

REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

1995

VOLUMEN 6

NUMERO 1



PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA
DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

ISSN 0188-2635



Revista Mexicana de Educación Médica

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. José Angel Córdova Villalobos
Dr. Enrique Aguirre Huacuja
Dr. Andrés Hernández García
Dra. Virginia Hidalgo Wong
Dr. Francisco Javier Domínguez G.
Dra. Irene Durante Montiel

CONSEJO EDITORIAL

Dr. José Manuel Alvarez Manilla
Dr. Ector Jaime Ramírez Barba
Dr. Enrique Vargas Salado
Dr. Gabriel Cortés Gallo
Dr. Ramiro Jesus Sandoval
Dr. Enrique Aguirre Huacuja
Dr. Luis Felipe Abreu
Dr. José Angel Córdova Villalobos

EDITOR

Dr. José Angel Córdova Villalobos



REVISTA MEXICANA
DE EDUCACION MEDICA



Es una publicación de la Asociación Mexicana de facultades y escuelas de Medicina
ISSN 0188-2635

Revista Mexicana de Educación Médica

PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES
Y ESCUELAS DE MEDICINA

1995, VOLUMEN 6, NUMERO 1

ISSN 0188-2635

INDICE

EDITORIAL	4
Memoria del Panel Foro "Gerencia, Calidad y Medios en la Educación Médica"	5
<i>Presentación</i> Dr. Enrique Aguirre Huacuja	
<i>Introducción al Panel</i> Dr. Ramiro Jesús Sandoval	
El Papel de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.	8
Dr. José Angel Córdova Villalobos	
Aspectos Gerenciales en Relación a la Calidad de la Educación Médica.	11
Dr. Enrique Ruelas Barajas	
Los Escenarios de la Práctica Clínica y la Calidad en la Educación Médica.	18
Dr. Joaquín López Bárcena	
El Papel de la Educación a Distancia para la Capacitación de Directivos de Alto Nivel en la Educación Médica.	20
Dr. Isidro Castro Mendoza	
FORO DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS.	23
INFORMACION PARA LOS AUTORES.	31

En la enfermedad ácido péptica

Ranisen



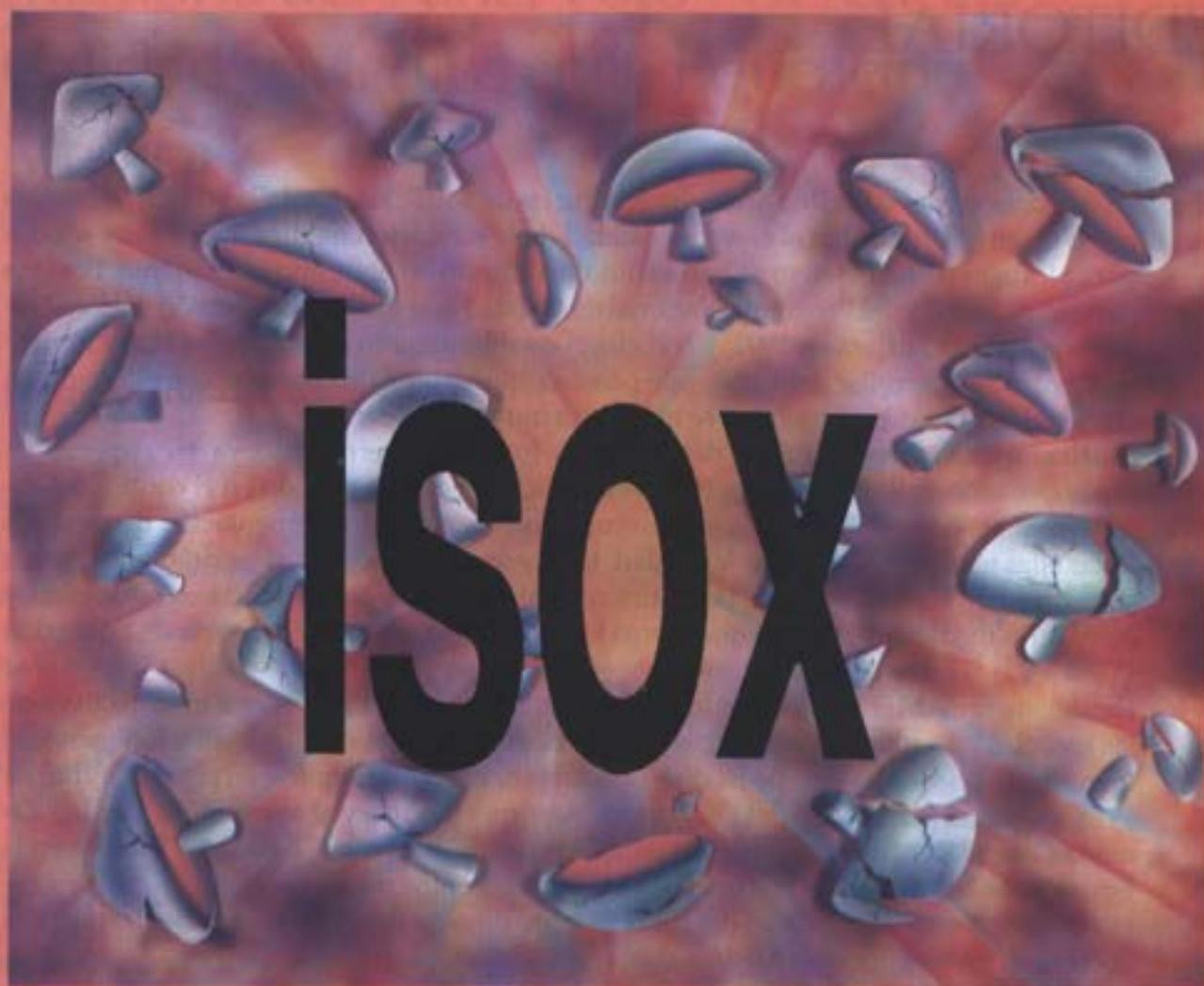
RANISEN (clorhidrato de Ranitidina) es el clorhidrato en N. [2- [5-[[[metilamino]metil]2-Furil metil]etil] N-1 metil-2-tilio-1, 3,4-tetrazolona. Posee un anillo Furano. RANISEN es un antagonista selectivo de los receptores H₂ de Histamina. Es un inhibidor de la secreción gástrica, basal o estimulada, en los animales y en el hombre. INDICACIONES: Úlcera duodenal y gástrica, Úlcera postoperatoria, Eructos por reflujo, Síndrome de Zollinger-Ellison, prevención y tratamiento del sangrado gastrointestinal superior y prevención del Síndrome por aspiración (Síndrome de Mendelsohn). USO: La dosis inicial es de un comprimido de 300 mg. por la noche o bien, un comprimido de 150 mg. dos veces al día, durante 4 semanas. El periodo de tratamiento puede llegar a 8 semanas, la dosis de mantenimiento es de un comprimido de 150 mg. por la noche. En Zollinger-Ellison pueden administrarse hasta 900 mg. al día. Administración: Directo: 50 mg. diluido en 20 ml. de solución salina, glucosada o Hartmann, en forma lenta (1-2 minutos) cada 6 u 8 horas. En el caso de la presentación con jeringa desechable, se aplica directamente en la vena, sin diluir, en un lapso de 1-2 minutos. Infusión continua: 25 mg. por hora, por 2 horas cada 6 u 8 horas diluidos en solución compatible. Dosis pediátrica: 0,125 mg. a 0,35 mg/kg/día. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al medicamento. Así como durante el Embarazo y Lactancia. PRECAUCIONES: En pacientes con insuficiencia renal severa, se recomienda la dosis terapéutica de 150 mg. por la noche durante 4-8 semanas. Al igual que otros drogas, durante el embarazo y la lactancia, deberá usarse únicamente si es estrictamente necesario. RANISEN no interactúa con drogas que son metabolizadas por el citocromo P-450. REACCIONES SECUNDARIAS: Moderadas y eventuales, cefalea en un 3%, mareo, constipación, náuseas, dolor abdominal y rash en 1%, casos ocasionales de ginecomastia, impotencia y pérdida de la libido han sido reportados pero la incidencia de estos no difiere de los casos en la población general. FORMULA: Cada comprimido contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 300 mg. y 150 mg. de Ranitidina base, excipiente c.p.p. un comprimido. Cada ampolla de 5 ml. contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. Cada jeringa desechable de 2 ml. con agua esterilizada desechable contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. PRESENTACIONES: Caja con 10 y 30 comprimidos de 300 mg. caja con 20 y 60 comprimidos de 150 mg. caja con 5 ampollas de 5 ml. de 50 mg. y caja con 1 jeringa desechable de 2 ml. agua esterilizada desechable de 50 mg.

Hecho en México por: Laboratorios SENOSIAIN, S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey No 221 Ex-Hda. Sta. Rita, Celaya, Gto.
Licencia exclusiva para México. Su venta requiere receta médica.
Reg. Núm. 26463 y 24463, S.S.A. I. Med. 508-1703/2
© Marca Registrada

Ranisen[®]
SENOSIAIN



Una Nueva Generación de Antimicóticos



Con Isox, eficacia superior al 90 %, mínima incidencia de efectos secundarios, alcanza elevadas, sostenidas y extensas concentraciones en las áreas afectadas.

Cómoda posología, con una sola cápsula al día.

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN: Cada cápsula contiene: Itraconazol, 100 mg. Excipiente c.p.p. 1 cápsula. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** ISOX está indicado en el tratamiento de Tiñas de diversa localización, causadas por dermatofitos de las especies *Trichophyton*, *Epidermophyton* o *Microsporum*. Micosis de piel y sus anexos causadas por hongos levaduriformes o mohos; Pitiriasis versicolor y micosis profundas (*Aspergillus*, *Cromomycosis*, *Esporencosis*, *Paracoccidioidomicosis*, *Coccidioidomicosis*, etc.) En el esquema de tratamiento corto están contempladas las candidiasis vaginales agudas o crónicas y recurrentes. **CONTRAINDICACIONES:** Embarazo, lactancia e hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGÉNESIS, TERATOGÉNESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Hasta el momento, en todos los estudios realizados con Itraconazol, no se han reportado alteraciones en la función de los órganos vitales ni alteración en las concentraciones séricas basales ni estimuladas de hormona luteinizante, prolactina, folículoestimulante, adrenocorticotrópica. No hubo modificación de los endógenos plasmáticos. Por esta razón, se concluyó que no se produjeron cambios asociados al medicamento en hipófisis, testículos ni adrenales. Los estudios de embriotoxicidad y teratogenicidad en ratas demostraron que 10 mg/kg no tuvieron efecto tóxico. En cuanto al potencial mutagénico del fármaco, se encontró que Itraconazol carece de dicha propiedad. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** El 5% de los pacientes tratados con ISOX pudieron reportar náuseas, pesadez, dolores y vértigo. Dichos efectos secundarios han sido de naturaleza leve y transitoria. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Hasta el momento, las interacciones conocidas del Itraconazol son con la rifampina y fenitoína ya que pueden reducir los niveles plasmáticos del primero. Por esta razón se recomienda a los pacientes que lo reciben en forma concomitante, distanciar la toma por lo menos dos horas. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS:** La biodisponibilidad oral de ISOX en pacientes oncológicos, se eleva por lo que se recomienda reducir la dosis en este tipo de pacientes. En insuficiencia renal la biodisponibilidad disminuye por lo que se recomienda ajustar la dosis. ISOX no produce efectos sobre la carcinogénesis. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral. Para el tratamiento de Tiñas de cualquier localización, causadas por dermatofitos de las especies *Trichophyton*, *Epidermophyton* o *Microsporum*. Para Micosis de la piel y sus anexos causadas por diversos hongos levaduriformes o mohos y para el tratamiento de pitiriasis versicolor o micosis profundas, se recomienda utilizar la presentación de ISOX 150. En tibia de pie y palma se recomienda continuar el tratamiento por 15 días más. Para las micosis vaginales agudas, crónicas y recurrentes se sugiere utilizar ISOX 30. En todos los casos, la toma debe hacerse junto con un alimento, de otra manera la absorción del Itraconazol puede verse disminuida. Para oncomicosis y micosis profundas, no se ha logrado establecer esquemas fijos de tratamiento. En estos casos, la dosis es de una cápsula al día y la duración del tratamiento dependerá de la respuesta del paciente. En el caso del esquema de tratamiento 3 días se recomienda tomar dos cápsulas junto con un alimento durante los días señalados. **SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL, MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS):** Hasta el momento no se han reportado casos de sobredosificación o ingesta accidental, por lo que no se dispone de información. **PRESENTACIONES:** ISOX 150 caja con 15 cápsulas de 100 mg cada una. ISOX 30 caja con 6 cápsulas de 100 mg cada una. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Conserve en lugar fresco y seco. **LÉYENDAS DE PROTECCIÓN:** Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Laboratorios Senosiain, S.A. de C.V.
Carretera a San Luis Rey No. 221
En Hacienda Sta. Rita Celaya Gto.
Reg. No. 315M89, S.S.A.
Número de autorización: AEAR-2935399 (P.P.R. Clave GEJ-1588594)

isox[®]
SENOSIAIN

S
ISOX 01-94A

EDITORIAL

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, fundada en 1957, ha tenido como objetivo primordial el elevar la calidad de la educación médica. Pasos muy sólidos para alcanzar dicho objetivo se han venido realizando en el último quinquenio. Por una parte el desarrollo del Programa Nacional de Calidad que inició en la reunión nacional celebrada en Guadalajara en 1992, y con ella el establecimiento del marco teórico y los instrumentos a desarrollar dentro de este proceso, que deberá de culminar con el Programa Nacional de Acreditación, el cual se encuentra muy cerca de iniciar.

Muchas escuelas o facultades del país han iniciado o terminado ya su ejercicio de autoevaluación, y de acuerdo a sus experiencias mucho se ha ganado en el control del desarrollo de la educación médica y consecuentemente con la implementación de medidas todas ellas tendientes a mejorar la calidad. Estas escuelas o facultades tendrán muy pronto su proceso de acreditación que permitirá constatar su nivel de excelencia en educación, y certificarlo mediante el crédito que otorga la AMFEM junto con la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud.

Paralelamente AMFEM ha iniciado un programa tendiente a capacitar a los directivos de las escuelas y facultades de medicina en los aspectos Básicos de administración gerencial de sus Instituciones y para ello ha diseñado un programa que se inició en el mes de abril de 1995, gracias al entusiasmo del Dr. Enrique Aguirre Huacuja, y al apoyo de la Unidad Zagoza de la UNAM, a través de un panel-foro sobre "Gerencia, Calidad y Medios en la Educación Médica", en dicho panel se virtieron conceptos muy importantes, que consideramos serían muy útiles hacer del conocimiento de aquellos quienes nos dedicamos a la docencia o investigación en Medicina.

Durante el panel foro se abordó el papel de la AMFEM, en cuanto a la capacitación de sus directivos y el Programa Nacional de Calidad, la situación actual de la enseñanza médica y aspectos primordiales de planeación y del proceso administrativo; posteriormente el Dr. Ruelas insistió sobre todos los aspectos básicos que fundamentan la calidad en la educación médica; el Dr. López Bárcenas abordó el tema sobre la problemática de la garantía de la calidad en la práctica clínica y los diferentes matices y variantes que ésta presenta; posteriormente el Dr. Castro Mendoza hizo un análisis sobre las posibilidades de la educación a distancia en apoyo de este programa y la bondad de este medio que permite multiplicar a los beneficiarios; al final del panel fue posible constatar el interés en el mismo, dada la gran afluencia y calidad de preguntas que fueron realizadas a los panelistas.

Este fue entonces sólo el inicio de lo que será sin duda un programa fundamental en el desarrollo de nuestra Asociación y un complemento excelente que formará parte integral del Programa Nacional de Calidad en Educación Médica.

Dr. José Angel Córdova Villalobos

Memoria del Panel-Foro "Gerencia, Calidad y Medios en la Educación Médica"

Presentación

El pasado 21 de abril de 1995, se realizó el panel-foro "Gerencia, calidad y medios en la educación médica", en la Ciudad de México.

Este evento académico estuvo organizado por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, con la colaboración de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AMFEM, AC.

Por la relevancia de los temas tratados en esta reunión, y por el interés de que los conceptos ahí vertidos puedan llegar a un sector más amplio de la población que integran los directivos de las instituciones formadoras de los futuros médicos, se pretende dejar el testimonio escrito, de lo ahí dicho, a través de la memoria impresa en la revista de Educación Médica de la AMFEM y que puede considerarse como el primer paso de toda una serie de actividades dirigidas a la formación, capacitación, actualización y profesionalización de los directivos en educación médica.

El programa que se siguió fue el presente:

Programa

10:30 — 10:40 **Inauguración**
Dr. Benny Weiss S., Director de la FES-Zaragoza.

10:40 — 11:10 **El Papel de la AMFEM en la Capacitación de Directivos de Alto Nivel en Torno al Sistema Nacional**

de Acreditación.

Dr. José Angel Córdova Villalobos, Director de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato y Vicepresidente de la AMFEM.

11:10 — 11:40 **Aspectos Gerenciales en Relación a la Calidad en la Educación Médica.**
Dr. Enrique Ruelas Barajas, Fundación Mexicana para la Salud.

11:40 — 11:55 **Receso**

12:00 — 12:30 **Los Escenarios de la Práctica Clínica y la Calidad en la Educación Médica.**
Dr. Joaquín López Bárcena, Director General de Enseñanza en Salud de la Secretaría de Salud.

12:30 — 13:00 **El Papel de la Educación a Distancia para la Capacitación de Directivos de Alto Nivel en la Educación Médica.**
Dr. Isidro Castro Mendoza, Responsable del Programa Universitario de Educación a Distancia. SUA-UNAM.

13:00 — 13:45 **Foro para Preguntas y Respuestas.**

13:45 — 14:00 **Conclusiones y Clausura.**

— Presidente de la Mesa para la conducción del panel-foro: **Dr. Ramiro Jesús Sandoval**, Presidente de la AMFEM.



Ya no es
necesario...

Ahora
eficacia
con menos
dosis

CIPROFLOX

ANTIMICROBIANO

- ◆ Bien tolerado.
- ◆ No es inactivado por enzimas.
- ◆ Carece de toxicidad auditiva, renal, hepática y ocular.
- ◆ No requiere ajustar dosis en pacientes con insuficiencia renal.



