municipio (4). En cuanto a población total por Jurisdicción Sanitaria, existe una variabilidad de entre 23 mil y 3 millones de habitantes (de la denominada población abierta, sin seguridad social) y por lo que corresponde a la extensión territorial, se observa un intervalo de entre 82 y 58 mil kilómetros cuadrados por jurisdicción sanitaria. Cabe mencionarse que actualmente la delimitación de las jurisdicciones sanitarias vive un proceso dinámico, de cambio, reestructuración y fortalecimiento. Por mencionar un ejemplo, en mayo de 1991 se encontraban funcionando 245 jurisdicciones sanitarias, para mayo de 1992, se reorganizaron en 235 buscando mejorar su capacidad y calidad de respuesta a la demanda de servicios de salud de la población.

FUNCIONES DEL NIVEL JURISDICCIONAL

Las jurisdicciones deberán constituirse en las unidades básicas para la organización de los Sistemas Na-

cionales de Salud. Sin embargo no debe entenderse que el sistema local es la unidad funcional más simple, ya que no es un nivel de atención, sino que es la mínima estructura política-administrativa capaz de dar respuesta a las necesidades y demandas de Salud de un conjunto de población hasta el grado que sea considerado como equitativo y justo en una sociedad determinada. Así, en una jurisdicción se integra desde los recursos de salud menos complejos (parteras empíricas, auxiliares de salud) hasta los de mayor complejidad (hospitales de todo tipo) sin dejar a un lado los recursos de los conjuntos sociales.

Es responsabilidad de la jurisdicción:

- Realizar el diagnóstico de la situación de salud en el área.
- Elaborar los programas-presupuesto anuales tomando en cuenta las políticas, estrategias y normas emanadas del nivel central.
- Organizar y operar los servicios de primero y segundo nivel existentes en la jurisdicción.
- Efectuar la vigilancia epidemiológica.
- Realizar el control sanitario y ambiental en el área.
- Efectuar la evaluación y control de programas y servicios.
- Coordinar acciones con las autoridades locales.
- Promover la participación organizada de la comunidad.
- Establecer coordinación con otros niveles técnicos y administrativos (5).

La respuesta para estas funciones, está dada a través de una estructura formal que contempla tanto elementos técnicos como administrativos para la jurisdicción sanitaria tradicional (Anexo 1), y para la jurisdicción sanitaria tipo. También, es responsable de atender el complejo individuo-familia-comunidad-ambiente, procurando coordinar todos los recursos, tanto sectoriales como extrasectoriales, destinados a esos fines promoviendo la más amplia participación social.

Se encuentra normado dentro del Sistema de Servicios de Salud en México, que el jefe de jurisdicción y el personal de apoyo bajo su dependencia inmediata se ubicarán en el centro de administración en salud,

así como los jefes de control sanitario y ambiental. El Director del Hospital General permanece en las oficinas de la unidad hospitalaria; los Directores de área en el centro jurisdiccional (excepto en el caso de los centros de salud urbanos).

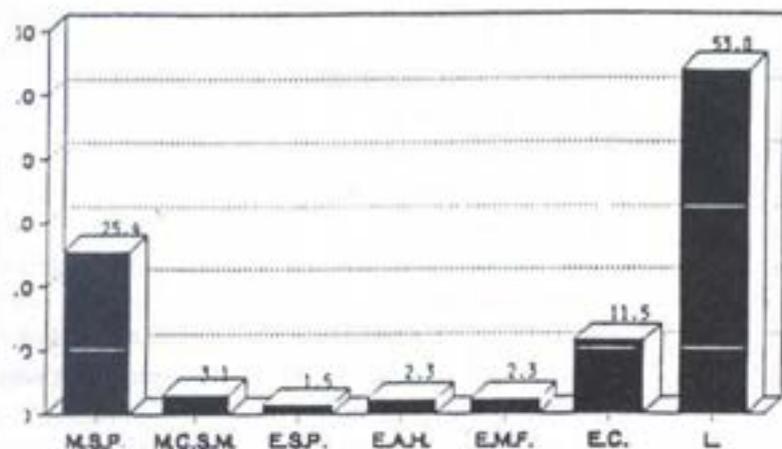
La gestión global de este nivel se encuentra a cargo del jefe de la jurisdicción sanitaria, que tiene que desempeñar las siguientes funciones:

1. Dirigir el diagnóstico de la jurisdicción
2. Coordinar la elaboración del programa jurisdiccional a mediano plazo y los programas-presupuestos anuales.
3. Coordinar y controlar el funcionamiento de los servicios de salud en el área.
4. Establecer coordinación con las autoridades locales, delegados, representantes sectoriales y organismos privados.
5. Aprobar y supervisar el programa de control sanitario y validar la documentación correspondiente.
6. Establecer medidas de control epidemiológico.
7. Vigilar el adecuado funcionamiento de los sistemas administrativos de logística e información.
8. Establecer y dirigir el sistema de evaluación de la jurisdicción.

Resulta evidente que el ámbito de acción de los directivos de las jurisdicciones va más allá de un administrador de la salud basado en conceptos rígidos e inflexibles, su panorama se ha abierto a un nuevo reto: conducir el proceso en lugar de administrarlo, esto es, desarrollar una visión heurística y creativa en la toma de decisiones en salud, en lugar de normativa y acrítica. En un reciente estudio realizado en la Escuela de Salud Pública de México, se determinó a través de una encuesta, el perfil académico y laboral del total de los jefes de jurisdicción sanitaria (6). Se encontró que el 53.8% no cuentan con formación de posgrado; es decir, sólo tienen la licenciatura. Así también, el posgrado más frecuente es el de maestría en salud pública, seguido importantemente por los jefes de jurisdicción con especialidad clínica (FIGURA 1).

FIGURA 1

PERFIL ACADÉMICO Y LABORAL
JEFES DE JURISDICCION SEGUN NIVEL ACADÉMICO



FUENTE: Cuestionario para Jefes de Jurisdicción, 1991.

MSP - Maestría en Salud Pública
MCSM - Maestría en Ciencias Sociomédicas
ESP - Especialidad en Salud pública
EAH - Especialidad en Administración de Ho.
EMP - Especialidad en Medicina Familiar
EC - Especialidad Clínicas

LA FORMACION GERENCIAL DE LOS JEFES JURISDICCIONALES

El perfil académico y funcional anterior, requiere la formación de recursos humanos en salud pública que respondan a los procesos de modernización y descentralización de los servicios de salud en México. Revisar críticamente la educación de estos profesionales, ubica en la actualidad al directivo de los servicios de salud ya no como un administrador generalista, sino como conductor de áreas funcionales-operativas con mayor énfasis en Gerencia de la Salud. Este enfoque comienza a perfilarse a finales de los 80's, tomando fuerza la búsqueda de técnicas e instrumentos gerenciales que puedan aplicarse a la especificidad dentro de cada servicio de salud local.

Lo anterior también se vio reflejado en el estudio referido anteriormente de la ESPM, en cuanto a los requerimientos educativos para mejorar su desempeño laboral. En este sentido, se identifican como prin-

cipales necesidades de formación y actualización a la epidemiología con 36.9%, seguido de la administración de recursos humanos, materiales y financieros con 32.3%. Así también identifican a los aspectos de formulación y evaluación de programas, bioestadística y al desarrollo organizacional (FIGURA 2).

A pesar de que los requerimientos educativos anteriores nos refieren hacia el campo gerencial, y con el propósito de hacer aprehensible este concepto, consideramos que el quehacer gerencial se desarrolla esencialmente en tres áreas:

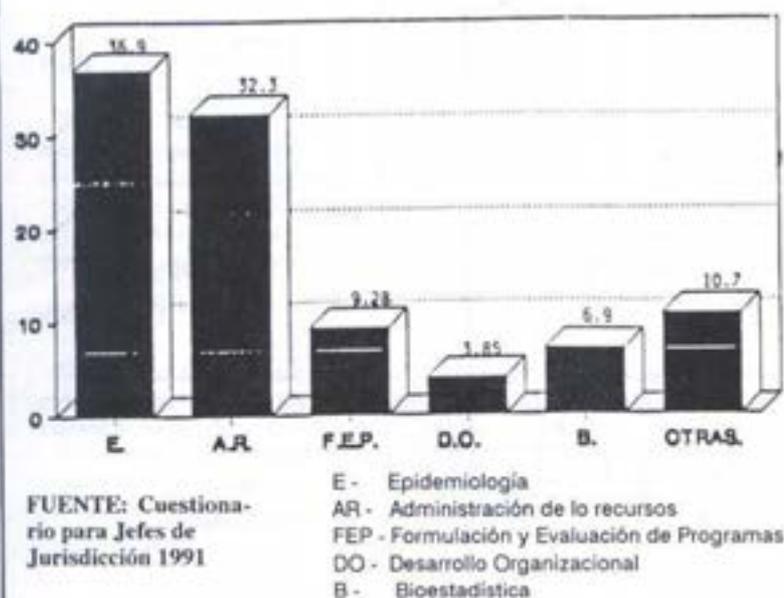
- A. Planificación de la salud,
- B. Ejecución de los programas de salud, y
- C. Supervisión y control de las acciones en salud.

Este enfoque, indudablemente responde con mejor aproximación que los tradicionales, sin embargo, requiere la redimensión de la gestión administrativa con base en el concepto y la práctica gerencial, como una acción institucional que hace viable la optimización de los recursos para el logro de los objetivos, a través de un proceso continuo de toma de decisiones. Esta reorientación, necesariamente debe fundamentarse en la definición y análisis de los problemas cotidianos de los directivos y sus perfiles educativos actuales para la selección de las mejores alternativas educativas en salud pública.

La actuación gerencial tiene como reto y responsabilidad el generar las condiciones adecuadas para la producción de servicios de salud con características de eficacia, eficiencia, equidad y participación social en respuesta a las necesidades y problemas de salud que experimenta la población en cada realidad local. Para cumplir estos propósitos, los gerentes de la salud tendrán que cumplir con la conducción integral de las instituciones que lo conforman y la administración de los recursos de acuerdo a los requerimientos del plan elaborado, concertado y negociado integralmente.

FIGURA 2

NECESIDADES DE FORMACION Y ACT.
JEFES DE JURISDICCION SEGUN
REQUERIMIENTOS EDUCATIVOS



El reto, es formar al personal directivo jurisdiccional como gerente, para ampliar su comprensión sobre la razón de ser, filosofía o meta social de la institución que integra. Además, necesita tener un conocimiento suficiente del entorno, tanto interno como externo de la organización, del contexto sociopolítico y económico del país. En igual sentido, debe poseer actitudes positivas para comprometerse responsablemente con sus cometidos, ya que sus decisiones y acciones pueden verse afectadas por normas, reglamentos u orientaciones políticas generales y definitivamente afectan de algún modo a las personas y comunidades en que opera la institución.

En México, para la Secretaría de Salud (SSA), se ha planteado como estratégico la formación y desarrollo en salud pública de sus jefes jurisdiccionales, ya que son los responsables de la gestión global de ese nivel, de sus aspectos programáticos, de conducción normativa, operativa, de concertación y de administración. Por esto, consideramos que el enfoque de Gerentes de la Salud Local, es pertinente para la formación de

los recursos humanos, directivos de las jurisdicciones sanitarias.

REFLEXIONES FINALES

A. El esfuerzo desarrollado en México para fortalecer la toma de decisiones en los niveles locales, tiene una historia más antigua a los acuerdos internacionales (Alma Ata, XXII Conferencia Sanitaria Panamericana); se remonta a principios de la década de los años 30. Sin embargo, es hasta finales de los 50 que se propone a la Jurisdicción Sanitaria como responsable local, creándose con las características que hoy conocemos. Desde entonces, se han realizado múltiples esfuerzos por desarrollar su capacidad operativa, su autosuficiencia técnico-administrativa y el incremento de su eficiencia social. A pesar de contar con una clara definición de su nivel

de resolución de salud, de sus funciones y características de organización se ha observado que a lo largo de su desarrollo, la jurisdicción sanitaria no ha logrado en su totalidad sus objetivos de creación.

B. La situación de crisis, insuficiencia, ineficiencia y deshumanización de los servicios de atención a la salud hacen necesario analizar los modelos vigentes de atención a la salud, con el propósito de reorientarlos e incrementar la capacidad de operación de las estructuras orgánicas jurisdiccionales. Este propósito depende del grado en que se logren desarrollar paralelamente una efectiva red de servicios, confiándole nueva direccionalidad a la jurisdicción sanitaria y haciéndola un Sistema Autosuficiente en Atención a la Salud.

C. Se hace necesario revisar los modelos actuales de formación y capacitación de los profesionales de la salud. El fortalecimiento de las jurisdicciones sanitarias abre un espacio para el debate y la reconceptualización de lo que se ha entendido hasta

ORGANIGRAMA DE LA JURISDICCION SANITARIA



la fecha por capacitación de personal para la salud. Esencialmente, el cambio radica en que el proceso educativo en salud se convierta en un insumo para el desarrollo y producción de mejores servicios, logrando una docencia cotidianamente vinculada con la problemática de salud y de los servicios. Esto posibilitaría además la formación de personal gerencial más ligado a las necesidades reales del país.

D. Es importante reforzar en el Jefe Jurisdiccional, su carácter de coordinador y supervisor de las unidades aplicativas bajo su dependencia, por el papel tan importante que desempeña en la asignación y utilización de los recursos. En este sentido, se requiere desarrollar aptitudes y capacidades gerenciales en el personal jurisdiccional, tanto para dirigir y coordinar las unidades aplicativas, como para ejercer las funciones de vigilancia epidemiológica, regulación sanitaria y participación social (7).

E. Reforzar en el Jefe Jurisdiccional tres funciones consideradas como centrales para el desarro-

llo de las jurisdicciones, las de conducción, programación y gerencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Hernández Torres, F. *Comentarios a la ponencia: "Estrategias actuales de la APS los SILOS"*. I.N.S.P., Agosto de 1990. Doc. Mimeografiado.
2. SSA/OPS. *Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud: Jurisdiccionales y Municipales*. El cambio Estructural, 2. S.S.A./O.P.S., México, 1988. 125-135 p.
3. SSA/OPS. *Guías Metodológicas para el desarrollo de los 6 componentes de fortalecimiento de las Jurisdicciones Sanitarias Tipo (SILOS)*. SS/OPS, México, 1990. 13-19 p.
4. SSA/OPS. *Fortalecimiento...* ibidem.
5. SSA. *Sistema de Servicios de Salud*. SSA/Dirección General de Planeación. México, 1981. 45-57 p.
6. Hernández Torres, F., Santos-Burgoa, C., Ruíz Casto, I., Villalpando Casas, J. *Investigación del perfil académico y necesidades de formación de los jefes jurisdiccionales en México*. INSP-ESPM., 1992. RESULTADOS PRELIMINARES.
7. OPS. *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud*. La Administración Estratégica. OPS 1992, pp. 42-52.

La Importancia de la Evaluación Psicomotriz en Medicina

* Dra. Angélica Palomares Trejo
** Dr. Víctor A. Ruvalcaba Cervantes

RESUMEN:

El análisis retrospectivo de los procedimientos utilizados para la evaluación del área psicomotora en la licenciatura de medicina, hacen reflexionar que dicha actividad necesita revisarse y replantear sus condiciones de aprendizaje, ya que resulta cuestionable la imprecisa definición a los objetivos educativos en dicha área.

De lo anterior se deriva obviamente un sistema de evaluación deficiente, que en la mayoría de los casos se realiza poco sistematizada y apoyada en la apreciación del profesor, por lo que refleja tan sólo un procedimiento tecnocrático para el control del aprendizaje y la asignación de calificaciones por exigencia institucional y consecuentemente social.

ABSTRACTS.

The analysis retrospective of the procedures utilized by evaluate the area psychomotor in the degree program of medicine, made us reflect that such activity wants check itself and restate its conditions of apprenticeship, since result questionable the definition imprecise to the education objectives in such area.

For this reason is derivated a system of evaluation deficient, that in the majority of the cases realized it little sistematic and supported in the professor appraisal, therefore reflex only a technocratical procedure for to control the apprenticeship and the allotment of grades by institutional exigency and consequently social.

En medicina, como en otras profesiones, el área cognoscitiva ha permanecido tradicionalmente como el eje principal del proceso enseñanza-aprendizaje, siendo el área que predominantemente valora el rendimiento educativo. Hasta la fecha la evaluación del conocimiento es básicamente la acción en la que se apoya tradicionalmente la escuela, para la acreditación del ciclo educativo y es quizá el proceso que mejor refleja las actitudes de dominación que el ejercicio del rol de un maestro implica.¹

Debe reconocerse por lo tanto que al campo psicomotriz y afectivo se le ha otorgado una menor importancia a pesar de que en la enseñanza de la medicina es evidente la necesidad de que los estudiantes desarrollen habilidades, destrezas y actitudes indispensables para su ejercicio profesional futuro.

El aprendizaje tanto del área psicomotriz como cognoscitiva y afectiva debe entenderse como un proceso, más que un resultado, que consiste en una serie de acciones orientadas hacia determinadas metas u objetivos de enseñanza.

Estas acciones o conductas del proceso enseñanza aprendizaje deben manifestarse en el alumno como una reacción de todo ser humano ante estímulos externos e internos en su permanente adaptación a las diversas situaciones. El estudiante aprende cuando se producen modificaciones o reestructuraciones en su conducta, debiendo entender la conducta del ser humano como molar, es decir, total e integradora y el papel del profesor consiste en formar parte de ese cambio, interactuando continuamente con el alumno para orientar estas acciones hacia los objetivos propuestos y evaluar en forma constante y permanente el avance observado.²

Por otro lado, el conocimiento debe concebirse en forma global dentro de una dimensión social y en un determinado contexto, por lo cual no debe atomizarse, ya que pierde su esencia y su significado, por lo que en el proceso de enseñanza-aprendizaje, la enseñanza y la evaluación del área psicomotriz debe contemplarse en un plano totalitario y globalizador que integre el conocimiento y no considerarse como una área aislada.³

Ubicar a la evaluación psicomotriz y afectiva junto con la cognoscitiva dentro del proceso enseñanza-aprendizaje nos facilita uno de los propósitos de la evaluación educativa, que es importante para la toma de decisiones una vez valorada en forma longitudinal todas las actividades desarrolladas por el alumno, ayudándolo con esto a descubrir sus potencialidades, es decir, hacer que participe en forma inteligente, racional, responsable y libre en relación al aprendizaje de otras personas, con objeto de que al final de su entrenamiento sea capaz de otorgar servicio a la comunidad dentro o fuera de un marco institucional, mediante la apropiación de un rol que en este caso es el de ser médico y llevar a cabo la ejecución de tareas para la salud en sus diferentes niveles de atención, donde aplicará sus capacidades y podrá satisfacer sus necesidades de crecimiento, mediante un orden verdaderamente útil y transformador para la sociedad en la que se desarrolla.

En esta ocasión nos centraremos exclusivamente en la esfera psicomotriz, con la finalidad de reflexionar sobre la importancia que tiene evaluarla y otorgarle una ponderación adecuada en la calificación final, lo cual no significa restar importancia al área cognoscitiva, sino buscar su equilibrio, ya que no puede soslayarse la interrelación de ambas como marco teórico referencial para el inicio y desarrollo de cualquier técnica o procedimiento manual indispensable para su futuro ejercicio profesional.

Un análisis retrospectivo de los fundamentos teóricos de la evaluación psicomotriz, nos hace meditar acerca de que esta actividad necesita revisarse y replantear sus condiciones de aprendizaje, de conocimiento y de proceso grupal; es decir no concebir el aprendizaje como un resultado acabado, sino adentrarse en la dinámica del proceso enseñanza-aprendizaje, analizando las condiciones internas y externas, sus pasos teóricos y tecnológicos y confrontarlo permanentemente en un proceso dialéctico.

Un serio problema que se presenta frecuentemente es la imprecisa definición de los objetivos del área psicomotriz, de lo que se deriva obviamente un sistema de evaluación deficiente, que en la mayoría de los casos se realiza en forma poco sistematizada y sin



objetividad que impide identificar el dominio en la ejecución de las destrezas adquiridas y que refleja tan sólo un procedimiento tecnocrático para el control del aprendizaje y la asignación de calificaciones por exigencia institucional y consecuentemente social, derivada de añejas raíces históricas no congruentes con la realidad educativa, ya que únicamente califica conductas observables y medibles unívocas al final de un ciclo y no un logro integral a lo largo del proceso enseñanza-aprendizaje.

Por lo anterior, el objetivo de este ensayo es proponer que la tarea de evaluación psicomotriz se efectúe con metodología adecuada y participativa a lo largo de todo el proceso de aprendizaje, logrando con esto, que el profesor y el alumno asuman respectivamente, en forma alterna el rol de sujeto-objeto y logren tener un papel activo para poder descubrir y evaluar el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje dentro de una corriente humanística.

La tecnología educativa describe que la evaluación del aprendizaje en el área psicomotriz, debe ser una actividad técnica que puede ser llevada a cabo por personal experto en el tema y evaluarse con diferentes instrumentos al final de un ciclo clínico. En contraposición, otros autores sugieren que dicha evaluación debe ser realizada en forma longitudinal a través de las vivencias directas de la experiencia educativa, para llegar realmente a la esencia misma del proceso.

Ambos aspectos implican la observación directa como medio esencial para anotar los logros del aprendizaje, que se manifiestan por la presencia o ausencia de aspectos particulares del comportamiento esperado, proporcionando una información descriptiva de lo que el alumno ha aprendido a hacer, sin contener juicios de valor y que además requiere de elaborar instrumentos adecuados para cada una de las conductas que se desee evaluar.

Para ello es necesario tener en cuenta los pasos sistematizados de cualquier proceso de evaluación, que incluye describir la actividad o el trabajo que se desea medir, determinar el conjunto de operaciones o pasos en virtud de lo cual el atributo deseado puede manifestarse y hacerse perceptible y por último establecer el conjunto de procedimientos o definiciones para traducir las observaciones realizadas.⁵

Una propuesta específica de este ensayo a fin de lograr una adecuada evaluación del área psicomotriz es la siguiente:

a) Definir detalladamente las conductas que se desea sean aprendidas, en estricta correlación a las tareas que exige la práctica profesional.

b) Iniciar la relación con el alumno dentro de un encuadre donde se expongan las bases y normas que orienten el trabajo futuro.

c) El profesor debe actuar como observador participante y percibir selectivamente el entorno, para poder incidir en todo lo que considere pertinente.

d) Describir, explicar, analizar y reflexionar junto con el alumno el desempeño de las destrezas y habilidades desarrolladas.

e) Diseñar y aplicar instrumentos de evaluación objetivos, basados en técnicas de observación sistema-

tizados (listas de cotejo o comprobación, escalas estimativas).

Realizando estos parámetros, es posible lograr que la evaluación del área psicomotriz se efectúe con precisión y objetividad.

Finalmente es importante resaltar que esta evaluación forma parte de la medición educativa del proceso enseñanza-aprendizaje, y debe concebirse como una acción inherente al fenómeno educativo y jamás como un eje desconectado o ajeno y aislado como hasta el momento se ha realizado y por lo tanto ha sido poco explorado.

Esta circunstancia, como ya se ha planteado anteriormente exige un máximo esfuerzo de los docentes, ya que deben contar con una formación técnica y metodológica completa, que implemente primero una adecuada enseñanza del área psicomotriz, para que los alumnos tengan posibilidades de adquirir habilidades y destrezas, establecer vínculos con los contenidos informativos y ser capaces de socializar e introyectar estos mismos, y por otra parte, que el profesor sea capaz de conceptualizar la evaluación del área psicomotriz con fundamentos basados en la medición de las modificaciones de las pautas de conducta, percibiendo estos cambios dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje en forma total e integradora, logrando con esto participar en la formación de un nuevo hombre, capaz de transmitir a su vez estos nuevos conocimientos en forma responsable, libre y transformadora.

