

# REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

1997

VOLUMEN 8

NUMERO 1



PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA  
DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

ISSN 0188-2635



# Revista Mexicana de Educación Médica

## CONSEJO DIRECTIVO A.M.F.E.M.

Dr. José Angel Córdova Villalobos  
Dr. Enrique Aguirre Huacuja  
Dr. Carlos Díaz Montemayor  
Dra. Patricia Herrera Gutierrez  
Dra. Irene Durante Montiel

## CONSEJO EDITORIAL

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

## 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

PUBLICACIÓN DE LA ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES  
Y ESCUELAS DE MEDICINA.

1997, VOLUMEN 8, NUMERO 1

ISSN 0188-2635

## INDICE

EDITORIAL .....	4
REPORTES DE INVESTIGACION	
Lenguaje del Método Científico y del Protocolo de Investigación .....	6
José Luis Figueroa , Hugo Juárez Olguín.	
ENSAYOS	
Algunas consideraciones en relación a la interacción, entre las Facultades y Escuelas de Medicina en nuestro país .....	13
Enrique Aguirre Huacuja, Gilberto Hernández Zintzun.	
CONFERENCIAS MAGISTRALES	
La Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Calidad de la Atención .....	20
Hector Fernández Varela Mejía.	
OTROS	
La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina ante la apertura de planteles de enseñanza Médica en el país .....	26
Reseña de la LXXIV Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM celebrada del 16 al 19 de Octubre de 1996 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima, Col. ....	29
INFORMACION PARA LOS AUTORES	

En la enfermedad ácido péptica

# Ranisen



**RANISEN** (Clorhidrato de Ranitidina) es el clorhidrato en N-(p-[5-(dimetil-aminometil)-2-Furil metil]toetil)-N-1 metil-2-nitro-1,1-etenediamina. Posee un anillo Furano. RANISEN es un antagonista selectivo de los receptores H<sub>2</sub> 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, Esófago por reflujo, Síndrome de Zollinger-Ellison, prevención y tratamiento del Sangrado gastrointestinal superior y prevención del Síndrome por aspiración (Síndrome de Mendelson). **DOSES:** 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. **Intravenoso:** Directo: 30 mg. diluidos 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 lapso de 1-2 minutos. **Infusión continua:** 25 mg. por hora, por 2 horas cada 6 u 8 horas diluidos en solución compatible. **Dosis ponderal:** 0.125 mg. a 0.30 mg/kg/iv. **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 otras drogas, durante el embarazo y la lactancia, deberá usarse únicamente si es estrictamente necesario. RANISEN no interacciona con drogas que son metabolizadas por el citocromo P-450. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Moderadas y eventuales, cefalea en un 2%; mareo, 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, excipiente c.s.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. claguja esterilizada desechable de 50 mg.

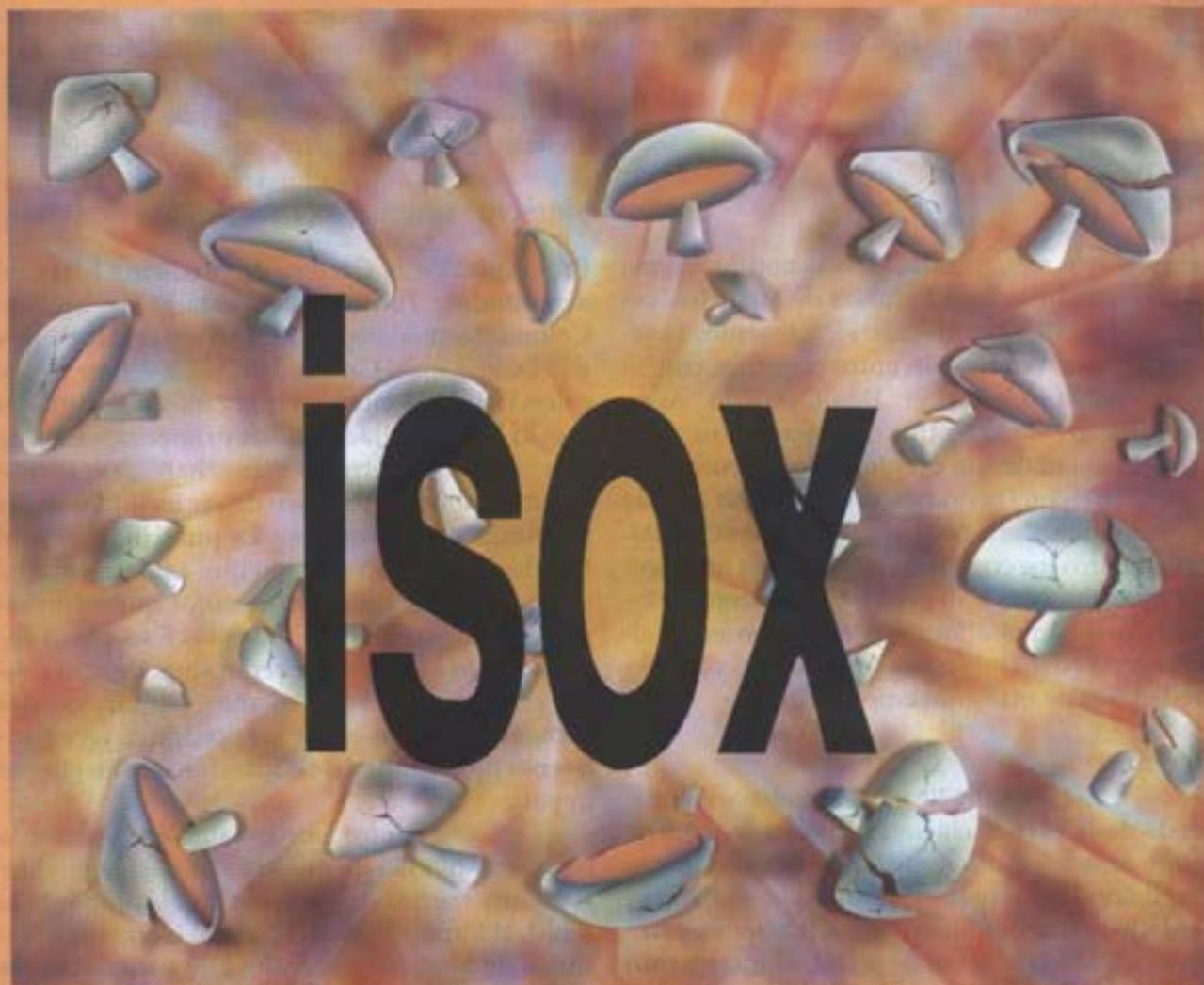
Hecho en México por: Laboratorios SENOSIAIN, S.A. de C.V.  
Camino a San Luis Rey No.221 Ex-Hda. Sta. Rita, Celaya, Gto.  
Licitación exclusiva para Médicos. Su venta requiere receta médica.  
Regis. Núm. 24M60 y 24M63, S.S.A. I. Med. SGE-1703/J  
« Marca Registrada »

**Ranisen**<sup>R</sup>

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 *Trochophyton*, *Epidermophyton* o *Microsporum*. Micosis de piel y sus anexos causadas por hongos levaduriformes o mohos: Pitiriasis versicolor y micosis profundas (*Aspergillus*, *Cromoglossa*, *Exophiala*, *Paracoccidioidomycosis*, *Coccidioidomycosis*, 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, adrenocorticotrópico. No hubo modificación de los andrógenos 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 físico. 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, prurito, cefalea 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 rifampicina 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 CARCINOGENÉISIS:** 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 *Trochophyton*, *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 tifa de pie y palmar 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 onicomicosis y micosis profundas, no se ha logrado establecer esquemas tipo 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 ingestas accidentales, 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:** Conservarse en lugar fresco y seco. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

## EDITORIAL

**E**n este año, nuestra Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, celebra su 40º Aniversario, y tenemos la satisfacción, de contar aún entre nosotros, con su presidente fundador el Dr. Oswaldo Arias Capetillo, así como a otros de los pioneros, pilares fundamentales de esta Institución, como son los Drs. Mentor Tijerina de la Garza, José Miguel Torre, Manuel Terrones Langoné y Miguel R. Barrios, a todos los cuales, les expresamos un sincero reconocimiento a su gran labor, así como a todos aquellos que ahora nos observan en cualquier parte del Universo y que fueron artífices fundadores de esta gran empresa.