CIPROFLOX (Ciprofloxacina) cápsulas. Antimicrobiano de amplio espectro **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada cápsula contiene: Clorhidrato de ciprofloxacina monohidratado equivalente a 250 y 500 mg de ciprofloxacina. Excipiente c.p.p. 1 cápsula. **INDICACIONES:** Infecciones osteoarticulares, ginecológicas, respiratorias, de oído medio, sinusitis, de tejidos blandos, vías urinarias, de los órganos genitales, fiebre tifoidea, shigelosis y cualquier proceso infeccioso bacteriano producido por gérmenes sensibles. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a el ciprofloxacina o a otras quinolonas, menores de 18 años, embarazo y lactancia. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD, CIPROFLOX:** no produce efectos mutagénicos, teratogénicos ni sobre la fertilidad. No se ha establecido su seguridad en mujeres embarazadas. Ya que el ciprofloxacina es distribuido en leche materna y debido a que se han observado alteraciones del cartilago de crecimiento en animales de laboratorio deben evaluarse los posibles riesgos beneficios para la paciente y el producto. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Reacciones gastrointestinales (náuseas, anorexia, meteorismo, dolor abdominal, dispepsia, diarrea, vómito), del S.N.C. (cefalea, cansancio, insomnio, irritabilidad, tinnitus); hipersensibilidad (tipo rash cutáneo, prurito, fiebre); de la musculatura esquelética; cardiovasculares (taquicardia). **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO:** Bajo la administración oral, los antácidos que contienen metales reducen la absorción del ciprofloxacina. El ciprofloxacina puede aumentar el nivel sérico de teofilina con un aumento de la vida media de eliminación de esta última (por lo que se recomienda ajustar la dosis). En el uso concomitante con ciclosporina se ha observado aumento de la creatinina sérica. La administración de CIPROFLOX junto con glibenclamida puede potencializar el efecto de esta última. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS:** Como cualquier otro ácido orgánico, este fármaco debe emplearse con precaución en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas (epilépticos y/o enfermos con lesión del S.N.C.). No se ha establecido la eficacia y seguridad en pacientes pediátricos, por lo que se recomienda no utilizarlo en aquellos pacientes que no han alcanzado la pubertad. Hasta el momento no se han demostrado efectos carcinogénicos. **DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral, se han realizado diversos estudios clínicos, que revelan que dependiendo del sitio de localización de la infección, germen causal y estado clínico del paciente en cuestión se puede utilizar de 500 a 1500 mg/día de ciprofloxacina por el tiempo que juzgue necesario el clínico, dividido en dos dosis al día. Se recomienda dosis única de 500 mg en el tratamiento de Uretritis gonocócica no complicada. La duración del tratamiento debe prolongarse de 48 a 72 horas después de la desaparición de la fiebre o de los síntomas clínicos se recomienda en: Gonorrea aguda 1 día, infecciones renales, vías urinarias y cavidad abdominal 7 días, en la fase neutropénica de pacientes con defensas disminuidas, otitis media 2 reses, en infecciones por *Streptococo* y *Clamidia* 10 días y de 7 a 14 días en las otras infecciones. Se recomienda reducir la dosis si el aclaramiento de creatinina está por debajo de 20 ml/min. o cuando la creatinina sérica sea mayor de 3 mg/100 ml, se administrará la mitad de la dosis normal cada 12 horas o la dosis normal cada 24 horas. **SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS):** Hasta el momento no se han reportado, pero en caso de que se llegaran a presentar se recomiendan medidas de sostén como lavado gástrico y la administración de carbón activado. **PRESENTACIONES:** CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 250 mg. CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 500 mg. CIPROFLOX caja con 6 cápsulas de 500 mg. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Manténgase en lugar fresco y seco. **LEYENDAS DE PROTECCION:** Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por:
Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey No. 721
Ex. Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.
No. de Reg. 303M87 y 004M91 S.S.A.
Clave: GER-3029/94 AEJR-3213M95 LP.P.R.

CIPROFLOX^R
SENOSIAIN



CIPRO-01-94A

¡para la Alergia!

Astesen

Un concepto diferente en la terapia antihistaminica.

El antihistaminico "no clásico" de dosis única al día que marca una nueva era.

- Control efectivo durante 24 horas.
- Eficacia comprobada.
- Mayor potencia.
- Menor dosis.

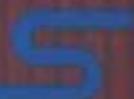
Astesen

FORMULA: Cada comprimido contiene ASTEMIZOL 10 mg. Equivalente c.s. Cada ml. de suspensión contiene ASTEMIZOL 2 mg. Equivalente c.s. **INDICACIONES:** En procesos alérgicos como rinitis y conjuntivitis alérgicas y urticaria.

CONTRAINDICACIONES: En pacientes en tratamiento con tetraciclinas, macrólidos o eritromicina. Hipersensibilidad conocida al medicamento, niños menores de 2 años, así como durante el embarazo, ya que no se ha establecido su seguridad durante estos periodos. En pacientes que sufren con insuficiencia hepática. **PRECAUCIONES DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** No se recomienda administrar Astesen durante estos periodos. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Ocasionalmente se puede presentar aumento del apetito, náuseas y flatulencia. No se recomienda sobrepasar la dosis diaria sugerida, ya que a razón de 20-30 mg/día, se han reportado efectos cardiovasculares tales como paro cardíaco irreversible, prolongación del segmento QT, taquicardia ventricular polimórfica y otras arritmias ventriculares. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:** Puede potenciar los efectos de otros antihistamínicos. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Debido a que su efecto se logra de 1 a 4 horas, por consiguiente no se recomienda su empleo en cuadros alérgicos agudos donde se precisa acción rápida. Se ha detectado que el astemizol no debe administrarse en pacientes con insuficiencia hepática, debido a la acumulación del fármaco. Hasta el momento no se han instalado datos relacionados con carcinogénesis, mutagénesis ni sobre la fertilidad. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACION:** Via de administración oral. La dosis recomendada es de un comprimido de 10 mg. al día, preferentemente antes del desayuno, niños de 6 a 12 años, la mitad de la dosis del adulto y, niños de 2 a 5 años, 1 ml. de Astesen suspensión por cada 10 kg. de peso, en una sola toma. **SOBREDOSEIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL:** El paciente que recibe una dosis excesiva, deberá estar vigilado inmediatamente y ser sometido a un monitoreo electrocardiográfico, después de realizarse lavado gástrico, ya que se han reportado arritmias tras la ingestión de dosis superiores a 200 mg. **PRESENTACIONES:** Envase con 10 comprimidos de 10 mg. de Astemizol. Envase con 30 ml. cada ml. contiene 2 mg. de Astemizol. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Conservar en lugar fresco y seco.

Hecho en México por LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. de C.V.
Calleto a San Luis Rey 221, Ex Hda. Sta. Rita Carriya, Gto.
Reg. Núm. 254M8 y 254M7, S.S.A. Clave HCA-1896293 Clave PFE-1304/P.P.R.
Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

Astesen[®]
SENOSIAIN



ASTE-07-93-A

— Vicepresidente de la Mesa para la relatoría respectiva: **Dr. Enrique Aguirre Huacuja**, miembro del Comité de Planeación de la AMFEM.

— Coordinador logístico del acto académico: **Dr. Concepción de la Torre**, miembro del Comité de Planeación de la AMFEM.

— Maestra de ceremonias: **Ana Lilia Higuera Olivero**.

El propósito del panel-foro se enuncia a continuación:

Propósito:

El reto que representa elevar la calidad en la formación de los futuros médicos, requiere conjuntar sistemáticamente una serie de elementos cuya participación eficiente, cabal y oportuna, se refleje en el cumplimiento de referencias previamente establecidos y consensados según lo establece el Sistema Nacional de Acreditación para las facultades y escuelas de medicina del país.

En este sistema y en la autoevaluación institucional que lo debe sustentar, así como en la orientación y gestión de los actos educativos, la conducción de estos procesos exige una preparación y capacitación suficiente para contender con dicho reto. Los directivos o futuros directivos requieren contar con los elementos gerenciales suficientes, así como con la identificación de los medios más pertinentes para apoyar la elevación de la calidad en la educación médica.

Es por ello que la FES-Zaragoza en colaboración con la AMFEM invitó a este panel-foro con el interés de recabar puntos de vista tendientes al análisis y posibles planteamientos para la capacitación de directivos de alto nivel en la educación médica.

Dr. Enrique Aguirre Huacuja.

Introducción al Panel

Dr. Ramiro Jesús Sandoval

Este panel-foro tiene una función muy importante a realizar, todos sabemos la gran problemática que implica la improvisación en las funciones directivas de quien dirige una escuela en un momento dado, son múltiples las circunstancias que llevan a un profesional a dirigir una escuela, pero también son

múltiples los factores que enfrentan en el momento de ejecución de las acciones que se requieren para conducir una escuela, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina esta preocupada por estos procesos, cuando nosotros trabajamos ampliamente en el diseño del Sistema Nacional de Acreditación, nos dimos cuenta de la gran responsabilidad que tiene un directivo en muchas de estas acciones y sobre todo en otorgar calidad a la formación de sus estudiantes a través del flujo de actividades docentes. Sabemos también de la gran heterogeneidad que existe en las escuelas y facultades de medicina en nuestro país, sabemos que las condiciones en las cuales se ejerce esta dirección son muy diferentes en cada una de ellas, también sabemos de la voluntad con que los nuevos directivos imprimen a su quehacer, como tales, es fundamental en relación al éxito que se pueda obtener en este proceso. Todos estos factores pueden ser en muchas ocasiones ajenos a los que la asociación misma pudiese tener ingerencia, pero sobresale uno que a nosotros nos ha preocupado más y es el que ahora abordaremos en esta reunión y se refiere a la formación, a la profesionalización de personal directivo de una escuela de medicina, esta profesionalización ha sido un sueño que hemos tenido desde hace muchos años, iniciar un proceso en el cual, los conductores de las escuelas de medicina tengan una plena formación profesional como directivos la cual tenga un carácter gerencial, que ya no sea la improvisación la que los lleve a dirigir una escuela. Tenemos un estudio en el cual la "vida media" de un director en las escuelas de medicina en el país es de aproximadamente de 2.5 años, esta duración nos hace pensar que en 2.5 años no es fácil realizar acciones relevantes en una escuela cuando hay tantas necesidades en ellas. La intención de la Asociación y de la Fundación Mexicana para la Salud es trabajar conjuntamente en un programa para el Diplomado Gerencial para Directivos de las Facultades y Escuelas de Medicina, el cual va a enfocar dos puntos importantes; por un lado la gerencia administrativa requerida en estos casos, abarcando todos los aspectos fundamentales para una buena administración y por otro, el dominio de los aspectos educativos, consideramos importante que un director conozca profundamente los procesos implicados en la formación profesional, asimismo los mecanismos del diseño curricular, la evaluación

curricular, la evaluación del aprendizaje y todos los elementos que intervengan en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la educación médica; que domine la organización de actividades para que la educación médica continuada genere una serie de acciones innovadoras de acuerdo a las necesidades y a las características de infraestructura propias de cada escuela. La idea de la AMFEM no es eliminar escuelas con el Sistema Nacional de Acreditación, sino ganar mejores escuelas con este proceso. Es por ello que se ha generado de manera paralela al Sistema Nacional de Acreditación un programa de desarrollo académico cuyo objetivo fundamental es apoyar a todas esas escuelas que en un momento inicial no poseen las condiciones para ser acreditadas y respaldarlas en todos los aspectos, incluyendo aquellos que busquen un apoyo financiero, para que, con todo ello, estas escuelas puedan obtener la acreditación conforme a lo que hemos estipulado y que consideramos fundamental para contender con

los retos de la globalización y a los que nuestro país ya se enfrenta y se enfrentará con mayor amplitud en el futuro cercano.

En este panel-foro contaremos con la presencia de distinguidas personalidades con una gran capacidad generada por los muchos años que han trabajado en el ámbito de la educación médica.

Si bien en este panel-foro se hablará del enfoque de la calidad en la ejecución de las tareas de un directivo en la educación médica, es conveniente señalar que muchos de estos parámetros incluidos en el desempeño de los directos de una escuela médica, son parámetros generales que pueden servir para los directivos de otras escuelas de otras profesiones, sobre todo las del área de la salud, y tal vez esta función que en este momento está desempeñando la AMFEM es útil como un marco para que en otras profesiones desarrollen la capacidad gerencial en sus directivos educativos.

"El Papel de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina"

Dr. José Angel Córdova Villalobos

Tradicionalmente la enseñanza de la medicina ha sido de tipo magistral, esto muy probablemente motivado por el modelo francés y en general el europeo que sirvieron como guía en la expansión de la enseñanza médica en el mundo; sin embargo la educación en el campo de la medicina ha venido experimentando una evolución radical, en el último tercio de este siglo, y esto sin duda se ha debido a la rapidez con la que actualmente fluye la información, al fácil acceso a la misma con los sistemas computarizados actuales y las amplias vías de comunicación electrónica, al conocimiento cada vez más universal de los idiomas, en fin a la facilidad de intercambios entre los académicos de diferentes países y la posibilidad de aplicación de nuevas técnicas e instrumentos docentes.

Desde el siglo pasado, la enseñanza médica en México, se ha caracterizado por su concordancia, con las principales características económicas, políticas y sociales del país, pero es innegable, que diferentes fenómenos internacionales han influido en el rumbo que ésta ha tomado; algunos de los hechos importantes a señalar han sido sin duda: la influencia inicial de la medicina francesa, posteriormente y para la segunda mitad de este siglo, la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social y el fortalecimiento de la Secretaría de Salud, el análisis flexneriano del sistema de enseñanza americano y sus repercusiones que sobre ese país tuvo y secundariamente sobre el nuestro por último al inicio de esta década la tendencia a la globalización de la economía que vino a culminar con el establecimiento del Tratado de Libre Comercio, cuyas implicaciones en los aspectos de práctica profesional, sin duda alguna hacen indispensable un análisis curricular propio y comparativo con el de los países participantes, así como también el es-

tudio comparativo de los egresados en sus diferentes niveles, de preparación, todo ello con fines de acreditación, que pueda garantizar una equivalencia en formación y calidad de la misma.

Pero la evolución y el progreso en la enseñanza médica no solamente se han apoyado en todos esos elementos que han facilitado su desarrollo, sino ahora se han retomado muchos otros conceptos tan útiles y comunes en actividades empresariales como son los aspectos de calidad, que aplican necesariamente una formación gerencial que van desde la planeación, la presupuestación, la dirección, con su supervisión y control, y la retroalimentación a través de diferentes mecanismos de evaluación, que desembocan en el conocimiento de la situación real del proceso y permiten mejorarlo.

Para llevar a cabo la realización de un programa adecuado en el manejo de una institución de educación médica, resulta indispensable el utilizar varios de los pasos que implica el proceso administrativo, al final de cuentas el objetivo final en la carrera de medicina es el lograr que el educando médico cumpla con los objetivos y perfiles establecidos desde el inicio de su formación, los cuales evidentemente deberán de adecuarse a una realidad tanto económica como social y política.

Sin embargo el primer paso que debe seguirse en un proyecto de diseño de cualquier producto, es el análisis de mercado, de las características de éste, de los requerimientos en función de las necesidades del usuario, de la distribución del producto, en fin de la calidad del mismo, y si estos principios fundamentan en buen parte el desarrollo de cualquier actividad empresarial, estos principios bien pueden, y deben aplicarse también a la actividad académica, con el fin de elevar su calidad, aun-

que evidentemente en la formación de recursos humanos, el aspecto humanístico juegue un papel preponderante y especialmente en medicina.

El conocimiento del número de médicos en nuestro país, su distribución y el crecimiento más que aritmético en cantidad en los últimos 30 años, la calidad de los egresados en función de estudios de desempeño de los mismo, debe permitirnos el contar con elementos para una mejor planeación en este aspecto. Actualmente sabemos que el egreso global de las 62 escuelas y facultades de medicina del país, está alrededor de 8,000 nuevos médicos por año, y que el número de profesionales en el país es de cerca de 185,000, lo que ha motivado un desequilibrio entre el crecimiento de la población y el del número de galenos, lo que nos ha llevado a la situación actual de la existencia de un médico por cada 500 habitantes, promedio mayor que el existente en varios países de los llamados del primer mundo como Estados Unidos, Japón o Francia, y existen otros parámetros que deben hacernos reflexionar en relación a la población médica en México, como son el hecho de que una cuarta parte de los médicos mexicanos se encuentran desempleados o subempleados (esto se refiere a más de 40,000 profesionistas) y que una tercera parte de los médicos empleados ven menos de 25 pacientes por semana; todo ello obliga a un replanteamiento de la planeación como actividad primaria en todas las escuelas y facultades de medicina, para que mediante un análisis profundo profesional y regional (o quizá estatal), se definan las necesidades de médicos por estados, tanto los médicos generales como de especialistas, las fuentes de trabajo que los egresados tendrán, tomando en cuenta que la mayoría de ellos inicialmente son ocupados por instituciones del Sector Salud, el conocer las perspectivas de crecimiento de las misma, los antecedentes regionales de crecimiento de las instituciones asistenciales privadas, en fin las posibilidades de expansión y crecimiento de la práctica privada de la profesión, a fin de no estar formando más desempleados sino profesionistas de calidad con todas las posibilidades de crecimiento y desarrollo en su futuro. Pues la garantía de ocupación indirectamente es el mayor mecanismo para evitar la falta de ética, la charlatanería, mala práctica y mejor comercialización de la práctica médica motivada en muchas ocasiones por la falta de oportunidades para que el profesionista pueda llevar al menos una vida digna.

La planeación es pues una actividad fundamental en la educación médica, y por ello en AMFEM (Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina), hemos constituido un comité que trabaja sobre aspectos fundamentales, para lograr la calidad en la educación médica, y en donde progresivamente esta cultura de previsión, implicará la toma de conciencia en las diferentes escuelas y facultades sobre la realidad del mercado, para que éste incida en la formación solamente de los profesionales que son requeridos en cada estado o región, a una planificación más completa de los recursos humanos en salud y específicamente en medicina y progresivamente también tratar de modificar los escenarios que permitan, de acuerdo probablemente a ingresos económicos una mejor distribución de los médicos dependiendo de los requerimientos de las comunidades y las ciudades.