BIBLIOGRAFÍA

1. BEDOLLA G.M.A., *Introducción a la Evaluación. Mecanograma*, UDEM: Monterrey, 1984: 1-48.
2. MORAN O.P., *La evaluación de los aprendizajes y sus implicaciones educativas y sociales*. Perfiles educativos, 1981; No. 13 (jul.-sept): 21-36.
3. GARCIA O.F. *La medición y evaluación educativa, Sistematización de la enseñanza*. México: CISE-UNAM, 1989: 370-2.
4. ZARZAR ChC. *Conducta y aprendizaje, una aproximación teórica*, Perfiles educativos 1982; 17: 27-42.
5. GUTIERREZ S.R. *Los principios de la evaluación. Introducción a la didáctica*. México: ED. Esfinge, 1980: 189-92.

Apuntes de un Modelo de Formación de Recursos Humanos en Salud

* Anita Barabtarlo y Zedanski

RESUMEN:

Se analizan los modelos de la educación predominantes en Latinoamérica y el modelo hegemónico en la práctica médica. Para ello, se toman aspectos educativos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, abordando la hipótesis de que un cambio en el modelo prestador de servicios requiere de cambios en el modelo de formación de recursos, ya que el primero genera nuevas demandas y acciones de formación, y a la vez señala directrices en este sentido.

En seguida se delinea una propuesta pedagógica participativa para la formación de recursos humanos en salud con base en el paradigma emergente de la medicina social, cuya pertinencia se acentúa con la presión hacia un cambio de modelo educativo, derivado del progreso de globalización en el marco de un Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá. (TLC)

PALABRAS CLAVE: Modelo educativo, Recursos humanos, Medicina social, Práctica Médica, Globalización de la Economía, TLC.

ABSTRACT:

Reference is made to some of the models of education predominant in Latin American and the model in the medical practice. In order to it, we are take educational aspects related with the formation of human recourses in health, the hypothesis of that a change in the lender model of services it require changes in the model of formation of recourses that will end these services, seeing that the first generate demands news and actions of formation, also to mark the directrix in this sense.

After of this, is delineated a pedagogical proposal sharing for the formation of humans recourses in health with base in the paradigm emergent of the social medicine, whose pertinence is accented with the pressure toward a change in the educational model, derived of a global progress in the frame of North American Free Trade Agreement. (NAFTA)

KEY WORDS: Educational Model, Recourses in Health Formation, Social Medicine and Medical Practice, North American Free Trade Agreement.

PRESENTACION

El siguiente artículo centra su atención en los paradigmas predominantes del conocimiento que subyacen en la formación de Recursos Humanos en el área de la salud en la región latinoamericana con la finalidad de proponer algunas estrategias para desarrollar un modelo educativo alternativo que posibilite incidir en la prevención de la enfermedad.

El breve diagnóstico que se realiza respecto a la formación del Recurso Humano en salud, forma parte de una investigación más amplia acerca

de la Formación de Recursos Humanos en salud en la región latinoamericana: el caso de Guatemala; investigación que está realizando el "Proyecto del Instituto Nacional de Salud" de Guatemala y con el cual la autora colaboró durante el año de 1989.

LA NOCION DE PARADIGMA LOS PARADIGMAS HEGEMONICOS EN EDUCACION

Por paradigma vamos a entender un modelo explicativo desde el cual se interpreta la realidad. Así su desarrollo se vincula a las condiciones sociales que posibilitan la generación de los mismos.

* Investigadora de tiempo completo. CISE-UNAM. Departamento de Didácticas Universitarias. Presidenta de la Asociación Mexicana de Investigadores de la Educación, A.C.

La conformación estructural de dependencia a nivel económico en nuestros países, no es privativa en el campo de la educación; persiste el fenómeno de la importación de modelos educativos, la mayoría de las veces lejanos e inoperantes a nuestras necesidades reales.

Por otra parte, hay ausencia de investigación en acciones tan significativas como lo son la elaboración de políticas educativas y de formación de recursos humanos, así como en la evaluación de los procesos educativos.

En educación, los paradigmas hegemónicos, que han predominado en los procesos formativos, son el *economicista* y el de la *reproducción*.

El primero pone énfasis en que "el conocimiento más valioso" es el que el mercado premia y considera a la educación como un problema de inversión de costo-beneficio.

El segundo paradigma, el de la reproducción, entiende a la educación como un problema de "reproducción ideológica", oscureciendo o bien, ocultando la comprensión de otras funciones de la educación.

Por los procesos de cambio tan acelerados que se están dando en nuestros países que conforman la región, con las especificidades propias de cada uno, se presenta la necesidad histórica de integrar un nuevo paradigma que posibilite la formación prioritaria de la investigación como respuesta a la necesidad de la instrumentación del cambio.

La educación, en contrario a lo experimentado hasta el día de hoy, debe preparar a la sociedad para su desarrollo global y para la investigación de las necesidades de esa misma sociedad y de sus proyectos de futuro.

La globalización entendida como reglas de conducta universal y valores de difusión internacional presionan un cambio del modelo educativo, que además, debe estar en condiciones de dotar de información útil en cualquier lugar del mundo, al sujeto del aprendizaje. Esto no significa el

"saber todo de todo", sino el poder manejar con soltura lo nuevo de lo específico (y poder contribuir en el avance del campo disciplinario).

En el caso del Tratado de Libre Comercio, va a producirse una ineludible confrontación particularmente en el campo educativo de tres países (Canadá, Estados Unidos y México), que al asociarse, complementarán no sólo sus economías, sino sus formas mismas de vida y relación que competirán irremediamente por una hegemonía de conceptos y acciones de los actores históricos (individuos e instituciones), en una nueva definición del mundo.

En consecuencia, hoy más que nunca se requiere de la estructuración de procesos educativos que promuevan la participación de la población en la búsqueda conjunta de soluciones a los problemas. Se requiere de la integración de un paradigma que dé cuenta del comportamiento de los diferentes actores sociales; de cómo se producen los productos educativos, así como del proceso, o sea del juego de fuerzas sociales en la determinación de los resultados y productos de la acción educativa. Se requiere pues de un paradigma en el que la práctica social sea el punto de arranque de una teoría del conocimiento, aunada a una teoría de formación de conciencia.

EL MODELO MEDICO

En América latina, han prevalecido dos tendencias respecto al paradigma de la salud:

a) **El paradigma "científico" de la medicina dominante**, cuya orientación es de carácter asistencialista y hacia la medicalización de los problemas de la salud. Esta visión tiende a contemplar a la salud como un problema técnico, descontextuándola de su contexto sociopolítico.

A finales de la década de los sesentas, empieza en crisis el modelo de Salud Pública desarrollista que postulaba como uno de los efectos económi-

cos al mejoramiento de las condiciones de salud. Contrario a este planteamiento se observaba cada vez más un deterioro de la salud colectiva que entraba en contradicción con los postulados de los "milagros económicos" latinoamericanos (a manera de ejemplo, la desnutrición tendía a agravarse pese al aparente desarrollo de algunas estructuras); o bien, aparecen y se acrecientan los problemas de salud propios de la industrialización como lo son los accidentes y enfermedades de trabajo.

Es decir, el planteamiento desarrollista ya no resultaba suficiente para explicar el fenómeno de la salud como inscrito en una patología de la pobreza y de la riqueza.

Las contradicciones que se daban en la realidad, planteaban por una parte, la insuficiencia del paradigma como modelo explicativo de la salud-enfermedad de la población, y por otra, la incapacidad de la práctica médica de transformar sensiblemente las condiciones de salud de la población.

b) **Un paradigma emergente** que entiende al problema de la salud como una totalidad que requiere de un conjunto de disciplinas que explican las múltiples determinaciones del proceso salud-enfermedad y que pone énfasis en la medicina social. Este paradigma relaciona los problemas de la salud con el contexto sociopolítico.

LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El panorama de la formación de los recursos humanos dista de responder adecuada y eficientemente a las necesidades de salud y atención médica de la población. Esto se debe posiblemente entre otras causas, a que el perfil epidemiológico de la población y sus modificaciones demográficas se han recogido de una manera

insuficiente en la formación y capacitación de los recursos humanos.

Las Escuelas de Salud Pública y algunas otras instituciones de salud de la región, coordinadas por la Organización Panamericana de la Salud, realizaron un estudio de su propio quehacer y detectaron entre otros aspectos: la escasa o nula influencia de las Escuelas de Salud Pública tradicionales en el desarrollo y avance de los sistemas de salud en la región. Se consideró que el recurso humano tradicionalmente formado en Salud Pública no ha tenido en general, la preparación para poder ampliar su campo específico de acción y desempeñarse adecuadamente en los niveles de planificación económica en condiciones de poder analizar e interpretar las políticas del sector público y su relación con el sector salud. Esto deriva en una acción sectorial aislada e insuficiente.

Los problemas referidos a la formación de recursos humanos en salud, son problemas derivados del modelo médico de la prestación de servicios que pone énfasis en la curación y rehabilitación, minimizando la prevención. La formación de recursos a nivel universitario tiene su soporte en el sistema medicalizado de salud.

En relación a la necesidad de vislumbrar una nueva forma de transmitir conocimiento que favoreciera la concientización del médico hacia la población y una nueva pedagogía que facilitara la presentación del conocimiento integrado para una aplicación "menos fragmentada" y una práctica "más real" y concreta, acorde a la problemática del país. En 1968, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, Guatemala, presentó un modelo de integración del proceso enseñanza-aprendizaje, modelo que se afinó quedando plasmado en el curriculum de la carrera de medicina en el año de 1980.

La estructura curricular actual de la Facultad estatal persiste a pesar de que los programas han

variado en lo que respecta a las metodologías de aprendizaje, contenidos y orientación. El clima de violencia política que ha venido viviendo el país sobre todo en 1980 a 1985, constituyó un obstáculo importante en la realización de dicho modelo.

PROCESO EDUCATIVO Y FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

A continuación se enumeran algunos de los aspectos sobresalientes de los procesos educativos en la formación de recursos humanos y que corresponden a un modelo medicalizado de la salud (OPS):

- No existen mecanismos efectivos para articular el proceso educativo con el desarrollo de los servicios de salud y para convertir así el desarrollo de la fuerza de trabajo en un insumo para el trabajo de los servicios;
- En ocasiones, los procesos formativos se desarrollan fuera del contexto de la realidad nacional. Están así desvinculados de las necesidades de aprendizaje que emanan del contexto;
- Predomina el desarrollo de actividades de educación continua a base de actividad en el aula, de carácter más bien discontinuo, sujetas en muchos casos, a la existencia de recursos de procedencia externa;
- Se promueve el desarrollo de procesos educativos que no están sustentados en el conocimiento del campo pedagógico ni en los principios y estilos de aprendizaje del adulto latinoamericano, y que son estructurados utilizando estrategias educacionales que propician la transmisión acrítica de conocimientos, sin posibilitar el análisis y cuestionamiento de los mismos;
- Los programas se diseñan y realizan para profesiones aisladas, individuales, aunque las estrategias de salud estén sustentadas en el trabajo multidisciplinario;
- Prevalece el criterio clínico (poder y status que da el conocimiento);
- Los intentos de integrar la docencia con la asistencia, la academia con el servicio, fracasan en gran medida por la persistencia de un sector y una institución docente y de un sector y una institución asistencial. Ambos son grandes desconocedores los unos de los otros, y se rigen por normas particulares a menudo incongruentes;
- Hay poca incorporación de especialistas en pedagogía y de investigación en las decisiones sobre procesos educativos en salud.

En cuanto a las facultades del área de la Salud, éstas mantienen estructuras curriculares y de cátedra en desfase con las condiciones de la práctica médica y distantes de modelos deseables del desempeño profesional; hay ausencia de una revisión crítica sobre las expectativas sociales que se tienen sobre una mayor relación Universidad-Servicio.

Curricularmente, persiste una separación entre lo biológico y lo social; o entre ciclos básicos y clínicos que dificultan el tratamiento interdisciplinario de los problemas. Hay discrepancias a nivel curricular entre áreas técnicas y orientaciones emanadas de las estrategias sanitarias y procesos de reestructuración de los servicios (procesos de educación permanente). En síntesis, el curriculum refleja y reproduce la "atomización" del modelo prestador.

La utilización de determinadas metodologías pedagógicas en la mayoría de los programas latinoamericanos han contribuido a la funcionalidad del propio sistema de salud imperante, y a la reproducción de un esquema biologicista de la salud y de la enfermedad.

El procesos educativo en el aula se ha venido caracterizando por el componente unidireccional y presencia del docente, y por estructuras cerradas que dirigen, planifican, toman decisiones y ejecutan los actos educativos, alejados cada vez más del propósito de promover el aprendizaje de y en la realidad.

La relación docente-alumno se ha venido dando dentro de la concepción "bancaria" de la educación, en la que el docente deposita un cúmulo de conocimientos en la mente del alumno.

HACIA UN MODELO DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Durante los últimos quince años ha surgido en América Latina una corriente de pensamiento en el campo sanitario que ha reconceptualizado la medicina social, entendiéndola como aquella que estudia la salud-enfermedad de colectividad como una expresión de los procesos sociales. Es decir, postula la necesidad de analizar los fenómenos de la salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político y social, y no sólo como un fenómeno biológico individual.

Esta reconceptuación supone una reformulación teórica y metodológica del paradigma médico hegemónico en el sentido de que dé cuenta del proceso de salud-enfermedad en términos sociales (modo biológico de vivir en sociedad).

La reformulación del paradigma supone una inclusión de las ciencias sociales, no como una yuxtaposición, sino en la perspectiva de repensar conjuntamente el problema y dar aportaciones de carácter interdisciplinario.

Así como lo señala Cristina Laurell "las condiciones históricas y sociales posibilitan caracterizar distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos que se pueden descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta. Estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra, de una región a otra, de una localidad a otra". Este modelo de medicina social se orienta prioritariamente a la promoción de la salud y en consecuencia, a los cambios en la atención y en la salud de la población destinataria.

El fundamento educativo de este paradigma da cuenta del comportamiento de los diferentes ac-

tores sociales, así como del proceso, o sea, el juego de las fuerzas sociales en los resultados de la prestación del servicio.

Así, un modelo de salud en esta perspectiva, requiere de:

- La participación social en actividades tendientes a promover el bienestar de la población y mejorar las condiciones de vida;
- La generación de nuevos procesos de comunicación en la comunidad;
- Avanzar cualitativamente en la redefinición y el quehacer de la praxis de los agentes de salud;
- Cualificar la fuerza de trabajo vinculada a los servicios de salud;
- Valorizar el papel de la epidemiología dentro del concepto de una sociedad cambiante convirtiéndola en un instrumento para la planificación de los sistemas de salud.

En consecuencia, un cambio en el modelo prestador de servicios requiere de cambios en el modelo de formación de los recursos que prestarán estos servicios, ya que el mismo genera nuevas demandas y acciones de formación, a la vez que señala directrices en ese sentido.

El modelo de formación de recursos en esta perspectiva se inscribe en el marco de la educación permanente que se piensa integrada en el trabajo y en la producción de los servicios, es decir, ligada a los servicios y a la práctica cotidiana de los trabajadores de la salud; el mismo proceso formativo se constituye en un factor de transformación de dicha práctica de la salud al incorporar nuevos conocimientos y prácticas para la solución de los problemas.

El modelo de formación de recursos humanos se inscribe en el marco de una propuesta pedagógica participativa en la cual el proceso educativo se integra a la práctica de los servicios con la finalidad de que los trabajadores de la salud puedan intervenir a partir de su práctica en el desarrollo de los procesos que conducen al cambio.

La integración de la docencia con la asistencia, la academia con el servicio, no podrá lograrse a través de estructuras cerradas concebidas y organizadas como parte de un aparato educativo desvinculado de los servicios.

En cuanto a su rol y funciones, el docente, a diferencia del modelo tradicional, unipresencial y unidireccional, es un facilitador, un orientador que propicia el descubrimiento de saberes, facilita el aprendizaje, estimula la participación, retoma los conocimientos del grupo y aporta nuevos elementos que permiten afianzar el conocimientos del grupo en general, y en cada uno de los integrantes en particular, siendo su función principal la de **dinamizador del diálogo** grupal.

El proceso formativo se caracteriza por una relación educativa de tipo horizontal y en la que el diálogo juega un papel primordial en el proceso de adquisición y construcción del conocimiento.

El conjunto: problema "reflexión-acción" se convierte en el eje del proceso educativo y el abordaje de los problemas específicos a partir del trabajo grupal constituyen puntos de partida para estudiar, analizar e interpretar la realidad de la salud a través de diversas disciplinas. En esta perspectiva, es necesaria la integración del **equipo multidisciplinario**.

Para finalizar, cabe hacer énfasis de que hoy más que nunca se hace imprescindible en nuestra realidad latinoamericana la construcción de teorías y metodologías aplicadas a los procesos de generación y transmisión del conocimiento que nos permitan afrontar los problemas derivados de la organización del nuevo orden mundial.

El reto que se plantea es de hegemonía de concepciones y acciones de los actores históricos en una nueva definición del mundo. La salud no escapa a este contexto.

BIBLIOGRAFIA

1. Barabtarlo A. y Theesz M. *Propuesta metodológica para la formación de profesores-investigadores en América Latina: ruptura con un modelo dependiente*, en Revista de la Educación Superior, octubre-diciembre de 1982.; pp. 17-32
2. David M.C. et al. *Investigación Educacional en los servicios de Salud*, en Educación Médica y Salud OPS, Vol. 24 Núm. 1 ene-marzo 1990; pp 52-73
3. Chorny H. Adolfo. *El enfoque estratégico para el desarrollo de Recursos Humanos*, en Educación Médica y Salud. OPS. Vol. 24 Num. 1 enero-marzo 1990; pp 27-51
4. Grajeda Geraldine y Velásquez P. Ernesto. *Guatemala: la participación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos en proyectos comunitarios de desarrollo en Salud*, en Educación Médica y Salud. OPS. Vol. 25 Núm. 3 julio-septiembre 1991; pp 268-279.
5. Haddad Jorge et al. *Proceso de trabajo y educación permanente del personal de salud: reorientación y tendencias en América Latina*, en Educación Médica y Salud. OPS. Vol. 24 Núm. 2 abril-junio 1990.
6. Laurell Ana C. *Proceso de trabajo y salud*, en Cuadernos Políticos, Núm. 17, 1978; pp 69-71.
7. Laurell Ana C. *La salud- enfermedad como proceso social*, en Revista Latinoamericana de Salud. Ed. Nueva Imagen Num. 2, México; pp 7-24.
8. Laurell Ana C. y Mercer Hugo. *La investigación en la Maestría de Medicina Social*, en Educación Médica y Salud. OPS. Vol. 15, 1981; pp 60-69.
9. Lemus Jorge. *Capacitación-Acción en la epidemiología: experiencia en el sistema de servicios locales de salud comunitaria en Buenos Aires*, en: Educación Médica y Salud. OPS. Vol. 24 Núm. 3 julio-septiembre 1990; pp. 260-279.
10. Menéndez E. *El modelo Médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos*, en: Desarrollo Económico enero-marzo, 1985.
11. Nunes E. *Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y Perspectivas*. OPS/ CIESU, 1986.
12. Vidal Carlos. *El desarrollo de recursos humanos y plan de acción*, en: Educación Médica y Salud. OPS. Vol. 18 Núm. 2, 1984; pp. 113-124.

Desarrollo de la Inteligencia en Estudiantes de Medicina: una Propuesta de Evaluación

* Yolanda del Socorro Saldaña Balmori

RESUMEN

Ante el índice de acreditación-reprobación de los estudiantes en las asignaturas de la área básica en la Facultad de Medicina, se plantea la incógnita de si ellos están trabajando en las mejores condiciones de su capacidad intelectual, o si estas se pueden optimizar.

Se plantea el experimento de desarrollo de una parte de la inteligencia con una estrategia de aprendizaje enfocada a la solución de problemas. La manera de realizar el experimento es conforme al diseño llamado "Los Cuatro Grupos de Solomon" (1), para lo cual deben elegirse cuatro grupos -conforme a las tablas de los números aleatorios- del total de 33 que cursan anualmente la materia Bioquímica-Immunología, que se cursa durante el primer año de la carrera.

Ante el rechazo de las hipótesis nulas propuestas, se espera demostrar que las estrategias de aprendizaje sugeridas mejoran la capacidad que los estudiantes tienen para responder ante diferentes problemas.

OBJETIVO

Con la presente investigación se pretende demostrar que ante un estímulo basado en la solución de problemas se puede mejorar una área de la inteligencia en los estudiantes de la carrera de Medicina en la UNAM.

ANTECEDENTES

Para poder desarrollar un estudio en la área de las Investigaciones Sociales es importante señalar una gran gama de variables incontrolables que existen en este tipo de actividad, cuestión que torna más difícil el poder fijar las condiciones del trabajo experimental.

Concretamente, para una investigación realizada con aquellos que están inscritos como estudiantes a las universidades se tiene una lista interminable de variables no controlables y dentro de ellas se encuentran las que ofrecen aquellos estudiantes que: saben perfectamente qué es lo que quieren y van tras ello para lograrlo; por otro lado, habrá individuos que no saben

cuál es el papel que van a jugar en la vida; algunos de los inscritos, tienen una gran capacidad de aprendizaje; los más, con condiciones económicas apremiantes; algunos, con serios problemas familiares, etc. Pero todos ellos, independientemente de su origen; de sus calificaciones en las escuelas primaria, secundaria y preparatoria; de si cuentan con la aceptación familiar a sus inquietudes; de si están bien o mal alimentados y de otros muchos factores más; todos ellos tienen el compromiso de acreditar cada una de las disciplinas que están en su plan curricular para obtener un título universitario. Y para poder avanzar como estudiante por una carrera se requiere un nivel de desarrollo de la inteligencia que según Piaget es la tercera etapa; la de las operaciones formales en la que el aprendiz actúa sobre proposiciones concretas, con mecanismos de la lógica formal en la que puede deducir relaciones, concretar ideas, etc.

Esta capacidad está relacionada de una manera muy estrecha con la inteligencia, según la opinión de algunos investigadores que cultivan esta línea.

Acercas de la inteligencia se ha bordado mucho alrededor de ella; para cada corriente de investigadores que ha hecho estudios al respecto tiene una o varias definiciones, dirigiéndose a las áreas de la inteligencia

* Depto. de Bioquímica. FAC. UNAM.

a que se enfoque. Así por ejemplo Sternberg (2), en 1981 la define como "conjunto de habilidades para pensar y aprender, que se emplean en la solución de problemas académicos y cotidianos que se pueden diagnosticar y analizar por separado"; para Thorndike (3) es "la habilidad para poder dar una buena respuesta a partir de la verdad o de la realidad; Haggerty, retomando lo expuesto por Binet y Simon en 1905 (4), la define como "un grupo de complejos procesos mentales, definidos tradicionalmente como: sensación, percepción, asociación, memoria, imaginación, discernimiento, juicio y razonamiento". Y así, existe una gran cantidad de definiciones esparcidas en la literatura y es importante observar que en casi todas ellas se nota un componente común y es el que explora la capacidad de respuesta, el razonamiento y las alternativas de solución a problemas.

Por ejemplo, si se plantea un problema acerca de cuántas son las posibilidades de combinación que tiene un juego de cuatro letras A, G, T y C; si lo que se construyen son palabras de tres letras, pudiendo ser las mismas o diferentes en cada palabra. Si el estudiante está relacionado en el área químico-biológica, sabrá que este planteamiento tiene que ver con el DNA; independientemente de ello, el aprendiz tendrá que recordar sus conocimientos de exponenciales en matemáticas, o bien, deberá hacer una lista de todas las posibilidades existentes de combinación. Ahora bien, si se plantea un crucigrama de 25 X 25 casillas y esparcidos 50 cuadros negros; quien lo trabaje deberá tener una buena capacidad de conceptos verbales, capacidad de expresar sus ideas con diferentes palabras, sumados a una buena ortografía.

Con problemas semejantes a estos se pretende que el aprendiz "vea" relaciones como las que se presentan aquí y que aprecie las implicaciones de estas relaciones, en las soluciones de problemas de los que tiene que enfrentar en la vida cotidiana, y si el razonamiento que empleó para la solución de estos problemas es aplicable a la solución de problemas de la vida diaria.