Han sido 40 años de trabajo, en búsqueda de la excelencia en la educación médica, en los cuales los diferentes directores, que han conducido las escuelas y facultades, se han enfrentado a un sinnúmero de situaciones cambiantes, en las políticas de salud, al incremento importante en el número de planteles de enseñanza médica en los años setenta, a la aparición de nuevas tecnologías e instrumentos para la docencia, a la adecuación y apertura de nuevos y diversos campos clínicos, en fin a una gran cantidad de factores que en este quehacer educativo han jugado un importante papel.

Pero seguramente, uno de los más importantes eventos que se han sucedido en nuestra Asociación ha sido el Programa de Fortalecimiento de la Calidad en la Educación Médica, desarrollado e implementando de manera incontrovertible en esta década; desde abril de 1996 contamos, con un proceso de Acreditación de las Escuelas y Facultades de Medicina de México, con un instrumento condensado por los Directores de las mismas y cuya adecuación y vigencia no dejan lugar a dudas.- Hasta la fecha cuatro

Programas de la Carrera de Medicina han sido acreditados: Toluca en el Estado de México, Colima, Tecnológico de Monterrey en Monterrey y León en Guanajuato.- Y han sido calendarizadas cuatro visitas más a Facultades que lo han solicitado en los primeros meses de este año, y tres más han expresado testimonialmente su deseo de ser incluidos en las próximas verificaciones.- Es pues innegable el fortalecimiento progresivo que este proceso ha alcanzado y estamos convencidos que es un camino sin retorno y que todas las Escuelas o Facultades de Medicina deberán someterse al mismo en los próximos cinco años, para no quedar rezagadas dentro de la aceptación y reconocimiento de la calidad de educación que en ellas se imparte.

Por otro lado es también evidente la representatividad de nuestra Asociación en diferentes instancias de decisión en el campo de la salud, al formar parte del Comité Normativo Nacional de Médicos Generales, de varios comités de la Dirección General de Enseñanza en Salud de la Secretaría de Salud, del Grupo Especial para el estudio de la Medicina de la Dirección General de Profesiones, de trabajar en conjunto con el CENEVAL, con la Fundación Mexicana para la Salud, en fin con el Consejo de Salubridad General.- Consideramos que poco a poco existe una mayor y mejor relación entre los procesos de educación en salud con los de atención en el mismo rubro.- También es de señalar con satisfacción el reconocimiento internacional que a estos procesos de calidad han manifestado Instituciones como la Asociación Americana de Escuelas de Medicina, el Comité Acreditador de las Escuelas de Medicina en Estados Unidos y Canadá, la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina, e incluso la Asociación Europea de Educación Médica.

Grande ha sido el trabajo, pero aún mayor es la responsabilidad de continuar en la búsqueda de excelencia, mucho habrá que luchar por la independencia y desarrollo equitativo de las Escuelas o Facultades que así lo requieren, en la consolidación progresiva de la educación de pregrado en nuestro país, para sucesivamente analizar y mejorar también los programas de posgrado y de educación continua tan impor-

tantes, y a través de una cuidadosa planeación regional y nacional, tratar de ir solucionando la enorme problemática nacional que en el área de educación en salud aún existe.

DR. JOSE ANGEL CORDOVA  
VILLALOBOS.

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 FARMACEUTICA Y FORMULACION:** Cada cápsula contiene: Clorhidrato de ciprofloxacina monohidratado equivalente a 250 y 500 mg de ciprofloxacina. Excipiente c.b.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, melancolismo, 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 antiácidos que contienen minerales 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 potenciar 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 ciprofloxacina por el tiempo que juzgue necesario el médico, dividido en dos dosis al día. Se recomienda dosis única de 500 mg en el tratamiento de Urethritis 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 neoptrófica de pacientes con defensas disminuidas, osteomielitis 2 meses, en infecciones por *Streptococcus* y *Chlamidia* 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 soporte 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. **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. 221  
Ex. Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.  
No. de Regs. 303M87 y 004M91 S.S.A.  
Clave: CDR-392964 AEJN-3213995 I.P.P.R.

**CIPROFLOX<sup>R</sup>**  
Senosiain

ipara la Alergia!

# Astesen

En la terapia antihistamínica.  
El antihistamínico de dosis  
única al día

- Control efectivo durante 24 horas.
- Eficacia comprobada.

**FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN.** Cada comprimido contiene Astemizol 10 mg. Excipientes c.b. 1 comprimido. Cada ml de suspensión contiene Astemizol 2 mg. Vehículo c.b. 1 ml.  
**INDICACIONES TERAPÉUTICAS.** Antihistamínico de dosis única de acción prolongada y en estado sobre el sistema nervioso central. Está indicado en pacientes con rinitis, conjuntivitis alérgica y asma. **CONTRAINDICACIONES.** Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula, niños menores de 2 años, embarazo y lactancia. Está contraindicado en pacientes que padecen de insuficiencia hepática o que están recibiendo tratamiento con ketoconazol, itraconazol o eritromicina. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA.** Debido a que su efecto se basa en la inhibición del fármaco, no se recomienda su empleo en cuadros alérgicos agudos durante el primer trimestre. Se ha observado que el astemizol no debe administrarse en pacientes con insuficiencia hepática, debido a la acumulación del fármaco. No se recomienda su administración durante la lactancia ni durante el embarazo, sin embargo el médico debe valorar los riesgos y beneficios. **EFECCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSA.** Ocasionalmente se puede presentar aumento del apetito, erupción y fatiga. No se recomienda sobrepasar la dosis sugerida, ya que a dosis de 20-30 mg/día se han reportado efectos adversos tales como: palpitaciones, mareos, prolongación del intervalo QT, taquicardia ventricular paroxística y otras arritmias ventriculares. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO.** ASTESEN puede potenciar los efectos de otros antihistamínicos, no se recomienda su administración conjunta con itraconazol, ketoconazol y eritromicina, ya que dichas combinaciones implican el riesgo de arritmias cardíacas severas. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD.** Hasta el momento no se han reportado datos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis ni sobre la fertilidad. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACION.** Vía de administración oral. La dosis recomendada para adultos es de 1 comprimido de 10 mg, cada 24 horas, preferentemente antes del desayuno, niños de 6 a 12 años, 1/2 comprimido cada 24 horas y niños de 2 a 6 años, 1 ml de ASTESEN suspensión por cada 10 kg de peso, en una sola toma cada 24 horas. **SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL, MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS).** El paciente que recibe una dosis excesiva deberá ser vigilado estrechamente, provocándose vómito por lavado gástrico y ser sometido a un monitoreo electrocardiográfico ya que se han reportado síntomas cardíacos ventriculares y prolongación del intervalo QT, más la ingesta de agua suplementaria a 20 ml. En algunos casos estos síntomas se han asociado con episodios de síncope, por lo que en los pacientes que se encuentran bajo tratamiento con astemizol y se presenta una suspensión al tratamiento, realizar monitoreo clínico y monitoreo electrocardiográfico. **PRESENTACIONES.** Caja con 10 comprimidos de 10 mg de Astemizol. Frasco con 30 ml, cada ml contiene 2 mg de Astemizol. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO.** Conservar en lugar fresco y seco. **LEYENDAS DE PROTECCION.** Literatura exclusiva para médicos. No se debe utilizar sin la supervisión de un médico. Si se necesita recetar, recetar médico.

Distribuido en México por  
Laboratorios Senosiain, S.A. de C.V.  
Carretera a San Luis Rey No. 221,  
Ez Hualde de S/A, Hita Colima, Gto.  
Reg. No. 29985 y 26487, S.S.A.  
Citas: 0181 2934324 y 0181 572996 L.P.P.R.

**Astesen<sup>®</sup>**  
Senosiain

# Lenguaje del método científico y del protocolo de investigación

JOSE LUIS FIGUEROA HERNANDEZ\*, HUGO JUAREZ OLGUIN\*\*

## RESUMEN.

Durante la etapa de formación médica, en la enseñanza de algunas disciplinas básicas tales como la farmacología, bioquímica, fisiología, etc, es importante que los alumnos conozcan, entiendan y apliquen el Método Científico (MC) con el propósito de que, se familiaricen a tal grado que puedan aplicarlo durante su ejercicio profesional. Por ejemplo, al practicar una atención médica, inicialmente deberán estar bien documentados, revisar antecedentes, observar la evolución del caso, y ser capaz de formular inferencias en relación al problema que atiende. El presente trabajo recopila y describe de una manera sencilla algunos puntos importantes de la terminología del Método Científico así como una pequeña explicación, con la intención de hacerlo más claro y completo.