En la AMFEM actualmente el proceso de evaluación y retroalimentación se está estructurando a través del Sistema Nacional de Acreditación, el cual implica un análisis profundo de cada una de las instituciones educativas a través de la autoevaluación, con un instrumento que ha logrado condensar mediante el consenso del 85% de los directores de las escuelas y facultades de medicina del país los 10 grupos de indicadores de calidad más importantes divididos en más de 85 estándares, los cuales incluso han sido subdivididos en 4 subtipos de acuerdo a su importancia (esenciales, necesarios a corto plazo, de calidad, y optativos), estos estándares comprenden los aspectos siguientes:

1. Bases Generales y Objetivos Educativos.
2. Gobierno y Orientación Institucional.
3. Plan de Estudios y Estructura Académica.
4. Evaluación del Proceso Educativo.
5. Alumnos.
6. Profesores.
7. Coherencia Institucional.
8. Recursos.
9. Campos Clínicos.
10. Administración.

La aplicación de este instrumento permitirá a las escuelas conocer su estado real de competencia, ya que como fue mencionado anteriormente la elaboración de los estándares resultó de un consenso de la mayoría de los directores nacionales y no fue tomado de un modelo extranjero que

eventualmente no fuese aplicable a nuestra realidad.

El conocer si nos encontramos por encima o debajo del estándar promedio o que no reunimos siquiera los criterios o estándares mínimos para ser considerados como escuela o facultad, implicará un profundo examen de conciencia, pero sobre todo un arduo trabajo, ya fundamentado sobre el conocimiento real de la situación, para alcanzar en el corto plazo al menos los estándares mínimos y progresivamente propugnar por alcanzar el nivel de excelencia.

Asimismo el conocimiento de la situación real de la institución y la detección de sus carencias permitirá contar con los instrumentos que con una base científica nos ayuden a presupuestar los costos que se requieren para complementar las deficiencias, y ser presentados ante las autoridades correspondientes y lograr de esta manera una gestoría con bases objetivas para el logro de los fines.

Evidentemente el objetivo final de la AMFEM es y ha sido el lograr la superación de la calidad de la educación médica en México, mediante una estandarización hacia el alza, hacia la calidad. Y una vez aplicado el instrumento de autoevaluación y satisfechos los criterios indispensables para ser considerados dentro del estándar promedio y con los requerimientos mínimos que garanticen la enseñanza de calidad, el siguiente paso será a través de un organismo directamente dependiente también de la AMFEM, no gubernamental, sin interés de lucro, único, el ser acreditados como facultad o escuela de medicina de calidad en la república, mediante la verificación de los diferentes aspectos analizados en el instrumento de autoevaluación y con la ayuda de diferentes verificadores, propuestos por las mismas instituciones educativas y con una representatividad universal, para lograr el mayor equilibrio, pureza y transparencia en el proceso. Esto verificadores, comprobarán entonces el cumplimiento de los requisitos por la institución y el Comité de Acreditación a través de la AMFEM otorgará esta ACREDITACION a la escuela o facultad correspondiente.

Evidentemente por ser esto un proceso activo y dinámico, el proceso de acreditación de-

berá repetirse y actualizarse con una periodicidad probablemente quinquenal que garantice la continuidad en el desarrollo y preparación de las diferentes instituciones participantes.

Por otro lado, la práctica de estas diferentes actividades administrativas, requiere del personal directivo de las diferentes instituciones de educación médica en el país, una formación gerencial, que facilite no sólo los procesos de planeación y evaluación, sino todos aquellos que complementen el proceso administrativo, dentro de una cultura de tendencia a la calidad total. Es por ello que congruentes con esta filosofía de acción hemos iniciado el desarrollo de un curso sobre gerencia, calidad y medios en la educación médica, que inicia ahora, con estas exposiciones de motivos y conceptos sobre el proceso que deseamos llevar a cabo en la enseñanza médica.

Estos cursos serán dirigidos no solamente a los directores actuales de las diferentes instituciones, sino a todos los cuadros directivos, de los cuales sin duda emanarán las personas que en años futuros tengan a su cargo la coordinación de los esfuerzos con el fin de mantener una continuidad de las acciones.

Por lo anterior, esta Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina, que cumple 38 años de existencia y que ha tenido como objetivo fundamental el mejorar la calidad de la educación médica en el país, a través de estas tres estrategias que son la planeación, a través del conocimiento y análisis de las necesidades médicas, de su distribución y desempeño al egreso; de la formación gerencial de los directivos que permita optimizar los recursos y desarrollar un proceso administrativo de primerísima calidad, más con fundamento científico que político; y la autoevaluación con la consecuente acreditación, que permitirá un conocimiento más real del estado de cosas a fin de detectar las deficiencias y atacar los problemas con fundamentos totalmente objetivos, y lograr el reconocimiento legal de la calidad de los recursos que estamos formando; estamos luchando por lograr la consecución de nuestro objetivo y que es el motivo de nuestra existencia como asociación, los resultados sin duda los podremos evaluar a corto plazo.

Aspectos gerenciales en relación a la calidad en la educación médica.

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Voy a dividir esta presentación en dos secciones, en la primera me voy a enfocar específicamente en la función de gestión; en la segunda me voy a enfocar concretamente en la dirección de la calidad.

Para hablar de la función de dirección o gestión, hay que definir primero algunos conceptos.

El primer concepto es definir el papel del directivo; ¿a quién llamamos directivo?, ¿quién es un directivo? y ¿por qué se llama así?. Tenemos entonces que hablar de las dos palabras que componen este concepto: "papel del directivo", ¿qué es un papel? y ¿qué es un directivo?. En la sociología el papel de alguien se define como un conjunto de comportamientos esperados de una persona en una posición determinada, es decir que quien es jugador de fútbol en el momento en que está en el campo de juego tenga un cierto desempeño, se comporte de cierta manera, ese es el conjunto de comportamientos esperados de alguien que se desempeña como futbolista en el campo de juego, pero si ese futbolista se va a su casa, nadie puede esperar que en la mesa del comedor se ponga a patear un balón, ése no es el comportamiento esperado de alguien que llegue a su casa y que probablemente se espera cumpla un papel de padre de familia y esposo. Entonces un papel es un conjunto de comportamientos esperados de una persona en una posición específica.

Ahora, ¿Cuál es ese conjunto de comportamientos esperados de alguien que ocupa una posición directiva?. Para ello tenemos que definir lo que llamamos director, ¿quién es el director?. Hay muchas definiciones de lo que puede enterarse como director, les voy a hablar de una de ellas que me parece muy práctica y que empieza diciendo que "un directivo es quien tiene la responsabilidad de su trabajo y del trabajo de otros", en el momento en que yo soy responsable, no sólo de mi trabajo sino del trabajo de otras personas, en ese momento puedo ser considera-

do como un directivo, ya no respondo solamente de mí, sino de otros más. En este sentido hay que identificar dos situaciones importantes, de acuerdo con esta definición, directivo es cualquier persona que además de ser responsable de su trabajo es también del trabajo de otros. Esto quiere decir que cuando hablamos de directivo, no estamos pensando exclusivamente en el director general, director, presidente o como se le quiera llamar, sea la máxima autoridad en una organización, no, directivo es cualquier persona que tiene este requisito de ser responsable del trabajo de otros, de tal manera que hay varios niveles de directivos, ésto hay que aceptarlo así, porque el directivo de más bajo rango finalmente es responsable del trabajo de su secretaria y, probablemente el de un ayudante, pero es directivo; y el que está arriba, es responsable de mucho más personas que trabajan en esa organización, finalmente, todos son directivos de diferentes niveles.

Segunda consideración: cuando hablamos de directivo, estamos hablando de la combinación de dos perfiles: un perfil de líder y un perfil de administrador, es decir, cuando hablamos de un directivo estamos hablando de la persona que debe, no siempre puede, combinar un perfil de líder con un perfil de administrador.

¿Cuáles son las diferencias? son muchas, no podríamos detenernos ahora, pero sí les puedo decir que cuando hablamos de líderes estamos hablando de personas que se caracterizan por tener una visión de largo plazo, por tener una capacidad de motivar a la gente, por tener una gran capacidad de comunicación, por tener una capacidad de retar el presente, son personas inconformes, con la situación actual, pero que además tienen esa visión de futuro y de combinar claramente esa visión de futuro, son personas capaces de conducir a un grupo humano hacia la consecución de ese futuro, ese es el líder.

Por otra parte tenemos el perfil del administrador. El administrador es el individuo que está capacitado, que tiene la vocación para cumplir objeti-

vos establecidos, no es el que reta la situación actual, es al que le dicen: hay que llegar de A a B, y sabe como llegar de A a B, no a cuestionar si B es correcto o no, sabe que tiene que llegar y debe poder llegar. El administrador vive más en el corto plazo, el líder para el largo plazo; el administrador no cuestiona el presente, lo cumple y lo cumple bien, el líder cuestiona el presente y propone. Entre estos dos perfiles no hay tipos puros, todos, en el momento en que ejercemos una función directiva, vamos mezclando los dos perfiles, algunos tienen una mayor capacidad de liderazgo y una menor administración, otros tienen una mayor capacidad administrativa y una más pobre capacidad de liderazgo. Esto uno lo ve en todos, desde el Presidente de la República para abajo. Compáren ustedes los estilos de nuestros presidentes y verán quién ha sido más líder que administrador y quién ha sido más administrador que líder y no hay que ir muchos años atrás. Ustedes en la vida cotidiana pueden ir cotejando esto.

¿De qué se trata?, de que el directivo entienda que cuando es directivo tiene que balancear estas dos dimensiones, estos dos perfiles, porque tiene que actuar como líder, tiene que conducir al grupo humano que está detrás de él y que es el que da razón de ser; es quien tiene que pensar en el futuro, quien tiene que cuestionar el presente, pero también es la persona que debe tener capacidad de ver ese presente con los detalles que le permitan ir manejando la situación cotidiana para poder avanzar. A veces se nos olvida que somos líderes y nos comportamos como administradores, a veces al revés.

En conclusión, el directivo es el personaje a quien definimos como la persona que es responsable del trabajo de sí mismo y del trabajo de otros y que debe tener la capacidad de balancear tanto el perfil de líder como el perfil de administrador, y que finalmente puede estar ubicado en diferentes niveles de la organización.

Esto es entonces el directivo y de un directivo se espera que se comporte como líder cuando tiene que ser líder, como administrador cuando tiene que ser administrador, en cualquier posición en que se encuentre. Ese es el conjunto de comportamientos esperados de un individuo en una posición de directivo.

Vamos a seguir desglosando a qué nos referimos con esos comportamientos esperados. Hasta ahora, nos hemos quedado solamente en esas dos grandes imágenes, la del administrador y la del líder, pero obviamente detrás de éstas hay una gran cantidad de comportamiento que nosotros esperamos cuando estamos ante un directivo y que cuando somos directivos debiésemos tener la capacidad de mostrar.

¿Qué significa entonces dirigir?, ya no sólo ¿qué significa ser directivo?. También hay muchas definiciones de "dirección", ustedes seguramente deben estar familiarizados con la concepción de la dirección como una parte del proceso administrativo, como lo presentaba el Dr. Córdova, esa es una posible forma de ver la dirección, sin embargo, podemos ver una dimensión más amplia de lo que es la dirección, no sólo como parte de un proceso, sino como cabeza de ese proceso, porque en realidad en el proceso administrativo están las dos cosas combinadas, yo soy quien implanto y conduzco ese proceso administrativo, pero al mismo tiempo tengo que cumplir con esa función que se llama dirección. Por ello caemos a veces en algunas incongruencias cuando vemos estos dos niveles de definición, por eso les propongo una tercera definición en donde el dirigir no es manejar todo el proceso administrativo nada más, no es, por otra parte, ocuparse en una de las funciones del proceso administrativo. Podemos dar una definición más amplia que nos abra el panorama, podríamos decir que: el dirigir o la dirección es un conjunto de procesos interactivos, determinados por la toma de decisiones en una gran medida (no siempre están determinados estos procesos por toma de decisiones aunque una gran parte sí está determinada por la toma de decisiones) y que están orientados hacia el logro de objetivos definidos. Son estos tres elementos los que podríamos considerar para definir la función de dirección: Un conjunto de procesos interactivos basados en la toma de decisiones y orientados hacia el logro de objetivos definidos. ¿Cuál es ese conjunto de procesos interactivos?, ¿A qué le llamamos procesos interactivos?. Esto es lo que constituye justamente ese papel de lo que estamos esperando del directivo: Que sea capaz de manejar esos procesos interactivos.

Permítanme hacer un paréntesis, en este momento para platicarles de un estudio que se realizó en el año de 1975, hace ya 20 años de ello y que puso en serias dudas el modelo que había prevalecido durante muchos años respecto del proceso administrativo. Tenemos que aceptar que el proceso administrativo didácticamente es un instrumento muy útil, tan útil como lo acaban de ver ejemplificado en la presentación del Dr. Córdova, sin embargo, lo que encontró el autor del estudio realizado en 1975, Henry Mintzberg, fue que ese proceso administrativo era una definición propositiva, pero no explicativa, es decir, era lo que quisiéramos que hiciera un directivo pero no es lo que hace un directivo habitualmente. Mintzberg hizo un estudio de directivos en empresas para medir el tiempo que dedicaban a las actividades que llevaban a cabo cada uno, y en resumen encontró

cosas muy interesantes, pero básicamente que, por ejemplo, un directivo cambia de actividad, en promedio cada ocho minutos, ¿esto qué quiere decir? Se dio cuenta de lo que todos quienes ejercen una función directiva a cualquier nivel, viven todos los días. El directivo toma una llamada telefónica, cuelga y entra la secretaria, le avisa que hay alguien afuera, tiene que atender a esta persona, en ese momento es cuando le llama el jefe, le pide un documento, tiene que sacar de su archivo algún documento...

El directivo es alguien que está conteniendo con mil cosas al mismo tiempo, y cuando tiene todo el trabajo encima, lo llaman a la reunión del comité, se vuelve loco, tiene que estar en un comité en donde no entiende de qué se trata, sabe a qué hora entra, no sabe a qué hora sale, ese es el directivo. Por ello Mintzberg señaló de alguna manera que el proceso administrativo está muy bien como marco conceptual, pero en realidad no opera, dice que no hay ningún directivo que siga el proceso administrativo. No hay un directivo que diga: vamos a planear los próximos 15 minutos, "señorita, que nadie me interrumpa porque voy a planear"; dentro de 15 minutos cambio y digo: "ahora voy a organizar"; luego, "salgo de mi oficina y voy a la junta para dirigir" y luego "regreso a mi oficina para evaluar", ¡No!, el proceso administrativo no se da en esa forma; por eso hablamos de un conjunto de procesos interactivos como lo es atender una llamada telefónica, hacer una llamada telefónica, ir a la reunión de un comité, platicar en el pasillo como alguien, etcétera, etcétera.

Trataremos de ir identificando en un tablero imaginario, un mapa conceptual sobre cuáles son esas variables, esos elementos que van dando sentido a los procesos interactivos, que es lo que está en el papel de los directivos. Yo les propongo que se vayan imaginando conmigo un diagrama de Venn. Vamos a ir dibujando tres círculos en este diagrama y los tres con intersección; en uno de ellos vamos a hablar del contexto externo a la organización que me compete, en el otro vamos a hablar del contexto interno, es decir la organización en la que trabajo, y en otro vamos a hablar de mis habilidades como directivo.

¿Qué hay en el contexto externo que el directivo tiene que contemplar?, ¿qué aspectos son los que tiene que estar visualizando constantemente? Un elemento son las variables demográficas de ese contexto externo, ¿cuál es el tipo de población que hay? ¿a dónde se dirigen mis servicios? Ya también el Dr. Córdova habló de las características de la profesión médica, nuestro contexto demográfico está dado por médicos, por población fundamentalmente, ese es el

contexto que yo debo estar viendo. Existen también las variables a las cuales no me puedo sustraer como las económicas, las sociales, las políticas y las tecnológicas ¿cómo se hacen las cosas fuera? ¿cómo se enseña medicina? ¿cómo se ejerce la medicina?

Es muy interesante que a partir de ese estudio de Mintzberg en el año '75, se tiene también otro artículo, más o menos por las mismas fechas; en donde también se cuestiona la visión tradicional del enfoque de sistemas, que también es muy útil, pero que se enriquece, como enfoque "continental". Este enfoque propone que en realidad los sistemas no operan en un sólo sentido, todos sabemos que las organizaciones elaboran productos que van al entorno y el entorno regresa insumos a la organización para que siga funcionando. Eso se cuestiona y se dice: hasta ahora la visión de sistemas ha sido muy pasiva, el sistema a mi me da recursos y yo le doy productos, y ¿qué tal si yo hago que ese sistema sea más sensible a mis productos? ¿qué tal si yo hago que ese sistema sea más sensible a los insumos que necesito? es decir, se trata de esperar que el sistema me regrese lo que yo necesito para vivir y que yo le produzca lo que yo creo que requiere, ¿por qué no ser más activo, más agresivo? ¿por qué no impactar el contexto externo? ¿por qué no tratar de modificar esas variables sociales, culturales, demográficas, económicas, etc.? ¿por qué no intentar modificarlas desde dentro, para que me sean más favorables?

Bajo el enfoque continental, la organización no tiene que ser pasiva, la organización tiene que ser activa y como tal, la función del director no es nada más producir adentro y vender o sacar al mercado un determinado número de estudiantes por año, ¿por qué no pensar que el directivo tenga la capacidad de influir en ese contexto externo para que le sea más favorable? y en todo caso para que sus resultados sean mejor aceptados, ó interpretar mejor ese contexto para que mis productos, mis servicios, en este caso mis estudiantes, sean más pertinentes con las necesidades y el contexto a su vez más pertinente a las mías. De esta manera, entre el contexto externo y el interno se adquiere una dinámica mucho más intensa, porque el directivo ya no está solamente respondiendo al contexto sino que se le ve como un ente activo frente a su contexto para poderlo modificar.

Creo que un ejemplo típico de lo que esto está significando es el propio ejercicio de AMFEM. En el caso de AMFEM bien pudo la asociación quedarse esperando a que la Secretaría de Salud, o la Secretaría de Educación Pública dijeran: vamos a acreditar. El mejor ejemplo de lo que ha significado

modificar el entorno o tratar de impactar el entorno, es tomar una actitud activa, antes de que cualquier cosa pase, y viendo como vienen las cosas, mejor lo hacemos nosotros, y entonces resulta que ya hay la atención de ese contexto externo hacia una organización que ha sido capaz de influir en su entorno.