Se plantea la pregunta acerca de si tiene sentido inferior que las técnicas que se emplearon para resolver estos y otros problemas análogos, son las que van a ayudar a que en un momento dado un abogado

pueda recurrir al adecuado testigo de cargo para liberar a un inocente; o para que un individuo encuentre el mejor empleo en función de sus habilidades; o para ilustrar cómo armar un aparato nuevo, el cual llegó del proveedor sin instructivo; o para que el médico en el servicio social en la montaña tenga las mejores alternativas de curación a sus pacientes.

Las discusiones acerca de la inteligencia van a lo largo y a lo ancho del concepto; así, unos investigadores defienden que ésta es una capacidad cognitiva general, mientras que otros apoyan la opinión de que la inteligencia es un estudio de capacidades especiales que, ante estímulos determinados, pueden expresarse. Neisser, en 1979 (5) enumera algunas características que corresponden al prototipo de la persona inteligente: con fluidez verbal, capacidad lógica, sentido común, amplios conocimientos generales, creatividad, ausencia de prejuicios, ingenio, sensibilidad a las propias limitaciones, independencia intelectual, apertura a la experiencia, etc. Con todos estos componentes, los que intentan medir la capacidad intelectual de los individuos, están de acuerdo en que la inteligencia es multifacética y que no hay ninguna tecnología para una valoración multidimensional de ella.

En consecuencia hay una colección de "tests" que se enfocan a la medición de un área determinada del comportamiento de un individuo para evaluar si actúa de una manera inteligente, o no.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con toda esta información que antecede se plantea un proyecto de Investigación Educativa. Se desea saber si el aprendizaje de la materia de Bioquímica-Inmunología se puede mejorar con actividades que conduzcan al desarrollo de un área de la inteligencia en los estudiantes de la carrera de Medicina, en la UNAM.

Regresando a lo que Sternberg (2) escribe acerca del enfoque de la inteligencia como "el conjunto de habilidades para pensar y aprender que se emplea en la solución de problemas"; se torna significativo recurrir a las estrategias de aprendizaje que corresponden para la realización del objetivo general del proyecto. Y ya

que la capacidad para la solución de problemas es uno de los componentes de la inteligencia, el abordaje de esta investigación estará enfocado precisamente a que el estudiante adquiera conocimientos, desarrolle habilidades intelectuales que le ayuden a pensar, razonar y aprender mediante el estímulo del desarrollo del intelecto ante el planteamiento de una colección de problemas, en donde ellos tendrán que recurrir de todo lo que ha contribuido en su formación presente y pasada, de la bibliografía recomendada, de su motivación tanto acerca del aprendizaje como hacia la acreditación de la materia en curso, y de muchos estímulos más para tener las respuestas más adecuadas.

Para que el estudiante logre estas habilidades, el profesor está obligado a reformar las metas educativas de modo que se posibilite dar la guía adecuada al estudiante; se amplía el **qué** aprender a el **cómo** aprender (6). El profesor tiene el compromiso de ayudar al estudiante para que mediante las diferentes estrategias de aprendizaje, pueda éste optimizar su rendimiento. Así, los procesos y actividades de aprendizaje pueden ser algorítmicos o heurísticos; con los primeros se sigue un modelo dado y con los heurísticos se van haciendo los ajustes pertinentes para lograr el propósito. Se va desarrollando la capacidad de crear.

Retomando el concepto de habilidades para pensar y aprender (2), Nickerson y colaboradores señalan los siguientes pasos (7):

- 1.- Identificación del problema (quizá el requisito más importante).
- 2.- Selección de los procesos (los más adecuados para el problema en cuestión).
- 3.- Selección representativa (la manera como, ya sea mental o gráficamente, se representa lo relacionado con el problema).
- 4.- Selección estratégica (la secuencia de los componentes del proceso para abocar el problema).
- 5.-
- 6.-
- 7.- Retroalimentación (para seguir o corregir el derrotero).
- 8.- Realización del plan de acción.

Polya, en 1957 (8), en su tratado de solución de problemas, hace énfasis en la heurística para connotar el razonamiento inductivo y análogo que conduce a conclusiones verosímiles y la manera en cómo lo hace es conforme al marco, en el cual distingue cuatro fases: 1º Comprender el problema, se pretende que quede bien entendido lo que se solicita; 2º Idear un plan, ya sea utilizando el aprendizaje obtenido anteriormente por la resolución de otro problema o bien haciendo más general el problema. 3º Ejecución del plan, aquí entra la prueba más detallada, en donde se llevan a cabo las actividades del pensamiento deductivo, y si es necesario se descompone el problema en sub-problemas y se van resolviendo del fin hacia el principio, y 4º Mirar hacia atrás, es decir, verificación de resultados.

METODOLOGIA

a) Sujetos: Alumnos de un curso ordinario de la materia de Bioquímica-Inmunología.

b) Tamaño de la muestra: Todos los alumnos de cuatro grupos (25 alumnos en promedio por cada grupo).

c) Técnica de elección: Extraídos conforme a la tabla de números aleatorias.

d) Escenario: Las aulas ordinarias para los grupos seleccionados dentro de la Facultad de Medicina de la UNAM.

e) Profesores: Los que regularmente trabajan con los grupos seleccionados.

f) Técnica de enseñanza: Para los alumnos de dos de los grupos, los profesores utilizarán las técnicas de enseñanza que acostumbren, tan sólo que a los de un grupo, antes de iniciar el curso se les aplicarán dos tests, uno general de inteligencia y otro de solución de problemas. Estos mismos tests se les aplicarán a los alumnos de los dos grupos en cuestión, al finalizar el curso.

El tratamiento para los alumnos de los otros dos grupos, es que con ellos se aplicara durante todo el curso la técnica de solución de problemas, mismos que serán planteados por el profesor en relación con cada uno de los objetivos del programa. De manera semejante al bloque anterior, a los estudiantes de uno de

estos grupos les será aplicado el test general de inteligencia y el de solución de problemas antes del inicio del curso. Estos mismos tests se les aplicarán a los alumnos de los dos grupos en cuestión, por finalizar el curso.

Con respecto a la técnica de solución de problemas, para cada uno de los planteados, los estudiantes pueden abordar el siguiente procedimiento (9).

- 1.- Aceptación de la responsabilidad para tratar con los problemas.
- 2.- Coleccionar y examinar la información con respecto al problema.
- 3.- Definir lo que es el problema actual.
- 4.- Generar ideas para la resolución del problema.
- 5.- Escoger un plan de acción.
- 6.- Tomar la acción.
- 7.- Evaluar si la acción es efectiva para resolver el problema.

g) **Materiales:** Cada uno de los problemas planteados por el profesor, implicará la integración de un área del conocimiento.

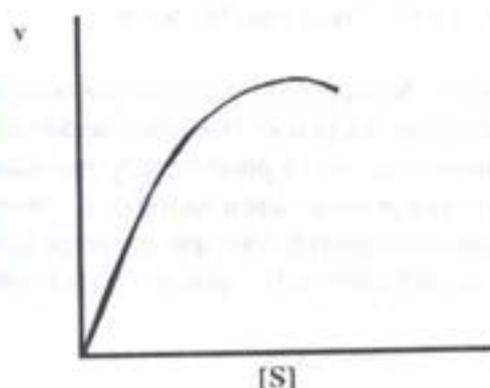
A continuación se dará un ejemplo de:

- I. Problema.
- II. La manera como puede integrarse a un esquema general del desarrollo de un área de la inteligencia.
- III. El procedimiento para abordarlo.

EJEMPLO.

I. Problema:

En el estudio de las enzimas, y en ocasión de la cinética enzimática, se obtiene la siguiente gráfica:



Se pide al estudiante diseñar un experimento concreto, en el que indique cómo los siguientes componentes: sustancias, concentraciones, temperaturas, volúmenes, inhibidores, cálculos, constancias, tiempos; intervienen para dar tal trazo gráfico.

II. Esquema del desarrollo de una área de la inteligencia e incorporación de este problema

LA INTELIGENCIA



III. Recuerde que para resolver un problema se tiene que seguir paso a paso cualquiera de las tres técnicas que se sugieren (7, 8 y 9), pudiendo también completarse entre sí. Desarrollando conforme a Nickerson y colaboradores (7), se tiene:

1.- **Identificación del problema.** Tendrá que identificar plenamente qué representa la gráfica, qué hay en los ejes de la X y la Y, para qué sirve, etc.

2.- **Selección de los procesos.** Eligirá el par enzima-sustrato, con los que diseñará su experimento, se informará de inhibidores específicos, los tiempos, concentraciones, etc. Revisará ampliamente la literatura.

3.- **Selección representativa.** Deberá tener un esquema, o elaborar un proyecto de protocolo de cómo propone realizar el trabajo, cálculos para la preparación de sustancias, etc.

4.- **Selección estratégica.** Verá si el orden de adición de los componentes afecta la reacción, cómo interviene el tiempo, etc.

5.- **Asignación procesadora.** Tener calculado cuánto tiempo va a intervenir en la parte experimental.

6.- **Control de soluciones.** Darse cuenta precisa de la información que se tiene, revisar que no haya huecos, saber solicitar la asesoría del profesor, etc.

7.- **Retroalimentación.** Discusión en equipo de todos los conceptos involucrados, aclarar puntos dudosos, checar cálculos, etc.

8.- **Realización del plan de acción.** Elaboración del protocolo para la obtención de una curva, de una cinética enzimática con el par enzimas-sustrato que se haya elegido.

Por otro lado, y de una manera independiente de la condición experimental, se realizarán las evaluaciones departamentales tanto parciales como finales, que serán aplicadas a toda la población; en las que se evalúen los contenidos de la materia para justificar o no la acreditación de la materia Bioquímica-Inmunología.

DISEÑO EXPERIMENTAL (10)

Con el objeto de ver si un curso de Bioquímica con solución de problemas (X) produce un resultado diferente que un curso de Bioquímica sin el planteamiento de solución de problemas, se lleva a cabo el diseño de cuatro grupos de Solomon (11). Para llevar a cabo este experimento se basa en el supuesto que el grado de desarrollo de la inteligencia va ligado a la capacidad de resolución de problemas (12). El diseño es el siguiente: se numera a todos los grupos que llevan un curso de Bioquímica en la Facultad de Medicina, del 1 al 33, y a través de una tabla de números aleatorios se eligen cuatro grupos, a los que se denominará con la letra R, según el siguiente esquema:

R	O ₁	X	O ₂
R	O ₃		O ₄
R		X	O ₅
R			O ₆

donde O₁ y O₃ son mediciones previas (pretest) al curso, O₂, O₄, O₅ y O₆ son mediciones al curso, y X es el curso con la solución de problemas. Cuando no se presenta X en el diseño se refiere a un curso de Bioquímica sin solución de problemas.

Se postulan las siguientes *Hipótesis Nulas*:

$$O_2 = O_1; O_2 = O_4; O_5 = O_6 \text{ y } O_5 = O_3$$

Y se postulan las siguientes *Hipótesis Alternas*:

$$O_2 > O_1; O_2 > O_4; O_5 > O_6 \text{ y } O_5 > O_3$$

Las Hipótesis Nulas están indicando que la capacidad de resolver problemas es la misma cuando se da un curso con resolución de problemas X que cuando se da dicho curso, pero sin la resolución de problemas. Las Hipótesis Alternas postulan que el agente causal X produjo un aumento en la capacidad para resolver problemas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Primeramente se hará un *Análisis de Varianza Completamente Aleatorizado* (13), y en caso de obtener alguna diferencia en las observaciones (O_i), donde i va de la O_1 a la O_6 , se hará una *prueba de Tukey* (14) con el objeto de ver diferencias significativas entre las observaciones (O_i).

En el *Análisis de Varianza Completamente Aleatorizado* se postula la *Hipótesis Nula* (H_0): de que todos los tratamientos son iguales, en contraste con la *Hipótesis Alterna* (H_a): de que al menos una observación (O_i) es diferente.

Modelo para el Análisis de Varianza

Completamente Aleatorizado: $Y_{ij} = M + O_i + E_{ij}$

Y_{ij} = Valor numérico de la medición de la capacidad de resolver problemas del j -ésimo examen de la i -ésima observación.

M = Media total.

O_i = Medida del efecto de la i -ésima observación

$i = O_1, O_2, O_3, O_4, O_5, O_6 = 6$ observaciones.

E_{ij} = Error aleatorio de cada examen j -ésimo para la i -ésima observación.

j va a estar representado por N veces, donde N es el número total de exámenes; por ejemplo, si para la observación O_1 hay 30 exámenes, y así también para la O_2, O_3, O_4, O_5 y O_6 , la $N = 180$ exámenes.

Regla de decisión para el Análisis de Varianza, con un error alfa de 0.05 y con 5 grados de libertad (6 observaciones - 1) en el numerador y con $N - 6$ grados de libertad (gl) en el denominador = 174.

Si F calculada es mayor que F de tablas (0.05, 5, 174 gl), se rechaza la H_0 ; y por lo menos una observación O_i fue diferente de las otras y para ver cuáles observaciones fueron diferentes entre sí se llevará a cabo la *prueba de Tukey*, conocida como la prueba honesta para las diferencias significativas, con un error alfa de 0.05

$$T = q(\alpha, f)SE$$

T = Prueba de Tukey

q = Valor crítico del rango estudentizado, se busca en tablas con un alfa de 0.05 y con los mismos grados de libertad que la prueba F .

a = Grados de libertad del numerador

f = Grados de libertad del denominador

SE = Error estandar que se obtiene del Análisis de Varianza, y que es igual a la raíz cuadrada del Cuadrado medio del error

Regla de Decisión

Si la diferencia entre los promedios es mayor que el valor obtenido de la *prueba de Tukey de Tablas*, se rechaza la H_0 ; y por lo mismo, si hay diferencia significativa en el promedio de una observación con respecto a otra observación de las O_i .

Para que el análisis estadístico pueda incluir el efecto de los pretests y la interacción de los pretests-curso de solución de problemas X , se usa la prueba de la J_i cuadrada (X^2), en donde se analizan los puntajes de las pruebas mediante un análisis de la prueba X^2 de 2 X 2, según el siguiente esquema.

	Sin X	Con X	
Con pretest	O_4	O_2	$O_4 + O_2$
Sin pretest	O_6	O_5	$O_6 + O_5$
	$O_4 + O_6$	$O_2 + O_5$	n

$$n = O_4 + O_2 + O_6 + O_5$$

$$x^2 = \frac{n(O_4O_5 + O_2O_6)^2}{(O_4 + O_6)(O_2 + O_5)(O_4 + O_2)(O_6 + O_5)}$$

Regla de decisión con un alfa de 0.05 y con un grado de libertad

si X^2 calculada $> X^2$ de tablas, se rechazan las Hipótesis Nulas

Por lo mismo si se rechazan las Hipótesis Nulas se puede afirmar con un error de 5% que el curso de Bioquímica con solución de problemas X aumentó la capacidad de resolver problemas.

Las Hipótesis Nulas que se postularon tan sólo tomaron en cuenta el efecto del curso de solución de problemas, pero esta prueba de cuatro grupos de Solomon y el estadístico de pruebas de la X^2 pueden analizar las hipótesis de los efectos de los pretests, así como la interacción del pretest y el curso de la solución de los problemas.

De esta manera, el estudio estadístico se lleva a cabo con una prueba paramétrica, como lo es el Análisis de Varianza y una prueba no paramétrica, como lo es la X^2 .

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Baum, W.S.; Alvarez, L.I.G. y Saldaña de D.Y. *Pautas para la elaboración de un protocolo de investigación educativa*. Boletín de Educación Bioquímica 1986. V(3), 78-86.
- 2.- Sternberg, R.J. *Intelligence as a thinking and learning skills*. Education Leadership. 1981. 39, 18-20.
- 3.- Thorndike, E.L. *Measurement of intelligence*, New York: Teacher's College. Universidad de Columbia, 1926.
- 4.- Binet, A. y Simón, T. *Méthodes nouvelles por le diagnostic du niveau Intellectuel del anomaly*. L'année Psychologique 1905. 11, 191-244.
- 5.- Niesser, U. *The concept of intelligence*. En Sternberg, R.J. y Detterman, D.K. (comp.) *Human Intelligence*. Norwood NJ. Ablex, 1979.
- 6.- Castañeda, S.; López, M.; Cabrera, M. y Orozco, C. *Evaluación Metacurricular ¿Desarrollo o deterioro de las habilidades de aprendizaje a partir de las prácticas docentes?*. Castañeda, F.S. y López, O.M. (Eds.), *La Psicología Cognoscitiva del Aprendizaje*. México. UNAM. 1989. pp. 147-156.
- 7.- Nickerson, R.S.; Perkins, D.N. y Smith, E.E. *The Teaching of the thinking*. NJ. Lawrence Erlbaum Associated Publishers. 1985. (Trad.Cast) Enseñar a pen-

sar. Aspectos de la Aptitud Intelectual. Barcelona. Paidós. 1987. p. 39.

8.- Polya, G. *How to solve it*. (2a. Ed.) Princeton NJ. Princeton University Press, N.Y. Doubleday 1957.

9.- Weinstein, C.E. *Assesment and training of student learning strategies*. Schmeck, R.R. (Ed) Plenum NY. (Trad. Cast.) *Medición y Entrenamiento de Aprendizaje de Alumnos*. Castañeda, S. y López, M. (Eds.). *La Psicología Cognoscitiva del Aprendizaje*. México, UNAM. 1989. pp. 249-276.

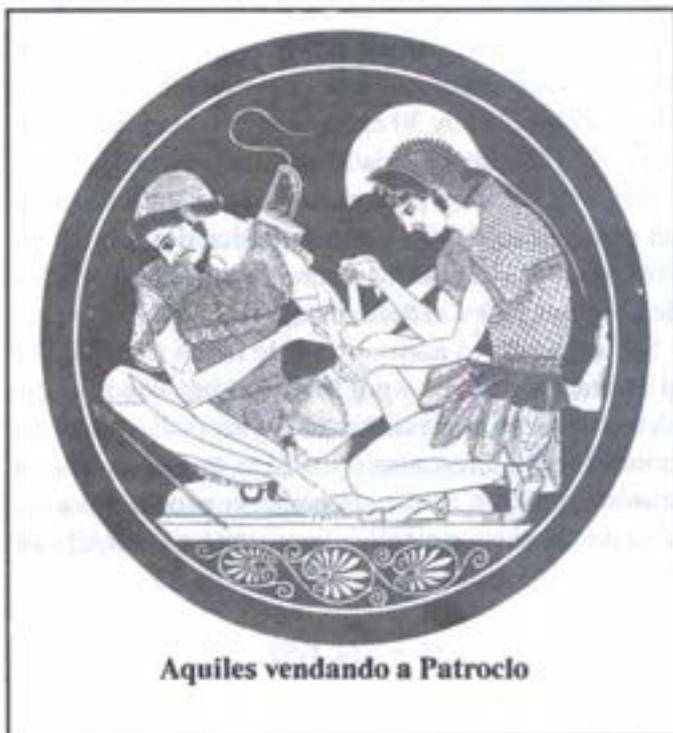
10.- Campbell, D.T. y Stanley, J.C. *Diseños Experimentales y Cuasi-Experimentales en la Investigación Social*. Amorroatu (Eds). 1982. Bs. As. pp. 53-54.

11.- Solomon, R.L. *An extension of Control Group Design*, Psychol Bull. 149. 46, 137-150.

12.- Rubinstein, M.F.A. *A decade of experience in teaching an interdisciplinary problem-solving course*. En: Tuma, D.F. y Reif, F. (comp.) *Problem Solving an Education: Issues in Teaching and Research*. Hillasda-je NJ. Lawrence Erlbaum Associated 1980. 25-38.

13.- Montgomery, D.C. *Design and analysis of experiments* (2nd Ed) John Wilhey and Sons. 1984. pp. 44-51.

14.- Tukey, J.W. *A comparing individual means in the analysis of variance*, Biometrics 1964. 20, 482-491.



Aquiles vendando a Patroclo

La Formación del Médico en el Área de la Educación para la Salud

Dr. Mario García Viveros *

La extensa y variada problemática en salud existente en nuestro país, ha obligado a replantear a sus Instituciones formadoras de los recursos humanos, bajo cuya responsabilidad recae el resolverlos desde el punto de vista preventivo, asistencial y de rehabilitación, el verdadero papel que el Médico y en general el equipo de salud, debe asumir para lograr mejorar los niveles de calidad de vida de toda su población, reducir la incidencia de enfermedades y la demanda asistencial, mejorar la calidad de la atención médica y permitir que, previa capacitación, la propia comunidad sepa proteger su salud.

La idea tradicional de que el médico tiene sólo el deber de atender a la persona enferma, adiestrándose en las habilidades de diagnóstico y tratamiento, enriquecido ocasionalmente por cualidades llamadas humanistas que le integran al núcleo familiar como consejero para prevenir complicaciones o contagios, no puede perpetuarse. Ya Hipócrates hacía referencia en sus escritos que... "quien quisiera estudiar debidamente la medicina, habría de proceder de ésta forma: ...en primer lugar tendrá en cuenta las estaciones del año, las aguas, los suelos y el modo de vivir de los habitantes, cuáles son sus aspiraciones, si tienen tendencia a beber o comer en exceso y si son dados a la indolencia; o si aman el ejercicio y el trabajo...".

Precursor de la Salud Pública, marca las pautas para que la actitud del médico de importancia al conocimiento de los factores ambientales, económicos, sociales, emocionales, políticos, culturales y educativos que condicionan, favorecen o repercuten directa o indirectamente sobre la salud de los individuos, la familia y la comunidad. El estudio de la epidemiología y de las ciencias contribuyó en forma muy importante para que las autoridades responsables de la salud de

un pueblo, adopté las medidas adecuadas para preveer, prevenir y resolver las condiciones que ponen en peligro la salud.

Cada uno en su campo, el de la Salud Pública por un lado y la Asistencia Médica por el otro, han ido sumando esfuerzos para afrontar los múltiples factores que condicionan el binomio salud-enfermedad y la calidad de vida de la población. Sin embargo, en la gran mayoría de las ocasiones ha sido dejado de lado el personaje más importante de este problema, los miembros de la propia comunidad.

Asumiendo que la salud es definida como "Un estado completo de bienestar físico, mental y social" y no solo la ausencia de cualquier tipo de enfermedad o dolencia y que debe ser entendida como una manera de vivir cada vez más autónoma, más solidaria y gozosa, es recurso indispensable para poder desarrollar nuestras capacidades personales y responder a los retos del medio ambiente, sociales, culturales y económicos y entenderla también como un modo de vida, una forma de comportamiento positivo, consciente y racional para conseguir una mejor calidad de vida. La salud es pues, una cualidad dinámica presente en la vida del hombre por el hecho de que es indispensable para crecer y progresar.

Factores de índole psicológico, sociológico, económico, educativo, y otros, que podría pensarse escapan a la responsabilidad del mero acto de curar, nos obligan a recapacitar sobre ¿qué puede hacer un médico para participar en este enfoque multifacético e influir en la promoción, motivación, información y capacitación de una comunidad? La respuesta es EDUCAR, promoviendo, impulsando y fortaleciendo una cultura educativa para una mejor salud.

Green define a la Educación para la Salud como "cualquier combinación de experiencias de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de un comportamiento favorable para la salud individual,

* Jefe del Departamento y Unidad Universitaria de Educación para la Salud, UNAM.

familiar, colectiva o ambiental" y al hablar de experiencia de aprendizaje está refiriéndose a las múltiples estrategias del proceso de enseñanza-aprendizaje que se requieren para motivar, convencer, informar, capacitar, adiestrar y formar a una persona o grupo de personas para ser capaces de llevar a cabo cambios en aquellos hábitos y costumbres cotidianas que pudieran influir negativamente en su salud, en la evolución del padecimiento que les afecta, o bien, en el riesgo de convertirse en un agente de transmisión voluntario o involuntario de un padecimiento.