## ABSTRACT

*During medical formation, at the teaching of some basic sciences like pharmacology, physiology, biochemistry, etc, is important that the students know, understand and apply the Scientific Method (SM), with the purpose that be familiarised and use themselves when their professional exercise of medicine required it. For example, when physicians have to attend a medical problem, at beginning they have to be well documented, to review antecedents, to observe evolutive changes and to look for the best answer about patients attended. This paper compiles and describes in a simple and easy way, some terminologic aspects used in the SM, beside each term is frequented with an explication, in the order to be understood.*

## PRESENTACION

Uno de los objetivos generales de la enseñanza de las diversas disciplinas médicas básicas en el laboratorio, como en el caso de la Farmacología, lo constituye la enseñanza a través del Método Científico, con la idea de que al estar en contacto frecuente con el mismo los alumnos lleguen a asimilarlo. Esta acción repetida y continua a lo largo de su formación como médicos, pretende que se lleguen a familiarizar tanto con él hasta el grado de serles fácilmente utilizable, en todos los casos del ejercicio profesional, al momento de elaborar una historia clínica

completa de sus pacientes. Es común que se dé por hecho que los estudiantes al llegar a la Facultad de Medicina, ya conocen los pasos de Método Científico puesto que éste ha sido abordado durante las etapas escolares previas inmediatas y que por tal motivo, están preparados para aplicarlo en el desarrollo de sus prácticas de laboratorio. Sin embargo, esto dista mucho de ser cierto, lo común es que si lo vieron no recuerdan qué es y en qué consiste o bien manifiestan desconocerlo por completo.

Por otro lado las comunicaciones científicas, que se publican en diversos tipos de revistas periódicas, en general, y con pequeñas variantes llevan un formato similar estructurado en base al Método Científico. Los laboratorios de prácticas de las materias básicas (Farmacología) también tienen la intención de contribuir a que el

\* Médico Cirujano, Maestro en Ciencias, Profesor de Carrera Titular «A» T.C. Definitivo en Farmacología.

\*\* Maestro en Ciencias, Profesor de Farmacología.

Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

estudiante adquiera el hábito de aplicar este tipo de estructuración al pedirles que lo utilicen constantemente al elaborar sus trabajos escolares.

## APLICACIÓN FORMATIVA

En el curso de laboratorio de Farmacología en la Facultad de Medicina UNAM, se pide a los alumnos un informe o protocolo individual acerca de todas y cada una de las sesiones prácticas, siguiendo los pasos del Método Científico al estructurar el reporte, como lo hacen los investigadores al publicar.

Existen numerosas obras, amplias y muy completas acerca del Método Científico, escritas por profesionales de diversas disciplinas científicas. Sin embargo se ha creído importante hacer un mayor énfasis en la estructuración del Método Científico al publicar, por lo que a continuación se mencionan los puntos que debe contener y el orden que debe observar:

1. Encabezado.
  - 1.1 Nombre o Título de Trabajo.
  - 1.2 Autor y Coautores.
  - 1.3 Institución y Dirección.
  - 1.4 Resumen.
2. Introducción.
  - 2.1 Antecedentes.
  - 2.2 Planteamiento del Problema o Hipótesis de Trabajo.
  - 2.3 Objetivos o Propósitos del Estudio.
3. Resultados: Tabulación, Gráficas y Análisis.
4. Discusión y Conclusiones.
5. Referencias Bibliográficas.

Por otro lado, por ser nuestro idioma oficial el español, se piensa que los alumnos de licenciatura ya deben dominar un amplio vocabulario; desafortunadamente esto se cumple en bajo porcentaje respecto a la terminología empleada en el Método Científico y por lo tanto en el protocolo y el reporte de investigación. Asimismo, en el Laboratorio de Farmacología se pide a los alumnos que presenten un informe individual de cada experimento o práctica realizada.

Por las razones anteriores, se consideró pertinente recopilar y presentar, para los alumnos de licenciatura la descripción que, de tales términos hace el diccionario de la Lengua Española, subrayando la acepción que se aproxima al sentido por el que se usa en el protocolo y el reporte de investigación; en algunos términos se ha agregado una pequeña explicación, con la intención de hacerlo más claro y completo.

**PRESENTAR:** Hacer manifestación de una cosa; ponerla en presencia de uno. Introducir a uno en la casa o el trato de otro, a veces recomendándolo personalmente. Colocar provisionalmente una cosa, para ver el efecto que produciría colocada definitivamente.

**INFORME:** Noticia o instrucción que se da de un negocio, o suceso o bien acerca de una persona, acción y efecto de informar. Exposición total que hace el letrado.

**INFORMAR:** Enterar, dar noticia de una cosa. Forma, perfeccionar a uno por medio de la instrucción y buena crianza. Dar forma substancial a una cosa.

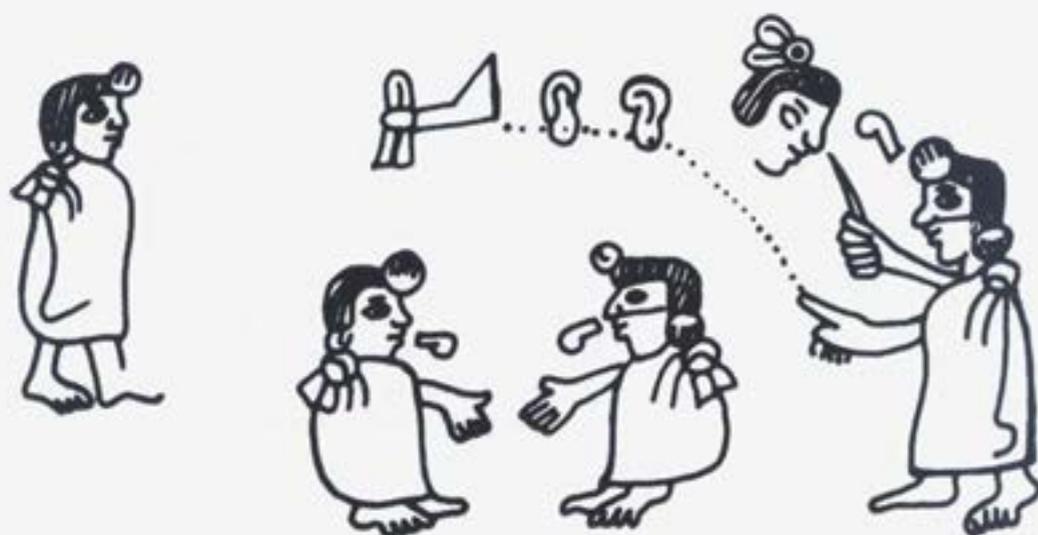
**PROTOCOLO:** Ordenada serie de escrituras, matrices y otros documentos que un notario o escribano autoriza y custodia con ciertas formalidades. Acta o cuaderno de actas relativas a un acuerdo, conferencia o congreso diplomático. Regla ceremonial diplomática o palatina establecida por decreto o por costumbre.

**INDIVIDUAL:** Particular, propio y característico de una cosa.

**INDIVIDUO:** Cada ser organizado, sea animal o vegetal, respecto a la especie a que pertenece. Persona perteneciente a una clase de corporación. Persona cuyo nombre y condición se ignoran o no se quieren decir.

**GRUPO:** Pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, material o mentalmente considerado.

1. **ENCABEZADO:** Dar principio, iniciar una suscripción o lista. Poner el encabeza-



do de un libro o escrito, o decir al principio de ellos una cosa.

- 1.1 **TITULO:** Palabra o frase con que se enuncia o da a conocer el asunto a materia de una obra científica o literaria, de cualquier papel manuscrito o impreso, o de cada una de las partes o divisiones de un

escrito . Letrero o inscripción con que se indica o da a conocer el contenido, objeto o destino de otras cosas, además, es informativo y conciso; puede incluir el objeto de estudio.

**NOMBRE:** Palabra que se apropia o se da a los objetivos y sus cualidades, para hacerlos conocer

y distinguirlos de otro. Título de una cosa por el cual es conocida, etc.

**TRABAJAR:** Ocuparse en cualquier ejercicio, obra o ministerio. Solicitar, procesar o intentar alguna cosa con eficiencia, actividad y cuidado a la ejecución de una cosa. Poner contacto y fuerza para vencer alguna cosa. Formar, disponer o ejecutar una cosa arreglándose a método y orden. Ocuparse con empeño en alguna cosa, esforzarse por consiguiente.