También el directivo tiene que manejar el interior de su organización y ahí tenemos una serie de actividades o de variables, de funciones, como lo quieren ver, que son parte de los botones de un tablero de control imaginario que el directivo debe tener presente para ir manejando, para ir dirigiendo. Mencionemos, por qué no podemos detenernos a explicar cada uno de ellos, mencionemos algunos de estos aspectos: uno, el diseño organizacional, básicamente cuando hablamos de diseño nos estamos refiriendo a un conjunto de variables que son la definición de autoridad en la organización, definición de responsabilidades en la organización, las líneas de comunicación en la misma, los mecanismos de coordinación, los mecanismos de control, la comunicación formal, los incentivos, todo esto configura el diseño de mi organización y yo como director, tengo que ser capaz, por una parte de analizar estas variables, es decir, de hacer un análisis organizacional de manera permanente, y por otra parte, de modificar ese diseño, de tal manera que la organización se vaya comportando en la dirección en que yo quiero que vaya.

El diseño organizacional, entonces es uno de los aspectos sobre los cuales el directivo tiene que estar pendiente y es uno de los procesos interactivos que se están dando.

Déjenme aquí hacer un pequeño paréntesis para señalar por qué usamos la palabra interactivo. Ahora que hemos mencionado las variables del contexto externo y empezamos a mencionar las del interno, podrían ustedes darse cuenta que el directivo no es alguien que lleve un proceso lineal, el directivo no es alguien que decida algo porque se le antojó, aunque a veces lo hace, y que lo aplique tal como se le ocurrió y que sea totalmente independiente a lo que ocurre. Si es un buen directivo es alguien que tiene que estar percibiendo las miradas, los gestos, las cosas, y en función de eso estar conduciendo la forma de tomar sus decisiones, el grado en que implanta su decisión, la forma en que lo va haciendo. Muchas veces les habrá pasado a ustedes como directivos, que cuando piensan tomar una decisión de peso, empiezan a ver los ojos de los demás, empiezan a soltar ideas para ver cómo reacciona la gente. Esto es un proceso interactivo, porque yo influyo, a mí me influyen, yo vuelvo a influir y me vuelven a influir.

Otro elemento dentro de este conjunto del contexto interno es el desarrollo organizacional en donde hay dos grandes variables: el liderazgo y la cultura organizacional. No sólo mi desarrollo como líder, sino el desarrollo de mis colaboradores como líderes, es decir, hacer de cada colaborador, en cada nivel, un verdadero líder; por otra parte y de la mano con esto, la cultura de la organización, es decir, los valores, la tradición, que van conformando cierta forma de pensar en ese grupo humano, se sabe muy bien que el principal responsable de una cultura organizacional es el líder, él es quien permea o permite que sus valores permeen hacia la organización; podemos dar cientos de ejemplos, ustedes pueden constatar cuando hay un verdadero líder en la organización, la gente cree y se empiezan a manejar ciertos valores y cuando la fuerza del líder es importante la gente lo sigue, puede estar totalmente equivocado (lo hemos vivido en varias ocasiones en los últimos 18 años, y muy dolorosas, creemos, y de repente nos damos de frente). Pero, finalmente, fíjense en la influencia que tiene una persona, en este caso, en 85 millones de personas, imagínese la influencia que puede tener un líder en una organización de 20 personas, puede ser total, en el buen sentido o en el mal sentido, de tal manera que el directivo tiene que estar consciente que otra de las variables que va a manejar es la cultura de su organización, los valores, la tradición, la forma de pensar, la forma de actuar y que en sí mismo se van a reflejar esos valores. Si llego a las 10 de la mañana a mi oficina y regaño a todo el mundo porque tiene que llegar a las 8 de la mañana, nadie me cree, ¿dónde está el ejemplo?. El primero que tiene que llegar temprano, soy yo. Esta es la responsabilidad del líder, es la responsabilidad del directivo es esta variable que tiene que manejar.

Otro elemento es el cambio de la organización y el cambio no es algo que se instrumenta a través de decisiones concretas como decir, "mañana cada quien va a hacer tal cosa, a partir de mañana quiero que se cambie el proceso de registro de alumnos porque los pobres se pasan tres horas esperando". ¿Qué va a pasar? nada. Los cambios organizacionales no se manejan por actos de autoridad, se manejan a través de procesos interactivos de una función directiva que debe entender lo que es el cambio en una organización. ¿Cómo se debe manejar un cambio organizacional para que ese cambio tenga el efecto que yo, como directivo, y que la gente que trabaja conmigo, queremos?

El manejo del poder en la organización es otra variable. ¿Cómo manejo el poder? ¿cómo lo defino? Si el poder soy yo porque estoy en esa posición, entonces surge el energúmeno autoritario; el po-

der son todos, porque soy muy democrático, entonces surge el anárquico total ¿cómo concibo el ejercicio del poder? ¿cómo manejo el poder? ¿cómo distribuyo el poder en la organización? ¿qué tanto centralizó y qué tanto descentralizó?

Finalmente, desde luego, el manejo de recursos, es lo que vemos con mayor frecuencia de una manera más aparente; recursos financieros, materiales, físicos, la distribución de espacios. Aquí no estoy incluyendo los recursos humanos, los recursos humanos, están en la parte del desarrollo organizacional y de diseño organizacional, ahí es donde se da el manejo de los recursos humanos.

Así, tenemos construidos dos grandes conjuntos de estos procesos interactivos a los que nos hemos referido y que van conformando este mapa conceptual que a la vez puede ser el tablero del directivo. ¿Qué está en la intersección de estos dos círculos? En esta intersección están dos elementos que ya mencionó el Dr. Córdova; la planeación y la evaluación, y ¿por qué están en esta intersección? porque no tiene sentido medir mis fuerzas interiores sin que sepa hacia qué contexto externo se van a dirigir mis servicios, y conducir a mi organización hacia ello. Por eso están en esa intersección. La otra es la evaluación que va de la mano con lo anterior. Tampoco tiene sentido evaluar exclusivamente el interno sin vincularlo con lo externo. Así, vamos construyendo este mapa.

Por último, hay un tercer círculo abajo que vamos a denominar por lo pronto "habilidades directivas", que tienen que ver con el desarrollo de actividades muy concretas que me van a servir para manejar el interior de mi organización y atender el contexto externo. En este círculo están dentro otras actividades; el manejo de conflictos, negociaciones, etc. Todas estas actividades van dirigidas a manejar a mi organización hacia adentro, pero también mis relaciones con el contexto externo, luego, existen toda una serie de actividades que tienen que ver conmigo como persona, por ejemplo, el manejo del estrés, del tiempo, de la comunicación; éstos tres son el "coco" de los que en alguna u otra ocasión nos hemos desempeñado en una posición directiva, pues no nos da tiempo para hacer todo y sin embargo tiene que dar tiempo. El estrés es un componente muy importante que hay que saber manejar.

Así, tenemos que el directivo tiene que manejar procesos interactivos entre los contextos interno y externo y las habilidades que el directivo tiene que desarrollar, e insisto, no nada más un mapa para el alto directivo, éste va dirigido a todos los niveles, no es un mapa, sólo para el director, para el rector de la universidad, es un mapa para cualquier directivo de

cualquier nivel, varían los énfasis que se le dan a estas variables. Hay un estudio que ésta a su disposición, y que fue publicado en el año '90 sobre el papel del directivo en México, en hospitales mexicanos y ahí pudimos rastrear muy bien cómo varían estas funciones en diferentes tipos de organizaciones hospitalarias, en diferentes tipos de instituciones del sector público en México, IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, etc. Claro, no es el caso aplicado a educación, pero ciertamente nos da una idea de cómo difieren estas variables.

Pero decíamos que todo este esfuerzo no tiene sentido si no se dirige hacia un punto determinado, ¿para qué se le paga a un directivo? ¿para qué haga todo eso? no.

Imagínense, por último una flecha que surge de esos tres círculos y se dirige hacia un punto focal que es el desempeño organizacional.

El directivo está para conducir a la organización a dar un servicio de calidad con eficiencia y éstas son las dos últimas variables del mapa conceptual que debemos que tener muy presentes. Todo eso que estamos haciendo va dirigido hacia el desempeño de la organización y el desempeño de la organización no es otra cosa más que proporcionar, en el caso de una institución educativa, servicios de calidad con eficiencia.

Yo puedo hacer todo, y como en los exámenes, los muchachos se quejan, "es que yo estudié", —pues sí, pero sacaste cuatro, estudiaste dormido porque no se nota—. Igual pasa con el directivo, él podrá decir "es que yo hice todo", —pues sí pero tu escuela tiene una calidad pésima, con una eficiencia terrible, entonces de nada sirve lo que estás haciendo, si no enfocas tus baterías hacia los elementos centrales del desempeño; calidad con eficiencia—.

Así, ese conjunto de procesos interactivos tenemos que verlos en el contexto externo, interno, en las habilidades directivas, dirigido hacia el logro de objetivos concretos, objetivos que de alguna u otra forma concluyen en la calidad y en la eficiencia de lo que a esa organización distinga.

Para terminar esta primera sección y enfocarnos ya directamente a la calidad, les quiero decir que a partir de este enfoque contingencial también se rompe otra creencia que venía de tiempo atrás, de muchos años atrás. Se puede resumir en el dicho de que "el que es buen gallo donde quiera canta", es decir, si yo sabía administrar lo podía hacer en cualquier parte, en cualquier organización, lo mismo en un hospital, en una escuela, que en un restaurante, o en una fábrica de coches. A raíz de esta nueva escuela contingencial dice que no es tan fácil, en realidad hay

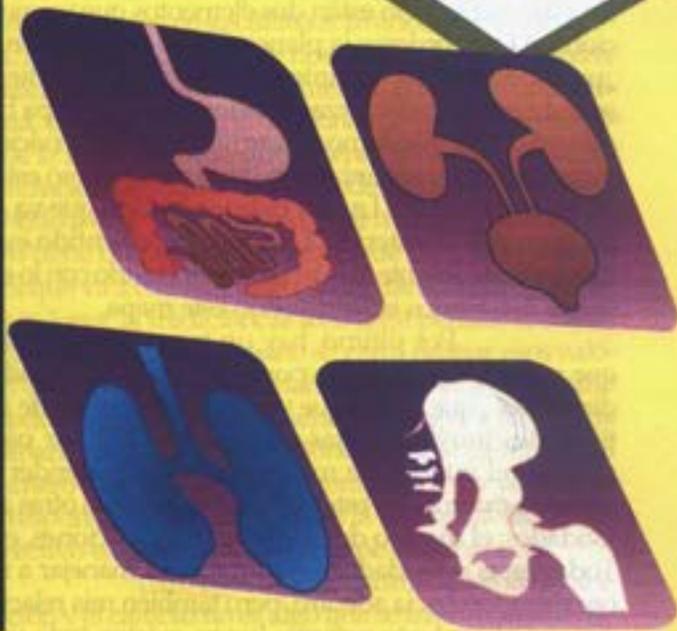
Ya no es necesario...

Ahora eficacia con menos dosis

CIPROFLOX

ANTIMICROBIANO

- ◆ Bien tolerado.
- ◆ No es inactivado por enzimas.
- ◆ Carece de toxicidad auditiva, renal, hepática y ocular.
- ◆ No requiere ajustar dosis en pacientes con insuficiencia renal.



CIPROFLOX (Ciprofloxacino) cápsulas. Antimicrobiano de amplio espectro. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada cápsula contiene: Clorhidrato de ciprofloxacino monohidratado equivalente a 250 y 500 mg de ciprofloxacino. Excipiente c.p.p. 1 cápsula. **INDICACIONES:** Infecciones osteoarticulares, ginecológicas, respiratorias, de oído medio, sinusitis, de tejidos blandos, vías urinarias, de los órganos genitales, fiebre tifoidea, shigelosis y cualquier proceso infeccioso bacteriano producido por gácteres sensibles. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a el ciprofloxacino o a otras quinolonas, menores de 18 años, embarazo y lactancia. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** CIPROFLOX no produce efectos mutagénicos, teratogénicos ni sobre la fertilidad. No se ha establecido su seguridad en mujeres embarazadas. Ya que el ciprofloxacino es distribuido en leche materna y debido a que se han observado alteraciones del cartilago de crecimiento en animales de laboratorio deben evaluarse los posibles riesgos beneficios para la paciente y el producto. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Reacciones gastrointestinales (náuseas, anorexia, meteorismo, dolor abdominal, dispepsia, diarrea, vómito), del S.N.C. (cefalea, cansancio, insomnio, irritabilidad, tinitus); hipersensibilidad (tipo rash cutáneo, prurito, fiebre); de la musculatura esquelética; cardiovasculares (taquicardia). **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO:** Bajo la administración oral, los antiácidos que contienen minerales reducen la absorción del ciprofloxacino. El ciprofloxacino puede aumentar el nivel sérico de teofilina con un aumento de la vida media de eliminación de esta última (por lo que se recomienda ajustar la dosis). En el uso concomitante con ciclosporina se ha observado aumento de la creatinina sérica. La administración de CIPROFLOX junto con glóbenarinda puede potencializar el efecto de esta última. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS:** Como cualquier otro ácido orgánico, este fármaco debe emplearse con precaución en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas (epilépticos y/o enfermos con lesión del S.N.C.). No se ha establecido la eficacia y seguridad en pacientes pediátricos, por lo que se recomienda no utilizarlo en aquellos pacientes que no han alcanzado la pubertad. Hasta el momento no se han demostrado efectos carcinogénicos. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACION:** Oral, se han realizado diversos estudios clínicos, que revelan que dependiendo del sitio de localización de la infección, germen causal y estado clínico del paciente en cuestión se puede utilizar de 500 a 1500 mg/día de ciprofloxacino por el tiempo que juzgue necesario el clínico, dividido en dos dosis al día. Se recomienda dosis única de 500 mg en el tratamiento de Uretritis gonocócica no complicada. La duración del tratamiento debe prolongarse de 48 a 72 horas después de la desaparición de la fiebre o de los síntomas clínicos se recomienda en: Gonorrea aguda 1 día, infecciones renales, vías urinarias y cavidad abdominal 7 días, en la fase neutropénica de pacientes con defensas disminuidas, osteomielitis 2 meses, en infecciones por *Streptococo* y *Clostridia* 10 días y de 7 a 14 días en las otras infecciones. Se recomienda reducir la dosis si el aclaramiento de creatinina está por debajo de 20 ml/min. o cuando la creatinina sérica sea mayor de 3 mg/100 ml, se administrará la mitad de la dosis normal cada 12 horas o la dosis normal cada 24 horas. **SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL:** MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): Hasta el momento no se han reportado, pero en caso de que se llegaran a presentar se recomiendan medidas de sostén como lavado gástrico y la administración de carbón activado. **PRESENTACIONES:** CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 250 mg. CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 500 mg. CIPROFLOX caja con 6 cápsulas de 500 mg. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Manténgase en lugar fresco y seco. **LEYENDAS DE PROTECCION:** Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por:
Laboratorio Senosiain S.A. de C.V.
Camino a San Luis Rey No. 221
Ex. Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.
No. de Regis. 303M87 y 004M91 S.S.A.
Clave: CER-302994 AEJR-3213W95 L.P.P.R.

CIPROFLOX[®]
SENOIAIN

S
CIPRO-01-84A

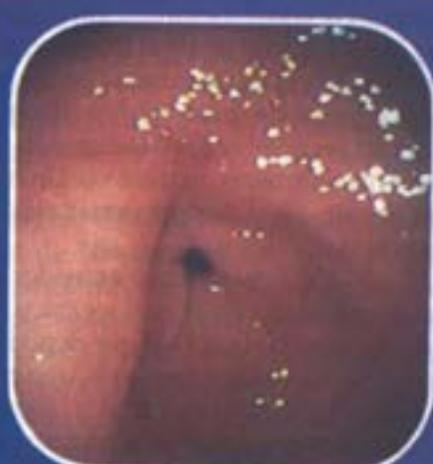
◆ Actúa exclusivamente en las células parietales del estómago, por lo que carece de efectos sistémicos.

◆ A diferencia especialmente de cimetidina, no provoca ginecomastia, impotencia, confusión ni aumento de la creatinina.

◆ Un camino diferente en la inhibición de la secreción ácida.

◆ Reduciendo el 80 % de la secreción ácida de 24 hrs.

EN LA ULCERA PEPTICA, GASTRICA O DUODENAL.



Ulsen



U L S E N (OMEPRAZOL) Cápsulas. FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN: Cada cápsula contiene: omeprazol 20 mg Excipiente c.s.p. 1 cápsula. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Esofagitis por reflujo, úlcera péptica, úlcera duodenal, Síndrome de Zollinger-Ellison y en todos aquellos estados hipersecretorios en donde se requiere el tratamiento con un fármaco bloqueador de la bomba de protones. **CONTRINDICACIONES:** Hipersensibilidad a los componentes del medicamento, embarazo. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** El uso de omeprazol en niños, embarazadas o en mujeres lactando no ha sido investigado. Como norma en todo medicamento nuevo, no se recomienda su uso en estos pacientes. Tras la terapia con omeprazol no se han observado efectos mutagénicos, teratogénicos ni sobre la fertilidad. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** omeprazol es bien tolerado y raramente causa efectos secundarios de importancia clínica, siendo los más frecuentes: diarrea, náuseas, dolor abdominal, rinitis, mareos, insomnio y parestiasias. Estos efectos generalmente fueron moderados, transitorios y no requirieron de la reducción de la dosis. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Los resultados obtenidos hasta la fecha indican que omeprazol inhibe al metabolismo oxidativo hepático (sistema P-450) de algunos fármacos metabolizados por esa vía, como la teofilina. **PRECAUCIONES Y RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS:** En pacientes con S. de Zollinger-Ellison que recibieron dosis de hasta 360 mg/día durante 4 años y a los que se les realizó biopsia de mucosa gástrica, no se observó evidencia de hiperplasia de las células endocrinas y por lo tanto de tumores carcinoides, aunque es necesario un mayor número de estudios. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** La dosis habitual para el adulto en el tratamiento de úlcera péptica ya sea gástrica o duodenal y esofagitis por reflujo es de 20 mg al día por las mañanas y continuarse el tratamiento hasta la cicatrización lo que ocurre aproximadamente en 2 a 4 semanas en las úlceras duodenales y de 4 a 8 semanas en las úlceras gástricas y esofagitis por reflujo. Para aquellos pacientes que sean resistentes, se recomienda duplicar la dosis. En el S. de Zollinger-Ellison la dosis inicial es de 60 mg al día, en estos pacientes si la dosis respondida es mayor de 80 mg al día, ésta deberá ser dividida en dos tomas. **SECRETIÓN ACIDA O INGESTA ACCIDENTAL. MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS):** Hasta el momento no se han reportado. **PRESENTACIONES:** Caja con 7 cápsulas de 20 mg cada una. Caja con 14 cápsulas de 20 mg cada una. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** El envase contiene una sustancia desecante protectora de las cápsulas, que son sensibles a la humedad, por lo que se recomienda mantener el envase siempre bien cerrado. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Llévete a exclusiva para médicos. No se debe al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por:
Laboratorio Senosiain S.A. de C.V.
Carretera a San Luis Pío No. 221
En Hacienda de Santa Fea, Celaya, Gto.
Número de Reg. 030M91 S.S.A.
Clave AEAH 29010/94 (P.F.)
Clave IEL-25861/94

Ulsen[®]
SENSIAIN

que entender el tipo de organización que estoy manejando para no cometer el error que ya vimos aquí en México hace algunos años, de un director de un hotel que fue contratado para dirigir un hospital y lo primero que hizo, fue destinar gran cantidad de dinero para modificar el lobby del hospital. No duró más de seis meses, pues los médicos se rebelaron porque en lugar de estar actualizando el equipo se puso a arreglar el lobby. Claro, el lobby está precioso, pero los equipos deteriorados. Esto no quiere decir que no haya que modificar el lobby de un hospital, sino que hay que entender el tipo de organización y a lo mejor pudo haber modificado el lobby si hubiera sabido manejar el cambio en una organización que tiene las particularidades que no tiene una fábrica de zapatos o un hotel, pues en un hotel no hay trabajando de tiempo completo ni enfermeras, ni técnicos. Un hospital es un lugar con alto nivel de profesionalización igual que una escuela de medicina.