La Educación para la Salud engloba en sí misma los conceptos de prevención, atención, autoayuda y rehabilitación, dirigida a personas, grupos de personas afectadas, en riesgo de serlo o bien a la población en general.

Las causas de enfermedad y muerte, en muchos casos prematura, en países como el nuestro, demanda urgente que todo el personal del equipo de salud se motive e interese para participar en el proceso de Educación para la Salud a la población en sus diferentes ámbitos.

Poseedor del conocimiento del saber curar, el médico está capacitado para identificar los agentes causales de las enfermedades, sus factores predisponentes y las actitudes, hábitos y costumbres que favorecen o directamente desencadenan un gran número de estas enfermedades. Este saber debe llegar a la población sana y enferma, en un lenguaje accesible, por medios atractivos y técnicas pedagógicas efectivas para establecer el primer paso del puente "entre el enseñar y el aprender".

Por ejemplo: No podemos seguir atendiendo sólo desde la perspectiva asistencial a las enfermedades crónicas degenerativas, en las que la herencia y el estilo de vida se conjugan para perpetuarlas en forma familiar y colectiva. No basta con saber diagnosticar y controlarlas, es indispensable establecer los mecanismos inter y multidisciplinarios que integren los programas educativos a nivel de grupos de pacientes afectados y de sus familiares. Médicos, enfermeras, psicólogos, nutriólogos, etc. necesitan recibir adiestramiento en el arte de enseñar, la pedagogía, y de comunicar en forma adecuada estos conocimientos.

En la prevención y atención de enfermedades infecciosas, el proceso educativo a nivel de la comunidad y de los propios pacientes ha demostrado a lo largo del tiempo, tener un valor incalculable para lograr su control y en ocasiones su erradicación total.

Desde hace muchos años, las actividades educativas jugaron un papel importante en el control de la fiebre amarilla, oncocercosis, paludismo, dengue, fiebre reumática, enfermedades prevenibles de vacunación y muchas más. La investigación científica, la práctica médica y la salud pública, poco podría haber logrado sin la participación consciente y motivada de la población como resultado de quienes en su momento llevaron a cabo la labor educativa.

En la actualidad, otras enfermedades ocupan los primeros lugares entre las causas de morbi-mortalidad. Accidentes, adicciones, violencia.

Consecuencia directa de factores sociales, culturales y económicos, la conducta humana sufre deterioros que requieren un manejo no sólo curativo asistencial sino fundamentalmente preventivo. Condicionadas por cambios en la escala de valores de diferentes grupos sociales, la autoestima y el respeto a la vida propia y la de los demás ha ido perdiéndose. La labor de especialistas, psicólogos, pedagogos, comunicólogos y personal de otras disciplinas interesadas en el tema como pueden ser el trabajo social, sociólogos y antropólogos, tienen también la responsabilidad de colaborar en la elaboración del diseño y aplicación de protocolos de investigación orientados a implementar estrategias educativas a la niñez y juventud de nuestro país, contribuyendo en la reducción de la incidencia de estos procedimientos.

En el campo directamente asistencial, independiente de que se trate del primero, segundo o tercer nivel de atención, la actividad de educación para la salud debe ser orientada a mejorar la calidad de la atención médica, a proporcionar a los pacientes y familiares la información y capacitación necesaria para conocer en forma completa su padecimiento, las causas que lo originaron, actitudes y hábitos que influyen en favor o en contra del curso natural del mismo, sobre la prevención de complicaciones, mecanismos de acción de medicamentos que pueden interferir con

el tratamiento establecido, sobre el manejo de equipos auxiliares en el control de la enfermedad como puede ser catéteres, diálisis, ejercicios de rehabilitación, etc., y de esta manera contribuir a disminuir la dependencia de los pacientes a los sistemas asistenciales, reducir la demanda de consultas y facilitar el control de los propios pacientes.

Reducir el número de consultas generales, de especialistas y de los servicios de urgencias, es uno de los indicadores de mayor valor en la evaluación de la eficiencia y eficacia de un servicio de salud. Independientemente de la calidad de la asistencia, producto de la mejor o peor preparación del equipo de salud y de sus recursos técnicos o económicos, la educación a pacientes representa un medio que ha demostrado ser eficaz para reducir en los pacientes la ansiedad e inseguridad producto de la ignorancia, en el manejo de su enfermedad. Mejorar la evolución y acortar el tiempo de recuperación en base a las modificaciones que en su estilo de vida realice, en su alimentación, ejercicio, supresión de hábitos nocivos e inclusive el saber resolver a tiempo y en forma correcta imprevistos que condicionan riesgos para la vida o el inicio de complicaciones de difícil y costosa resolución, así como apego al tratamiento, dependen en muchas ocasiones de la educación que el paciente recibe.

Esta participación educativa que estamos demandando del profesional médico no puede realizarse en forma improvisada o guiada solo por una buena fe de ayudar; requiere un entrenamiento, una preparación previa en la que el estudiante de medicina y el médico adquieran los conocimientos necesarios sobre el difícil arte de enseñar con una metodología basada en la experiencia emanada de la investigación educativa. Cada grupo de población a educar presentará características propias que los hacen en ocasiones completamente diferentes unos de otros; el que se pretende obtener como respuesta educativa puede ser también múltiple, el lenguaje a emplear, los medios de los que se dispone, el material de apoyo didáctico, si el objetivo es preventivo, asistencial, de rehabilitación, etc.

Para poder identificar los elementos humanos que dentro de la propia sociedad pueden ser adiestrados para desempeñar la tarea educativa, el médico es in-

dispensable para que con sus conocimientos, establezca los lineamientos prioritarios en cuanto a los padecimientos a atender, los contenidos informativos a difundir, o bien, estructurar programas detalladamente elaborados en los que la técnica didáctica y de comunicación sean indispensable para obtener resultados no sólo a corto plazo sino desencadenar con ellos procesos individuales, familiares y de grupo que modifiquen el hacer y comportar del hombre.

No podemos conformarnos solamente con que el estudiante de medicina escuche que existe una disciplina llamada Educación para la Salud, ni que la considere sólo como un auxiliar de preparación de materiales de apoyo didáctico para clases o conferencias, charlas informales, diseñar carteles o emitir mensajes aislados por los medios de difusión masiva.

La ignorancia es tal vez el enemigo más poderoso que la salud del hombre tiene. Causante de innumerales padecimientos, es el resultado de no proporcionarle educación a la población, condenándola a ser permanentemente dependiente de sistemas que no siempre operan de la manera más adecuada. Responsabilizar a la población de su propia salud debe ir acompañada necesariamente de un proceso formativo en una cultura de salud y no sólo un proceso informativo. Médicos, Pedagogos, Psicólogos, Comunicólogos, Enfermeras, Nutriólogos, Trabajadoras Sociales, Antropólogos, Sociólogos y otros más, han demostrado en numerosas ocasiones, pero en forma aislada y esporádica, su interés por educar a la población para que recaiga sobre ella el primer paso de la cadena de esta cultura de la Salud, la autoestima y el auto cuidado, fincados ambos en conocimientos emanados de la ciencia con una aplicación humanista de respeto a la vida en todos sus aspectos.

Debemos tener muy presente que el déficit educativo en una sociedad produce de inmediato un efecto de segregación, social y cultural que promueve, por el efecto contrario una discriminación. Esta "segregación", es quiérase o no multidimensional de modo que afecta a todas las instancias: alimentación, higiene (mental y física), afectiva, moral, estética, social, motriz, y más tarde, laboral, de intereses, aspiraciones, calidad de vida y de salud, es decir, que los efectos de

privación en materia de educación es integral a mediano y largo plazo.

Para terminar, recalcaremos la idea de que Educación para la Salud es una disciplina auxiliar de la medicina asistencial y de la salud pública que requiere de la participación de otras profesiones y técnicas. Que tiene como propósitos fundamentales mejorar la calidad de vida de la población de un país, favorecer el concepto de estilo de vida saludable, reducir los índices de morbi-mortalidad, contribuir en el campo asistencial al mejor manejo de los pacientes a través de su motivación y capacitación para su participación activa en la búsqueda de una recuperación pronta y resolutive y mejorar la calidad de la atención médica fortaleciendo el binomio "personal de los servicios de salud-población usuaria de los mismos".

En la medida que el estudiante de Medicina comprenda que al destinar una parte de su tiempo a educar, mejorará la calidad de vida de la población a la que atiende, tendrá una respuesta más inteligente de todos ante situaciones que ameriten su intervención.

La Educación para la Salud debe ser entendida como una actividad multi e interdisciplinaria en la que la investigación forma parte de ella en los campos clínicos, básicos, epidemiológicos, educativos y de comunicación. El protocolo de investigación es el instrumento que permitirá aprender a diferencial lo correcto de lo incorrecto; la verdad de la falsedad; lo adecuado de lo inadecuado; lo verdaderamente formativo de lo ocasionalmente informativo; lo participativo de lo demagógico; el cambio de valores y actitudes de lo circunstancial u oportunista.

Debemos preparar a nuestros estudiantes de Medicina en este terreno, antes de que se incorporen a su servicio social, lo que les permitirá ser precursor de una nueva actitud de nuestra población ante la vida y la salud.

BIBLIOGRAFIA

1.- Marantz, Ronne, D. ED. D. *Educación, Valores Humanos y Salud. El desarrollo del potencial humano*. Memorias del Congreso Bienal de la Federación Mundial de Salud Mental. México, D.F. 1991.

- 2.- Davini, M.C.; Sigaud, M.A.; Pineda E.; Roschke, M.A. *Investigación Educacional en los Servicios de Salud, Educ. Med. Salud*. Vol. 24, N° 1 (1990)
- 3.- Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Investigación de Personal de Salud* Washington. D.C. 1985, pp. 60-61. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. N° 66.
- 4.- Apple, M.W. *Ideología y curriculum* (Sharp y Green) Madrid. Akal Universitaria. 1986.
- 5.- Alvarez Manilla, J.M. *Informe Final de la Reunión de Consulta sobre Educación Permanente en Salud*. In: Organización Panamericana de la Salud. Educación Permanente de personal de salud: Fascículo VIII. Washington D.C. 1989, pp.47-55. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. N° 84. 1/2
- 6.- Bagley, M.T. (1987) *Using imager in creative problem solving*. Monroe, NY. Trillium Press.
- 7.- Bloom, B.S. (1956). *Taxonomy of educational objectives, Handbook I; cognitive domain*. New York: David McKay.
- 8.- Dearden, R.F. Hirst & Peters, R.S. (1975). *Education and reason*. Boston Routledge and Kegan Paul.
- 9.- Dewey, J. (1975). *Moral principles in education*. Carbondale and edwardsville: Southern Illinois University Press.
- 10.- Greene, M. (1978). *Landscapes of learning*. New York: Teachers College Press.
- 11.- Greene, M. (1991, March 4). In P.M. Timpone (Chair), *Pluralism, relativism and ethics in american education: What values should be taught in schools?* Symposium conducted at Teachers College, Columbia University.
- 12.- Harshorne, H. & May, M. (1928-30). *Studies in the nature of character*. Columbia University Teachers College. Vol. 1: Studies in deceit, Vol. 2 Studies in service and self-control. Vol. 3: Studies in organization of character. New York: Macmillan.
- 13.- Lieberman, A. (Ed.) (1986) *Rethinking school improvement Research, craft and concept*. New York: Teachers College Press.
- 14.- Marantz, R.D. (1991). *An analysis of the Implementation of Curriculum Innovation for Character Development: Sathya Sai Education in Human Values*. Unpublished doctoral dissertation. Columbia University, New York.
- 15.- Maslow, A.H. (1970) *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

Formación Ambiental: Conceptos Básicos y su Relación con el Campo de la Salud.

*Eisenberg Wieder Rose

RESUMEN

En los procesos de formación ambiental, la falta de reconocimiento del carácter multirreferencial de problemas complejos como son los ambientales, así como la deficiente vinculación de estos problemas con el campo de la salud; han dado lugar a enfoques radicales técnicos, biológicos o sociales, que tienden a ignorar la variedad de factores que intervienen en su génesis; dificultándose con ello el desarrollo de soluciones efectivas a los mismos.

Con el fin de facilitar la comprensión de esta complejidad, presentaremos inicialmente una definición del término "formación ambiental" marcando sus cauces o niveles.

A continuación se propone un esquema conceptual sobre la dimensión ambiental (ver cuadro 1) y su relación con la salud. En él se destacan los elementos conceptuales eje que conforman la red de factores interactuantes, necesarios a tomar en cuenta, cuando se analiza el origen de los problemas ambientales, así como al plantear alternativas que los resuelvan.

Siguiendo el mencionado esquema, se explica cómo cada uno de estos elementos conceptuales eje no tienen (como a veces se pretende) una sola forma de comprenderse, sino que poseen diferente significado, de acuerdo al momento histórico y al espacio geográfico e institucional en que se utilizan.

Finalmente, a manera de instrumento para la planificación curricular, se propone otro esquema conceptual (ver cuadro 2), en donde se definen cuatro grupos de elementos conceptuales eje, que puede utilizarse como marco de referencia, para la construcción o reestructuración de los planes de estudio que requieren integrar a los problemas ambientales (sociales y ecológicos) dentro de sus metas de formación profesional.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a J. Habermas¹, detrás de la búsqueda de todo conocimiento científico, existen tres tipos de interés que lo guían:

-aquel de índole instrumental, que desea entender la realidad para manipularla técnicamente a través del trabajo;

-el de índole práctica que desea comprender las interpretaciones intersubjetivas de la realidad, para orientar la acción de los individuos, a través de la comunicación y el lenguaje;

-y finalmente, el de tipo emancipatorio, orientación particular del interés práctico, que se afana por anticipar o proveer las condiciones que posibiliten una comunicación e interacción, cuyo fin sea la de liberar al sujeto de poderes hipostasiados o estáticos. Utiliza al psicoanálisis como medio que puede permitirle al individuo, resurgir de una dominación paralizante.

Este trabajo se inscribe en el segundo interés, es decir en el campo del lenguaje y comunicación inter científica sobre la formación ambiental.

-Pretende, mediante la definición de términos y esquemas conceptuales, aportar en el campo del lenguaje interdisciplinario e interc Científico de la formación ambiental. Se busca coadyuvar a una mejor comprensión entre los individuos, en la búsqueda de acciones orientadoras y consensuadas que la mejoren.

-También dentro del marco de la formación ambiental ubicaremos el área de la salud, abordando someramente el debate actual que existe en torno a su conceptualización misma y su relación con el ambiente.

1.- DEFINICIONES:

En este inciso haremos una revisión de definiciones y esquemas conceptuales que hemos venido desarrollando, por lo que la metodología y apoyos bibliográficos utilizados se encuentran explicitados en trabajos anteriores.

1.1 Formación Ambiental:

Para los fines del presente trabajo entenderemos por formación ambiental², el proceso formal de capacitación académica y de formación psicosocial de profesionales de las ciencias sociales, naturales o

*Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEPI) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Miembro del Sistema Estatal de Apoyo a la Investigación Educativa del Estado de México.

interdisciplinarias, en sus áreas básicas o aplicadas, para la detección y manejo profesional de los problemas del ambiente. Esta concepción involucra tres vertientes o niveles:

a) Los procesos de toma de conciencia global de todo egresado universitario sobre los problemas del ambiente.

b) La detección de la relación que guardan los mismos con el campo de su práctica profesional.

c) La adquisición de habilidades para el manejo de los métodos, técnicas o herramientas propias de su profesión, necesario para poder intervenir preventiva y/o correctivamente sobre los problemas ambientales.

1.2 Relaciones entre Educación Ambiental y Formación Ambiental

Antes de seguir adelante, definiremos lo que consideramos semejanzas y diferencias entre estos dos campos.

Ambos presentan un alto grado de transdisciplinariedad e interciencia. Por un lado, la educación y la formación, vistas bajo la perspectiva de las Ciencias de la Educación, atraviesan transversalmente a toda disciplina y ciencia. Por el otro, en cuanto ambiente es comprendido bajo una perspectiva que incluye, pero a la vez rebasa una postura ecológica purista, proponiendo como centro de análisis de los problemas ambientales, las formas de organización de las sociedades humanas. Concordamos con Vicente Sánchez cuando definió al ambiente como "el conjunto de condiciones externas (físicas, biológicas y sociales)³ que influyen sobre el hombre y que emanan fundamentalmente de las relaciones sociales".⁴

Por lo que respecta a sus diferencias principales, estas estriban en que la educación ambiental, en la práctica, busca

prioritariamente estrategias para sensibilizar a distintas poblaciones sobre los problemas del medio ambiente, proponiendo alternativas de acción comunitarias.

En cambio, la formación ambiental, además de sensibilizar tendría una función doble⁵:

-Promover la adquisición de conocimientos y capacidades específicas de la profesión para abordar problemas ambientales, y

-propiciar una formación psicosociológica explícita, que permita al profesionista asumir un rol social particularmente definido en los procesos de inserción institucional, en las tareas de concertación, de gestión o de orientación en el campo ambiental. Formación paralela que, a la fecha, aún no tiene el suficiente eco institucional. El sentido de tal formación es desarrollar en el individuo, la capacidad de reconocer y asumir las contradicciones y sus propias ambivalencias, que surjan en el transcurso de su formación y práctica profesional docente, de investigación y servicio, cuando enfrente problemáticas ambientales.

Ambas formaciones, la académica y la psicosocial, son prioritarias, pero generalmente se tiende a privilegiar una sobre la otra.



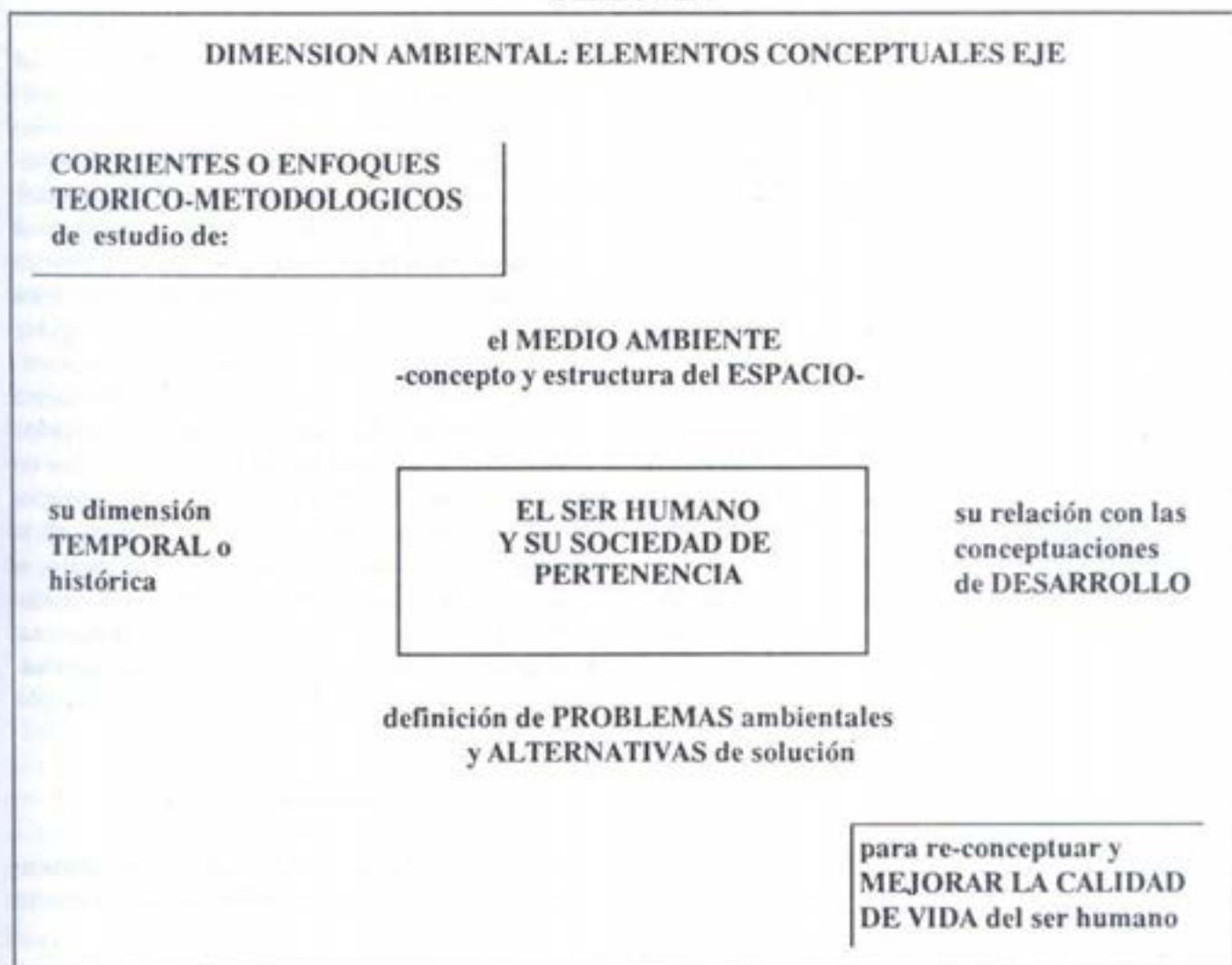
2.- DIMENSION AMBIENTAL: CONCEPTO Y ESTRUCTURA CONCEPTUAL

A manera de panorama global de los problemas ambientales, proponemos el manejo y comprensión de lo que significa la dimensión ambiental⁶, definida como la perspectiva que resulta de una percepción integrada de los problemas básicos del ambiente (social y ecológico) que permite una reorientación y articulación de las diversas disciplinas y experiencias educati-

vas entre sí, para presentar alternativas de solución armónicas con el ambiente.

Uno de los retos principales que afrontó el CIE-DAM⁷ fue el generar una estructura conceptual⁸ sencilla y clara, donde quedasen identificados y articulados los elementos conceptuales eje de la dimensión ambiental, transversales a todo proceso de formación ambiental. Se deseaba ofrecer un marco general de referencia, sencillo y a la vez basto, que guiara los procesos de selección y vinculación de los contenidos básicos ambientales a manejar por todo profesionista (de las ciencias sociales, naturales, exactas o tecnológicas) para enfrentar situaciones ambien-

Cuadro No. 1



tales problema, a nivel regional, nacional e internacional.

A partir de los debates y acuerdos en el interior del grupo se logró estructurar el siguiente esquema conceptual de la dimensión ambiental que explicamos a continuación:

Los elementos conceptuales eje aquí bosquejados, se proponen a manera de hilos conductores problema a analizar, vincular, entrecruzar y enfrentar, los intrincados y complejos procesos psicológicos y sociales, que tienen como fondo, los problemas ambientales de génesis humano.

A continuación explicaremos someramente lo que implica cada uno de los elementos que conforman el esquema.

2.1 Calidad de Vida

En el esquema el mejoramiento de la calidad de vida humana, figura como la mira final de los procesos de formación ambiental. Tiene agregado el vocablo "reconceptualizar", puesto que, en la actualidad, el término mismo de "calidad de vida" ha sido centro de encontrados debates dado su carácter intersubjetivo⁹.

Este carácter intersubjetivo, en el Glosario de términos ambientales UNESCO-OREALC, es reconocido por Zumer-Linder (1979)¹⁰, cuando define a la calidad de vida como el "concepto que integra el bienestar físico, mental, ambiental y social como es percibido¹¹ por cada individuo y cada grupo", definición que curiosamente tiene semejanzas con el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud¹². Situación que comentaremos más adelante.

En el mismo Glosario, Rioduero (1975)¹³, se adhiere a Zumer Linder. Considera a la "calidad de vida" como el concepto central en toda problemática del medio ambiente y que "representa algo más que un nivel de vida privado más alto..., por lo que respecta al individuo, la calidad de vida puede significar sentido¹⁴ del deber, espíritu de trabajo y de servicio, sociabilidad y optimismo".

El reconocer el carácter intersubjetivo y axiológico de lo que significa "buena calidad de vida", es entrar en las ciencias sociales y del comportamiento. El acep-

tar dicho carácter, en el sentido de Habermas, permite interrogarse sobre la naturaleza misma del carácter intersubjetivo de las ciencias ambientales.