**1.2 AUTOR:** El que es causa de alguna cosa. El que inventa. Persona que ha hecho alguna obra científica, literaria o artística. Coautor con otro u otros.

**1.3 INSTITUCION:** Establecimiento o fundación de una cosa. Cosa establecida, etc.

**DIRECCION:** Acción y efecto de dirigir o dirigirse. Consejo, enseñanza y preceptos con que se enciende a uno. Oficina o casa en que despacha el director o las directivas. Señas escritas sobre una carta, fardo o caja, o cualquier otro bulto, para indicar dónde y a quien se envía, etc.

**1.4 RESUMEN:** Acción y efecto de resumir, este significa resumir a términos breves y precisos, o considerar tan solo y repetir abreviadamente, lo esencial de un asunto o materia. Nota.- Incluye los asuntos medulares del estudio como son: una relación breve de los antecedentes y los objetivos; las técnicas y el manejo de variables; descripción de los resultados más significativos y las conclusiones.

**2. INTRODUCCION:** Acción y efecto de introducir o introducirse. Preparación, disposición, o lo que es propio para llegar al fin que uno se ha propuesto. Entrada y trato familiar e íntimo con una persona. Parte inicial, generalmente breve, de una obra instrumental o de cualquiera de sus tiempos. Nota.- Debe ser breve, aquí se describen y analizan los antecedentes y se intenta explicar en qué aspectos la investigación aventajará a estos. Aquí se selecciona y formula la hipótesis más probable y se describe el objetivo del trabajo.

**2.1 ANTECEDENTES:** De anteceder. Que antecede. Acción, dicho o circunstancia anterior que sirve para juzgar hechos posteriores. El primero de los términos de la acción gramatical. Nombre, pronombre u operación a que hacen referencia los pronombres relativos, etc. Nota.- De éstos depende la hipótesis de trabajo, los objetivos de la investigación y la justificación. Son una revisión actualizada y relevante de la literatura existente sobre el problema.

**2.2 HIPOTESIS:** Suposición de que una cosa sea posible o imposible, para sacar de ella una consecuencia. Nota.- Identifica el problema o pregunta por responder, que permita avanzar al conocimiento.

**2.3 OBJETIVO:** Perteneciente o relativo al objetivo en sí y no a nuestro modo de pensar o de sentir. Desinteresadamente, desapasionado. Dícese del síntoma que está al alcance de los sentidos del médico. Lente o sistema de lentes, colocados en los anteojos y otros aparatos de óptica en la parte que se dirige hacia los objetivos. Nota.- Es la finalidad hacia la cual esta orientada la investigación, debe ser clara y precisa, aquí se utilizan verbos que describen claramente la acción que se pretende lograr.

**PROPOSITO:** Animo o intención de hacer o no hacer una cosa. Objeto, mira. Materia de que se trató o en que se está entendiendo. A propósito, expresa que una cosa es proporcionada u oportuna para lo que se desea o para el fin a que se destinan. De propósito, con intención determinada; voluntaria y deliberadamente. Fuera de propósito, sin venir al caso, sin oportunidad o fuera de tiempo.

**PLANTEAMIENTO:** Acción y efecto de plantear.

**PLANTEAR:** Tantear, trazar o hacer planta de una cosa para procurar el acierto en ella. Tratándose de sistemas, instituciones, reformas, etc; establecerlos o proponerlos. Tratándose de temas o cuestiones o dudas, proponerlos, suscitarlos o exponerlos.



**DISEÑO:** Traza, delineación de un edificio o de una figura. Descripción o bosquejo de alguna cosa, hecho por palabras.

**METODO:** Modo de decir o hacer con orden una cosa. Modo de obrar o proceder; hábito o costumbre que cada uno tiene y observa.

Procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y enseñarla; es de dos maneras: analítico y sintético real etc. Nota.- Se define la población que será utilizada, tanto los criterios de inclusión como los de exclusión. El método debe ser acorde con el problema que se va a analizar y con los objetivos del estudio. También se identifica el uso de un método determinado. Se describe una secuencia lógica con detalles para que otros puedan repetirlo o juzgar su confiabilidad y por lo tanto de los resultados. En algunos casos se refiere al lector de la publicación en que algún método está descrito con detalle. In-

cluye las variables o características medibles en las unidades del estudio, considerando aspectos de complejidad, claridad, tipo y relevancia para los objetivos, así como el tipo de escala para medirlas. Se menciona el tipo de análisis estadístico.

3. **RESULTADO:** Efecto y consecuencia de un hecho, operación o deliberación. Nota.- Se describen los hallazgos más significativos y al mismo tiempo se da una cierta indicación de su propósito y relevancia en relación a los objetivos e hipótesis planteadas, estableciendo conexión con la discusión. Evite una descripción larga y tediosa.

**TABULAR:** Que tiene forma de tabla.

**TABLA:** Índice que se pone en los libros regularmente por orden alfabético para que con mayor facilidad se busquen y hallen las materias o puntos que contienen, lista o catálogo de cosas puestas por orden sucesivo o relacionado entre sí.

**GRAFICA:** Perteneciente o relativo a la escritura y a la imprenta. Aplicase a las descripciones, operaciones y demostraciones que se representan por medio de figuras o signos. Aplicase al modo de hablar que expone las cosas con la misma claridad que si estuvieran dibujadas. Representación de datos numéricos de cualquier clase por medio de una o varias líneas que hacen visible la relación o gradación que esos datos guardan entre sí.

**ANALISIS:** Distinción y separación de las partes de un todo hasta llegar a conocer sus principios o elementos. Examen que se hace de alguna obra discurso o escrito. Examen de las palabras del discurso para determinar la categoría, oficio, accidentes y propiedades gramaticales de cada una de ellas. Arte de resolver problemas por el álgebra. Examen químico o bacteriológico de los humores, secreciones o tejidos con un fin diagnóstico. Cualitativo, el que tiene por objeto descubrir y aislar los elementos o ingredientes de un cuerpo compuesto. Cuantitativo, el que se emplea para determinar la cantidad de cada elemento o ingrediente.

**4. DISCUSION:** Acción y efecto de discutir.

**DISCUTIR:** Examinar y ventilar atenta y particularmente una materia, haciendo investigaciones muy menudas sobre sus circunstancias y contender y alegar razones contra el parecer de otro.

**DISCURSO:** Facultad racional con que se infieren unas cosas con otras y sacándolas por consecuencia de sus principios. Conociéndolas por indicios o señales. Acto de la facultad discursiva. Uso de razón, reflexión, raciocinio sobre algunos antecedentes o principios. Serie de palabras y frases empleadas para manifestar lo que se piensa o siente. Razonamiento de alguna extensión dirigido por una persona a otra u otras. Escrito de no mucha extensión, o tratado en que discurre sobre una materia para enseñar o persuadir. Espacio, duración de tiempo. Carrera, curso, camino que se hace por varias partes. Nota.- Se discuten los propios resultados con los reportados por otros investigadores, se analizan la validez y se comenta su significado, relacionándolos con la información disponible en la literatura. Trate de

explicar y fundamentarlas discrepancias con otros investigadores. Critique o cuestione los fundamentos de otros experimentos entrelazándolos a los argumentos de su discusión y explique los resultados en base a las hipótesis.

**CONCLUSIÓN:** Acción y efecto de concluir o concluirse. Fin y terminación de una cosa. Resolución que se ha tomado sobre una materia después de haberla ventilado. Aserto a proposición que se defiende en las escuelas. Proposición que se pretende probar y que se deduce de las premisas. Escrito de conclusión o en conclusión, en suma por último, finalmente. Nota.- Nunca se debe llegar a reclames y sobreestimaciones acerca de la precisión e importancia de su trabajo, la generalidad de sus conclusiones o a la aplicabilidad de los resultados.

**REFERENCIA:** Narración o relación de una cosa. Relación, dependencia o semejanza de una cosa respecto a otra.

**BIBLIOGRAFIA:** Descripción, conocimiento de libros, de sus ediciones, etc. Relación o catálogo de libros o escritos referentes a materia determinada. Nota.- Se enlistan por orden alfabético o por orden de cita, las referencias bibliográficas utilizadas a lo largo del protocolo o del reporte de investigación, como apoyo para cada una de sus diferentes secciones.

#### COMENTARIOS FINALES.

Al escuchar a un profesor, a un investigador o a un comunicador dirigirse a un grupo de personas, puede ser una gran experiencia, que puede ser efímero o limitado si el receptor no se encuentra familiarizado con la terminología que le permita captar la esencia del contenido temático de quien está al frente o de quien intenta comunicarnos sus experiencias a través de su manuscrito.