Tenemos que entender entonces el tipo de organización en el cual estamos inmersos, y ese tipo de organización es el que denominamos organización de servicios a humanos, que es un tipo específico de organización. No voy a entrar en toda la tipología organizacional, simplemente quiero dejar sentado que todo este diagrama de Venn está enmarcado en algo que se llama organización de servicio a humanos y a éstas pertenecen las escuelas, las universidades, los hospitales y todas aquellas organizaciones que dan un servicio muy particular.

¿Qué distingue a estas organizaciones de otras? que el servicio no se le da a un bien en particular, sino que se le da a una persona en su persona, por eso se les llama organizaciones de servicio humano, porque el servicio educativo no se lo doy al perro del estudiante de medicina, o al automóvil del estudiante de medicina, ni se lo doy al estetoscopio del estudiante de medicina, el servicio se lo doy a esa persona que es un estudiante de medicina y en donde estoy tratando de modificar un atributo personal que es su nivel de educación.

Las organizaciones de servicio humano se distinguen por un lado, en que el objeto de servicio es "sui generis", el servicio se da a un atributo de una persona, en este caso su salud o su educación.

Segundo, la esencia del servicio está en la relación entre quien da el servicio y quien lo recibe. En un taller de automóviles la escuela del servicio está probablemente entre el martillo y la lámina que estoy tratando de enderezar. En un servicio educativo, no está entre el proyector y el estudiante o entre el pizarrón y el estudiante, está entre el profesor y el estudiante, ésa es la esencia del servicio educativo.

En tercer lugar, la tecnología que se utiliza no está totalmente probada como en organizaciones que producen bienes u otro tipo de servicio, donde la tecnología puede ser mucho más controlada. Ejemplo; si yo quiero perforar un pozo petrolero a 323 metros de profundidad con 45 centímetros, pues voy a llegar a ese punto; si quiero producir un motor con una capacidad de "x" caballos de fuerza, lo voy a producir con esa capacidad; pero si yo digo ¿cómo tengo que educar un estudiante? bueno, pues se trata de todas esas discusiones que ustedes viven todos los días. Es más, en este momento estoy utilizando una forma de comunicación de la cual no estoy totalmente seguro ni podría meter las manos al fuego de que logre transmitir exactamente lo que yo quiero transmitir, seguramente cada cabeza está interpretando lo que yo estoy diciendo dentro del marco conceptual que cada quien tiene en su experiencia. Este tipo de tecnología no está totalmente probada como en otro tipo de servicios, y esto hay que entenderlo y hay que manejarlo.

Por último, dos características fundamentales, los objetivos no son tan claros como en otro tipo de organizaciones, y pongo un ejemplo muy rápido: el objetivo de la escuela de medicina es formar estudiantes de medicina, pero ¿qué es formar? pues educar, y ¿qué es educar? pues modificar comportamientos, ¡no!, no nada más es modificar comportamientos y entonces entramos en el cognocitivismo y en el conductismo, y en veinte mil cosas, ¿cuál es el objetivo final? ¿formar 500 estudiantes al año? ése no es el objetivo, es una meta de productividad. La pregunta que sigue es: ¿y cómo los formas? ¿los formas bien? ¿los formas mal? ¿qué significa formarlos bien?. Entonces, el objetivo no está claro, no quiere decir que no podamos fijar objetivos, pero quiere decir que como directivos de una organización de éstas debo entender que el tipo de objetivos que manejo no lo puedo plantear como en una fábrica de zapatos. Si los objetivos no son fácilmente definibles, la evaluación tampoco es tan fácil, y ahí está la demostración de todo este esfuerzo que ha realizado AMFEM en estos últimos años para evaluar la calidad de la educación médica.

Así pues, en resumen, el papel de un directivo, el conjunto de comportamientos esperados de alguien que ocupa una posición directiva, son todos estos elementos y muchísimos más que no he podido enumerar en este momento, pero que de alguna manera se pueden resumir a través de este marco conceptual, entendiendo que ese papel no se ejerce en el vacío, sino en un punto específico de la

Los Escenarios de la Práctica Clínica y la Calidad en la Educación Médica

Dr. Joaquín López Bárcena

Los escenarios de la práctica clínica relacionados con la calidad de la educación presentan diferentes facetas, trataremos algunas de ellas con un enfoque práctico, con la intención de modificar lo que hacemos al respecto.

Esta presentación se basa en comentarios y reflexiones en relación a lo que ocurre en la práctica clínica en la formación de los médicos.

¿Cuál es el escenario real de la práctica clínica? Quisiera que no se interpretara como que todo está mal, en realidad, tiene muchas cosas buenas, muchas muy positivas que en su momento también analizaremos, pero en este caso vamos a destacar algunos de los problemas que se han planteado en esta etapa de la carrera de medicina.

Lo primero que podemos decir es que los sitios donde se desarrolló la práctica clínica para la formación de los médicos en este país, en la gran mayoría de los casos son independientes de la escuela de medicina en donde están inscritos, es decir, que las instituciones de salud son independientes de las educativas, esto ocasiona un problema de incongruencia de acciones, de objetivos y de intereses.

También ocurre que un mismo campo clínico es utilizado por más de una escuela y que la institución de salud ofrece este campo clínico en función de necesidades asistenciales. Al haber diferentes escuelas de un mismo campo clínico también hay diferentes programas educativos, en los cuales el producto esperado es el mismo, pero el proceso de formación es diferente. Sin embargo, cuando hablamos de campo clínico, estos programas educativos, se cumplen de manera parcial ya que son adecuados por la institución de salud al grado de llegar a elaborar sus propios programas, que en ocasiones ya no son a nivel institucional sino para un solo

hospital. Un hospital decide hacer su programa académico operativo para recibir alumnos independientemente de donde procedan; el alumno obviamente entra en un estado de confusión, porque él proviene de una escuela en donde le indican un programa académico que tiene que cumplir y en el campo clínico a donde llega, tiene que apegarse a otros programas académicos, esto en el mejor de los casos, en otros sucede que el alumno desconoce el programa académico de la escuela o bien este incompleto, (hay algunas escuelas cuyos programas no abarcan toda la carrera, como sucede con el internado, no tiene programa académico para ese año, entonces se lo dejan al campo clínico).

¿Qué ocurre con los profesores? el profesor está confundido, no sabe qué programa académico hay que seguir, si tiene simultáneamente tres alumnos y los tres proceden de diferente escuela, el hospital no le aclara bien qué tiene que hacer con los alumnos, entonces el diseña su propio programa.

Por otro lado, los programas, tanto los académicos como los operativos, especifican cuáles destrezas se tienen que alcanzar en la clínica, pero si se revisan dichos programas en la gran mayoría no queda claro cómo el alumno va a alcanzar esa destreza, valga el ejemplo; "el alumno aprenderá a hacer historias clínicas", pero o se especifica cuántas historias clínicas deberá hacer un alumno para alcanzar la habilidad suficiente para la anamnesis, ¿de qué manera lo va a alcanzar? no nada más es la cantidad, sino ¿cuál va a ser la metodología? lo que sucede en realidad en el campo clínico es que al alumno se le dice: "aquí está una guía de lo que se debe hacer en una historia clínica, ve a hacer la historia, y después será revisada". En otros casos nunca le revisan la historia clínica al alumno, ¿cómo las

aprendió a hacer? ¿las aprendió a hacer? Son dudas que quedan. Hay profesores del posgrado que se quejan y con mucha insistencia de que un buen número de alumnos que llegan al posgrado no saben hacer una historia clínica. Entonces tal vez esta falta de especificidad en cuanto a lo que se tiene que lograr influye en alguna medida. Es de hacer notar que en general el alumno aprende cómo obtener la información a través del interrogatorio y el examen físico pero no aprende a utilizar esa información, a ordenarla, a priorizar, a planear hipótesis, proponer cómo comprobarlas y tomar decisiones, o sea no aprende a utilizar el proceso de razonamiento clínico. Los alumnos tienen, en los horarios distribuidos en los hospitales, un modelo muy utilizado, reciben una clase teórica en la mañana a una primera hora, después realizan lo que se llama práctica clínica, las siguientes tres o cuatro horas y luego tienen otras actividades teóricas, pero en esa práctica clínica no está bien definido lo que tienen que hacer desde el punto de vista académico, a veces se señala que tiene que transcribir las indicaciones, que tiene que pasar visita, acompañar al profesor, llevar las solicitudes de los estudios, y otras acciones no relacionadas necesariamente con el aprendizaje de la medicina como tal.

¿Qué podemos hacer para solucionar esto? los cambios no pueden ocurrir por mandato, ni de la noche a la mañana, esto es un proceso y un proceso que tenemos que hacer conjuntamente, todos tenemos que trabajar en ello para lograr concretar esta modificación tratando de alcanzar la calidad total.

Son muy contados los sitios donde se han modificado las estrategias y las técnicas educativas, que se utilizan en los campos clínicos, la gran mayoría sigue una enseñanza tradicional y con tradicional quiero decir con cierta inercia desde hace más de treinta años. Los profesores quejándose cada vez más de que el alumno no aprende clínica, pero también la enseñanza y la estrategia educativa sigue siendo la misma.

Si no hay un cambio en el procedimiento, es difícil que se espere un cambio en el producto. Ante este planteamiento, es recomendable en primer término, que se elaboren o que se actualicen los convenios de las escuelas de medicina y las instituciones de salud especificando las responsabilidades mutuas en el área de la docencia. Hay que

dejar bien claro que las escuelas son las responsables de los programas académicos, no tiene porque dejarse esto a las instituciones de salud, éstas tienen otras funciones, podrán colaborar en el desarrollo de programas académicos, pero se insiste, es una función de las escuelas. Las instituciones de salud tendrán que elaborar los programas operativos, ya que es ahí donde se realizan las acciones, estos programas operativos, estarán en congruencia con los programas académicos, con los recursos y limitaciones. Ambos programas deben someterse a una revisión periódica y deben actualizarse conservando una situación más o menos homogénea, no debemos perder de vista el contexto en el que estamos, no solamente como escuela, como estado o como país, sino también a nivel internacional.

En segundo término debe considerarse que actualmente existen innovaciones educativas que han ocurrido en el campo de la medicina a nivel internacional. Estamos de acuerdo que no todas son adaptables a nuestro medio, como debemos conocerlas y generar los propios; sin permanecer como en una isla independientes de todo lo que está pasando en el resto del mundo. Debemos estar en contacto con el contexto mundial. En Edimburgo se han realizado dos reuniones, una en 1988 y otra en 1993, asistieron los preocupados por la educación médica, entre las recomendaciones que emanaron de estas dos reuniones, existe una importante atención a la práctica clínica de la medicina. Se destaca la problemática que existe entre las instituciones educativas y las asistenciales y que esta combinación, debe funcionar de una manera más armónica. Otro aspecto relevante que se señaló es que debemos capacitar a los docentes como educadores. América envió una propuesta para la segunda conferencia, en donde se destacó que deben considerarse las situaciones político-económicas de los países y ajustar los programas a sus propias necesidades sociales. Nuestro país así debe considerarlo y creo que somos responsables de que se produzcan cambios en la educación médica en los próximos cinco años.

Hay que valorar los campos clínicos, pero en función del cumplimiento de los programas tanto académicos como los operativos, no ver las necesidades asistenciales solamente como se ha hecho hasta ahora, los alumnos no son sustitutos del personal de base de los hospitales, los hospitales deben ser autosuficientes, y capaces de satisfacer

El Papel de la Educación a Distancia para la Capacitación de Directivos de Alto Nivel en la Educación Médica.

Dr. Isidro Castro Mendoza.

Presentamos un proyecto que puede ser respuesta al tema que me solicitaron en relación

al papel de la educación a distancia en la formación de los directivos de alto nivel en la educación médica. Mientras escuchaba a alguno de los panelistas que me antecedieron recordé lo que decía Jesús Reyes Heróles: "Educar a un hombre cuesta mucho, pero no educarlo cuesta más" y cuando este hombre tiene que tomar una responsabilidad de director educativo y no se prepara para esa responsabilidad creo que esto resulta sumamente peligroso, ya que el pretexto generalmente que se tiene es: —no tengo tiempo, tengo muchas ocupaciones que hacer—, y pensamos que el dirigir algo nos da la autoridad de saber hacer todo, y a veces es cierto que esto sucede, que se genera esta capacidad, pero en otros casos no. Los que trabajamos en un sistema, que se llama Sistema Universitario para la Educación a Distancia, en otros países conocido simplemente como educación a distancia o abierta, en otros Open University, creemos que ésta puede ser una respuesta, no nada más a nivel directivo, sino para cualquier persona interesada en una educación continua, que no diría es una meta de cualquier profesional.

La metodología a distancia es una innovación educativa que ofrece alternativas pedagógicas nunca antes disponibles, sus estructuras educativas, la metodología para el aprendizaje a distancia y la utilización de una amplia gama de medios de comunicación, todo ello caracterizado por una gran flexibilidad, permite una mayor autonomía individual y genera toda una gama de posibilidades para formar individuos críticos, creativos, participativos, directos al aprendizaje que los convierte en agentes dinámicos del cambio. La universalidad, la UNAM, tiene experiencia sobre metodología de educación a distancia de aproximadamente 23 años, es un sistema que se inició en 1972, cuando se tuvo una gran demanda de estudiantes y con el propósito de extender la educación a

sectores más amplios de la población con el empleo de métodos teórico-prácticos que aseguraran un alto nivel en la calidad de la enseñanza y a partir de entonces, con el apoyo de la investigación educativa y el uso de los medios de comunicación se ha consolidado esta metodología donde se recuperan los beneficios de la educación presencial como la cátedra y el libro y se incorpora el material didáctico y la asesoría que son elementos pedagógicos innovadores que permiten el autoestudio en cualquier lugar y hora. Como metodología a distancia, ésta consiste fundamentalmente en la utilización de un material didáctico y en la actividad del asesor, ambos interactuando con el estudiante a través de los medios de comunicación. Dentro de la educación a distancia el estudiante es un individuo que aspira a lograr su formación y actualización mediante un proceso de aprendizaje independiente y multidisciplinario que le proporciona los elementos para influir en su entorno social y cultural, para ello deberá programar sus actividades de aprendizaje y aprender responsablemente cumpliendo esto. Por su parte, el material didáctico constituye el enlace primordial en la relación asesor-estudiante acercando a éste a las fuentes del conocimiento y facilitándole su acceso de manera autónoma. Este material es elaborado por expertos de cualquier institución de educación, especialistas en pedagogía, correctores de estilo, diseño gráfico y un cuerpo que dictamina el nivel académico para el cual debe destinarse este material. Esta es una somera introducción de lo que el Sistema de Universidad Abierta SUA, puede ofrecer, otra sigla corresponde al PUED, Programa Universitario para la Educación a Distancia. ¿Cuál sería la diferencia? entre este sistema y el presencial. Se tendría que hacer un análisis para apreciar su impacto de lo que este sistema ha representado en la universidad. Si somos autocríticos debemos señalar que en México a semejanza de muchos otros países de Latinoamérica, la metodología educativa predominante es la de conferencia, por parte del profesor y el alumno es receptor

de esa información. El profesor que estudia algo, cuando lo estudia, llega al salón de clases y hace un resumen de lo que él estudió, el alumno toma un resumen de lo que el profesor dijo, para hacer un resumen que presenta el día de la evaluación, y hemos formado alumnos para que pasen exámenes, no para aprender.

Este es el problema más grande con el que se enfrenta el Sistema de Universidad Abierta, porque aquí no hay un profesor directamente relacionado con el alumno que lo vigile, no hay un horario establecido por el profesor, este horario lo establece el propio alumno, no hay una asesoría directa, es decir, no se puede ir con el profesor a preguntarle lo que no me quedó claro, no hay una presión del grupo de asistentes. Aquí se necesita una autodisciplina y una responsabilidad definida, quien no tenga esto va a fracasar, no por el sistema, sino porque él no está preparado para ese sistema. Posiblemente esto sería uno de los grandes cuestionamientos que tendríamos que buscarle alternativas de solución y esto lo tenemos en el análisis realizado en las nueve dependencias universitarias donde el sistema opera. Los dos con mejores resultados han sido, en el área de enfermería, donde todas las personas involucradas en este proceso están adscritas a un lugar de trabajo y tienen la necesidad de obtener un título para mantener este puesto. Algunas que ya tienen el nivel técnico quieren ascender al nivel licenciatura y también es un gran aliciente porque repercute en su fuente de trabajo. El otro gran ejemplo en el área de medicina veterinaria donde la universidad abierta la iniciaron a nivel del posgrado, en las especialidades, donde el alumno está trabajando en su campo donde han detectado sus carencias y quiere superarlas. El éxito, en ambas áreas es de aproximadamente del 80%, en la universidad son cifras muy elevadas, no lo tenemos en aquellas áreas donde el estudiante cursa la licenciatura, donde tenemos tal vez una mala vocación profesional, son muchachos de aproximadamente 18 años de edad en promedio y los que ingresan, también pueden haber muchos otros factores que los distraen y obviamente no siguen una disciplina, no quisiera que el estudiante fuera el único culpable de este fracaso, es también factible que el material con el que se cuenta no sea el idóneo para que este proceso educativo se lleve a cabo, tampoco hay un grupo fuerte de especialistas en escribir para la universidad abierta. Quisiera ejemplificar un poco más de lo que he mencionado, con un proyecto que se acaba de aprobar y es el PUED y con ello aclarar más estas situaciones.