El investigar en torno a este carácter "perturbador" el sentido de Devereux¹⁵ de la intersubjetividad, por lo que respecta a la significación de "una buena calidad de vida", permitiría abordar dicha dificultad de una manera constructiva, más "objetiva y científica" al descubrir que introspecciones (insights) positivas, no susceptibles de ser obtenidas por otros medios genera la presencia de un observador (el que evalúa la calidad de vida) y cómo perturba el fenómeno observado a otros individuos (el que se somete a su juicio). A continuación abundamos más en ello.

2.2 Ambiente:

Entrando al estudio del ambiente por las ciencias sociales y del comportamiento, analizaríamos las formas históricas y transculturales de percibirlo, así como las conceptualizaciones derivadas de dichas percepciones¹⁶. Asociando las ciencias sociales a las naturales, las exactas y las ingenieriles, se integrarían parámetros de evaluación más amplios y rigurosos, que calificarían las acciones positivas o negativas del individuo y los grupos humanos sobre el medio (social y ecológico). A la fecha, muchos eventos, planes y programas ambientales tienen dificultades para salirse del esquema puramente ecologista o ingenieril de la concepción ambiental, observándose gran dificultad por incluir en su estudio, el análisis de la intervención de los grupos humanos en sus aspectos sociales y técnicos, en la generación de efectos destructores de su entorno, o de planes de mejoramiento o conservación de un ambiente socio-ecológico saludable para la vida humana. Aquí notamos la necesidad absoluta de introducir aspectos axiológicos y filosóficos de base en la formación ambiental.

2.3 Ser humano y sociedad:

Psicológicamente las capacidades específicamente humanas que le permiten al hombre diferenciarse

del resto de los seres vivos de acuerdo a De la Fuente¹⁷ son:

- el experimentarse a sí mismo como entidad separada, diferente del mundo que lo rodea,
- su posibilidad de abstracción y razonamiento, que lo obliga a comprender al mundo y a sí mismo,
- Su posibilidad de crear un lenguaje simbólico,
- con capacidad imaginativa que le permite ser creativo y prever el futuro y
- con capacidad de pensar críticamente, para saber escoger, decidir y responsabilizarse de sí mismo y ante los demás, y que lo sujeta al mundo de valores que él mismo ha creado.

A partir de estas capacidades, el ser humano se percató de su dependencia del ambiente (social y ecológico), y se preocupa de su permanencia en la tierra, como individuo y como especie, tomando conciencia, en mayor o menor grado, de las acciones negativas o positivas que ha ejercido sobre él mismo. Por ello, en el centro del esquema aparece el ser humano y su sociedad de pertenencia como el objeto central de estudio, que busca entender las relaciones que establece con su entorno socio-biológico, pero tomando en cuenta las diferencias de carácter histórico, intercultural y bio-geográfico que determinan la evaluación de la calidad de vida.

Es por ello que, la educación cobra vital importancia en el desarrollo de estas capacidades específicamente humanas, para comprender y actuar de acuerdo a las diversas cosmovisiones del mundo.

Estas diferencias en la cosmovisión, determinan la forma de abordar el estudio de las relaciones del hombre con su ambiente y la forma de resolver su problemática. Diferencias que trataremos a continuación.

2.4 Enfoques Teórico-Methodológicos de la Ciencia

En el extremo superior izquierdo del esquema tenemos a los enfoques o paradigmas teórico-metodológicos de las ciencias. Dado que no existe un único método o enfoque de estudio de esta complejidad intercultural¹⁸ e interdisciplinaria¹⁹, intrínseca al estudio del ambiente y sus problemas, es importante hacer una revisión somera de cuales existen a la fecha,

y preguntarnos en cual o cuales nos situamos en nuestra perspectiva de estudio del ambiente.

Algunos de los paradigmas utilizados en Latinoamérica son los siguientes:

A. El empirismo metodológico, que guía por lo general las investigaciones biotecnológicas y biomédicas.

B. Aquellos que guían a la investigación socioeducativa. Uno de los pocos autores que han elaborado una perspectiva global o sintética de ellos, es Latapí P.²⁰ que propone los siguientes:

1.- Los que vienen del exterior, y que, según el autor, son insuficientes para abordar los problemas de Latinoamérica:

a) "Los **convencionales** llegados a fines de los años sesenta:

- el funcionalismo (adscribiéndose el enfoque de sistemas);
- la teoría del capital humano, y
- el empirismo metodológico.

b) Los **no convencionales** a fines de los setenta:

- las teorías reproductivistas francesas,
- las teorías del cuño neomarxista expuestas por la escuela de Frankfurt o por autores norteamericanos,
- "en menor grado la nueva sociología de la educación" de Bernstein".

c) Otro que no menciona el autor y que agregaríamos en este grupo, es el método hermenéutico, que utiliza al psicoanálisis como medio de estudio de las interrelaciones ser humano-ambiente. Entre los autores que han trabajado la relación ambiente ecológico intersubjetividad humana y su relación con el psicoanálisis, tenemos a F. Cesarman²¹.

2.- Los de "re-creación latinoamericana"

d) Las adaptaciones de métodos antropológicos e históricos:

- investigación etnográfica cualitativa,
- la microhistoria,
- la observación microescolar y
- los enfoques de evaluación cualitativa

3.- Los de "creación" latinoamericana

- e) La teoría de la "dependencia",
- f) Investigación participativa y educación popular, de alguna manera iniciada por Paulo Freire".

A partir de lo anterior, nos haríamos la siguiente pregunta ¿cómo y en que grado estos paradigmas han retomado el estudio de los problemas ambientales y su evolución? Aunque por ahora no podemos responderla, no cabe duda que la respuesta tendría que estar contextualizada en dos coordenadas fundamentales: el TIEMPO -en su sentido histórico- y el ESPACIO -es decir, el ambiente socioecológico geográfico del sujeto u objeto de estudio en cuestión.

Tanto los paradigmas como las dos coordenadas arriba mencionadas también intervienen en la concepción y los parámetros de medición de la "calidad de vida" y "el desarrollo".

Consideramos que la falta de formación en este abanico de paradigmas, ha ocasionado que el investigador se radicalice en uno de ellos o tenga dificultad para ubicar su investigación en alguno de ellos o proponga alguno de nueva creación y por lo tanto, no da cuenta de la cosmovisión e interés que guía el problema que estudia.

2.5 Desarrollo

Consideramos que, dependiendo de las culturas, este concepto, en forma consciente o inconsciente, permea el espíritu y norma las políticas de vida social modelo que se pretende alcanzar con la actividad humana, frente a su ambiente socio-ecológico.

Al igual que en los enfoques teórico-metodológicos, existe una falta de formación en el abanico de posibilidades de comprensión de lo que significa "desarrollo", y se ha caído en el error de tomar un sólo modelo de desarrollo como válido.

Confirmando esta aseveración, señalamos que lo que Leff menciona con respecto a la causalidad de la crisis ambiental mexicana, "La deuda externa y la actual crisis financiera de la economía mexicana no son los factores que han desencadenado la crisis ambiental; ésta ha sido el efecto del estilo de desarrollo dependiente y productivista del país, el cual se ha venido implantando desde los años cuarenta".²²

A manera de síntesis mencionamos algunas concepciones de desarrollo existentes en los países Latinoamericanos propuestas por Latapi:²³

a) "Un desarrollo capitalista dependiente, que ve la solución del subcontinente en su integración política y económica al mundo capitalista y, en concreto, en consolidarse como zona geopolítica de influencia de los Estados Unidos".

b) "Un desarrollo endógeno, con énfasis en la autodeterminación nacional, la equidad social y la satisfacción de las necesidades básicas de las grandes mayorías empobrecidas...".

c) "La preparación gradual de una sociedad fundada en bases distintas, que enfatice la solidaridad y la autogestión, principalmente a través de la participación de los sectores populares".

d) "Los modelos socialistas de Cuba y Nicaragua, que, aunque diversos entre sí, constituyen llamadas de atención sobre otras posibilidades de desarrollo para los países de la región, aunque su viabilidad política aparezca hoy en día menor que hace algunos años".

La misma delicadeza que se le debe dar al tratamiento del concepto de "calidad de vida" se lo debemos al de "desarrollo". Cabrá preguntarnos ¿qué idea de desarrollo prevalece en el pensamiento de los docentes, investigadores o profesionales que abordan el medio ambiente y que guían su práctica cotidiana? ¿será acaso explícita? ¿Proporciona la educación elementos para realizar un análisis histórico-crítico de dichos conceptos, que permita una reconceptualización del ambiente social y ecológico, requerido en la actualidad?

2.6 Problemas y Alternativas Ambientales y su Relación con la Salud

Otros dos conceptos que merecen ser discutidos a futuro a la luz de la psicología y sociología en interrelación con otras disciplinas, como encuadre para los procesos de formación ambiental son los de "problema ambiental" y "alternativa de solución" de los mismos.

En la esfera educativa, de investigación y servicio profesional, esto: dos conceptos se han utilizado en forma arbitraria. ¿En que momento el ambiente social o ecológico representa para el ser humano un problema? ¿Cómo puede definirse una innovación o encuentro científico como alternativa de solución a un

Cuadro 2

COMPONENTES BASICOS ESTRUCTURALES DE LA FORMACION AMBIENTAL

Objeto de estudio:

EL MEDIO AMBIENTE

Análisis de sus concepciones, problemas y alternativas para la vida del ser humano en el planeta tierra.



Áreas básicas de estudio

D.- FORMACION AMBIENTAL

- D.1- Concepciones.
- D.2- Formas de abordaje.
- D.3- Contenidos curriculares.
- D.4- Formación docente.
- D.5- Evaluación de la formación.

A.- ENFOQUE CONCEPTUAL-METODOLOGICO

del objeto de estudio

- A.1- Debate conceptual
- A.2- Abordajes metodológicos

B.- PROBLEMAS DE EQUILIBRIO SOCIEDAD-NATURALEZA

- B.1- La atmósfera
- B.2- Recursos naturales
- B.3- Recursos energéticos
- B.4- Manejo de desechos
- B.5- Calidad de vida humana

C.- EXPLICACION A PARTIR DE INTERACCIONES SER HUMANO-SOCIEDAD

- C.1- Eje filosófico-conceptual
- C.2- Eje socio-político
- C.3- Eje socio-económico
- C.4- Eje psico-social

problema ambiental, si este está definido en forma ambigua? ¿Es realmente el aumento demográfico del ser humano un problema ambiental?

Dada la relatividad que guardan estas preguntas, y su asociación con los conceptos de salud-enfermedad, nos detendremos un momento para ubicar a la salud dentro de los componente estructurales básicos para la formación ambiental²⁴, que esquematizamos a continuación:

Las áreas básicas de estudio agrupadas en el esquema, se determinan unas a otras. El esquema puede funcionar como marco de referencia en la planeación de la formación ambiental, y permite, a manera de mapa, que el docente, investigador o profesional, ubique su área de estudio o de investigación dentro de un todo, analizando las interacciones y posibles repercusiones de su quehacer en otras esferas diferentes a la que está abordando

Es importante clarificar que el objeto de estudio es el ambiente, sus conceptualizaciones, problemas y alternativas de solución, que permitan asegurar la permanencia del ser humano en la tierra.

Los cuatro grupos de áreas básicas de estudio, se proponen como fundamentales a tomar en cuenta en los procesos de estructuración de planes y programas de formación ambiental.

Marcado con letra A.- Tenemos el área de análisis que aborda el debate que se da entre las conceptualizaciones tradicionales del "ambiente" y las innovadoras, así como el sentido que adquieren cuando se vinculan con alguno de los enfoques teórico-metodológicos que se utilicen, y que ya mencionamos anteriormente.

Esto permitiría que el planificador de la formación ambiental se ubicaría explícitamente en alguno (s) de ellos, permitiendo al educando conocer la perspectiva que maneja el formador y las otras que existen.

Señalando con la letra B.- Los problemas de equilibrio socio-ecológicos a enfrentar por el profesionista en formación. Esta área la hemos dividido en cinco grandes grupos problema que influyen indirecta o directamente a la salud del ser humano. Desde los relativos a la atmósfera (basura cósmica, capa de ozono, etc.), pasando por los relacionados con los recur-

sos naturales, los energéticos, y el manejo de desechos, hasta llegar a la calidad de vida del ser humano y su relación con la salud.

Más adelante analizaremos los problemas que han generado algunas conceptualizaciones de salud, y como éstas han influenciado el abordaje de la salud ambiental y humana.

Señalando con letra C.- La diversidad de ejes de análisis de la causalidad de los problemas ambientales, que pueden ser utilizados o creados, para explicar los desequilibrios socio-ecológicos y así proponer soluciones desde su génesis. Analizando la influencia que ejercen los valores culturales, pensamientos filosóficos y cosmovisiones, que permitan aprehender mejor el origen de los problemas ambientales y proponer alternativas de solución más armónicas para la vida humana.

Indicado con la letra D.- y como preocupación central nuestra, ubicamos a la formación ambiental. Esta a su vez, comprende varios problemas a resolver. Desde la diversidad de conceptualizaciones existentes sobre el significado de "formación ambiental", hasta las formas de evaluar sus resultados, que a la fecha, dada toda esta intrincada red de valores, es difícil y laborioso.

3.- PERSPECTIVAS EN TORNO A LA SALUD Y MEDIO AMBIENTE

En las instituciones que abordan los problemas ambientales, como en las médico sanitarias, suelen emprenderse políticas ambientales y de salud, sin haber esclarecido en forma adecuada la significación, diferencias o semejanzas de los conceptos de salud humana y salud ambiental.

Esto ha dado lugar a graves equivocaciones, pues al no tener claros los conceptos, es imposible precisar los objetivos que se persiguen y por eso resultan inalcanzables. Por lo que se refiere a instituciones de salud "se cometen desaciertos que se le imputan al producto final: la organización, la ineficiencia, los aspectos económicos... trayendo consigo frustración, improductividad, costos elevados y desprestigio para las instituciones, que no se percatan de que el error radica

en la equivocada concepción original²⁵. No es posible modificar la causa alterando los efectos²⁶

Tanto Ortíz Quesada F.²⁷, como Tobon Hoyos. F.²⁸, concuerdan en su estudio de la evolución de los conceptos de salud y enfermedad, que existen dos importantes tendencias ideológicas que pueden equipararse con los conceptos de salud o enfermedad ambiental: Para unos la salud es un proceso relacionado con la organización social, haciendo primordial su carácter biológico;

- Para otros, los menos, la salud y enfermedad son momentos de un proceso determinado históricamente por una organización social.

La forma de enfrentar la enfermedad de ambas corrientes, es igualmente equiparable a la forma en que se enfrentan los problemas ambientales:

- La primera corriente, enfrenta la enfermedad exclusivamente con tratamientos médicos reparadores del daño; no cuestionan la causalidad social del padecimiento (desnutrición, riesgos laborales, cáncer, cardiopatías, ansiedad sociopática, problemas mentales, etc.).

- La segunda, en cambio, incorpora el pensamiento científico social (o bien un paradigma sanitario más apegado a la realidad), el cual sostiene que la salud del individuo y de la comunidad, están relacionadas con el nivel y género de vida de la población, determinados primordialmente por la alimentación, la vivienda, el trabajo, el ambiente y la educación.

No cabe duda que, como lo mencionan Jacobson H. y Price M.²⁹; "los principales retos de la comprensión de las dimensiones humanas de los cambios ambientales globales son desanimantes, pero el tópico demanda que las ciencias sociales tomen la vanguardia y aborden estos retos".³⁰

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

El abordar los debates para fundamentar tal o cual concepción en este campo intercientífico, implica principalmente el conceder tiempo a la búsqueda, al debate, a la identificación de contradicciones, tiempo para capacitarse en la escucha, para el trabajo en equipo y para saber respetar y discutir perspectivas

diferentes o contradictorias a las nuestras, además de bastante paciencia para conducir etapas necesarias de integración.

A final de cuentas, regresamos a nuestro interés inicial que guió este trabajo. Mostrar diversas interpretaciones de la realidad, que permitan la comprensión entre los individuos, para orientar la acción de la humanidad hacia un ambiente más armónico.

En la medida en que los problemas y alternativas de solución ambientales sean visualizados dentro de este u otro marco amplio de referencia, que tenga un abanico de alternativas conceptuales, rebasando el límite economicista-ecologista al cual han querido encerrar el problema ambiental, lograremos avanzar, tanto en la comprensión de la encrucijada epistemológica que implica el ambiente así como en las actitudes y acciones concretas que tomemos, para mejorar la calidad de vida de todo ser humano.

REFERENCIAS

- 1) Habermas J., *Connaissance et intérêt.*, Gallimard, Francia 1976.
- 2) Eisenberg R., Ruíz C., Landázuri A.M., "Las dimensiones de la formación ambiental" en Memorias del Segundo Encuentro Nacional para la formación de profesionistas ante la problemática ambiental. Tonalisco Edo. Mex. del 15-18 de octubre 1989 y publicado en Salud Comunitaria: Una Visión Panamericana, Universidad Iberoamericana, México, 1991, pp 290-302.
- 3) El paréntesis es nuestro
- 4) Sánchez V., Guiza B., *Glosario de términos sobre medio ambiente*, UNESCO-OREALC, 1989. pág. 17.
- 5) Nos apoyamos en el doble sentido de toda formación que propone Ferry G., *El trayecto de la formación: los enseñantes entre la teoría y la práctica*, México, PAIDOS-UNAM, 1990.
- 6) La definición que proponemos aquí, está inspirada en parte en algunos conceptos relacionados con dicho término tratados en: *La Educación Ambiental*, las grandes orientaciones de la conferencia de Tbilisi, URSS, UNESCO, 14 a 26 octubre de 1977, pág. 73,

recomendación No. 1 inciso 2, ver Eisenberg R., op cit.

7) CIEDAM- *Círculo Interdisciplinario de Estudios sobre la Dimensión Ambiental*: grupo de trabajo conformado por profesionistas del área de ciencias naturales y sociales, procedentes de diversas instituciones universitarias y gubernamentales. Los comentarios, puntos de vista y propuestas vertidos en las sesiones de trabajo permitieron bosquejar los elementos conceptuales eje de la dimensión ambiental, Ver Eisenberg R., "Formación ambiental y calidad de vida", a publicar en Memorias del Foro pre-congreso al Encuentro de la psicología Mexicana ENEPI UNAM y Universidad del Distrito Federal. México, mayo 1992.

8) Apoyándonos en Remedi "Construcción de la estructura metodológica", en *Aportaciones a la didáctica de la educación superior*, ENEPI-UNAM, México 1978 pp. 42-43. Entenderemos como estructura conceptual, a la representación de un concreto real (en este caso los elementos estructurales básicos que atraviesan todo proceso de comprensión de los problemas ambientales) en un concreto abstracto que le corresponda. Entendido este último como la síntesis de las abstracciones (traducidas en palabras y sus interrelaciones) que den imagen real del concreto que representan. En este caso, la comprensión del origen y tratamiento de problemas ambientales.

9) Intersubjetivo en el sentido de Habermas, se refiere a la relatividad de los modos individuales de pensar y sentir sobre un objeto, en este caso, sobre lo que afectivamente para cada persona puede significar "buena calidad de vida".

10) Tomado de Sánchez V., Guiza B., *Glosario de términos*. 1979. op. cit. pág. 25.

11) El subrayado es nuestro

12) La Organización Mundial de la Salud, *Documentos Básicos*, 24. ed. Ginebra, 1974 define a la salud, como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

13) Tomado de Sánchez V., Guiza B. 1979. op.cit. p. 25.

14) El subrayado es nuestro

15) En el sentido en que lo maneja Devereux G., en *De l'angoisse a la méthode dans les sciences du comportement*, Flammarion, Francia, 1990.

16) Bastaría con revisar la gama y diversidad de estilos de desarrollo, definiciones y tipos de ambiente que se reportan en Sunkel O., y Gligo N., *Estilos de desarrollo y medio ambiente en América Latina*, vol 1 y 2, México, Fondo de Cultura Económica, 1980.

17) Tomado de De la Fuente M.R., *Psicología médica.*, México, Fondo de Cultura Económica, 1959. p. 58-59.

18) En el sentido en que lo manejan Yankelevich G. y Méndez A., en *Ensayos en interciencia*, UNAM, México, 1986.

19) En el sentido que lo manejan Apostel L., Berger, et col., *Interdisciplinarietà*, ANUIES, México, 1975.

20) Latapí P., *La investigación educativa en América Latina: algunos retos en Perspectivas*, UNESCO, vol XX, # 1 1990.

21) Cesarman F., *Freud y la realidad ecológica*, Paidós, Buenos Aires, 1974.

22) Jeff E., "Introducción a una visión global de los problemas ambientales en México" en *Medio ambiente y desarrollo en México*, vol 1 coordinador Leff E., Porrúa-UNAM 1990 p. 10

23) Latapí P., op. cit. p. 53.

24) Para conocer los fundamentos de estructuración de dicho esquema ver Eisenberg R. et cols, op. cit. 1989.

25) El subrayado es nuestro.

26) Ortíz Quesada F., *La medicina está enferma*, México, Limusa 1991. p. 65.

27) Ortíz Quesada. Federico., 1991 op. cit. p. 67.

28) Tobón Hoyos Fernando, "Salud y Medio Ambiente", en *Ciencias Sociales y Medio Ambiente*, Memorias del Seminario realizado en la Universidad Nacional de Colombia. 1989. ICFES,- Red de formación ambiental p. 217.

29) Jacobson K. H., Price F. M., *A framework for research on Human Dimensions of Global Environment Change.*, International Social. Science Council-UNESCO, 1991. Pp. 55.

30) Traducido por nosotros.

Discurso Inaugural de la "LXX Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina" (A.M.F.E.M.) Noviembre 5 de 1992.

Dr. Raúl Vargas López *

Los hombres pertenecen consustancialmente a una generación, y toda generación se instala no en cualquier parte, sino precisamente sobre la anterior. Esto significa que es obligado vivir a la altura del tiempo y muy especialmente a la altura de las ideas del tiempo.

O.G.

Los dialécticos murales de Orozco, son testigos del inicio de esta reunión, en la cúpula de esta paraninfo está el hombre "pentafásico", un hombre polifacético en el ejercicio de sus múltiples posibilidades como ser creador y libre, con su mano firme y la mirada de largo alcance, abarca tareas que le dan sentido a nuestra casa de estudios; al frente el Orozco de todos, nos legaría su mural la falsa ciencia y el problema humano, nos muestra el reflejo de una sociedad plagada de contradicciones, al hombre masa sin ideas propias a quien transmisores de consignas y de dogmas impiden la lucidez, anulan su voluntad convirtiéndola en un bosque de brazos y en un coro repetidor de consignas.

Señores directores y representantes de las distintas facultades de medicina que agrupan nuestra asociación; somos con mucho, la primera área del conocimiento que a partir del cuestionamiento de nuestro papel en la formación de recursos y el quehacer profesional de nuestros egresados, nos preguntamos ¿estamos formando médicos con la calidad que nuestra sociedad merece?, de ahí parte la motivación fundamental de esta reunión "la calidad de la educación médica en México".

Los problemas que hoy enfrenta no sólo la educación médica, sino la educación superior en

*Director de la Facultad de Medicina, Universidad de Guadalajara.

su conjunto, no son nuevos, han sido generados en el marco de la crisis en que ha estado inmerso el país desde 1982. Son el resultado de la conformación histórica de un aparato educativo y del conjunto de prácticas de sujetos y actores sociales variados. La reiteración de problemas señalados en diversos diagnósticos, así lo hacen ver.

Todos estamos conscientes de que se está gestando una transformación social en nuestro país, como producto de la creciente incorporación a la economía internacional, el sistema de salud en México no permanecerá ajeno al cambio, a la luz o sombra del Tratado de Libre Comercio, se vislumbra un sistema de salud dual polarizado, corremos el grave riesgo que las leyes del libre mercado, determinen la educación y la salud.