En charlas de pasillo o tras bambalinas, los alumnos nos comentan y sugieren que para poder captar la atención y a su vez el interés del grupo; al comunicar se debe hacer en una forma amena y sencilla, procurando presentar con claridad los conceptos que se exponen. Esto constituye un problema considera-

ble, pues adecuar el lenguaje científico a fin de que sea entendido para toda la clase de auditor o lector, es una labor muy difícil.

Inscrito en este contexto deseamos que las secciones que aquí han sido presentadas, contribuyan a menguar la difícil tarea de darse a entender, y de esta forma poner la ciencia al alcance de los grupos de jóvenes en su etapa de formación médica de manera científica, despertar su interés, su imaginación y su espíritu crítico y, sobretodo, dar vigor al pensamiento y a la lectura científica.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Bunge M. La Investigación Científica, 4ª. Edición, Editorial Ariel, Barcelona, España 1975.
2. «Diccionario de la Lengua Española».XIX Editorial Real Academia Española Madrid 1970.
3. Ramón García Pelayo y Gross. Pequeño Larousse en color. Editorial Nogel, Barcelona 1972.
4. Enciclopedia Salvat Diccionario. Salvat Editores, S.A. México, 1977.
5. Garza Mercado A. Manual de Técnicas de Investigación, 3ª. Edición. El Colegio de México, 1981.
6. Rodríguez CR, Figueroa-Hernández JL, López ME, Moreno AL, Ramírez GD. Manual de Prácticas de Farmacología, Facultad de Medicina, U.N.A.M; 1984.
7. Rosenblueth A. El Método Científico. CIEAIPN. México, 1970.
8. Zubizarreta GA. La Aventura del Trabajo Intelectual. Fondo Educativo Interamericano, S.A. Estados Unidos de Norteamérica, 1969.

#### Responsable:

M. en C. José Luis Figueroa Hernández  
N. Departamento de Farmacología  
O. Facultad de Medicina, UNAM  
Cuidad Universitaria, México D.F.  
CP 04510 Apdo. Postal 70297  
Tel. 6 23 21 65 (oficina)  
Fax 6 16 14 89  
6 55 15 38 (casa)

# Algunas consideraciones en relación a la interacción entre las facultades y escuelas de medicina en nuestro país.\*

Enrique Aguirre H.  
Gilberto Hernández Z.

## INTRODUCCION:

El propósito incluido de estas líneas es tratar de explicar algunos aspectos de la interacción entre facultades y escuelas de medicina de nuestro país. Su dinámica interactiva, sin embargo, no es una cuestión que pueda analizarse en sí misma, es necesaria considerarla dentro de un marco más amplio que permita vislumbrar algunas de sus determinantes más importantes.

En este sentido, y a manera de marco histórico, el trabajo incluye una somera revisión de las relaciones entre las instituciones educativas y el Estado, así como de las instituciones encargadas de regular tanto la educación médica como el ejercicio profesional.

A modo de eje de trabajo, se utilizarán algunos elementos de contraste entre las finalidades científicas de las universidades y los intereses pragmáticos del Estado.

## 1.- ANTECEDENTES.

Las universidades más antiguas aparecieron en algunas ciudades Europeas amparadas bajo el proceso de reivindicación imperial promovido por Carlomagno. El Estado creado por el rey emperador, y los derivados del mismo, se estructuraron en torno a la concepción teórico - filosófica de Dios como causa universal de todos los fenómenos.

En este sentido, la producción de conocimientos y los procedimientos para su ac-

ceso estaban en función y para el servicio teológico. El Estado, entendiendo por Estado a la organización pública; estaba organizado en íntima vinculación con la Iglesia, en donde incluso la autoridad formal detentada por el rey, era concebida como asignación de la verdad divina.

El Estado era, al mismo tiempo, la instancia jurídica y el órgano formal del establecimiento y aplicación del derecho. Desde este punto de vista el Estado aparecía como un elemento mediador — con la bendición de la Iglesia — entre los designios de Dios y los acontecimientos terrenales.

Este modelo se reprodujo en Europa durante siglos y repercutió en el México colonial en donde se establecieron instituciones, a partir del siglo XVI, a imagen y semejanza de las fundadas en España. Para nuestro trabajo, dos de ellas resultan de interés. Por un lado, el Promedicato, que se encargaba de la regulación de la formación y la práctica médica, de la cirugía y de la farmacia. La figura central de aquella institución era el protomédico; el primero de ellos, Pedro López, fue nombrado en 1527.

El protomédico generalmente era el médico de los reyes, el antecedente más remoto en este sentido se remonta a 1288. Este tipo de vínculo ya centenario, a perdurado a través de diferentes formas de organización social hasta la actualidad; inclusive dentro del México contemporáneo. Es frecuente que algunos de los titulares de la Secretaría de Salud, la anterior Secretaría de Salubridad y Asistencia, sean los médicos de los presidentes en turno y de sus familias. Lo mismo sucede a nivel de los estados de la República entre los gobernadores y los titulares de las instituciones de salud.

\* Un trabajo preliminar a este artículo fue presentado en la «Primera reunión de la enseñanza en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello», 7 y 8 de marzo de 1996. México, D.F.

La Real y Pontificia Universidad, la otra institución seleccionada para nuestros fines, fue establecida en septiembre de 1551 e inaugurada en enero de 1553; dentro de ella se inició la lectura de la cátedra de medicina en enero de 1578. Los vínculos entre la institución educativa y el Estado Virreinal fueron muy estrechos. Este hecho puede apreciarse en la configuración del Tribunal del Protomedicato en la nueva España. En 1646, que contaba con los siguientes miembros:

1. El catedrático de Prima de Medicina de la Universidad
2. El decano de la cátedra Prima de Medicina.
3. Un destacado médico nombrado por el virrey (generalmente su médico de cabecera).

Esta relación íntima entre las instituciones educativas y el Estado fue cambiando gradualmente debido al desarrollo del pensamiento científico europeo que fue generando una concepción de la realidad muy diferente; y hasta contraria, a aquella que enlazaba en una misma lógica —teo-lógica— a la iglesia, el Estado y las instituciones educativas.

En la configuración de la cosmovisión europea paulatinamente se empezaron a construir explicaciones de los fenómenos fuera del perímetro conceptual dominado por el poder eclesiástico. Las causas y efectos de los cambios del universo ya no provenían de un poder divino sino que radicaban en su propia naturaleza. El poder absoluto del más allá comenzaban a debilitarse cediendo, poco a poco, su firmeza en favor de un conocimiento terrenal, del más acá, que resultaba ser más práctico y eficaz, y que encontraba su legitimación en la demostración experimental.

Este desarrollo del pensamiento científico, que alcanzó su esplendor en el siglo XVIII, durante la ilustración, era capaz de producir efectos sobre la naturaleza a voluntad de los hombres. Con el sueño de René Descartes de construir un método racional para dominar la naturaleza, se hacía realidad.

Esta situación trajo múltiples consecuencias; algunas de las más importantes podrían ser las siguientes: a) se deslizó el poder desde la instancia divina hasta la institución civil; b) la iglesia Católica perdió su monopolio de representante del poder único sobre la tierra; c)

la ciencia empezó a hacerse cargo de la exploración y explicación del mundo y del cosmos; d) el Estado comenzó a oscilar entre la Iglesia, que durante siglos lo había legitimado, y la ciencia y sus nuevas instituciones que ganaban rápidamente el poder que ella iba perdiendo. La ciencia ofrecía, además, una nueva posibilidad de legitimación que sería, con el tiempo, la base de su modernidad.

En esta disyuntiva histórica, una de las instituciones educativas, se aventuraron por el camino de la ciencia, otras permanecieron fieles a la Iglesia. Sin embargo, la última palabra tendría que ser dicha por el Estado y sus instituciones gubernamentales: si el Estado se «modernizaba» y decidía legitimarse con la ciencia, las escuelas tendría que hacer lo mismo en tanto que instituciones, en su mayoría, subordinadas al Estado.

De esta manera, muchas universidades cambiaron paradigmas y se replantearon a sí mismas. Esta renovación universitaria implicó simultáneamente, la asunción de la racionalidad implicada en la modernidad; el pensamiento con arreglo afines. La era de los principios había quedado atrás.

La finalidad cartesiana; dominar la naturaleza y la finalidad maquiavélica: gobernar a los hombres; ciencia y política racionales, se convirtieron en los dos pilares del estado moderno. El poder, definitivamente, estaba alejándose de su vínculo con Dios y se convertía, a toda prisa, en algo terrenal.