Se ha discutido fuertemente si el Sistema Abierto debería permanecer o debería ser cancelado,

sin embargo la Universidad lo considera como el proyecto académico más importante de este país con una gran riqueza, posiblemente la universidad tenga diariamente unos 300 cursos de educación continua, y a veces no sabemos lo que está sucediendo al otro lado de la pared. Entonces se pensó que toda esta riqueza debería ser puesta al servicio de la sociedad, que finalmente es la que apoya con sus recursos a la UNAM y se creó el Programa de la Universidad para la educación a distancia; su misión es poner al servicio de la sociedad en general la riqueza académica, cultural y de servicio que posee la UNAM, se va a instrumentar a través de los denominados tele-campus, asociaciones de profesionales, etc. y que cuenten con facilidades físicas, donde puedan recibir la asesoría a través del sistema de comunicación elegido por ellos, fax, teléfono, correo electrónico, teleconferencias. El telecampus de la UNAM es un sistema flexible de servicios académicos que tiene como fin extender la educación, la investigación, la difusión de la cultura para atender con excelencia las necesidades sociales de formación, actualización y capacitación a nivel nacional, e internacional utilizando los servicios académicos e infraestructura de la UNAM, mediante un esquema de unidades descentralizadas de operación dinámica que favorece la aplicación de recursos tecnológicos innovadores, su incorporación a la metodología de educación a distancia y la generación de sus propios recursos financieros para lograr sus propósitos. Una de las fundamentaciones de este programa es que debe ser autofinanciable en cualquiera de los proyectos que se ejerzan. El objetivo es favorecer la difusión oportuna de los avances y resultados de investigación y la generación del conocimiento y la educación artística.

A diferencia de lo que se ha venido haciendo en la UNAM, el programa no va a crear, valga la redundancia, programas, la idea es detectar una necesidad, que esta necesidad se le plantea al PUED y que éste busque una solución a esta necesidad que puede ser a través de cursos, diplomados, seminarios, conferencias, lo que sea necesario. No es la UNAM, la que ofrece un proyecto, es la UNAM la que ofrece una solución a un problema. Hay que escribir el material didáctico y hay que tener un asesor para ese material didáctico, la diferencia fundamental entre un profesor, como lo conocemos y un asesor es que éste no va a dictar la clase, es que va a aclarar las dudas que surjan en el alumno a partir de la lectura previa de dicho material. Así funciona la asesoría. Hay que tener un medio de comunicación, el que ustedes gusten, desde los más simples hasta los más complicados y algo importantísimo y que seguimos? enfatizando, es

el sistema de evaluación que es un sistema del cual algunas personas piensan que por estar a distancia le va a ser fácil, va a ser más simple, pero no necesariamente es así, tampoco se le resta la formalidad que le corresponde.

El diseño del material también representa un problema, hay gente que escribe pero que no lo sabe hacer pedagógicamente como se solicita para este programa, ¿qué queremos con esto?. El alumno para que pueda tener una retroalimentación, que, generalmente cuando estamos en una clase presencial, la tiene porque el profesor le pregunte, o porque hay un intercambio de opiniones, en este sistema no; el alumno está solo, en su casa, en su laboratorio, en su oficina, donde el guste, por eso el material didáctico tiene que estar planteado de tal forma que el alumno se autoevalúe para poder continuar con el siguiente tema. Por eso debe haber una gran conciencia, porque hasta este momento el profesor no sabe si la autoevaluación que le permite el alumno la hizo porque sabía, porque copió de un libro, porque le preguntó a un amigo. El alumno debe convertirse en su propio juez, eso se envía por el medio de comunicación seleccionando al profesor y se le regresa la respuesta, al final hay una sola evaluación presencial donde el asesor o los asesores deberán confirmar que todo ese proceso que el alumno ha dicho saber hacer es realmente confirmado para poder otorgarle la constancia a la que es acreedor. El material didáctico tiene que estar diseñado de tal manera para llevar al alumno prácticamente de la mano y además con indicaciones muy precisas, al iniciar un curso el alumno deberá acudir a la parte introductoria donde se explican qué antecedentes se deben tener para entender lo que empieza a leer y asimismo cómo va a desarrollarse este programa.

Las asesorías pueden ser individuales o pueden impartirse de manera grupal, pueden ser presenciales o pueden ser a distancia, la filosofía del sistema las indica a distancia para que el alumno no tenga que trasladarse a la zona a donde el profesor se encuentra. En nuestra experiencia que tenemos en la UNAM, hemos encontrado que la asesoría grupal resulta más enriquecedora, que la asesoría individual, porque para plantear el alumno sus dudas de manera grupal, se fija la fecha y la hora en que van a reunirse en cierto lugar y habrá un coordinador académico que sistematiza las preguntas, las jerarquiza y entre ellos mismos se establezca una discusión que enriquezca el tema y al final de esto las dudas se le pasarán al asesor, por eso es que los medios de comunicación juegan un papel decisivo en este sistema. Esto enriquece mucho la presentación del programa y realmente nos ha dado el mejor resultado.

Otro problema que se nos presenta es la tecnología que tenemos que utilizar en los diversos niveles donde ofrecemos nuestros programas, sin embargo, esto no debe presentar para nadie un obstáculo, porque la infraestructura que la universidad mantiene es de tal naturaleza que puede asesorar desde por correo hasta por satélite, si esta fuera la necesidad.

El material didáctico mínimo indispensable es impreso, después un apoyo audiovisual que enriquece mucho lo que el alumno vaya a hacer y finalmente el medio electrónico que es lo último que está de moda. Sin embargo puede utilizarse por correo, teléfono y fax, que son los que prevalecen más en este país, correo electrónico, imagen vía satélite, red de información y multimedia, esto será en relación a un presupuesto que se tiene que invertir.

Algunos de los ejemplos que hemos utilizado es la audiokonferencia que es lo más económico, un grupo de individuos se reúne con un aparato que se llama audicom, que no es más que un micrófono elevado que capta toda la ambientación y la manda al asesor y el contesta. Lo más sofisticado, que ustedes con frecuencia lo ven en la televisión, es la video conferencia, es decir el asesor puede enviar la imagen vía satélite, el alumno la recibe, pero también el alumno podría enviar su imagen de regreso, esto es factible, la universidad tiene esta infraestructura, algunos telecampus no los tendrán, es cuestión de crearlos y esto es como tener una clase exclusivamente a través de la televisión.

Para terminar, el sistema de evaluación que ya había explicado anteriormente, es autoevaluación formativa, y la del asesor, nosotros sugerimos una evaluación colegiada para poder otorgar la acreditación de acuerdo al programa en el que se haya inscrito. Hemos tenido ya varias experiencias, en México se ha dado con mucho éxito un curso que se llama Educación a Distancia precisamente y hemos tenido conferencias a nivel internacional, la más reciente fue Latinoamérica donde se enlazaron México, Costa Rica, Venezuela, Perú y Argentina, con muy buen éxito sin ningún problema de comunicación. Esto es cuestión de costos, el promedio aproximado por hora vía satélite, va a depender de dos factores, si ustedes suben la imagen sola o si suben la imagen comprimida. Comprimida significa que por el mismo cable van a subir cuatro imágenes simultáneas o cinco pero que para bajarlas hay que usar un decodificador, que en otras palabras es una antena parabólica; entonces variaría entre tres y seis mil pesos la hora. Si ustedes tienen un grupo amplio verán que distribuido el costo entre ese número de participantes la educación a distancia resulta sumamente económica.

FORO DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

DR. RAMIRO JESUS SANDOVAL

Mucho de lo que se ha hablado aquí nos ha retratado en alguna de las fases de nuestra gestión directiva. Vale la pena que podamos compartir estas experiencias, estamos prácticamente en familia y creo que todos hemos sido elementos ejecutivos por diferentes circunstancias, pero lo más importante de esto es que ahora estamos buscando nuevas alternativas.

Si nosotros iniciamos con los medios, en este caso lo que nos señaló el doctor Isidro Castro, esa es una forma en que podríamos resolver esa gran problemática, tenemos en la formación directiva a nivel nacional, no solamente insisto en el área médica, no somos los únicos que no estamos formados de esta manera para ser ejecutivos, hay muchas personas en diversos niveles en que la ausencia de formación puede resultar en relaciones erráticas.

Quiero abrir el foro para que ustedes puedan preguntar a cada uno de los panelistas de acuerdo al tema correspondiente.

DR. MAURILIO MAYORAL

En primer lugar felicitarlos por todo lo que se ha dicho aquí esta mañana, el esfuerzo ha sido notable, considerable, nos hubiera gustado contar con mayor respuesta y aunque se hizo la invitación a tiempo no están todos los que debieran estar. Capto, a través de las reflexiones que se han hecho, dos necesidades fundamentales y algunos problemas. La primera necesidad es la de consolidar el Sistema Nacional de Acreditación, 20 de 60, creo que son muy pocas facultades que ya iniciaron el proceso de autoevaluación institucional, entonces de alguna manera habrá que promover que los que faltamos nos integremos a esto. En ese sentido, en respuesta a la invitación que ustedes han hecho para proponer dos personas de nuestros académicos, del per-

sonal directivo para que se integren al grupo de verificadores hemos tenido dificultades, en nuestro caso en particular, para encontrar a la gente con las características que ustedes nos solicitan puntualmente para asignarlas, pero vamos a hacer un esfuerzo porque necesitamos consolidar ese proceso de acreditación.

La formación como directivos profesionales, subrayaría que nos obliga a tomar la propuesta del Dr. Isidro Castro en el sentido que la educación a distancia es la alternativa que tenemos que tomar, así como la estrategia para que se lleve a cabo. Creo que una de las dificultades que tenemos que vencer para llevar a cabo estas dos alternativas ha sido la falta de comunicación y el seguimiento; nos estamos comunicando pero estamos inmersos en tales tareas directivas que realmente es lógico que cuando llega el oficio (invitación) de la FES-Z; lo ponemos por un lado, porque en ese momento estoy ocupado, y en este sentido creo pertinente mantener el seguimiento a esa comunicación, y nuevamente reiterar el agradecimiento a los ponentes por su claridad y sobre todo al Dr. Enrique Ruelas, quien en lo personal me ha dejado una gran inquietud por la necesidad muy notable en lo que mencionó referente a los datos que él ha escrito, creo que es una necesidad, ya se que la mesa directiva ha tomado ya en este momento las notas de esta reunión, la memoria de este evento; uno de sus integrantes el Dr. Aguirre Huacuja me lo mencionó y siento que es muy importante al tener dicha información porque llegando a mi escuela tendré que reunir a toda mi gente para trabajar y plantearles estos problemas y las soluciones que se han propuesto, por último creo que valdría la pena ver, a la brevedad posible, el programa de educación universitaria a distancia para que se integre como una realidad para todos nosotros.

DR. RAMIRO JESUS

El Dr. José Angel Córdova Villalobos presentó todo el encuadre respecto al proceso de calidad en la educación médica, el proyecto, el programa y la condición del Sistema Nacional de Acreditación; en su ausencia, el Dr. Aguirre, que ha sido un de los colaboradores directos en el Comité de Planeación y ha participado en todas las reuniones desde el anteproyecto hasta la fecha e incluso sabe perfectamente cuáles son las alternativas que se han manejado para identificar la necesidad de iniciar el proceso de formación directiva planteado en la última reunión del Comité de Planeación, podría responder a alguna de sus preguntas.

DR. ENRIQUE AGUIRRE

Obviamente este tipo de preguntas lo que hacen es traducir esas necesidades en lo que se va concatenando como una actividad que genera otra actividad y aquí como en cualquier proceso de esa naturaleza podemos generarnos estas expectativas. En el momento en que el Comité de Planeación se enfrentó por primera vez ante este reto, nunca tuvimos, con esta claridad con la que hoy tenemos, estas necesidades que a lo largo del proceso se han ido presentando: agregaría que hace dos años y medio lo que aún no imaginábamos con precisión lo que resultaría como el Programa de Elevación de la Calidad en la Educación Médica y que derivó en el Sistema Nacional de Acreditación, y que en el inter se requeriría la realización de la Autoevaluación Institucional y que para llevar a cabo a sus últimas consecuencias el Sistema Nacional de Acreditación significaba hacer acopio de muchos elementos y uno de ellos es precisamente el apoyo al desarrollo que se da a partir de los datos que arrojó la aplicación de la autoevaluación. Para ello tuvimos que establecer los referentes que surgieron a partir de esos indicadores y de esos estándares para posteriormente integrarlos en el instrumento de la autoevaluación. Estos pasos los realizamos al mismo tiempo que identificamos este otro punto medular y que es la capacitación para los directivos. En algún momento dado en la AMFEM ya una intención en ese sentido y se menciona con anterioridad la posibilidad de realizar un curso para los directivos de alto nivel, sin embargo este curso quizá se realizara tal vez por una semana, ó por un mes, podría ser insuficiente tanto en cobertura como en profundidad, de ahí surgió la idea de que esto podría ir un poco más allá y que se estableciera el curso como un diplomado, con las características que debe tener un fenómeno educa-

tivo de esta naturaleza, pero también debido a las características de la diversidad tanto geográfica, como de las propias facultades y escuelas de medicina, también se pensó que al concentrarlo en uno solo punto se eliminaría la posibilidad de que accedieran mayor número de personas de todas las instituciones asociadas. Siempre hemos pensado que una de las cosas que nos ha pesado en nuestro desarrollo ha sido centralismo a ultranza del cual tenemos que despojarnos, y enfrentarlo de otra manera y de ahí que los medios de educación a distancia podrían ser los que nos resolvieran parte de esta problemática; organizar las cosas de tal manera que se pudiese utilizar una estrategia regionalizadora para poder establecer sedes donde ofrecer asesorías y orientación tutorial a través de un programa único que cubriría tanto los aspectos que mencionó el Dr. Ruelas respecto al perfil administrativo y al perfil gerencial, como los aspectos pedagógicos y educativos. Sobre esto todavía tenemos mucho que trabajar, sin embargo la intención de la AMFEM es paralelamente a ese proceso que se va a dar de autoevaluación institucional, ir generando este programa de apoyo al desarrollo institucional y en primer lugar dirigirlo hacia la formación de estos directivos de alto nivel, también es cierto que la AMFEM se ha comprometido en brindar una asesoría para aquellos que requieran una atención especial, obviamente cuando el Dr. Córdova tome posesión podremos decir que él va a precisar lo que ya presentó aquí en esta mañana, al presentar en un plan de trabajo que incluya la respuesta a lo que usted está preguntando y lo que hoy nos concreta aquí.

Si alguien nos quiere hacer un comentario.

DR. CARLOS DIAZ MONTEMAYOR

Bueno, yo creo que una de las cosas más inquietantes que se han presentado aquí es lo que dijo Joaquín López Bárcena, referente a esas dos constancias en las estadísticas, yo creía que más o menos íbamos mejorando, pero esto que acaba de decir, nos da un paso para atrás porque de acuerdo a la información que expusiste tenemos que ver en dónde estamos, por lo menos en lo referente a la gente en formación, yo creo que lo que tu mencionabas, tú me dices si estoy equivocado, cifras de pasantes que ciertamente dan una idea de cuántos han egresado, no necesariamente refleja a la población lo que está dentro de las escuelas estancada y otra cosa sería el número de alumnos de primer ingreso, una inquietud es ¿cómo podríamos saber eso con precisión? Otra situación, que también

surge como inquietud, es en relación a que no sabemos exactamente hasta dónde debe llegar la capacitación del médico en el pregrado y esto se debe a que no hemos identificado cuáles son verdaderamente las necesidades mínimas a cubrir en las distintas regiones del país, se que cada uno de nosotros sabemos lo que necesitamos en nuestras regiones, porque las vivimos y quiero pensar que las escuelas con base en eso formulan sus programas educativos. También se ha mencionado que hay una serie de particularidades e impiden que esto se conozca por quienes elaboran los programas y que por situaciones logísticas para recibir la educación clínica ésta no es controlada por las instituciones educativas sino por las instituciones de salud y pues no está basada en las necesidades detectadas por la escuela, si bien es cierto que se detectan las necesidades de salud, la pregunta que haría sería si aquí lo que se trataría de encontrar, si fuera posible, que estas necesidades fueran las necesidades de los usuarios no de sus planeadores, y tendríamos que tomar esas necesidades junto con las responsabilidades que tiene nuestro gobierno y también con las responsabilidades que tienen nuestras universidades. Veo también que si pudieron conocer el número de médicos a formar con características deseadas podríamos pensar en un programa de calidad puesto que sabríamos cuántos vamos a formar y para qué los vamos a formar, son cosas que necesitamos saber para poder saber en dónde vamos a aplicar esos parámetros de calidad de los que estamos hablando; esta inquietud de querer conocer lo que es necesario para desempeñarnos como directivos, realmente se requiere de un apoyo de habilidades que no tenemos cuando llegamos al puesto y que las vamos adquiriendo con base en lidiar con toda la problemática de diseño de currículos, atención a profesores y alumnos y elaboración de programas y se está planteando como una metodología para lograr la educación por satélite ó a distancia como una posibilidad, no se si eso bastará, probablemente sea muy bueno el que se imparta para cubrir la parte teórica o sea que la gente se eduque en ese sentido, sin embargo no quiero decirlo en tono que no se pueda hacer algo para que en los lugares dónde se necesita recibir se tenga los medios electrónicos y tecnológicos para poder hacerlo. Esa sería mi aportación.