Los procesos de globalización e integración regional que experimenta el mundo contemporáneo, alimentan y hacen más dúctil la transferencia multidireccional de ideas y procesos tecnológicos, se multiplican las fuentes de información y es impredecible el impacto cultural que éste produce. Esta tendencia de crecimiento exponencial ha permitido que algunos críticos cuestionen el liderazgo de las instituciones de educación superior. Consecuentemente, el gran reto para la educación médica de nuestra época, caracterizada por el progreso sin precedentes del saber científico y tecnológico, no sólo consiste en dar cabal res-



puesta a las demandas sociales, sino articular acciones que nos permitan a los formadores médicos, fortalecer nuestro papel protagónico de anticipación social; los expertos señalan, que la educación en su conjunto enfrenta 3 retos fundamentales: la calidad, la relevancia y la eficacia, esto se agudiza debido a que la aceleración de los cambios en todas las dimensiones de la actividad humana (política, económica, tecnológica, demográfica, social y cultural) no corresponda con la educación actual.

No hay de otra, a la demanda de recursos altamente calificados hay que anticiparse con una educación de calidad. Esta estrategia, implica lograr altos estándares y niveles de desempeño académico para asegurar la relevancia de lo que se enseña y aprende, la clave para la calidad podría estar en un sistema continuo, competente y objetivo de evaluación de nuestro quehacer profesional.

El acto médico "práctica profesional", es el principal indicador de la calidad de la educación

médica, es lamentable que busquemos mejorar la calidad sólo por la necesidad de competir en mercados internacionales en aras de un eficientismo y utilitarismo mal entendido, carente de identidad; la búsqueda de mejorar la calidad, debe constituir en una obligación moral permanente e histórica para ofrecer una práctica médica calificada y humanizada, es cierto que ahora la práctica médica, se enfrenta a demandas cada vez más frecuentes de orden jurídico, esto no podemos soslayarlo, sin embargo, desde nuestro punto de vista, no deben ser estas las motivaciones de calidad sino que ésta debe ser consustancial al desempeño de nuestra responsabilidad.

Nuestras facultades están hoy más urgidas que nunca; urgidas de una creciente fuerza creativa, que las humanice con los requerimientos de esta época, caracterizada por una fuerte confrontación de los valores tradicionales con nuevas concepciones axiológicas, que van relegando la importancia del individuo, reduciéndola a su mínima expresión mientras emergen nuevos estilos de comportamiento que sobrestiman la importancia de la tecnología en abierta competencia con la integridad social y cultural del hombre.

Nunca como antes el cuidado a la salud se ha comercializado tanto, el propio sistema médico es ahora considerado como una industria y la práctica de la medicina como negocio competitivo. Los valores del mercado determinan la práctica médica, los médicos corremos el riesgo de volvernos empresarios y comerciantes de la ahora llamada industria de la salud.

A la par de esto, la masificación de la enseñanza, el crecimiento poblacional y en consecuencia, el incremento en la demanda de servicio se relacionan directamente con la escasez de recursos financieros y tecnológicos para la práctica y la enseñanza de la medicina; hablar de la calidad sin viabilidad es demagogia, esta debe estar sustentada en posibilidades reales que le den sentido.

Porque los propósitos de elevar la calidad de la educación superior y de ampliar la cobertura de sus funciones sustantivas, tiene implícitamente la valoración de que lo existente es insuficiente y que carece de ciertos atributos o rasgos considerados necesarios o deseables, porque el concepto de calidad para algunos, denota una acepción de cualificación o de calificación dentro de una escala valorada, pero también implica opciones, preferencias e interés en un espectro de posibilidades.

Las circunstancias que vive cada una de las escuelas y facultades de medicina en México, indudablemente son particulares en cada caso, sin embargo, la mayoría de estas tienen un mismo marco de referencia, los exiguos presupuestos de las universidades públicas, la carga fiscal a que son sometidos los salarios de los profesores en las universidades públicas y privadas, el incremento de la demanda de la matrícula, la necesidad de equipo y de tecnología actualizados, el acervo bibliográfico actualizado, la profesionalización del docente; son todas preocupaciones comunes tanto en escuelas públicas como privadas; situación que motiva que el análisis, discusión y planteamiento de alternativas tenga que darse en reuniones como esta, que permiten el intercambio de ideas y planteamientos. Por otro lado, el innegable momento que vive nuestro país y que seguramente tendrá que afrontarse en el futuro inmediato, nos crean la ya de por sí urgente necesidad de plantear y sintetizar mecanismos ho-

mogéneos de trabajo y calidad de la educación, así como estrategias de evaluación permanente, que nos garanticen la formación de recursos humanos para la salud, que puedan ser factores de solución a la problemática social del proceso salud-enfermedad y por qué no, el que sean competitivos en el mercado de la práctica médica, tanto nacional como en el extranjero.

El establecer grupos de trabajo permanente e intercambio de información, tanto en el ámbito nacional como con organismos extranjeros, pueden hacer concretar los propósitos de establecer un desarrollo homogéneo de las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud, y mantener un monitoreo permanente de la calidad de los mismos.

Señor Rector, la comunidad de la Facultad de Medicina, le expresa nuestro amplio reconocimiento por apoyar la realización de esta reunión, el haberlo hecho nos compromete a que asumamos los compromisos de reforma propuestos por usted; sus 3 años de gestión, han significado una profunda renovación de nuestro quehacer académico al admitir usted, que en el pasado no siempre se tomaron las decisiones más adecuadas, se debilitó nuestro dinamismo institucional y se desgastó nuestro modelo de funcionamiento, con usted la comunidad académica de nuestra casa de estudios, ha pasado de el hacer como que se hace a al hacer, abandonando la simulación.

Señores directores y representantes de las distintas facultades de medicina que agrupa nuestra asociación, hace apenas 2 días, la casa de estudios que hoy los recibe, cumplió sus primeros 200 años de existencia, orgullo de Jalisco y del occidente del país, la casa de Valentín Gómez Farías, de Mariano Azuela, de Enrique González Martínez, de Elcuterio González, de Leonardo Oliva, todos ellos parte de nuestra reserva espiritual, nos encuentran ustedes señores directores, festejando el bicentenario de nuestra casa de estudios, sean ustedes bienvenidos.

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 LXX Reunión Nacional Extraordinaria en la Ciudad de Guadalajara el día 5 de noviembre de 1992.

Lic. Raúl Padilla López
Rector de la Universidad de Guadalajara.

Dr. Raúl Vargas López
Director de la Facultad de Medicina.

Sres. Directores de Facultades y Escuelas de Medicina
del País.

Señoras y Señores.

Con gran entusiasmo y esperanza, acudimos gustosos a esta bicentenaria casa de estudios, nacida bajo el impulso de la pujanza de los hombres de la Nueva Galicia y nos sumamos al júbilo de los Tapatíos que han sabido ser dignos herederos de la Real y Literaria Universidad de Guadalajara. Agradecemos su hospitalidad y estamos seguros que los trabajos que desarrollaremos a lo largo de los próximos días, serán de la mayor trascendencia para el futuro de la enseñanza de la Medicina en nuestro país.

Las experiencias que nos traen nuestros compañeros de otras organizaciones afines como el Dr. Carlos Martini de la American Medical Association, y Pablo Pulido de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, serán de gran importancia para poder avanzar en nuestros propios programas.

La crisis padecida durante las últimas dos décadas y el impacto que el paradigma tecnológico y económico ha tenido sobre la institución universitaria, ha sido de un efecto devastador. Durante los años ochenta, la universidad tradicional entró en un proceso de mutación interna; surgió otra lógica de organización, asimismo, el papel social que desempeñó, cambió de

orientación y el contenido de sus funciones fue revalorado.

El cambio ha afectado la orientación de la educación superior, el tipo de estudiante, el contenido de lo que se enseña, el papel de la institución frente a la sociedad, la autonomía y la fuente y calidad de sus recursos.

La importancia del conocimiento en la sociedad y en la economía, sobre todo el vinculado al desarrollo de la ciencia y las nuevas tecnologías, serán una variable determinante en el nuevo entorno y la Universidad como garante y creadora de la Cultura, deberá jugar un papel protagónico.

La inclusión de México en un mundo globalizado y la integración de un bloque comercial norteamericano a través de un tratado de libre comercio, abren expectativas poco claras y nuevos retos en el campo educativo, que independientemente del propio desarrollo que como nación tenemos, acelerará todos los procesos, creando otras necesidades que solamente podremos afrontar con un mejor sistema educativo.

Todos y cada uno de los elementos de la Universidad, deberán ser pertinentes con estos cambios que serán origen de nuevas necesidades sociales.

Los cambios en política de educación superior habidos en el país y el inicio de procesos universitarios de



Asistentes a la LXX Reunión Nacional de la AMFEM.

planeación integral nos dan un marco adecuado para buscar en nuestras escuelas el desarrollo y el mejoramiento de la calidad de nuestra labor, sabemos que es un proceso difícil y que encontrará resistencia, pero este movimiento ya se inició y no será reversible. Como asociación, debemos de buscar una mayor interrelación e integración para fomentar el desarrollo armónico, así como propiciar las condiciones de coordinación y normatividad dentro de la independencia que nos da nuestro estatuto.

Las facultades y escuelas de Medicina mexicanas han entrado en una dinámica de cambio dentro de los retos que nos presenta el entorno, y estamos atentos a los paradigmas que regirán el futuro próximo para poder hacer las adecuaciones que nos permitirán egresar a los mejores médicos para un mercado de trabajo diferente.

Hablar de calidad de la educación¹, es utilizar una expresión nueva, que corresponde, sin embargo, a una preocupación tan antigua como las reflexiones sobre la educación misma. Hablar de calidad de la educación médica² 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 profesión.

Que se adapten a los avances tecnológicos sin perder su relación estrecha con el humanismo de la profesión³. Esta debe ser la aportación más generosa que el médico mexicano pueda ofrecer.

La calidad de la educación médica es uno de nuestros objetivos y consecuentemente las iniciativas para mejorarla constituyen ahora una de nuestras prioridades, entre ellas, está la implementación de un programa de evaluación permanente de nuestras instituciones. Este ha demostrado ser un instrumento necesario y eficaz para la modernización y el mejoramiento institucional, constituyéndose sobre todo en un medio privilegiado para los directores.

Hace ocho años, a iniciativa de la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, en Consorcio con la Organización Panamericana de Salud, las escuelas de medicina mexicanas, realizaron un ejercicio de autoevaluación que fue pieza importantísima en la elaboración de la contribución mexicana para el proyecto Educación Médica en las Américas, que concluyera felizmente en Río de Janeiro en 1988. Es ahora, ante un nuevo entorno que la oportunidad de retomar el procedimiento se nos presenta para adecuarlo a los nuevos tiempos.

El futuro es un abanico de oportunidades cargado de incertidumbre y, como dijera Michel Godet (4), el futuro no está escrito, pero existe para ser creado.

Estamos seguros que al final de la jornada, los logros serán óptimos y no tendremos palabras para agradecer la hospitalidad de nuestros amigos jaliscienses.

Muchas gracias.

CITAS

- 1.- García H.V.: "La calidad de la educación: una interrogante a las ciencias de la educación, a la política docente y a la actividad escolar" citado en: Rev. Mex. Educ. Médic. Vol. 3 No. 2, p. 47, 1992.
- 2.- Ferreira JR.: Rev. *Divulgação para Debate em Saúde*, No. 5 1992.
- 3.- Leiva G. JL.: Rev. Mex. Educ. Med. Vol. 3 No. 2, p. 53. 1992.
- 4.- Worldwide challenges and crisis in education Systems. *Futures*, 3 (20) 1988.

Conceptualización y Estrategias para Mejorar la Educación Superior

* Víctor Martiniano Arredondo

CONCEPTUALIZACION DE LA CALIDAD

El concepto de calidad es de uso corriente en la vida cotidiana. Lo empleamos para referirnos a diversas situaciones o cosas, o bienes o servicios, o bien para referirnos a personas. Así, por ejemplo, hablamos de personas de gran calidad humana, de la calidad de los alimentos, de la calidad de las casas de los automóviles, de la calidad del aire, de la calidad de los materiales, de la calidad de los servicios de salud o educación. La calidad hace referencia a la cualidad, a la presencia de rasgos o características que hacen valioso o importante algo, un objeto, una situación o una persona. Hace referencia a valores y significaciones. Parece contraponerse al concepto de cantidad y también a lo que es insuficiente, mediocre, inepto, inadecuado, disfuncional, ineficiente o inútil.

El concepto de calidad de la educación implica una definición, un punto de vista o una posición ante la educación. Puede referirse a los resultados o productos de la acción educativa o a los procesos y elementos que intervienen en ella.

La educación es un proceso complejo que no se da de manera aislada de otros fenómenos y procesos sociales, que no se produce sólo en el aula o en la clase, aunque lo que ahí ocurra también sea educación. Hay educación porque hay hombres y grupos humanos, porque hay sociedad y cultura, porque hay historia. El concepto de la calidad de la educación es un concepto relativo social e históricamente determinado. El proble-

ma de la calidad se suscita normalmente en la modificación de las condiciones histórico-sociales del ambiente, por la estrecha relación entre las expectativas sociales y los procesos y resultados del sistema educativo.

El concepto de calidad no es unívoco, no se deduce de esencias inmutables o de verdades perennes, que trascienden la realidad humana y social, de un "deber ser" inscrito en la naturaleza. Es un concepto plural que implica la adopción de valores, la elección de valores entre sistemas valorativos en competencia. Puede tener diversas interpretaciones y significaciones, según los enfoques teóricos con que se aborde, la corriente de orientación pedagógica o educativa que se siga, o el lugar que ocupe dentro de la situación educativa o dentro de la sociedad. Las diferentes posiciones sobre la educación y los diferentes intereses sociales provocarán también conceptos distintos sobre la calidad de la educación. Las diferentes escuelas o corrientes filosóficas, sociológicas, psicológicas, pedagógicas o incluso económicas, tienen perspectivas diversas sobre la educación, y desde ellas lo que se entiende por calidad de la educación tiene significaciones distintas.

Por otra parte, "las necesidades de la sociedad" o "los requerimientos del país" no constituyen un conjunto claro y homogéneo de demandas; por el contrario, son múltiples y diversas y, en ocasiones, contradictorias.

La educación así, se ve comprometida a dar respuestas múltiples y variadas, debe enfrentar la diversidad social e individual de las demandas que se le plantean, además de responder a sus propias finalidades internas de índole académica. De esta manera la necesidad de flexibilidad des-

plaza todo intento de formular parámetros y recetas únicas para el mejoramiento de la calidad.

El nivel de formulación de los fines de la educación es tan general que permite una diversidad de interpretaciones y de significaciones plurales acerca del deber ser concreto de la educación, no se trata de que haya calidad en los fines de la educación sino de que también tengan calidad los medios educativos. La calidad de la educación no se aprecia solamente por la bondad de los fines que se persiguen sino también por la calidad de los procedimientos y medios que se utilizan. Se puede hablar de un proceso de mejoramiento de la calidad en la medida en que haya un proceso de racionalización, de ajuste progresivo de los medios pedagógicos a los fines educativos. El primer paso del proceso de racionalización (y del planteamiento de una estrategia) es la toma de conciencia de la relación entre fines y medios, que lleva buscar los medios más eficientes y a hacer explícito lo implícito.

Si se desea elevar la calidad de la educación es necesario actuar sobre los elementos y mecanismos que la producen. Esto supone un conocimiento previo. De ahí la importancia de la investigación educativa para mejorar la eficacia de la acción pedagógica mediante una racionalización de la misma. Una investigación de calidad que integre teorías y sistemas conceptuales y los confronte con la realidad del fenómeno educativo para avanzar en su comprensión y explicación.

La ANUIES presentó a la Secretaría de Educación Pública en abril de 1989 un documento denominado "Declaraciones y Aportaciones de la ANUIES para la Modernización de la Educación Superior", fruto de las consultas entre instituciones de educación superior, hecha a petición del Presidente de la República.

En ese documento se alude directamente al concepto de la calidad de la educación superior y a una estrategia para su mejoramiento. Al respecto se plantea "La calidad no sólo mejora la eficiencia o eficacia de los productos deseados, sino también ayuda a la definición cualitativa de los

mismos deseos, expresados en objetivos o finalidades de la educación en congruencia con las necesidades o proyectos sociales... El concepto de calidad denota una acepción de cualificación o de calificación dentro de una escala valorativa, pero también implica opciones, preferencias e intereses en un espectro de posibilidades".

"Una determinada calidad de la educación está condicionada por sus referentes contextuales: políticos, económicos y socio culturales. La calidad actual del sistema de educación superior es la resultante de un proceso histórico en el que se han conjugado actores tanto endógenos como exógenos a las instituciones, que han afectado el desarrollo de las funciones académicas... Por otra parte, la crisis económica ha afectado seriamente, en los últimos años, las posibilidades de desarrollo académico de las instituciones y, por lo tanto la calidad de sus procesos y resultados".

"Las instituciones agrupadas en la ANUIES consideran que preguntarse por la calidad es de alguna manera, un ejercicio de evaluación, de valoración; es preguntarse por el sentido y la significación individual y social de las actividades y las prácticas, por la congruencia con los fines de la educación y por la trascendencia social e histórica de los procesos y acciones académicas... La calidad es también una finalidad que se busca alcanzar mediante acciones planeadas; es un desideratum que contribuye al crecimiento y desarrollo de las instituciones. La calidad es un objetivo que se debe buscar de manera constante, pero que nunca puede alcanzarse en forma definitiva, puesto que los procesos educativos son dinámicos y cambiantes, como lo es la sociedad en que están inmersos".

"Es imprescindible, por consiguiente, buscar una mayor relación y coherencia entre las funciones de la educación superior con las necesidades y problemas de la sociedad mexicana y los requerimientos del desarrollo de la nación... La calidad de la educación superior se manifiesta a través de los procesos de generación, trasmisión y preservación del conocimiento, lo que refiere a las ac-

tividades docentes, y a las tareas de investigación y de extensión y difusión de la cultura".

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

"Para elevar la calidad de la educación superior es necesario crear o consolidar las condiciones institucionales que hagan posible el adecuado cumplimiento de sus funciones. Han de hacerse planteamientos integrales de carácter institucional, y no es exclusivamente de índole académica, en una visión estratégica de relación de fines y medios. En ese sentido cobra una gran importancia el ejercicio de la evaluación como medio para conocer y valorar, con precisión, el nivel de calidad de las funciones sustantivas y de los medios y condiciones indispensables, y como punto de partida para sustentar decisiones, adoptar medidas para corregir errores y rectificar rumbos o para ratificar y consolidar acciones bien encaminadas".

Antes de pasar al punto relativo a las estrategias para mejorar la calidad de la educación superior conviene señalar algunas distinciones conceptuales: entre calidad y excelencia educativa; entre calidad y control de calidad y, entre evaluación y control.

El concepto de calidad alude a la presencia o ausencia de ciertos rasgos o atributos considerados valiosos o significativos, y puede aludir a grados o niveles de esa presencia de manera tal que se plantea la posibilidad de incrementar, elevar o mejorar la calidad; existe la posibilidad de explicar o interpretar una situación determinada de calidad educativa, lo que implica concebir la calidad más como una cuestión de evaluación que de medición, en el sentido de que hacer juicios sobre la calidad supone una evaluación de las mediciones o una evaluación de los resultados de las evaluaciones, y supone, igual-

mente, la vigencia de una serie de valores que están en la base de los juicios que se emiten. El concepto de excelencia, en cambio, no implica matices ni graduaciones y niveles. Alude a un *summum* o cima, en todo caso, imposible de superar, teóricamente inmejorable. El concepto de excelencia no es relativo como lo es el de calidad, ni resultaría equívoco. El uso que se da a excelencia educativa o académica, sin embargo es susceptible de análisis y de crítica, pues con frecuencia se maneja como sinónimo de calidad y, en ocasiones, como un estándar determinado de calidad o como control de calidad, que permite discriminar y privilegiar situaciones o acciones educativas.

El control de calidad implica la definición y selección de elementos o factores de calidad susceptibles de verificación y constatación, de medición y, posteriormente, de certificación y acreditación. Tradicionalmente el control de calidad se ha ejercido sobre los productos y resultados del proceso de producción. Recientemente, con el enfoque de calidad total, el énfasis se ha desplazado hacia los propios procesos y a las instancias y agentes intervinientes en la producción, que aseguran con mayores posibilidades la calidad de los resultados terminales. Se ha manifestado la preocupación de que haya un control de calidad más efectivo en la educación, particularmente en los resultados o productos de la acción educativa: los egresados. Esta preocupación, en parte, se ha expresado en relación con la gran dispersión de los resultados educativos y con la eficiencia terminal del sistema, en el sentido de que debe lograrse que la mayoría, si es que no todos los alumnos, egresen con una calidad de formación satisfactoria. El mecanismo de verificación a recurrir serían exámenes de carácter general. Un supuesto de este planteamiento consiste en que los resultados de esos exámenes servirían para la evaluación de los subsistemas o de los programas educativos.

Por último, en estas reflexiones sobre la conceptualización de la calidad de la educación, conviene detenerse en la distinción entre evaluación y control, pues con frecuencia se confunden y entremezclan, siendo ambas funciones necesarias.

La evaluación es una tarea esencialmente cualitativa que indaga sobre los valores y sobre el sentido y significación, con objeto de proponer una apreciación o estimación, así como una explicación o interpretación; una dimensión histórico social, sobre los casos o situaciones particulares, que no soslaya el problema de la heterogeneidad. El control no considera casos particulares, sino pretende encontrar una homogeneidad en todos los casos, se establece como un valor en sí mismo (norma, patrón o modelo al que deben ajustarse) y funciona como una constante que excluye las variables de espacio y tiempo. Constatar, verificar o establecer la identidad o autenticidad de algo o de alguien, dan idea del concepto de control. El por qué no es preocupación del control pero sí de la evaluación.

El planteamiento y aún el concepto mismo de la calidad de la educación se encuentra estrechamente vinculado con el concepto de la evaluación. En esa perspectiva no es de extrañar que en los años recientes se haya adoptado la evaluación como una estrategia privilegiada para mejorar la calidad de la educación superior.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA EDUCACION SUPERIOR

En el documento antes referido de la ANUIES, en la parte de Aportaciones y bajo el rubro de Calidad de la Educación Superior se hicieron propuestas y sugerencias en torno a siete puntos: 1) Revisión de contenidos e impulso a nuevos métodos de enseñanza-aprendizaje; 2) Personal Académico; 3) Extensión y Difusión de la Cultura y uso de los medios de comunicación masiva; 4) Investigación y Desarrollo Tecnológico, 5) Posgrado; 6) Vinculación de la Educación Superior con el Sector Productivo y, 7) Evaluación de la Educación Superior. En ese mismo documento, y a manera de conclusión, se acordó por la Asamblea General impulsar y desarrollar programas, con carácter nacional, referidos a las funciones y tareas de la educación superior.

De esa manera, en la siguiente reunión de la Asamblea General de la Asociación, celebrada en febrero

de 1990, bajo el rubro general de "Consolidación y Desarrollo del Sistema Nacional de Educación Superior", luego de un amplio proceso de análisis y discusión, fue aprobada por las instituciones asociadas "la Estrategia de la ANUIES para el mejoramiento y consolidación del Sistema Nacional de Educación Superior", que consistía en una serie de lineamientos para el desarrollo regional de la educación superior y en un conjunto de programas de carácter nacional, siete de ellos para el mejoramiento de la Educación Superior y cuatro programas especiales de apoyo al sistema de Educación Superior. En el primer caso están los Programas Nacionales de Superación Académica y Formación del Personal Académico; de Mejoramiento del Posgrado; de Mejoramiento de la Investigación; de Extensión de la Cultura y los Servicios; de Apoyo al Bachillerato y a los Niveles Previos; de Mejoramiento de la Educación Continua y, de Mejoramiento a la Administración. En el segundo caso, están los Programas Especiales de Apoyo; el de Estímulos al Personal Académico; el del Sistema Nacional de Información para la Educación Superior; el de Red de Comunicación y el de Red de Bibliotecas.