Las instituciones que no reaccionaban ante la nueva lógica pronto se vieron presionadas en la dirección de los cambios dominantes: Un ejemplo histórico al respecto nos muestra la pugna entre las siguientes dos instituciones:

Durante el siglo XVIII en Francia se creó la Real Sociedad de Medicina con la clara intención de vigilar y controlar — hasta donde era posible en esa época— los fenómenos sanitarios de relevancia nacional. La nueva institución, sin embargo, no tardó en entrar en contradicción con la Facultad Médica.

Michel Foucault expone la situación de la siguiente manera: « El conflicto con la Facultad estalla bien pronto. A los ojos de los contemporáneos es el choque de dos instituciones: la una moderna y políticamente tensa, la otra arcai-

ca y cerrada sobre sí misma. Un partidario de la Facultad describe así su oposición: «La una antigua, respetable bajo todos los aspectos y principalmente a los ojos de los miembros de la sociedad que han formado en su mayor parte; la otra institución moderna cuyos miembros han preferido, a la asociación de sus instituciones, la de los ministros de la Corona, que han desertado de las Asambleas de la Facultad a las cuales, el bien público y sus juramentos debían mantenerlos ligados para correr la carreta de la intriga». Durante tres meses a modo de protesta la Facultad «hace huelga»: se rehusa a ejercer sus funciones, y sus miembros a consultar con los socios.. Pero el resultado está dado por adelantado porque el Consejo apoya al nuevo comité. Ya desde 1778, estaban registradas las cartas patentes que consagraban su transformación en Real Sociedad de Medicina y la Facultad había visto prohibírsele «emplear en ese asunto ninguna especie de defensa». La Sociedad recibe 40 000 libras de renta deducidas de las aguas minerales, mientras que la Facultad no recibe sino apenas 2 000. Pero sobre todo, su control se amplía sin cesar: órgano de control de las epidemias se convierte poco a poco en un punto de centralización del saber, en una instancia de registro y de juicio de toda la actividad médica. Al iniciarse la Revolución, el Comité de Finanzas de la Asamblea Nacional justificará así su estatuto: «El objeto de esta sociedad es vincular la medicina francesa y la medicina extranjera, por una útil correspondencia; recoger las observaciones dispersas, conservarlas y cotejarlas, buscar sobre todo las causas de las enfermedades populares, calcular sus vicisitudes, comprobar los remedios mas eficaces».

Podemos ver las principales fuerzas que aquella época encarnadas en la disputa entre la institución educativa y la institución sanitaria. Una, como parte innovadora del Estado, recibía



el apoyo real y concreto en dinero; la otra, ligada a la tradición, e incluso a la ciencia de su tiempo, de sus principios, ve disminuido su presupuesto al grado de la extinción. La universidad, en diversos países y momentos históricos, ha jugado el papel de la institución anacrónica y obsoleta (mientras la realidad cambia y se transforma de prisa, la universidad sigue sujeta a principios intelectualmente puros, pero prácticamente inoperantes y hasta retrógrados).

Recordemos que en nuestro país, la universidad fue cerrada y abierta en varias oca-

siones, por los grupos liberales o conservadores respectivamente en el poder, hasta que fue cerrada definitivamente por Maximiliano (1864), quien llegó al poder promovido por conservadores y no fue reabierta hasta 1910 por el régimen de Porfirio Díaz que, en ese entonces adolecía ya de una decadencia avizorante de su pronta y aparente conclusión.

Lo anterior permite mostrar la dialéctica entre la juventud y la decrepitud de las instituciones, los ciclos que intercalan entre ellas; nace una cuando la otra, ya enquistada declina. Pero ese fenómeno no se produce por generación espontánea, mas bien parece ajustarse a las definiciones, los ciclos y los intereses del Estado.

No deja de llamar la atención el hecho de que, como en el ejemplo histórico que vimos de Francia, y algunos mas que podríamos repasar en nuestro país, los miembros que integran una sociedad opositora y hasta enemiga, en cierto sentido, de la Universidad, sean ex-miembros de ella (una especie de traidores al pensamiento puro y sus principios). Este tipo de fenómenos todavía pueden apreciarse, con las debidas reservas, en la actualidad. Esta aparente traición ¿es espontánea o propiciada?

La educación médica es una institución intervenida tempranamente por el poder del Estado, ¿por qué? Porque la institución médica con sus concepciones, sus prácticas y sus resultados validados científicamente es el mejor medio para controlar grupos, conglomerados, comunidades y hasta individuos. El control sobre la naturaleza que ofrece la ciencia, construido fuera del campo de intereses personales o partidistas, es algo apetecible para el Estado que busca siempre instrumentos de control legítimos y válidos. El control sobre la naturaleza, propio de la ciencia; y el control sobre los hechos humanos, propio de la política, es la mejor combinación que el Estado puede pretender.

Por esta razón, el poder del Estado dividió tempranamente al gremio médico, poniendo una parte a sus servicio directo y permitiendo que la otra parte subsista y se reproduzca en las universidades. Sin embargo, con frecuencia son los mismos médicos quienes han servido tanto a los intereses «neutrales» de la ciencia en las universidades; como a los intereses pragmáticos de la política del Estado.

Es interesante observar que este fenómeno tenga siglos de estarse presentando, con mayor o menor énfasis en algunas instituciones y en algunas épocas. Es necesario no perder de vista estos aspectos de la relación histórica entre las instituciones de educación médica y el Estado para entender mejor la actual interacción entre las escuelas de medicina en México.

## 2. INTERACCIONES ACTUALES DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

Antes de exponer las consideraciones respecto a la interacción actual entre facultades y escuelas de medicina en el país es necesario tomar en cuenta su crecimiento explosivo en los años setenta. Por otro lado, también resulta importante destacar que la base curricular de las escuelas recién surgidas se obtuvo a través de la «adopción» o franca «piratería» de planes de estudio, lo que en ocasiones provocó, sin planearlo en muchos casos, una relación diferencial entre ellas: unas escuelas como «matriz» o «matrices» y otras como escuelas «hijas», ya que fueran legítimas o bastardas.

En estas interacciones debe tenerse presente además, el ya clásico centralismo mexicano, que en nuestro caso se traduce en el hecho de que unas escuelas detentan el monopolio de planes y programas de estudio mientras que otras siguen siendo dependientes académica e intelectualmente de las primeras.

Por último, las interacciones entre facultades y escuelas se ven influidas en buena medida, por el tipo de vínculo que estas instituciones tengan establecido con el poder del Estado. Hay que tener en cuenta la diferente naturaleza de las facultades y escuelas de medicina; existen las «oficiales» que dependen directamente de un organismo gubernamental; las autónomas, con carácter y patrimonio jurídico propios y con la capacidad de organizarse y regularse a si mismas de manera relativamente independiente; existen otras con un carácter mixto instituciones gubernamentales «autónomas»; y por último las privadas con propósitos educativos muy específicos.

En esta gran gama y variedad de instituciones, un factor determinante es la fuente de

su financiamiento, a qué intereses responde y cómo se aplica finalmente.

Lo anterior se refleja en la dinámica interactuante de estas instituciones al interior de la AMFEM, ya que en muchas ocasiones se ventilan diferentes puntos de vista, diferentes posiciones respecto a un determinado asunto cuyas divergencias pueden ser diametralmente opuestas. De ahí que la labor no ha sido sencilla y se puede decir que muchas situaciones se han superado gracias al tino que han tenido los dirigentes de la AMFEM en turno, pero sobre todo a la madurez que han mostrado los representantes institucionales, para avanzar en pos de un objetivo común. Los logros obtenidos hasta este momento han sido el resultado de la toma de decisiones por consenso, fincadas en el convencimiento de lo que resulte mas conveniente para cumplir con la misión de la AMFEM. En este contexto, o a pesar de ello, se puede decir que actualmente las interacciones entre las facultades y escuelas de medicina del país, se intensificaron en los últimos 5 años y los mecanismos para ello han sido principalmente la fijación de objetivos comunes y su consecución. Claro ejemplo de esto es el Programa para el Incremento de la Calidad en la Educación Médica; este programa dió pie al Sistema Nacional de Acreditación. Cabe hacer mención que en interacciones previas se obtuvieron como productos el diseño del Programa Nacional del Servicio Social y el Programa Nacional de Incremento a la Educación de la Nutrición.