DR. JOAQUIN LOPEZ BARCENA

En 1982 eran 12,500 alumnos en egreso y ahora hemos visto una cifra alrededor de los 5,000, esto nos habla de una reducción mayor del 50%, lo

preocupante está en que en las cifras que nos mostró el Dr. Córdova en que el número de alumnos se ha incrementado y si el egreso ha disminuido y el ingreso ha aumentado entonces ¿dónde están los alumnos? ó ¿qué están haciendo? Entonces probablemente haya un problema de registro, ¿cómo solucionarlo?, bueno creo que ahora con esta acción que se ha emprendido a través de AMFEM para recoger la información que se ha solicitado a las escuelas con fines de acreditación, dentro de ella va una parte en donde se solicita que desglosen por año el número de alumnos que tienen y eso sería de mucha utilidad. Creo que estamos un poco despistados, no tenemos información confiable porque lo que he mencionado respecto a la variación de la cifra del total de médicos —y cuando uno quiere hablar de especialidades se pone mucho peor—, entonces, necesitamos formar un sistema de información, pero en el cual tenemos que participar todos, es decir esta frase que se decía hace rato el Dr. Ruelas de "calidad total" requiere de la participación de todo mundo no solamente en partes y en este sentido tanto escuelas como instituciones de salud, tenemos que encontrar ese sistema de información para alimentarlo adecuadamente y aquí si podemos echar mano de esos medios de comunicación a distancia porque lo facilitaría y yo espero que en un lapso no mayor de 2 años tengamos información concreta, toda esa estadística para poder hacer una planeación, para poder actuar gerencialmente; entonces, necesitamos saber hacia dónde vamos.

DR. ISIDRO CASTRO

Yo comparto la opinión de que los planeadores deben basarse en una realidad existente. Nuestra experiencia obtenida con la creación de otros diplomados es que les hemos pedido a las organizaciones los nombres de las personas que ellos consideren líderes sindicales, los reunimos y en una sesión de trabajo creamos el programa de estudios que se debe hacer, a estos mismos líderes les pedimos que nos den una terna de individuos que puedan escribir sobre él, porque no todos tienen tiempo; todos se interesan y de esta manera sentimos que captamos la realidad necesaria para poder instrumentar con la gente más idónea, aquí se puede aplicar aquello de decir quién es el mejor médico pues es el que reconoce que fue un médico, así de sencillo, con esta base es muy fácil de realizar el programa; luego más o menos un programa de diplomado tiene un tiempo de preparación dependiendo del número de videos, y estaría-

Para que el dolor y la rigidez
No limiten la actividad de su paciente

Facicam²⁰mg Actividad con una cápsula al día

Antiinflamatorio, antirreumático con acción analgésica
Alcanza niveles terapéuticos desde la 1a. hr. los que se mantienen estables por 24 hrs. con una cápsula al día



FORMULA: Cada cápsula de FACICAM contiene: Piroxicam 10 y 20 mg. Excipiente s.b. **INDICACIONES:** FACICAM es un agente antiinflamatorio, analgésico, y antirreumático no esteroide que está indicado en: **ENFERMEDADES REUMÁTICAS ARTICULARES:** artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis gástrica, osteoartritis, **ENFERMEDADES REUMÁTICAS EXTRAARTICULARES:** fibrositis, periartritis escapulo-humeral (hombro doloroso), bursitis, tendinitis, alérgicas musculoesqueléticas traumáticas y deportivas, contusiones, hematomas, luxaciones, (desgarros musculares, Dismenorrea primaria. **CONTRAINDICACIONES:** No se administra durante el embarazo, lactancia y niños menores de 2 años. Úlcera péptica activa. En pacientes con antecedentes de asma, rinitis o urticaria por la administración de todo antiinflamatorio y otras drogas antiinflamatorias no esteroideas, hipertensión arterial severa, disfunción sanguínea, insuficiencia cardíaca, renal y hepática. **PRECAUCIONES:** Vigilar la administración de FACICAM en pacientes con antecedentes de enfermedad del tracto gastrointestinal alto, no se ha establecido la dosis para niños. Durante el embarazo, los productos que inhiben la síntesis de prostaglandinas se asocian con distocia y retraso del parto en animales, cuando esto se continúa hasta el final del embarazo. Evitese su uso en pacientes inflamatorios y dolencias comunes, sin prescripción del médico. **REACCIONES SECUNDARIAS:** FACICAM es bien tolerado, ocasionalmente puede presentarse síntomas gastrointestinales como epigastralgias, eructos, anorexia, náuseas, constipación, malestar abdominal, flatulencia, diarrea, indigestión, sangrado gastrointestinal, perforación y úlcera, en un porcentaje mínimo se ha informado de edema, efectos sobre sistema nervioso central tales como mareo, vértigo, somnolencia, insomnio, depresión, nerviosismo, sudoraciones, modificaciones en el carácter, anomalía en el sueño, confusión mental, parestias y vértigo. Reacciones de hipersensibilidad cutánea, generalmente como rash y prurito. Al igual que con otros antiinflamatorios no esteroideos se puede presentar Síndrome de Stevens-Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Detenerse en la Hemoglobina y Hematocrito, sin que se hallan asociado a sangrado evidente, se han informado casos de anemia, trombocitopenia y púrpura no trombocitopénica, leucopenia y eosinofilia y raras de anemia aplásica y epistaxis, ictericia y hepatitis, papitomas y diabetes. **HEPÁTIS INTENCIONAL, síndrome nefrítico, insuficiencia renal (en personas de edad avanzada y diabéticas), y descompensación del paciente con insuficiencia cardíaca. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:** Al igual que otros AINES FACICAM puede interferir con la acción diurética de los diuréticos. **PRECAUCIÓN Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** No existen evidencias de efectos teratogénicos, mutagénicos ni sobre la fertilidad. **DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN:** Administración oral, una cápsula de 20 mg al día, en enfermedades musculoesqueléticas agudas se recomienda utilizar dos cápsulas de 20 mg los primeros 2 días y posteriormente la dosis se reduce a una cápsula de 20 mg al día. Una minoría de pacientes pueden responder a la dosis de 10 mg. Duración mínima del tratamiento. De 8 a 12 semanas, en enfermedades reumáticas articulares. Aunque los efectos terapéuticos de FACICAM son evidentes en los primeros días de tratamiento, hay un incremento progresivo en la respuesta después de varias semanas, por lo que la efectividad de la terapia no debe ser valorada antes de 2 semanas. En el tratamiento del dolor de la dismenorrea primaria se recomienda iniciar con 40 mg al día en el inicio de la sintomatología los primeros dos días, seguidos de 20 mg al día hasta el final de la menstruación. **SOBREDOSIIFICACION:** en su caso deben darse las medidas de soporte y la administración de carbón activado. **PRESENTACION:** CAJA CON 20 CAPSULAS DE 20 MG. CAJA CON 20 CAPSULAS DE 10 MG. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** conservarse en lugar fresco y seco.

Hecho en México por LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. de C.V.
Ex-Hacienda de Sta. Rita
Carretera a San Luis Rey 201, Ex-Hda. Sta. Rita Celaya, Gto.
Reg. Núm. 022M82 S.S.A.; Clave I. Med. 1EJ-19386/93 Clave RFE-13002-P.P.R.
Línea exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

Facicam^R
SENOSIAIN

mos hablando del costo de la producción de material, más el costo de asesorías y también éstas tienen la flexibilidad de que, si por ejemplo, al desconocer algunas áreas nosotros podríamos decir que con dos asesorías por semana sería suficiente, pero en alguna área podría suceder que se necesite asesorar todo el día, lo único que sube es el costo de la asesoría, la cual es pagada por ese grupo en particular y no repercute en el resto de los participantes, el costo de producción se reparte entre el número de participantes que se tenga; lo más caro es la producción del material, un video tiene un costo promedio de N\$ 20,000.00 una edición de texto, hablando de 100 personas, lo que sería un número aceptable, costaría alrededor de N\$ 30,000.00 Cada módulo dependiendo del número de módulos que salieran de este proyecto tendría un costo de aproximadamente N\$ 50,000.00

DR. RAMIRO JESUS SANDOVAL

Un comentario a la segunda parte de su observación, en el sentido de que yo lo interpretaría como el límite de acción del egresado de las escuelas, esto hay que hacerlo y hacerlo ya; en general el mayor número de escuelas tienen definido el perfil del egresado, entonces sobre ese perfil hay que trabajar ya para entregarle a la Dirección General de Profesiones esta limitante de acción del médico general, porque se va hacer una propuesta, de hecho ya existe una reforma a la Ley General de Profesiones la cual tiene una serie de detalles que hay que arreglar, porque obviamente esa ley es para todas las profesiones y en lo que a salud se refiere, y es lo que nos toca, tenemos que hacer algunas puntualizaciones; el problema está a nivel constitucional, hay que hacer una propuesta dirigida a reformar la constitución en el sentido de que en la situación actual un individuo con el título de médico cirujano puede hacer cualquier cosa, puede hacer una craneotomía pasando por una cesárea, una amputación y además dar atención en una unidad de cuidados intensivos con sólo el título de médico cirujano y todos sabemos que actualmente nadie puede tener esa potencialidad, ese universo de acción si con la existencia de las especialidades ya se puede hacer una limitación de los campos de acción y esto va a favorecer que la función de un médico general se ubique mejor y pueda, en ese campo de acción que se le destina, desarrollarse y recobrar su lugar y su prestigio, porque la misma sociedad ha ido relegando al propio médico general, entonces esto es algo que a muy corto plazo va a cambiar por

la legislación que está cambiando y además que hay que precisar muchas cosas. Ya va haber un intercambio internacional de profesionales y se tiene que puntualizar hasta dónde un médico tiene su campo de acción, porque a como están las cosas un médico extranjero con sólo traer un título de médico cirujano que llegue a nuestro país y le sean revalidados todos sus documentos que corresponden a la Secretaría de Educación Pública, el podrá ejercer sin límite de acción en este país, todo irá bien mientras no diga uno que es lo que no es, mientras yo no me anuncie como oftalmólogo, puedo curar ojos como médico general, el problema es que me anuncie como cirujano plástico y yo soy médico general, ahí es donde empiezan los problemas. Este límite de acción es muy importante y se debe precisar y si hay alguien que lo pueda precisar son las escuelas y facultades de medicina definitivamente.

Agrego un par de cosas; la primera parte del proyecto de calidad en la educación médica conlleva lo que es la ficha de identificación de las escuelas que fue lo primero que se les presentó antes de que se emitiera el Sistema Nacional de Acreditación, de hecho ésta es una condicionante para que el Sistema Nacional de Acreditación pueda tener validez internacional, el requisito que se establece es el intercambio de un banco de información, entonces, obviamente los bancos de información que hay en los Estados Unidos y en Canadá con quienes estableceríamos esta comunicación están mucho más desarrollados; si nosotros logramos tenerlo, sería uno de los únicos bancos de información en América Latina referente a la educación médica y nos ha costado mucho trabajo puesto que la información no es para el que la recibe exclusivamente en nuestros sistemas, sino también es para el que la da, ahí es donde tenemos el principal problema, tenemos una falta de cultura para esos procesos.

Acerca del segundo comentario que hacía Carlos Díaz que tiene que ver con lo del perfil, el Consejo Nacional de Evaluación tiene un sistema que se va asegurar en un corto plazo como un examen de calidad profesional independiente de lo gubernamental porque este consejo es una asociación civil y que de hecho está trabajando ya a nivel de los exámenes de admisión de la educación superior, existen varios consejos técnicos por disciplina y la AMFEM esta participando activamente en el que compete a medicina y quiero decirles que prácticamente todo el proyecto que está haciendo el Consejo Nacional de Evaluación se está sustentando fuertemente en el Sistema Nacional de Acreditación, esto

es que el perfil que nosotros estamos dando en el Sistema Nacional de Acreditación, si una escuela llega a cumplir con ese perfil en su autoevaluación quiere decir que sus alumnos podrán competir plenamente en ese examen, lo cual nos acerca mucho a ese perfil que nosotros pretendemos en cuanto al egreso en la medicina general. Y en cuanto a los datos que manejaban de en dónde se están quedando los estudiantes, precisamente algo que hemos venido discutiendo en muchos foros es que la presión, en muchas ocasiones políticas, para las escuelas del interior de la República de incrementar las matrículas de ingreso, ha hecho que muchas escuelas de medicina desarrollen mecanismos de filtro en los primeros semestres de la carrera, lo que hace que la deserción que antes se manejaba del 15% esté aumentando automáticamente en los primeros semestres y hace que el índice de eficiencia terminal, llamémosle no a los titulados sino a los estudiantes que cubren el 100% de los créditos, esté muy dispar en relación a lo que estamos ingresando, pero la tendencia ahora en cuestiones de demanda no es a la baja, sino a la alta y sobre todo en las escuelas de tipo federal, más del 90% de nuestras escuelas son de tipo federal, y hay una gran demanda de estudiantes en ellas y cada vez tenemos nosotros que instrumentar mecanismos que no permitan que las presiones políticas repercutan en el incremento de las matrículas porque estos incrementos se dan no solamente por diez alumnos sino que implican, abrir otro grupo, total se abre otro grupo y no hay problema, y la presión viene desde el gobernador, luego el rector y así sucesivamente; El Sistema Nacional de Acreditación limita perfectamente el número de ingresos que no tienen cabida en las estructuras de las escuelas, no pueden salirse de sí, entonces estos son elementos que nos van a dar una serie de mecanismos de reforzamiento y sobre todo nos va a facilitar el hacer una planeación educativa acorde con las necesidades mundiales actuales.

Alguien más quisiera hacer un comentario.

DR. ANDRADE

En primer lugar quisiera manifestar que soy novato como director de escuela, aunque tengo experiencia porque he trabajado dentro de esta oficina, sin embargo, lo que acaba de decir el Dr. Sandoval respecto a las presiones que se tienen para el ingreso de alumnos nuevos o incluso de las fracciones sindicales de maestros, también es fuerte. Yo recuerdo que

en el primer año en que inició nuestra escuela que fue en 1975 habían ingresado 118 alumnos, año con año se ha ido incrementando y a la salida de la primera generación aproximadamente salieron 80 alumnos o sea que profesionalmente fue bastante bueno; sin embargo el año pasado fueron 180 alumnos los que ingresaron y egresaron también 80, es decir que los números de egreso se han mantenido en una cifra similar pero los ingresos se han aumentado considerablemente, yo creo que el problema es precisamente en el registro de ingreso; ingresan muchos alumnos no con la suficiente capacidad para cursar una carrera de medicina. Me siento muy satisfecho de haber venido a este curso porque esto me da a entender que no es una tarea fácil el ser director de una escuela de medicina, esto me estimula porque esta información que se nos está dando se continúe y se nos siga preparando, creo que podemos hacer mucho por las escuelas de medicina.

En cuanto al internado de pregrado prácticamente predomina la pauta que marcan las instituciones de salud pese a la existencia de convenios y sí hace falta que exista más la participación de las instituciones educativas controlando más el área asistencial, creo que a nivel de las áreas clínicas es una parte básica para el desarrollo y la preparación.

DR. JOAQUIN LOPEZ BARCENA

Nada más quisiera yo ampliar un poco lo que dijo el Dr. Sandoval, el problema está en que una vez que conozcamos la información hay que aceptarla desde el punto de vista regional o estatal, no se pueden manejar cifras como las que estamos manejando ¿qué es lo que estamos presentando? que estamos muy bien en formación de recursos humanos en medicina, por ejemplo a nivel internacional, nosotros cumplimos muy bien con las normas que establece la OMS, creo que es de uno por diez mil y creo que estamos bien, a nivel de enfermeras estamos un poco bajos pero a nivel de medicina y odontología estamos bien pero es la distribución la que está pésima; entonces invitaría a las escuelas de medicina a decir cuántos médicos necesito formar para el estado, no, cuántos médicos puedo formar de acuerdo a la capacidad de la escuela porque también es un punto importante si la escuela tiene capacidad para formar 1,000 estudiantes y si el estado solamente necesita 100 desde luego no necesitamos otra escuela de medicina, tenemos por ejemplo un estado como el de Baja California que si bien es muy largo la franja habitada es muy chica y tiene más de una escuela de

Fucidin

Acido fusídico

EL ANTIBIOTICO PARA LAS INFECCIONES DE LA PIEL



FUCIDIN (Acido fusídico y fusilato sódico). Crema y ungüento. Antifúngicos tópicos FORMULA: Cada 100 g de crema contienen: Acido Fusídico 2 g. Vehículo c.s.p. 100 g. Cada 100 g de ungüento contienen: fusilato sódico 2 g. Vehículo c.s.p. 100 g. INDICACIONES TERAPÉUTICAS: FUCIDIN está indicado en el tratamiento de infecciones cutáneas como: impétigo, furunculosis, quemaduras, carbonos, hidradenitis, paroniquias, erisipela, y sicosis de la barba; producidas por estafilococos, estreptococos u otros microorganismos patógenos sensibles a FUCIDIN. CONTRAINDICACIONES: No debe usarse en infecciones micóticas o virales. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Estudios en animales no demostraron efectos teratogénicos, sin embargo sí igual que con otros antibióticos su empleo durante estas etapas queda bajo responsabilidad del médico. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: En menos del 1% de los casos, se ha reportado sensación de prurito en el sitio de aplicación, irritación cutánea y eritema. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO: Hasta el momento no se ha reportado ningún tipo de interacción. ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO: No se ha reportado ninguna alteración sobre las pruebas de laboratorio. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Para la aplicación de FUCIDIN en cualquier lesión dermatológica profunda con drenaje quirúrgico, se deberá proceder con la mayor asepsia posible. Si se usa para tratar lesiones faciales (crema), deberá evitarse que el medicamento caiga en los ojos, ya que podría causar irritación conjuntival; FUCIDIN parece de efectos carcinogénicos, mutagénicos, teratogénicos o sobre la fertilidad. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: FUCIDIN Crema y ungüento se aplica en la zona infectada 2 o 3 veces al día, generalmente durante un lapso de 7 días. SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL, MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOLOGIA): No existen datos de sobredosificación. PRESENTACIONES: FUCIDIN crema: tubo con 25 g. FUCIDIN ungüento, tubo con 10 g. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAJE: Guardarse en lugar fresco y seco.

LEYENDAS DE PROTECCION:
Línea exclusiva para médicos.
No se deje al alcance de los niños.
Su venta requiere receta médica.
LABORATORIOS SENOSIAN, S.A. DE C.V.
Carretera a San Luis Rey No. 201
Ex-Hacienda de Santa Rita Delays, Gto.
Reg. No. 118M66 y 183M88, S.S.A.
Clave HEAF-1680392
Clave IEJ-286494

Bajo licencia de:
Leo Pharmaceutical Products, Ltd.
Bullcop-Dinamex
Propietario de las marcas
LEO FUCIDIN y la figura del León.