En octubre de 1989 se dió a conocer por parte de la Secretaría de Educación Pública el Programa para la Modernización Educativa, uno de cuyos capítulos corresponde a Educación Superior. Ahí se hacen planteamientos de carácter general para la Educación Superior y la definición propiamente de estrategias se atribuyó a la Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior (CONPES), como instancia de concertación entre las instituciones de educación superior, a través de la ANUIES, y los diversos sectores del gobierno federal. En noviembre de ese año se reinstaló la CONPES y se establecieron seis Comisiones Nacionales integradas por funcionarios de la SEP, del CONACYT y de la SPP, así como de rectores y directores de instituciones miembros del Consejo Nacional de la ANUIES. Las seis comisiones fueron: de Evaluación de la Educación Superior; de Fomento de la Educación Superior abierta; de vinculación de la investigación con los sectores social y productivo; de Evaluación y Promoción de la Calidad

de la Investigación; del Posgrado y, de participación en el PRONASOL.

Entre las acciones más importantes de esas Comisiones Nacionales destaca la elaboración y notoria publicación de documentos de trabajo, por parte de la SEP en 1991, con los títulos de Evaluación de la Educación Superior, Programa Nacional de Posgrado y Evaluación de la Investigación Científica. Queda pendiente de publicar un documento sobre Vinculación de la Educación Superior con el Sector Social y Productivo. Sin duda, el aspecto que más ha centrado la atención ha sido el de la evaluación de la Educación Superior.

En julio de 1990 en una reunión extraordinaria de la Asamblea General de la ANUIES se analizó y discutió una "Propuesta de Lineamientos para la Evaluación de la Educación Superior", para sugerir y recomendar a la SEP. Esos planteamientos fueron incorporados en el documento de la Comisión de Evaluación antes referido. De esta manera, se han venido realizando desde entonces tres procesos de evaluación: el de evaluación institucional (a cargo de cada institución); el de los subsistemas universitario y tecnológico, y del sistema en conjunto, (a cargo de la Subsecretaría de Educación Superior, de la Subsecretaría de Educación Tecnológica y de la ANUIES, respectivamente); y el interinstitucional sobre programas académicos (a cargo de comités de pares por área).

Se han realizado ya dos ejercicios de evaluación institucional, en 1990 y en 1991, y como resultado de los mismos se han elaborado reportes de evaluación por cada una de las instituciones y, al mismo tiempo, se han formulado proyectos o programas especiales de carácter emergente, para atender los problemas o necesidades más apremiantes. La SEP ha otorgado recursos adicionales para esos programas en un fondo especial de modernización para la educación superior, lo que se conoce como los "Proyectos FOMES"

En abril del año pasado, luego de haber analizado el primer ejercicio de evaluación, el Consejo Nacional de la ANUIES propuso a la CONPES que se definieran líneas prioritarias de atención a nivel institucional y a nivel interinstitucional. La CONPES aceptó la propuesta y, de esa manera, dió a conocer a las instituciones un documento breve con el título de "Priori-

dades y Compromisos de la Educación Superior en México (1991-1994)" en el que se señalan como acuerdos: a) que cada institución de educación superior establezca en forma particular, conforme a las características de su propia circunstancia, el compromiso de atender problemas y necesidades institucionales considerados relevantes y, b) que se desarrollen programas interinstitucionales de alcance nacional, como apoyo prioritario al mejoramiento de la educación superior, en el marco de las comisiones de la CONPES. En forma explícita se menciona que los proyectos ubicados en estas líneas prioritarias contarán con el apoyo de recursos adicionales.

Las diez líneas prioritarias a nivel institucional son: 1) actualización curricular y mejoramiento de la calidad en la formación de profesionales; 2) formación de profesores; 3) formación de investigadores; 4) revisión y readecuación de la oferta educativa; 5) definición de una identidad institucional en materia de investigación y posgrado; 6) actualización de la infraestructura académica; 7) reordenación de la administración y de la normatividad; 8) sistema institucional de información; 9) diversificación de las fuentes de financiamiento y, 10) impulso a la participación de los sectores social y productivo en las áreas de la educación superior. Las cinco líneas prioritarias de alcance nacional son las siguientes: 1) formación de personal académico; 2) infraestructura académica y red nacional de bibliotecas; 3) diversificación de políticas salariales (deshomologación); 4) mejoramiento de los procedimientos para otorgar los subsidios y para otras gestiones ante dependencias del gobierno federal y, 5) programas interinstitucionales de investigación.

En el presente año se ha propuesto que los ejercicios de evaluación institucional no se realicen en forma integral y exhaustiva anualmente, sino cada 3 ó 4 años, y que cada año se informe sobre los avances en relación con los problemas detectados y las acciones para atenderlos.

En fecha próxima estarán integrados todos los Comités por área de pares académicos y los relativos a la administración y a la extensión y difusión de la cultura. La fase de arranque de estos Comités no ha sido fácil, pues se trata de una experiencia novedosa, pero es

previsible su consolidación a mediano plazo. En la Secretaría de Educación Pública se está desarrollando un proyecto para la evaluación de egresados de licenciaturas que próximamente será puesto a consideración de los rectores de las Universidades Públicas.

En la ANUIES, por otra parte, se está desarrollando un proyecto de Examen Nacional Indicativo para el Ingreso a la Licenciatura, por parte de un grupo de estudio de carácter interinstitucional. E igualmente se está desarrollando un proyecto para implantar un Programa Nacional de Superación del Personal Académico. Ambos proyectos, en versiones preliminares, están siendo revisados por los titulares de las instituciones asociadas.

En el programa Nacional de Superación del personal Académico se trata de atender al personal académico actualmente en ejercicio en las instituciones, mediante las diversas opciones del posgrado, particularmente de maestría y doctorado en el caso del personal de carrera, de manera de incrementar significativamente la proporción de académicos con posgrado en un mediano plazo. Se pretende impulsar un programa intensivo y de amplia cobertura, que permita concertar los diversos esfuerzos existentes, tanto académicos como financieros, que se realizan en las propias instituciones así como la SEP y el CONACYT. Se plantean para esto tres ámbitos de acción: el institucional, el interinstitucional a nivel regional y el nacional. De llevarse a cabo este programa, además de elevar la calidad del personal académico en cuanto a sus niveles de formación y de actualización, tendrá seguramente efectos de mejoramiento de la calidad en las diversas funciones y tareas que desempeña el personal académico: mejor enseñanza y mejores alumnos, mejores profesionales, mejor investigación y mejores programas de posgrado, mejores servicios a la comunidad. Se considera que la implantación de este programa puede ser un factor fundamental para modificar sustancialmente a la educación superior.

Por último, y en una perspectiva estratégica para mejorar la calidad de la educación superior, me parece oportuno referirme a la reforma que se ha efectuado en la ANUIES. Conviene resaltar el propio proceso de revisión y evaluación de la Asociación que realizó

un grupo ad hoc integrado por 18 titulares de instituciones asociadas y que se formalizó en la reforma del Estatuto de la ANUIES. Destacan en ese nuevo cuerpo normativo, entre otras cosas, la definición de su objeto: elevar la calidad de las instituciones asociadas; la enunciación de sus fines: 1) promover el mejoramiento de las funciones sustantivas de la educación superior, 2) representar a las instituciones asociadas para proponer y concertar políticas nacionales de educación superior y para coordinar programas y proyectos de interés general, 3) impulsar el desarrollo y consolidación de las diversas regiones del país y de las diferentes modalidades institucionales, 4) establecer mecanismos de colaboración y cooperación entre las instituciones de educación superior para la coordinación interinstitucional de programas y proyectos académicos.

Más directamente vinculados con el mejoramiento de la calidad de la educación superior, entre los objetivos de la Asociación estarían los siguientes; el estudio de los problemas y perspectivas de la educación superior y la aportación de soluciones y opciones para su desarrollo, especialmente en lo que concierne a modelos, métodos y procedimientos para su planeación y evaluación; la promoción y organización de proyectos y actividades interinstitucionales en cumplimiento de los fines de la Asociación; la organización y operación de servicios y apoyos técnicos para las instituciones asociadas; el impulso a la superación académica del personal de las instituciones de educación superior y a la difusión del conocimiento de problemas y perspectivas de este nivel educativo; el fomento de intercambio de personal académico para una mejor comunicación y realización de las tareas comunes.

Un aspecto importante de la reforma de la Asociación se ha dado a nivel de su estructura y de sus órganos. Se han creado los Consejos Especiales que agrupan a las instituciones según su carácter y naturaleza jurídica, para tratar asuntos específicos, que le son propios: el Consejo de Universidades Públicas e instituciones afines y el Consejo de Instituciones de Educación Superior Particulares.

Se ha redefinido el concepto de los Consejos Regionales, ahora como "instancias de coordinación del

trabajo regional de las instituciones asociadas", agrupadas en seis regiones: Noroeste, Noreste, Centro Occidente, Centro Sur, Sur-Sureste y Metropolitana del Distrito Federal. Entre las facultades y obligaciones de los Consejos Regionales vale la pena señalar las que se refieren a: "conocer y atender los problemas relacionados con la estructura y funcionamiento de las instituciones de la región" y a "promover el mejoramiento de las funciones de docencia, investigación y difusión y extensión de la cultura, así como las de apoyo administrativo en las instituciones de la región correspondiente. A este efecto constituirán grupos permanentes de trabajo, conformados por los responsables institucionales de estas funciones y servicios". El Consejo Nacional, definido como el órgano colegiado de dirección y articulación de la Asociación, queda ahora integrado por representantes de los Consejos Regionales, de los Consejos Especiales y del conjunto de institutos tecnológicos públicos, así como por el rector de la UNAM, el director del IPN y el propio Secretario General Ejecutivo de la Asociación.

La situación general del país está experimentando cambios de gran importancia, la situación de la globalización de la economía, la revolución del conoci-

to y de la informática, así como la exigencia ineludible de la competitividad internacional en el sector de la producción y los servicios que se plantea de manera más patente apenas ahora y de manera insoslayable con el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá, han hecho a la educación superior objeto de cuestionamiento y de críticas sobre la calidad de sus procesos y resultados. Los juicios sobre la calidad de la educación superior y los criterios y valores que sustentan esos juicios se han modificado, lo que antes parecía lo normal y natural ahora, con perspectivas distintas y con necesidades y desafíos nuevos, es objeto de preocupación creciente.

En estas condiciones es absolutamente comprensible que el eje central de esta reunión sea el de la calidad de la educación médica en México. La apertura de otros horizontes propicia condiciones para que puedan ampliarse los límites de la conciencia posible, de lo que se puede captar y pensar como posible, individual y colectivamente. Esto reviste una gran importancia para la sociedad mexicana en general, pero en particular para la educación superior y para la educación médica.



Participantes de la LXX Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina A.M.F.E.M.), A.C., Guadalajara, Jal. 5 de noviembre de 1992.

Criterios, Parámetros y Alternativas para la Certificación de Escuelas de Medicina en México

Ma. Rebeca Ambríz Chávez*

En primer lugar, deseo agradecer a los directivos de la AMFEM, y en especial, a la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, anfitriona del evento, la atenta invitación que me hicieron para participar en esta reunión tan relevante.

CONSIDERACIONES GENERALES

El tema que nos ocupa no es de fácil conceptualización, por la gran cantidad de aspectos que abarca, porque obliga a asumir una posición determinada cuyas implicaciones tan importantes, conducen a la toma de decisiones; así como porque se trata de un tema que, si bien, está presente en la mente de muchos, no se ha tocado abiertamente aún cuando se desee hacerlo.

La certificación se refiere, de manera amplia, a la acción y efecto de certificar, es decir, de dar una cosa por segura, de afirmar. Puede considerársele, en lo general, sinónimo del término acreditar, el cual se refiere a hacer algo digno de crédito o reputación, o bien, dar la seguridad de que una persona o cosa es lo que representa o parece.

Esta aseveración, aún cuando rigurosa y tomada del diccionario, podría hacernos pensar que al hablar de "certificar" tenemos la necesidad de aseverar o asegurar que nuestras instituciones realmente son instituciones educativas, no sólo lo parecen. De ahí, que surja la inquietud de preguntarnos:

¿Porqué pensar en la necesidad de certificar?

Se piensa en certificar, porque no se puede negar la pérdida del valor de nuestras instituciones frente a la sociedad, el gran cuestionamiento del que son objeto en la actualidad, tanto por parte de la sociedad en su conjunto, como por parte de las instancias federales encargadas del otorgamiento de los recursos. Estos

cuestionamientos debidos a la gran problemática que enfrentan, consecuencia lógica, entre otras cosas, de la masificación de la educación, de la falta de planeación adecuada, de la rigidez en la concepción educativa, de la búsqueda de poder, de la crisis económica de los 80's, etc., que se ha traducido en un crecimiento caótico de la población estudiantil, en un bajo nivel académico de los alumnos que ingresan, en la desarticulación de los currícula, la desactualización y desprofesionalización de la planta docente, la desvalorización del quehacer académico, la desorganización e insuficiencia de la infraestructura física y del apoyo al proceso de enseñanza-aprendizaje, en la insuficiencia de recursos económicos y en una abultada burocracia desligada de lo académico.

Aún cuando no se puedan generalizar estas circunstancias ni a la totalidad de las instituciones de educación superior del país, ni a la totalidad de las áreas que éstas abarcan, sí, una gran mayoría, sobretodo las instituciones públicas, han tenido que enfrentarla.

Concretamente, en el área médica, podemos decir que la crisis se manifiesta, tanto en el desempeño propio de la profesión, como en los procesos educativos que, en muchos casos se han orientado a la formación de individuos aptos para el trabajo a partir de aprendizajes que no van más allá del dominio cognoscitivo exigido por puestos ocupacionales y áreas de especialización, conocimientos fragmentados, que en muy corto tiempo, y de manera significativa en esta disciplina, se ven rebasados por los avances propios de la ciencia y se reflejan en la pérdida del prestigio profesional del médico, en la falta de resolución clara y certera de los problemas de salud que se le presentan, en los índices elevados de desactualización, en el rechazo a la figura del médico general y, de alguna manera, en las altas tasas de desempleo y subempleo que existen entre los profesionales de esta disciplina.

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

Es innegable, ante tales circunstancias la necesidad de recuperar la credibilidad de nuestras instituciones, retomar el papel que la educación superior ha tenido como motor del desarrollo social, en lo general, y, en lo particular, la imagen del médico, su prestigio profesional y su capacidad para cumplir como actor fundamental en esta sociedad. De alguna manera, es necesario dar una respuesta adecuada a las demandas que la sociedad, fuente de nuestro origen, nos plantea.

Al hablar de que las instituciones realmente sean lo que parecen, no se pretende con ello establecer que nuestras instituciones educativas no cumplan con su cometido o con los fines que se han planteado, es decir, que no sean válidas, sino conocer o determinar el grado de éxito que se está obteniendo o con el que se están alcanzando dichos fines; expresado en pocas palabras, la calidad con la cual se está respondiendo a las expectativas de la sociedad.

La certificación resulta, entonces, un proceso íntimamente ligado a un concepto de calidad. Lo cual la hace más complicada.

El día de ayer se ha abordado ya el tema de la calidad, con las interesantes reflexiones que los ponentes hicieron, de las cuales quisiera retomar y enfatizar algunos puntos.

En primer lugar, el término es de difícil definición; casi todos tenemos la idea de "calidad" pero es difícil esclarecerla en el papel. Sin duda, la calidad se refiere a aquellas características que hacen valioso algo a nuestra vista. Y lo valioso es algo relativo e incluso, en ocasiones subjetivo.

No se puede hablar de manera práctica o reduccionista, del término "calidad" en sentido absoluto, mucho menos cuando este término va ligado a la educación, ya que si así se hiciera, se estaría hablando en términos de un "ideal", de una perfección, que, como toda perfección es susceptible de acercamiento a él pero no de alcance, y la calidad puede ser alcanzada. Además, estaríamos partiendo de una concepción educativa universal, ideal, perfecta, válida indistintamente para todos los hombres en todas las circunstancias. Cuando que en realidad, la educación es un fenómeno social, histórica, cultural y económicamente determinado, de ahí que las diferentes posi-

ciones o puntos de vista sobre la educación, o los diferentes intereses, conduzcan, también, a conceptos diversos sobre la calidad de la educación.

La calidad no puede ser considerada como un concepto único.

Hablar de calidad implica hablar de evaluación, es decir, del establecimiento de una serie de juicios de valor. Evaluación no medición.

Así, tal y como lo señala Emilio Tenti, evaluar supone la elección y adopción de una serie de valores, de entre varios sistemas valorativos en competencia¹.

No se puede establecer un modelo único de evaluación, ni pretender parámetros similares para todas las instituciones ni concebir un esquema único de universidad, es necesario tomar en cuenta o considerar las diferencias en cuanto a estructuras sociales, culturales y económicas, en donde existe la institución.

De la misma manera que con la educación, no se puede hablar de un mismo modelo, tampoco se puede hablar de un modelo uniforme de universidad. Si bien las instituciones comparten finalidades o valores esenciales como organismos culturales formadores de los recursos humanos calificados que la sociedad necesita para su desarrollo, como instituciones responsables de la búsqueda e innovación de los conocimientos, y como instancias encargadas de la difusión de los mismos, al margen de la permanencia de sus valores esenciales, otros valores la integran, de ahí que la evaluación deba hacerse considerando la idea universal que inspira la universidad con la necesaria adaptación al ambiente social en que se ubica.

La evaluación pretende, de alguna forma, definir si la institución cumple con los fines, metas y objetivos trazados, en qué manera y si cuenta con los medios para ello.

Para hablar de calidad y de evaluación, así como para establecer comparaciones (certificar), es necesario determinar un punto de partida, o sea un marco de referencia, donde se compartan una serie de juicios a ser tomados en cuenta. Este proceso, requiere, en cierto sentido², del establecimiento de consenso, tal y como lo señala Muñoz Izquierdo², es necesario la validación de los marcos de referencia que puede utilizarse. Este mismo autor plantea, de manera ope-

racional, 4 requerimientos o criterios generales a ser cumplidos en la búsqueda de la calidad educativa, y que son:

La equidad en la distribución de las oportunidades educativas, referida, tanto al acceso a la educación superior, como a las probabilidades de permanecer en el sistema educativo y de concluir exitosamente los estudios iniciados. Esto, en nuestras instituciones públicas, donde encontramos una gran diversidad de perfiles en los educandos adquiere gran trascendencia.

La relevancia de la educación superior, que se refiere al grado en que la educación responde efectivamente a las necesidades, aspiraciones e intereses de cada uno de los sectores a los cuales se dirige, y que también atañe a la medida en que la educación se adecúa a las características y posibilidades de cada sector, de la sociedad.

La eficacia o efectividad de la educación superior, el cual por una parte, se refiere al grado en que la educación alcanza las finalidades intrínsecas a la misma, como la adquisición de determinados conocimientos, el desarrollo de ciertas actitudes y habilidades y la internalización de determinados valores. Por otra parte, se refiere al logro de ciertas finalidades extrínsecas a la educación superior, como son los objetivos de naturaleza social, económica, política y cultural que la educación también se propone alcanzar, aunque, por supuesto no en forma independiente de sus propias finalidades internas, y, por último.

La eficiencia de la educación superior, la cual se refiere a la relación obtenida entre los resultados de la educación y los recursos destinados a la misma.

EN BUSQUEDA DE LA CALIDAD DE LAS ESCUELAS DE MEDICINA

Regresando a la certificación y en relación a los antecedentes que pudieran existir en torno a este tipo de procesos, a nivel mundial, el de los Estados Unidos es uno de los más antiguos. El proceso de acreditación en este país, surge como una respuesta a una necesidad sentida de la comunidad universitaria de autorregulación, con el fin último de reforzar y mantener la

calidad de la educación superior, y merecer la confianza pública.

El modelo de acreditación norteamericano contempla dos modalidades: la institucional o regional y la especializada o por programas. La institucional se aplica a la institución completa y la otorgan seis asociaciones regionales. De manera general, pretende determinar hasta que punto la institución ha alcanzado las metas que ella misma se ha fijado. Se centra en la misión general y en los procesos propios de la universidad.

La acreditación especializada es la que se otorga a escuelas o programas profesionales ocupacionales y es otorgada por organizaciones profesionales nacionales en campos diversos, como la medicina, por ejemplo. Por su parte, evalúa de acuerdo con las normas fijadas nacionalmente para la profesión, en base a criterios cuanti y cualitativos, y en ocasiones, está muy ligada al otorgamiento de licencias para el ejercicio profesional. El proceso, por lo general, es realizado por comisiones compuestas por profesionales académicos voluntarios que desarrollan las normas y los criterios y toman las decisiones. En ocasiones, la acreditación especializada sólo es otorgada a instituciones que ya cuentan con la acreditación institucional.

El procedimiento en ambos casos es sencillo y muy similar, y puede ser considerado como una consultoría externa, éste se basa, en primera instancia en un autoestudio llevado a cabo por la institución, (autoevaluación), dicho autoestudio involucra todos los aspectos de la institución. Se analizan las fortalezas y debilidades de la institución, de acuerdo a su propia misión, fines, objetivos y metas. El autoestudio se integra a un documento que se pone a disposición de un equipo evaluador enviado por la asociación acreditadora, compuesto por pares académicos provenientes de distintos niveles y dependencias, previamente entrenado, el cual rinde un informe a la institución y a la agencia. La agencia considera el autoestudio, el informe del equipo visitante y la respuesta de la institución y toma una decisión, la cual puede ser: acreditación inicial, re-acreditación, posposición de la acreditación o acreditación con condiciones. La acre-

ditación se otorga por un período entre 5 a 10 años y es objeto de seguimiento.

Debe hacerse notar que, a decir de los autores consultados,³ el proceso es flexible, y pretende que la institución logre un conjunto acordado de estándares mínimos básicos que contemplan: los recursos, la ejecución, los resultados, pero que, de ninguna manera pretenden abarcar todos los elementos que puedan afectar la calidad de una institución.

En nuestro país, no existen antecedentes de procesos de certificación o acreditación similares, si bien, en la actualidad, y en nuestras instituciones, se han impulsado procesos de autoevaluación institucional.

No obstante dichos esfuerzos, en la mayoría de los

casos, se ha tratado de una evaluación que responde a una política gubernamental, cuantitativa, con escasa participación de las comunidades académicas y que más que una valoración pretende una medición de lo que recursos con que se cuenta.

Por otra parte, contraria a esta tendencia y, quizá en respuesta a la misma, ha surgido de la comunidad académica en general, una seria preocupación por abordar el problema de la evaluación desde otra perspectiva; del interior de las propias IES y con su participación; con el objetivo de tener un mejor conocimiento de sí mismos y, disponer de información objetiva en torno a la manera en la que se está actuando y, cumpliendo con los requerimientos de la sociedad en su conjunto. Es decir, se comienza a instaurar una verdadera "cultura de evaluación".

Dentro de esta tendencia evaluativa, y en la dinámica actual de la educación superior, las escuelas de medicina no deben ser marginadas ni marginarse. Al contrario, deben de asumir un papel protagónico que sirva de ejemplo al resto de las áreas y disciplinas. Ante la problemática tan cruda que las instituciones de educación superior enfrentan, y ante la apertura que, en diversos ámbitos, entre ellos el educativo y el de la salud, traerá el Tratado de Libre Comercio, las instituciones en lo general, y en este caso, las facultades de medicina, deben sumar esfuerzos y definir marcos de referencia, criterios y estándares mínimos de calidad a través de los cuales, las propias escuelas puedan, en un primer momento, llevar a cabo procesos de autoevaluación, o actualizar los que ya se hayan llevado a cabo, de tal manera que se cada una conozca las condiciones bajo las cuales se desarrolla el proceso educativo, el grado de adecuación del mismo a las demandas de la sociedad, el perfil profesional que están formando y los requerimientos o cambios necesarios de instaurar para alcanzar dichos estándares.

De manera simultánea y como algo imprescindible, se deberá realizar este tipo de evaluación a nivel de las instituciones de salud involucradas en el proceso educativo, no sólo en lo que se refiere a si se brinda atención de "calidad" sino en la pertinencia de los campos clínicos en relación al perfil profesional que se pretende formar.