El impulso dado por las más recientes gestiones de la AMFEM le ha dado un viraje hacia lo académico a esta asociación. Un ejemplo de esta modificación han sido los trabajos previos al diseño, al planteamiento de los mecanismos, y a la propuesta aprobada por la Asamblea para el Sistema Nacional de Acreditación que ha ocupado mas de 700 horas de intenso trabajo para obtener los criterios, indicadores, estándares, instrumento de autoevaluación, esquemas de acreditación y normatividad para las visitas de verificación. En este año (1996) se tiene previsto que quede concluida la acreditación de 5 instituciones y están en espera, solicitudes de 20 más.

Otro resultado de éstas interacciones está representado por lo que podríamos denominar los cuerpos colegiados al interior de la AMFEM, a quien se les puede considerar como

órganos colegiados también, generados en recientes años como lo es el Comité de Planeación y la Comisión de Acreditación que están conformados por representantes institucionales. En estos cuerpos colegiados se propicia una intensa interacción. El Comité de Planeación que tuvo su origen en la reunión nacional en Reynosa en 1990, fue ampliado en la reunión de Guadalajara en 1992 y a la fecha asisten a sus reuniones mensuales un promedio de 25 personas, tuvo en sus inicios la inclusión de seis instituciones para aumentar a 10 y posteriormente a 14 ; asimismo acuden también como observadores representantes de otras instituciones, tal es el caso del Instituto Nacional de Salud Pública ó de la Organización Panamericana para la Salud, entre otras.

La Comisión de Acreditación está conformada por el Consejo Directivo de la AMFEM, 3 miembros del Comité de Planeación, 3 representantes de las regiones norte, centro y sur de nuestro país, así como un representante de la Secretaría de Educación Pública y otro de la Secretaría de Salud, teniendo un total de catorce miembros en donde están integradas doce instituciones.

Paralelamente al Sistema Nacional de Acreditación, la AMFEM desarrolla otros programas nacionales que se mencionan a continuación :

- de Internado y Servicio Social.
- de Incremento a la Enseñanza de la Nutrición.
- de Educación Médica Continua (colaborando con el Consejo de Salubridad General).
- de Bioética.
- de Informática Médica.
- para la Evaluación Nacional de conocimientos.
- el Diplomado en Alta Dirección para la Educación Médica.

En todos estos programas participan tanto miembros del Consejo Directivo como del Comité de Planeación, a los que se agregan representantes de instituciones que no necesariamente están agrupados en estos dos órganos.



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 FARMACEUTICA Y FORMULACION: Cada cápsula contiene: Clorhidrato de ciprofloxacino monohidratado equivalente a 250 y 500 mg de ciprofloxacino. Excipiente s.b.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 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 el 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 antácidos 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 glibenclámda 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 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 neutrofónica de pacientes con defensas disminuidas, osteomielitis 2 meses, en infecciones por Estreptococo 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 soporte 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. 221  
Ex. Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.  
No. de Reg. 300M87 y 004M91 S.S.A.  
Clave: CER-382994 AEJR-3213995 LP.P.R.

**CIPROFLOX**<sup>®</sup>  
Senosiain

- ◆ 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 FARMACEUTICA Y FORMULACION:** Cada cápsula contiene: omeprazol 20 mg Excipiente s.b.p. 1 cápsula. **INDICACIONES TERAPEUTICAS:** Esófago por reflujo, úlcera gástrica, úlcera duodenal, Síndrome de Zollinger-Ellison y en todos aquellos estados hipercetores en donde se requiere el tratamiento con un fármaco bloqueador de la bomba de protones. **CONTRAINDICACIONES:** 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, cansancio, mareo, cefalea y parestesias. Estos efectos generalmente fueron moderados, transitorios y no requirieron de la reducción de la dosis. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO:** Los resultados obtenidos hasta la fecha indican que omeprazol inhibe el metabolismo oxidativo hepático (citocromo P-450) de algunos fármacos metabolizados por esa vía, como la fenofina. **PRECAUCIONES Y RELACION 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 enterocromafines y por lo tanto de tumores carcinoides, aunque es necesario un mayor número de estudios. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACION:** La dosis habitual para el adulto en el tratamiento de úlcera péptica ya sea gástrica o duodenal y esófago 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 esófago 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 requerida es mayor de 60 mg al día, ésta deberá ser dividida en dos tomas. **SOBREDOSIFICACION 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 PROTECCION:** Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por:  
Laboratorio Serravallo S.A. de C.V.  
Camino a San Luis Rey No. 221  
Ex-Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.  
Número de Reg. 0288913.0.A.  
Clase AEAR 29020/94 (P.P.R.)  
Clave IEL 23861/94

**Ulsen**<sup>®</sup>  
SERRAVALLO

**S**

U L S E N SERRAVALLO

La AMFEM no puede, ni debe, considerarse como un organismo aislado e insular cuyas interacciones nada más den al interior de su seno, sino que participa con otras instituciones al integrarse a grupos de trabajo como pueden ser el Comité Mexicano para la Práctica Internacional de la Medicina (COMPIM), la Comisión Nacional para la Educación Médica Continua, la Comisión de trabajo, para la enseñanza, comprensión y previsión al alcoholismo y otras adicciones, el Comité Interinstitucional para la Supervisión y Evaluación del Programa Nacional de Desayunos Escolares y su impacto en la salud y en la educación, lo que ha llevado a la AMFEM a interactuar con la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, la Fundación Mexicana para la Salud, (FUNSALUD) el Consejo Nacional para la Evaluación (CENEVAL), los Comités Interinstitucionales para la evaluación de la Educación Superior CIESS, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia D. I. F., el Instituto Mexicano de Psiquiatría, las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, algunos colegios de profesionales de la medicina y con el propio Consejo de Salubridad General.

Se ha participado en reuniones internacionales con la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina FEPAFEM, con la American Medical Association AMA, con el Liaison Committee on Medical Education, en la ciudad de Chicago; con el Trends in Medical Education de Europa en Zaragoza España, se ha asistido a la XVI Conferencia Panamericana de Educación Médica en Quito, Ecuador; a la Conferencia Mundial de Educación Médica en Santa Fé de Bogotá Colombia; al Encuentro Continental de Educación Médica en Punta del Este, Uruguay; a la tercera Reunión Trilateral para la Globalización de la Educación Superior y Profesionales, el caso de América del Norte, en Cancún, Q. R.

## COROLARIO

¿Cuál va a ser el futuro de estas interacciones?  
 ¿Qué se pretende con ello? Y ¿Cuáles serán los resultados?

Una de las premisas fundamentales es que no olvidemos cuál es nuestro fin último, y

este debe ser la contribución al mejoramiento de nuestra sociedad, la aportación que como instituciones educativas podemos hacer al estar preparando y formando recursos humanos para la salud, recursos humanos que estén al servicio de seres humanos, en una aportación tendiente a elevar la calidad de vida de ese potencial que significa lo más valioso de una nación, sus individuos, sus familias, sus comunidades, su población; pero una población sana o lo más cercana al concepto de salud entendido como lo propone OMS, no sólo la ausencia de enfermedad sino el completo bienestar físico, psicológico y social.

Lo anterior no podrá lograrse si las instituciones educativas, las prestadoras de servicio, las instituciones privadas y los equipos organizados de la sociedad actúan aisladamente; se tiene que buscar e intentar el propiciar la interacción multi-sectorial, multi-institucional, en una relación dinámica, madura, comprometida, en donde a partir de la base de los consensos se establezcan los rumbos conjuntamente definidos. La salud en nuestra nación sólo podrá ser posible por la suma de los esfuerzos, por la conjunción de las intenciones y por la coincidencia en las acciones explicitando y remarcando la corresponsabilidad y entendiendo el sentido holístico con el que debe ser impregnado el concepto y la acción, pasar del discurso a los hechos, alejar la retórica para caminar de los decires a los haceres. Abundar en la colaboración, ampliar la cooperación, respetar la identidad diferente de las instituciones, remarcar las fortalezas y coadyuvar en la superación de nuestras debilidades, reconocer lo que debemos reforzar y aprender de quien sabe más y tiene más conocimiento y experiencia que ofrecer.

El Estado moderno debe fijar su acento no sólo en los aspectos técnicos o en la claridad de sus fines, sino también en los aspectos humanos que hacen posible el avance de lo moderno sin deterioro de la dimensión social. Tenemos la oportunidad histórica para que, una vez promovidos los cambios en esos sentidos, entrar en el tercer milenio con la suficiente solidez que se descubra en los productos que tarde o temprano repercutirán en mayores beneficios para nuestra salud y la salud de nuestras poblaciones.