Fucidin^R
SENOSIAN



En la enfermedad ácido péptica

Ranisen



RANISEN (Clorhidrato de Ranitidina) es el clorhidrato en N-(2-[5-pirimidilaminometil]-2-Furil metiloxijetil) N,1 metil-2-imidazolio-1,1-etenediamina. Posee un anillo Furano. RANISEN es un antagonista selectivo de los receptores H₂ de Histamina. Es un inhibidor de la secreción gástrica, basal o estimulada, en los animales y en el hombre. INDICACIONES: Úlcera duodenal y gástrica, Úlcera postoperatoria, Escalofrío por reflujo, Síndrome de Zollinger-Ellison, prevención y tratamiento del sangrado gastrointestinal superior y prevención del síndrome por aspiración (síndrome de Mendelson). DOSIS: La dosis inicial es de un comprimido de 300 mg por la noche o bien, un comprimido de 150 mg, dos veces al día, durante 4 semanas. El periodo de tratamiento puede llegar a 8 semanas; la dosis de mantenimiento es de un comprimido de 150 mg por la noche. En Zollinger-Ellison pueden administrarse hasta 900 mg al día. Inyecciones: Dosis: 50 mg, diluirse en 20 ml de solución salina, glucosada o Hartman, en forma lenta (1-2 minutos) cada 6 u 8 horas. En el caso de la presentación con jeringa desechable, se aplica directamente en la vena, sin diluir, en un tiempo de 1-2 minutos. Infusión continua: 20 mg por hora, por 2 horas cada 6 u 8 horas diluidos en solución compatible. Dosis pediátrica: 0,125 mg a 0,35 mg/kg/hr. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al medicamento. Así como durante el Embarazo y Lactancia. PRECAUCIONES: En pacientes con insuficiencia renal severa, se recomienda la dosis terapéutica de 150 mg por la noche durante 4-8 semanas. Al igual que otros drogas, durante el embarazo y la lactancia, deberá usarse únicamente si es estrictamente necesario. RANISEN no interactúa con drogas que son metabolizadas por el citocromo P-450. REACCIONES SECUNDARIAS: Moderadas y eventuales, cefalea en un 3%, náusea, constipación, náusea, dolor abdominal y rash en 1%, casos ocasionales de ginecomastia, impotencia y pérdida de la libido han sido reportados pero la incidencia de estos no difiere de los casos en la población general. FORMULA: Cada comprimido contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 300 mg y 150 mg de Ranitidina base, excipientes c.p.p. un comprimido. Cada ampolla de 5 ml contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg de Ranitidina base. Cada jeringa desechable de 2 ml, con aguja esterilizada desechable contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg de Ranitidina base. PRESENTACIONES: Caja con 10 y 30 comprimidos de 300 mg, caja con 20 y 60 comprimidos de 150 mg, caja con 5 ampollas de 5 ml de 50 mg y caja con 1 jeringa desechable de 2 ml, con aguja esterilizada desechable de 50 mg.

Hecho en México por: Laboratorios GENOSIAIN, S.A. de C.V.
Carretera a San Luis Rey No.221 Ex-149a, Sta. Rita, Colima, Oro.
Licencia exclusiva para México. Su venta requiere receta médica.
Reg. Núm. 26443 y 26443, S.S.A. I. Med.305-1703J
© Marca Registrada

Ranisen^R

GENOSIAIN

medicina, entonces el egreso rebasa las necesidades sociales en materia de salud y otros estados, como ya se mencionó, tienen hasta cinco escuelas de medicina, en cambio estados como Oaxaca y Chiapas tienen una producción insuficiente de médicos.

Alguien quiere hacer un comentario;

Víctor

DR. VICTOR RUVALCABA

Algo relacionado con lo que está diciendo el Dr. López Bárcena y que mencionó el Dr. Córdova en donde él expresa la formación de una coordinación nacional para la formación de médicos necesarios y habla de la necesidad de un análisis regional con base en las necesidades más que en la demanda estudiantil, creo que es una magna tarea el poder formar una coordinación nacional sin embargo creo que es una verdadera necesidad. También se mencionó cómo puede formarse esa coordinación nacional, evidentemente existen, en teoría, los grupos estatales de planeación pero francamente el funcionamiento de estos grupos estatales no es una situación auténtica y como sugerencia creo que tienen que trabajar más respecto al análisis del número de médicos que necesita el país.

En relación a lo que mencionó el Dr. Ruelas respecto a las funciones del directivo; se mencionó que el directivo debe acercarse a su entorno y trabajar hacia el entorno exterior y utilizaba el ejemplo de lo que ha hecho la AMFEM en el sentido de que percibía la necesidad de establecer un instrumento para acreditar las facultades y escuelas de medicina; en ese sentido creo que valdría la pena cuestionarse si no procedería a establecer ya un instrumento legal que permitiera apoyar esta acción. El director de Oaxaca mencionaba que menos de la mitad de las escuelas de Oaxaca están aceptando o incorporándose al Sistema de Acreditación, entonces si en este momento tenemos ya un instrumento, por qué no hacer más para su reconocimiento legal a través de alguna instancia como la Secretaría de Educación Pública, creo que de esta manera más que un compromiso moral de las diferentes escuelas, un poco manejado como la certificación del médico, o sea el médico especialista, se certifiquen diferentes aspectos porque considera moral su necesidad y porque hay una aceptación social, por eso lo hace, aunque haya un reglamento no lo toma en cuenta más que nada es la voluntad de hacer su certificación. Valdría la pena quizá trabajar un poco para ver si tenemos un repaso de datos que permita avanzar

más en el terreno de la acreditación. Finalmente, aunque ya lo mencionó el Dr. Castro respecto a las dificultades que existen para integrar un programa de educación a distancia creo que estos programas permitirían dar capacitación a un número muy importante de personal involucrado a nivel directivo y en ese sentido retomaría lo que mencionó el Dr. Ruelas de que un directivo no es director de la escuela sino todos aquellos elementos que tienen una función directiva dentro de una escuela de medicina.

DR. ENRIQUE AGUIRRE:

En la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud posiblemente estaría depositada esa responsabilidad para poder empezar la tarea de la coordinación nacional para la formación de recursos humanos, hasta el momento quizá no haya respondido como nosotros quisiéramos, quizá todavía no estamos lo suficientemente maduros para poder tener esa flexibilidad y poder entender lo que están haciendo las diferentes partes que conforman esto. Nos llamaba la atención el día de hoy lo que menciona el Dr. López Bárcena y dentro de las cosas que el planteó, nosotros desde el punto de vista de instituciones formadoras de recursos humanos veníamos pugnando por ello, entonces el contexto que ha tenido el Dr. López Bárcena le ha permitido tener esa dimensión de lo que es el fenómeno, quizá si se llevara a ese seno de la Comisión Interinstitucional esta misma actitud de apertura, pudiese lograrse más avance en ese sentido y definir conjuntamente tanto la meta para la planeación de este aspecto cualitativo de la formación de recursos humanos y después enmarcado en esta base legal, pero el cambio a seguir es a partir de los consensos y a partir de las concertaciones e ir renunciando un poco a eso de que "éste es mi territorio y aquí no tienes que meterte y en esto no vas a opinar nada porque esto es lo que ha sido válido desde hace mucho tiempo" entonces, una probabilidad de aceptar el cambio de actitudes, tener mayor apertura ya que si no se unen esfuerzos no vamos a poder salir adelante con lo que nos hemos propuesto.

DR. RAMIRO JESUS SANDOVAL:

Sobre los textos legales que mencionaba el Dr. Ruvalcaba, el Comité Internacional para la Práctica de la Profesión Médica que se origina a través del Tratado del Libre Comercio y la Globalización y que por necesidades del mismo tratado debe tener una

comisión no gubernamental está totalmente integrado hasta el momento y dentro del acta constitutiva que tiene este comité existen dos elementos que le darían el reconocimiento de la SEP como elemento fundamental para el ejercicio de la profesión médica, uno sería la formación y para ésto ellos reconocen el Sistema de Acreditación para este elemento, y el segundo que son los consejeros de especialidad y que dependen de la Academia Nacional de Medicina puesto que ya se tienen todos los elementos para poderlo fundamentar y sustentar, entonces estos 2 elementos forman parte legalmente, y además van a tener condiciones dentro de las publicaciones de la Ley General de Profesiones que se están trabajando en este momento y que también la AMFEM ha estado trabajando y colaborando muy fuerte en esta iniciativa de ley y por el otro lado está el sector salud, el martes tenemos una cita concertada con el Dr. Rivero Serrano quien es el Coordinador Ejecutivo del Consejo Nacional de Salubridad; la última reunión que tuvimos en la Secretaría de Salud en el Comité Internacional se escuchó por primera vez cuáles eran las condiciones del Sistema Nacional de Acreditación y dijo ésto es lo que se debe legislar, es precisamente el Consejo Nacional de Salubridad el órgano legislativo de la Secretaría de Salud y ésto lo comentaba con el Dr. López Bárcena no es tanto que ellos van a hacer una norma para la comisión de las escuelas, esto le toca a la SEP, pero si a la aceptación de egresado de las escuelas que tengan una acreditación lograda, entonces estos son elementos de avance importante, no puedo decir en este momento cuáles serán los resultados de la reunión del martes con el Dr. Rivero, pero estaré ahí para presentarle el documento y darles la información en la reunión que tendremos en León, Guanajuato.

DRA. VIRGINIA HIDALGO:

Mi comentario es en otro sentido, creo que una de las necesidades que brotan a partir del Sistema Nacional de Acreditación es la legislación y que también es parte de lo que consideramos en estas líneas que habrán de salir que es el proceso de capacitación es muy importante y la investigación debe ser otra, en efecto hay tal necesidad de información más confiable pero también es importante ir construyendo las estructuras para ir creando grandes líneas en la educación médica que pueden ser a nivel nacional, regional y que nos permita también ir teniendo a más largo plazo información que ha sido sistematizada y que nos permita además análisis y

mejores conclusiones, por lo tanto ese proceso de planeación pueda hacerse con bases mejor estructuradas; creo que esto es una de las grandes necesidades que hemos visto todas las instituciones que estamos en este proceso del Sistema Nacional de Acreditación.

Un último comentario sería para el doctor que dice que es la primera vez que esta aquí, bienvenido al grupo de directores de facultades y escuelas de medicina; creo que tenemos mucho trabajo que hacer y el ambiente que se ha creado a partir de la necesidad del Sistema Nacional de Acreditación nos permitirá ir dándole respuesta a todas esas necesidades que a partir de ese sistema han surgido; entonces espero que ese ambiente de trabajo siga dándose, que de esa manera comprometemos a los que llegan a la mesa directiva a un ambiente de mucho trabajo.

DR. JOAQUIN LOPEZ BARCENA.

Bueno, nada más concretando, efectivamente creo que el sitio idóneo para que se estableciera esa Condición Nacional de toda esa información es la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos porque es ahí donde coinciden tanto las instituciones educativas como las de salud; yo ya lo he comentado con el Dr. Jesús Sandoval la apertura de que AMFEM asista por ahora a la reunión del Comité de Pregrado, aunque mi intención es que AMFEM se ocupe un poco más del posgrado porque hasta ahora no lo ha hecho mucho, la Comisión Interinstitucional en su comité de pregrado tendrá esa apertura. En otro sentido ya se explicó bien como va a ser esa legislación de la acreditación de las escuelas, yo creo que es la primera porque es la que está más estructurada, la otra es la de los colegios médicos que todavía anda tambaleante y se debe tener cuidado con cómo está en este momento y la otra es la de las academias que ya se iba a dar con la norma oficial de las residencias médicas que se publicó el pasado año nada más que hubo un conflicto entre las dos academias y la Secretaría de Salud oír lo que la norma oficial no salió estipulada; ya el papel normativo que podrían tener los consejos a través de las academias dentro de una norma oficial, entonces es por eso que no quedo atado ese cabo, sigue aún suelto pero próximamente ya se legislará. Yo creo que estos pasos ya tienen un avance definido, por otro lado el proyecto de reforma de la Ley General de Profesiones ya va en camino y pronto se va a poder legislar. Aprovecho para comentarles que así como

existe apertura hacia la AMFEM, también las escuelas tengan mayor apertura hacia las instituciones de salud y que haya una mejor comunicación, toda esta problemática que hemos estado comentando ayudaría de algo que a reuniones como ésta también invitará a jefes de enseñanza de instituciones de salud y que se establezca una mayor comunicación, ellos participan en la formación de nuestros propios alumnos y creo que también deben estar enterados de las problemáticas.

DR. RAMIRO JESUS SANDOVAL

Yo les pediría a cada uno de los panelistas hagan una breve conclusión:

DR. ENRIQUE RUELAS:

Este foro fue Gerencia, Calidad y Medios para la Educación Médica; yo diría que la discusión que se ha dado ahora sobre lo que debe ser el esfuerzo hacia una mayor profesionalización en la función directiva, el directivo debe verse como un ejecutivo que debe hacer cosas concretas y cosas que hagan avanzar a la organización; aquí han surgido muchas dudas y propuestas desde el asunto de la información, organización, etc., bueno justamente lo que se debe hacer ahora es hacerlo y en segundo lugar yo creo que ante estos problemas siempre existe el riesgo de parálisis por el análisis; más información, hay que hacer mayor esfuerzo para la investigación, no se ha analizado, en fin; pero eso no debe ser nunca un pretexto para un directivo para no hacer nada, es justamente aquí cuando surgen esas hipótesis cuando mayor esfuerzo se exige del directivo para actuar bien y actuar lo más pronto que se pueda.

DR. LOPEZ BARCENA

Solamente decirles que las puertas de la Dirección General están abiertas a la hora que gusten para instrumentar algún problema, cuando ustedes quieran.

DR. JESUS SANDOVAL:

Antes de extenderle la palabra al Dr. Aguirre quien dará la parte final del foro, yo solamente quisiera mencionar algo de lo que dijo el Dr. Ruelas sobre

nunca detenernos en el análisis para no ejecutar nada es algo que se dio por mucho tiempo y creo que nosotros hemos ido resolviendo problemas de acuerdo a como se han ido presentando las necesidades en estas nuevas acciones que ha desarrollado AMFEM y hemos ido analizando y no nos hemos detenido, esto ha sido la diferencia de tener un Sistema Nacional de Acreditación y como lo he dicho en muchos foros, finalmente a lo mejor es un hijo que tiene algunos defectos o muchos, pudo haber salido con boca y orejas grandes pero finalmente es nuestro hijo, lo queremos y lo defenderemos como tal. Yo les agradezco por parte de la AMFEM el haber asistido.

DR. AGUIRRE.

Hemos tenido hoy la aportación de la experiencia de nuestros panelistas pero también la participación de ustedes que nos han hecho favor de asistir a este foro y han dado realce a esta actividad académica. Las conclusiones de esto, como ya se dijo, podrían concretarse a que no concluyen sino que se marca un punto que se eslabonará con una serie de actividades que se han realizado y que se seguirán realizando. Lo que hoy hemos revisado es quizá precisar un poco más hacia dónde debemos dirigir nuestros esfuerzos en torno a lo que nos interesa y finalmente el impacto que va a tener todo esto, es el impacto en la población a la que nos debemos. Agradezco a todos ustedes su asistencia a nombre del Dr. Weiss, a nombre también del Dr. de la Torre y a todos aquellos que nos han estado acompañando para que esto se haya dado de la mejor manera; le pediría al Dr. Ramiro Jesús Sandoval que nos hiciera favor de hacer la declaratoria de clausura y de entregar las constancias a los que aquí asistieron.

CLAUSURA:

Resta agradecer a nuestros panelistas su intervención y bien siendo las 15:00 horas del día 21 de abril de 1995 declaro clausurado este panel foro de "Gerencia, Calidad y Medios en la Educación Médica"; muchas gracias a todos ustedes y como muchas de las últimas acciones de la AMFEM y de la FES Zaragoza UNAM, esto es solamente el primer paso de más acciones a futuro.

Muchas gracias.

INFORMACION PARA LOS AUTORES

La Revista 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 revista. Su extensión será de 3 cuartillas.

REPORTES DE INVESTIGACION: Abarca estudios de tipo histórico, descriptivo y causal (experimental, causi-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 ACADÉMICAS: Información acerca de eventos académicos recientemente realizados y de próxima verificación.

RESEÑAS BIBLIO-HEMEROGRÁFICAS: Presentación sintética de libros o artículos de revistas de publicación reciente. La extensión máxima será de 5 cuartillas.

PRESENTACION DE LOS ORIGINALES

a) **Tipografía:** Escrito en hoja blanca tamaño carta, a máquina, por una sola cara, a doble espacio, con 4.5 cm de margen izquierdo y 2.5 cm de márgenes superior, inferior y derecho. La tipografía deberá estar bien contrastada.

b) **Portada:** Se anotan únicamente el título del trabajo, los nombres completos de los autores, su grado académico, la institución donde fue realizada la investigación, teléfono y la dirección en la que los autores desean recibir correspondencia de los lectores.

c) **Página de resumen:** La segunda página debe contener nuevamente el título del trabajo (omitiendo el nombre de los autores), el resumen en español y en inglés así como las palabras clave en ambos idiomas. Los resúmenes no deberán exceder una extensión de 200 palabras cada uno.

d) **Cuadros y Figuras:** Los cuadros (no usar la palabra tabla) y las figuras (fotografías, esquemas y gráficas) se identificarán con números arábigos. Indicar el lugar del texto donde se desea que aparezcan.

e) **Referencias bibliográficas:** Se ajustarán a los criterios establecidos para los escritos médicos en el Acuerdo de Vancouver, utilizando el sistema referencia-número. Las referencias deben ordenarse numéricamente de acuerdo a la secuencia de aparición del texto.

Ejemplo de citas de revistas:

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

Ejemplo de citas de libros:

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

ENVIO DE ORIGINALES

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

DERECHOS Y OBLIGACIONES

a) El autor se compromete a enviar solamente originales inéditos.

b) La AMFEM se reserva el derecho de aceptar o rechazar las contribuciones enviadas para su publicación de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial. También se reserva el derecho de realizar las correcciones que considere necesarias. Los trabajos enviados para su publicación no serán devueltos.

c) La Revista informará a los autores el dictamen del Consejo Editorial en 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

Memoria del Panel Foro "Gerencia, Calidad y Medios en la Educación Médica"

Presentación

Dr. Enrique Aguirre Huacuja

Introducción al Panel

Dr. Ramiro Jesús Sandoval

El Papel de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

Dr. José Angel Córdova Villalobos

Aspectos Gerenciales en Relación a la Calidad de la Educación Médica.

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Los Escenarios de la Práctica Clínica y la Calidad en la Educación Médica.

Dr. Joaquín López Bárcena

El Papel de la Educación a Distancia para la Capacitación de Directivos de Alto Nivel en la Educación Médica.

Dr. Isidro Castro Mendoza

FORO DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS.

INFORMACION PARA LOS AUTORES.