Por otra parte, la AMFEM, como órgano colegiado que conjunta a la casi totalidad de escuelas de medicina del país, deberá asumir un papel protagónico y de liderazgo y orientar sus esfuerzos hacia la conformación y entrenamientos de grupos académicos, con buena iniciativa y disposición que puedan otorgar servicios de consultoría externa o asesoría para el apoyo de las facultades en sus procesos evaluativos, y que, paulatinamente, conformen comisiones y grupos de trabajo, que en base a un conocimiento real de la situación de la educación médica y de las condiciones institucionales, puedan avanzar en la definición de estándares mínimos de calidad que respalden el desempeño de las facultades y escuelas; considerando



casos, se ha tratado de una evaluación que responde a una política gubernamental, cuantitativa, con escasa participación de las comunidades académicas y que más que una valoración pretende una medición de lo que recursos con que se cuenta.

Por otra parte, contraria a esta tendencia y, quizá en respuesta a la misma, ha surgido de la comunidad académica en general, una seria preocupación por abordar el problema de la evaluación desde otra perspectiva; del interior de las propias IES y con su participación; con el objetivo de tener un mejor conocimiento de sí mismos y, disponer de información objetiva en torno a la manera en la que se está actuando y, cumpliendo con los requerimientos de la socie-

que, en nuestro país, existen tres tipos diferentes de instituciones: las públicas, las privadas y las de régimen militar o naval, que por sus orientaciones, persiguen fines y objetivos diferentes en la formación del médico.

En este sentido, para el establecimiento de criterios, indicadores y estándares mínimos de calidad en la formación del médico, es necesario tener siempre presente el perfil del profesional que se quiere lograr.

De esta manera, la educación médica debe ser un proceso que asegure en el educando la adquisición y el dominio crítico y constructivo de conocimientos, conocimientos significativos, que le permitan, por una parte, apropiarse de manera sólida y reflexiva del saber, y, por la otra, que impulsen en él, la capacidad para desarrollarse como agente activo de una sociedad.

Como una aproximación muy general, se enuncian una serie de factores a ser considerados importantes en términos de la calidad de la educación médica, los cuales se relacionan con 4 rubros, en los que deseamos hacer énfasis, dentro de todo el universo que influye en la educación superior, y que se refieren a: el estudiante, los docentes, el currículum o plan de estudios y los métodos de enseñanza.

En relación al estudiante, es imprescindible el establecimiento de un proceso de selección que permita conocer las capacidades, habilidades y conocimientos con que cuenta el estudiante de primer ingreso. Determinar en qué medida se acerca al perfil de ingreso de la facultad, y poder ponderar el trabajo que deberá desempeñarse para que el criterio de equidad se cumpla. Entendido, el proceso de selección no sólo como la aplicación de un examen de conocimientos, sino el análisis de la trayectoria escolar del alumno, su respuestas a cuestionarios y entrevistas, etc.

En este sentido, las IES públicas deberán enfrentar el reto que plantea contar con poblaciones disímiles e instrumentar opciones que permitan salvar las diferencias.

Como segundo punto debe considerarse el establecimiento de "numerus clausus", es decir, que cada escuela, con sentido crítico y en función de sus recursos, determine su capacidad de atención de alumnos,

y no se enfoque a la apertura total de la demanda, como un medio para la obtención de recursos económicos, en detrimento de la calidad del proceso educativo.

En tercer lugar, debe tomarse en cuenta el tiempo que el alumno otorga a su formación fuera de las horas-aula. Dentro de este marco, deberán buscarse las alternativas para estimular que el estudiante dedique mayor tiempo a su formación, tales como: cursos extracurriculares, talleres de lectura, seminarios, conferencias, actividades de laboratorio abiertas, videos, filmaciones, etc.

En lo que respecta a los docentes, se hace necesaria la recuperación del prestigio de la actividad académica, se requiere, además de las imprescindibles mejoras salariales, un proceso serio de actualización docente, no sólo en términos de didáctica general, sino en el conocimiento de los avances propios de cada disciplina y su enseñanza, con alternativas de superación que puedan facilitar, paulatinamente, con cursos flexibles y seminarios abiertos, la obtención de un grado.

Es también importante considerar el tiempo de dedicación que se tiene a la labor docente, se hace necesario que los profesores dispongan de mayor tiempo para dedicarse a la asesoría y a la investigación si bien con ello no se pretende que todos sean investigadores renombrados, si se requiere el compromiso del docente, al menos, con la investigación educativa necesaria para impulsar su labor.

El docente es el factor fundamental para proporcionar la supervisión y asesoría que los estudiantes requieren, se considera que esta actividad puede, en mucho, mejorar el proceso educativo, al acercar al alumno directamente a la experiencia profesional del maestro y permitirle atender sus demandas y deficiencias en lo particular.

En relación al plan de estudios se plantea la necesidad de que los contenidos programáticos abarquen los conocimientos que los estudiantes requerirán para cuanto tengan 30 o 40 años: estadística, salud pública, demografía, nutrición, patología del cambio y la modernización, patología derivada de la contaminación genética, alegía, etc.

Esencialmente, el curriculum deberá contemplar la formación sólida del individuo en las disciplinas básicas, la adquisición de habilidades en la aplicación de tecnología y el desarrollo de las prácticas profesionales, propias de la medicina, es decir la integración de un diagnóstico, el establecimiento de un pronóstico, de un tratamiento, etc. Así como la formación en aquellas disciplinas que le permitan crear una conciencia social, desarrollar su personalidad, y como adquirir una serie de valores y actitudes personales frente a la vida y la sociedad.

En lo referente al método de enseñanza, la práctica educativa debe orientarse de manera activa a la participación del estudiante. Debe involucrarlo, moverlo, estimularlo a tener sed de conocimiento. Recalcamos el papel tan importante de instaurar sistemas tutoriales, de grupos o individuos, que permitan una enseñanza más personalizada.

Por otra parte, tal y como lo señala Emilio Tenti, "...la enseñanza debe ser prospectiva es decir, debe anticiparse a los desarrollos exigencias y demandas sociales a los que los individuos deberán hacer frente, no ya para dotarlo de todo los instrumentos y saberes aptos para resolverlos, sino para ponerlos en las mejores condiciones frente a los futuros e inevitables aprendizajes que deberá realizar".⁴

En relación a esto, se trata de que el alumno tenga las armas suficientes para asumir y responsabilizarse de su proceso continuo de formación y actualización, y dentro de esta perspectiva, la utilización de la investigación como instrumento de enseñanza y de aprendizaje es un arma muy útil.

Además de todos los rubros antes analizados, sabemos que la disponibilidad de recursos tanto físicos como financieros, es factor indispensable para el desarrollo de la actividad educativa.

Por otro lado, sabemos que el proceso de formación del médico no ocurre únicamente en la institución educativa, sino que las instituciones de salud son escenarios imprescindibles para ella. En este sentido, el hablar de evaluación calidad y certificación se compli-ca notablemente.

Para que el proceso de evaluación de la calidad pueda ser integral, requiere considerar, también el

escenario de la institución de salud en su contexto educativo, bajo el análisis de los mismos factores: alumnos docentes, método educativo y curriculum.

Los planteamientos anteriormente expuestos, de ninguna manera hablan de un ideal inalcanzable, Aún cuando puedan parecer ambiciosos, debe considerar, que, finalmente, lo que se busca es provocar en los educandos cambios que trasciendan el dominio cognoscitivo y lleguen al desarrollo de actitudes y conductas que hagan a los estudiantes más responsables en su sociedad, más deseosos de servir, identificados con la cultura nacional, que posean altos valores estéticos, civiles y morales⁵. Y esto, no es una tarea sencilla de lograr.

Muchas gracias

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Tenti, Emilio. "Consideraciones Sociológicas sobre Calidad de la Educación". Revista de Educación Superior. No. 47 ANUIES. Julio-Septiembre de 1983. Pp. 36-59.
- (2) Muñoz Izquierdo, Carlos. "Hacia la Evaluación Integral de la Educación Superior". Revista de la Educación Superior No. 79. ANUIES. Julio-Sept 1991. Pp. 113-120.
- (3) Viñas Román, Jaime A. "La Universidad Norteamericana, el Autoestudio y la Acreditación. Un Modelo de Mejoramiento Académico. Revista de la Educación Superior No. 79. ANUIES. Julio-Sept. 1991. Pp. 21-35.
- Allen, Jack. "Sistema de Acreditación Institucional en Estados Unidos de América".
- Pocock, John W. "Reconocimiento y Acreditación de los Estudios Superiores en los Estados Unidos de América". Revista del Instituto de Investigaciones Educativas No. 28. Pp. 45-57.
- (4) Tenti, Emilio. Op. cit. Pág. 42.
- (5) Garibay Gutiérrez, Luis. "Evaluación de la Eficiencia Interna y Externa de la Educación Superior". Do-cencia Post-Secundaria. U.A.G. Vol. 13, No. 1. Enero-Abril, 1985 Pp. 63-75.

Algunas Consideraciones Sobre Criterios, Parámetros y Alternativas para una Educación de Calidad en México*

** Dr. Javier E. García de Alba García

** Dra. Ana Leticia Salcedo Rocha

** Dr. Carlos Prado Aguilar

INTRODUCCION

El proceso de formación de recursos humanos en el área médica es un asunto estratégico, y por lo tanto, de la mayor importancia para el futuro del país.

Sobre todo por la creciente incorporación de México a la economía internacional, que tendrá grandes repercusiones sobre el conjunto de la sociedad.

El sistema de salud, donde se incluye el educativo médico, no puede permanecer ajeno al cambio y debemos prever las posibles necesidades y determinantes de la transformación para enfrentarlo, sin olvidar que el problema es de desarrollo y no exclusivamente de planificación.

Por lo anterior, debe reconocerse que el país guarda un rezago importante frente al desarrollo científico y sus aplicaciones tecnológicas, lo que nos obliga a hacer un doble esfuerzo: incorporar y extender los avances del pasado y al mismo tiempo no perder los que se produzcan en el futuro.

Esta operación debe hacerse con prudencia, en virtud de las condiciones del país.

Sin embargo, no por ello debemos dar una respuesta pobre, renunciando a la formación de recursos humanos para la salud de alta calidad, críticos y responsables, debemos de buscar respuestas comprometidas, permanentes y conscientes.

LA SITUACION PRESENTE

Actualmente transitamos de un tipo de sociedad basado en rutina y la repetición, hacia otro tipo de

sociedad sustentado en el cambio, la creatividad y la innovación perennes.

El paradigma sobre el cual se apoya la medicina actual pone el acento en mantener seres humanos físicamente aptos para el trabajo y el consumo masivo, sin prestar demasiada atención, por ejemplo, a los aspectos psicológicos, lo cual explica en parte el enfoque biológico de la enfermedad y la separación del cuerpo y la mente.

a) Referente a los programas como:

1.- La relegación sin opción de la prevención y lo social.

2.- El abandono de los psicológico.

3.- La falta de métodos que adiestren los sentidos diagnósticos.

4.- Una tecnificación sin imaginación crítica.

5.- Modelos de trabajo de campo y de investigación ausentes, ajenos a funcionalizados.

b) Respecto a los profesores y estudiantes:

1.- Relación anónima maestro-alumno paciente.

2.- Improvisación docente.

3.- Ausencia de métodos de estudio.

4.- Ausencia de actitud para trabajos de equipo.

Tomando en consideración, y sobre todo, que lo más importante del proceso de formación del médico es: el alumno y su aprendizaje; de que el tiempo que invierte el actual médico en su preparación formal equivale a la cuarta parte del periodo que ejerce su profesión, y que se trata de formar médicos no tan solo en el Saber, sino también en el hacer, requerimos mejores estudiantes debidamente preparados en los niveles antecedentes, bien seleccionados, motivados y convencidos de su futura profesión.

Ahora bien, sin dejar de tener en cuenta que el problema de la Educación médica está determinado

* Distribuido en la LXX Reunión de AMFEM

** Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, Guadalajara, Jal.

por factores socio-económicos, se plantean algunas acciones al interior de nuestro sistema de enseñanza, con el fin de iniciar una reflexión.

a) Hacia los estudiantes:

1.- Información permanente y sistemática de su perfil integral de aprendizaje (sistema de vigilancia educativa), (no basta con conocer su eficiencia terminal).

2.- Fórmulas eficientes de selección.

3.- Favorecer el autoaprendizaje y la metodología de estudio e investigación.

4.- Humanización.

b) Hacia los docentes:

1.- Programas sistemáticos y permanentes de formación, aunados a una estructura que lo permita.

2.- Adiestramiento integral y multidisciplinario de su materia (enfaticando la doctrina y políticos disciplinares en relación a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

3.- Humanización.

c) Regulaciones necesarias:

1.- Mayor coordinación con el bachillerato y con el Sector Salud.

2.- Reforzamiento y remozamiento de la enseñanza de materias básicas y clínicas como un todo integral.

3.- Establecimiento de mínimos de infraestructura (aulas, laboratorios, campos clínicos, bibliotecas; salas de lectura, de esparcimiento y de superación; planta docente, trayectoria escolar, etc.)

4.- Sistemas de evaluación homogéneos

5.- Institucionalización de la Educación.

6.- Definición de compromisos concretos con los sectores público, privado y social.

NECESIDADES FUTURAS

El proceso de desarrollo social trae consigo cambios, lo cual se traduce en nuevas amenazas y desafíos a la Educación Médica de Calidad. Por lo que la medicina del futuro exigirá en base al paradigma laboral, atención de la capacidad tanto física como mental personalizada de los trabajadores, con una concepción de sistemas dinámicos, holísticos e integradores; donde la práctica diaria no tendrá fronteras

entre el consultorio y el hospital, merced a la tecnología electrónica. Ante este escenario la Educación médica del futuro requerirá:

1.- Cambiar el modelo educativo basado en la transmisión de habilidades fijas y códigos rutinarios por una reconfiguración constante del paradigma de cada disciplina.

2.- Basar en la Educación en el estudio de la historia conceptual de las disciplinas.

3.- Incorporar tempranamente a los alumnos a las tareas de investigación.

4.- Establecer sistemas de evaluación constante, congruentes con lo aprendido y lo requerido.

5.- Uso creciente de sistemas de información internacional, nacional y local.

6.- Adecuar tecnológicamente el autoaprendizaje, incorporando teoría de decisiones (causalidad y proporcionalidad como ejes).

7.- Incrementar la preparación en Salud Mental y Salud Laboral.

En suma, se requieren médicos de elevada competencia profesional, con capacidad de maniobra en situaciones de cambio e innovación, y dado que las transformaciones no se darán gratuitamente, serán precisos grandes esfuerzos institucionales y personales.

REFERENCIAS

- Narro N.J. *La Educación Médica en México*. Pp. 12-15
- Abreu L.F. *La Modernización de la Medicina Mexicana y la Educación Médica*. Pp. 25-28
- Archiga H. *Las Ciencias Biomédicas en el Siglo XXI*. Pp. 29-31
- De la Fuente J.R. *Médicos para el Futuro*. Pp. 10-11
- OPS. *Enseñanza de las Ciencias de la Salud en América Latina*. INFORME del Comité Técnico de Paltext. 1990.
- García de Alba J.E. *Apuntes de la Cátedra de Socio Antropología Médica/ La Educación Médica*. 3er. semestre. Facultad de Medicina. Universidad de Guadalajara.

In Memoriam de la Maestra Margarita Pansza

Profunda pena embarga la irreparable pérdida de la Maestra Margarita Pansza González quien falleció el 26 de julio en la ciudad de Tepic, Nayarit, donde se encontraba desempeñando tareas docentes y de investigación educativa. La maestra Pansza, en todo momento de su vida, manifestó coherencia consigo misma y con la gente que le rodeó, congruencia que se expresó en su permanente sencillez, trato amable, justicia, respeto y disponibilidad hacia los demás.

TRAYECTORIA ACADEMICA

Licenciatura en Pedagogía en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM; Maestría en Sociología en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y alumna del Doctorado en la misma Facultad.

Ingresó al Centro de Didáctica en 1973 y a partir de 1977 a la fecha se desempeñaba como investigadora y docente titular B.T.C. en el Departamento de Formación de Docentes en el Centro de Investigaciones y Servicios Educativos y como titular de la Línea de Investigación sobre Curriculum en el mismo Centro. Fue Coordinadora de Proyectos de Investigación, Secretaria de la Comisión Dictaminatoria del CISE y Presidente del Colegio de Profesores del CISE, así como docente en el posgrado de la Facultad de Derecho, Asesora del Plan A-36 de la Facultad de Medicina y actualmente se encontraba asesorando el Plan de Estudios de Diseño Industrial de la Facultad de Arquitectura de la UNAM.

A partir de marzo de 1992, fungió como Coordinadora Académica a nivel nacional de la Asociación Mexicana de Investigadores de la Educación. Participó en el equipo de investigación del Maestro Gilberto Guevara Niebla de la SEP en el Proyecto de Evaluación de la Educación Normal.

Su vasta labor de difusión universitaria la llevó a cabo a través de múltiples publicaciones, artículos, ensayos,

conferencias, asesorías, tanto institucionales como de tesis. Entre sus libros que tuvieron gran acogida y repercusión tanto en investigación educativa y formación docente, anotamos: *Fundamentación y Operatividad de la Didáctica* (en colaboración); *Pedagogía y Currículo*; *El estudiante y Hábitos de Estudio*. Un área que le interesó desarrollar fue la Epistemología Genética de Jean Piaget, de la cual se derivaron muchas publicaciones, cursos, conferencias y otros.

Fue colaboradora de diversas revistas científicas y educativas, tales como: *Perfiles Educativos*, *Biología*, *la Revista Mexicana de Educación Médica*, entre otras.



XXXVI Reunión Ordinaria de AMFEM

SEDE: Mérida, Yucatán.

FECHA: 31 de marzo, 1, 2 y 3 de abril de 1993

TEMA GENERAL: "CALIDAD DE LA

EDUCACION MEDICA. Proceso de acreditación
de las escuelas".

INAUGURACIÓN: 31 de marzo a las 20:00 horas.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS: 1, 2 y 3 de abril de
8:30 a 13:30 horas.

SESIÓN DE NEGOCIOS: 1º de abril de 16:00 horas
en adelante.

COMITE ORGANIZADOR EN MERIDA

C.P. 97240 MERIDA, YUC., MEXICO.

FAX: 24-05-54 EXT. 12

JUNE
1992

ACADEMIC MEDICINE

JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES

- Fostering Integrity in Scientific Research
Modeling the End of Mandatory Retirement For U.S.
Medical School Faculty
A Model for Training in Population-based Medicine
Characteristics of a Productive Research Setting
Difficulties of Teaching Ethics in Residencies
Matriculants and Preventive Health Requirements
Using Faculty Consensus to Develop an Ethics Course
Stress and Support for the Pregnant Resident
Students' Expectations about Minorities
AAMC Data Report: Results of the 1992 NRMP
Book Reviews

VOLUME 67 - NUMBER SIX

biomédica

REVISTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
OFICINA DE PUBLICACIONES

Avenida Eldorado, Carrera 50
Apdos. Aéreas 80080 y 80334
Santafé de Bogotá, Colombia

Valor suscripción anual (4 números):
\$ 2000 pesos colombianos



ACADEMIC MEDICINE

JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES

Please enter my subscription to **ACADEMIC MEDICINE** (published monthly):

- Individual subscription: **one year**, \$60 US, \$70 elsewhere; **two years**, \$110 US, \$130 elsewhere; **three years**, \$155 US, \$185 elsewhere.
 Student subscription \$30 per year
 Single copy \$7 US; \$8 elsewhere

I enclose payment: Check Bill me

Subscription will not begin until payment is received

Signature _____
Name _____
Title _____
Company/Hospital _____
Street Address _____
City/State/Zip _____
Country _____ Postal Code _____



ACADEMIC MEDICINE
Divisions of communications
Association of American
Medical Colleges
2450 N Street, N.W.
Washington, D.C. 20037-1126

**universidad
popular
autónoma
del estado
de puebla**

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA



**Programa Académico
1993-1944**

**Inicio de Cursos
2 de marzo de 1993**

Informes:

21 Sur 1103 Puebla, Pue.

Tels. (22) 32 71 17, 46 89 00. Ext. 18.

Fax. (22) 466 855



El Índice de revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) es un sistema de información que tiene como objetivo localizar, seleccionar, analizar, sistematizar y procesar en forma automatizada información sobre educación e investigación educativa que se publica en revistas mexicanas y extranjeras.

Su principal producto es el banco de datos que, desde su constitución en 1979 a la fecha, almacena un total de 39 000 registros, de los cuales el 64% está en idioma inglés, el 33% en español y el 3% en francés y portugués.

Esta información ha sido seleccionada de 580 títulos de revistas, localizadas en las bibliotecas de las principales instituciones educativas de la ciudad de México.

Cada registro contiene los siguientes datos:- Número de acceso

- Título del artículo
- Autor
- Título de la revista
- Volumen
- Número
- Año
- Páginas
- Biblioteca
- Descriptores o temas
- Resumen

Costos de Servicios:

	México	Extranjero
Disc. Comp.	\$500 000 M.N.	200 U.S. Dlls.
Bús. biblioteca	\$ 20 000 (hasta 100 referencias)	
Rec. de artículos	\$ 5 000	3 U.S. Dlls.

Pedidos e Información:

Centro de Investigaciones y Servicios Educativos
 Edif. Técnico CISE-SUA, Circuito Exterior,
 Ciudad Universitaria, 04510, México, D.F.
 Tel: 622-87-09 y Fax: 550-18-01

ASOCIACION MEXICANA DE INFORMATICA MEDICA

INVITACION A PARTICIPAR INFOMEDICA'93

Congreso Nacional de Aplicaciones de Informática y Computación en Medicina
 Evento Latinoamericano de Informática en Salud
 "Conocimiento y Sinergia"

INFORMES

Dr. J. Amado Espinoza
 Ing. Claudia Alcaraz
 IMM-UAG, AP-1440,
 45200 Guadalajara, Jal. MEX.
 Tel. (3) 633 42 42 Ext. 1539/1693
 Fax 633 45 04
 Dr. Guillermo Pedraza
 Centro de Cómputo.
 Fac. de Medicina UNAM
 Tel. (5) 550 52 15 Ext. 2145
 Fax (5) 548 99 48

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-pos-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 ACADEMICAS: Información acerca de eventos académicos recientemente realizados y de próxima verificación.

RESEÑAS BIBLIO-HEMEROGRAFICAS: 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 (omitendo 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 INVESTIGACION

Formación Gerencial de los Jefes de Jurisdicción Sanitaria: Campo Educativo en su Ambito de Acción.
Francisco Hernández Torres, MAH/Trene Ruiz Castro/Carlos Gerardo Godínez.

ENSAYOS Y MONOGRAFÍAS

La Importancia de la Evaluación Psicomotriz en Medicina.

Angélica Palomares Trejo/Victor A. Ruvalcaba Carvajales.

Apuates de un Modelo de Formación de Recursos Humanos en Salud.

Anita Barabtarlo y Zedanski

Desarrollo de la Inteligencia en Estudiantes de Medicina: Una Propuesta de Evaluación.

Yolanda del Socorro Saldaña Balmori

La Formación del Médico en el Área de la Educación para la Salud.

Mario García Viveres

Formación Ambiental: Conceptos Básicos y su Relación con el Campo de la Salud.

Eisenberg Wieder Rose

REUNIONES DE LA AMFEM

LXX Reunión Nacional Extraordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Discurso Inaugural.

Raúl Vargas López.

Discurso del Presidente Octavio Castillo y López

Conceptualización y Estrategias para Mejorar la Educación Superior.

Victor Martiniano Arredondo

Criterios, Parámetros y Alternativas para la Certificación de Escuelas de Medicina en México.

M^a. Rebeca Ambríz Chávez.

Algunas Consideraciones sobre Criterios, Parámetros y Alternativas para una Educación de Calidad en México.

Javier E. García de Alba García/Ana I. Icticia Saldedo Rocha/Carlos Prado Aguilar.

CARTAS A LOS EDITORES

In Memoriam de la Maestra Margarita Pansa.