El reto es grande, la tarea ardua, pero los resultados serán parte de nuestras mejores satisfacciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández del Castillo, Francisco. El Protomedicato en la Nueva España. Sección Historia de la Medicina en la Revista *El Médico*, Año 8 números 5-9, agosto a diciembre 1958, México.
2. Avila Hernández, María Rosa. Antecedentes del Tribunal del Protomedicato en Nueva España, Historia General de la Medicina en México, Tomo II Medicina Novohispana. Academia Nacional de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1990. Pp. 255-260.
3. Rodríguez Martha Eugenia. Del Tribunal del Protomedicato a la Facultad Médica. Capítulo listo para imprenta para la Historia General de la Medicina en México. Tomo correspondiente al siglo XIX. Academia Nacional de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
4. Foucault, Michel, El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Ed. Siglo XXI, México, 1990, Décimo cuarta edición en español, pags. 50-1.
5. Cárdenas de la Peña, Enrique. Historia de la Medicina en la Ciudad de México. Colección Metropolitana, D.D.F. 1976 pp. 100-101; 119-125; 153-163; 172-176.
6. Martínez Cortés, Fernando; De los miasmas y efluvios al descubrimiento de las bacterias patógenas. Los primeros cincuenta años del Consejo Superior de Salubridad, México 1993
7. Pérez Tamayo, Ruy; Medicina y Cultura Mexicana, Universidad Nacional Autónoma de México.
8. Recasens Richer, Luis. Sociología. Ed. Porrúa, México, D.F. 1991.
9. AMFEM, Programa de Calidad en la Educación Médica, Sistema Nacional de Acreditación, México, 1994.
10. AMFEM, Programa Nacional de Servicio Social, México, 1993.
11. AMFEM, Programa Nacional de Incremento a la Enseñanza de la Nutrición, México, 1995.
12. Contribución de la AMFEM al Programa de Evaluación y Seguimiento del Programa Nacional de Desayunos Escolares. Mecanograma 1996.

# La comisión Nacional de arbitraje médico y la calidad de la atención.

Dr. Héctor Fernández Varela Mejía\*

**E**n México los servicios de salud que ofrecen el Estado y los particulares se prestan con adecuados niveles de calidad, aunque se deben reconocer diversas limitaciones, algunas de índole económica y otras derivadas de problemas de organización, de administración e incluso de actitudes del personal de salud o de los propios usuarios.

La calidad de los servicios de salud obedece en gran medida a los avances tecnológicos y a la aplicación de la investigación científica, así como a los recursos humanos altamente calificados que se forman en diversas instituciones educativas de excelencia.

Recordemos que la ciencia médica, en esa vertiginosa carrera que progresa de manera paralela a la investigación, nos ha permitido avances inimaginables hace apenas algunos años; pero por ello, al medir los resultados y evaluar la calidad de la medicina que practicamos, estamos sujetos a un mayor rigor metodológico, así como a mayores expectativas por parte de los pacientes.

Los servicios que en materia de salud ofrecen las instituciones públicas y privadas, así como los profesionales y técnicos en forma individual, deben de tener como premisa principal la aspiración de satisfacer un derecho tutelado en nuestra Constitución: el derecho a la protección de salud, que si bien no es un derecho consustancial al ser humano, sí es indispensable para que su desarrollo y existencia en sociedad, le permita lograr una vida plena y satisfactoria.

Son pues los recursos humanos, quienes constituyen la base y la clave en la satisfacción de este derecho, y será en la medida en que cada médico, cada enfermera, cada especia-

lista y cada técnico visualicen sus responsabilidades profesionales, sus relaciones con los pacientes y sus principios éticos, como podrá garantizarse el bienestar de los individuos y sus familias. La formación profesional es entonces, el momento y el medio más idóneo, para inculcar a los estudiantes estos preceptos, que deben conducir su situación a lo largo de la vida profesional.

Los progresos del Sistema de Salud de México, se caracterizan por el combate a la enfermedad con un aumento notable en la esperanza de vida, disminución de la mortalidad general y de los menores de cinco años, la erradicación o control de algunas enfermedades infecciosas como la poliomielitis, el sarampión y la difteria entre otras; una mayor cobertura de los servicios, como es el caso de los programas de vacunación y el incremento constante en el número de unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, además de un mejor desarrollo institucional. Sin embargo a pesar de estos logros, el número de casos de insatisfacción de los usuarios con la calidad de los servicios de salud va en aumento.

Este hecho ha sido analizado en diversas encuestas, entre ellas la realizada por la Fundación Mexicana para la Salud, denominada Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud, que demostró que el problema en la atención médica mencionado con mayor frecuencia (en un 44%) es la mala calidad, seguido de la falta de recursos. Estos dos problemas están íntimamente relacionados entre sí y fueron señalados por tres cuartas partes de los entrevistados.

Se detectó además que los problemas de calidad no se limitan a los aspectos técnicos de la atención, sino que también se relacionan con el trato que reciben los usua-

\* Presidente de la CONAMED



rios; el 40% de los entrevistados opinaron que en las instituciones de salud el trato es poco amable, e incluso consideran que existe desatención y altos costos en los servicios privados.

Los trabajos que realizó el grupo de prospectiva en Salud y Seguridad Social, editados por el Dr. Juan Ramón de la Fuente con el título de «Retos y Propuestas», plantean la satisfacción del usuario como objetivo prioritario en la presentación del servicio médico, y proponen una profunda reforma del sistema de salud, que incluye fortalecer los mecanismos de atención a los usuarios de

los servicios, mediante la creación de instancias para la solución de los conflictos entre prestadores y usuarios, se reconoce también que la sociedad demanda servicios de salud más eficientes, más accesibles pero sobre todo más humanos y sin trámites excesivos que pongan en riesgo la salud.

Bajo esta premisa, El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y el Programa de Reforma del Sector Salud, establecen objetivos tanto en lo que se refiere a la consolidación de una cultura de salud basada en la aceptación y confianza de la sociedad en los servicios médicos, como

en el desarrollo de una cultura institucional que estimule entre el personal de salud la adopción de una actitud más responsable hacia el desempeño de sus actividades.

Es de destacar la tarea que diariamente realiza el Sistema Nacional de Salud, ya que tan solo el sector público se otorgan en promedio 707 mil consultas, casi 7 mil ingresos al hospital, miles de intervenciones quirúrgicas, procedimientos, diagnósticos y terapéuticos así como un sin fin de actividades más que si se comparan contra el número de inconformidades de los pacientes, estas últimas corresponden a un porcentaje muy bajo.

Dentro de un inmenso quehacer es comprensible que ocurran errores y omisiones. Sin embargo si en el ejercicio de cualquier profesión, la falta de conocimientos, la impericia y la negligencia se consideraban errores graves, en el caso de los profesionales de la salud, aunque estas conductas son poco frecuentes, adquieren mayor relevancia al verse comprometida la vida y el bienestar de un individuo.

Por otra parte, también es cierto que existen casos en que los usuarios o sus familiares, carentes de las bases técnicas y necesarias, generan apreciaciones subjetivas o infundadas hacia el prestador de servicios, que a su juicio incurrió en alguna conducta indeseable.

El proceso de apertura de la sociedad actual, permite que se expresen más libremente distintas opiniones y críticas sobre los más diversos temas, y desde luego los servicios de salud no constituyen una excepción, situación que indirectamente también es generada por la creciente complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que implican nuevas situaciones de carácter ético no contempladas en el pasado.

La globalización de los servicios de salud, su tecnificación, la necesidad de equipos multidisciplinarios para la atención de un determinado padecimiento y el aumento de la población cubierta por las Instituciones de Salud, dificultan la interrelación personal y la comunicación médico-paciente, por lo que, a pesar de que el grupo médico otorgue una atención correcta y bien fundamentada, el paciente desinformado lo considere responsable de las complicaciones propias de la enfermedad o de secuelas inevitables,

desarrollando mayor desconfianza en las instituciones y el personal de salud.

Si se analizan las experiencias de otros países, se aprecia por ejemplo, que en Estados Unidos de América, la situación provocada por un número creciente de demandas jurídicas contra los médicos, con la finalidad de obtener beneficios económicos para el demandante y sus equipo legal, a provocado una práctica de la medicina defensiva y costosa, por las altas primas de seguros que deben pagar tanto los médicos por responsabilidad profesional, como los usuarios en sus seguros de gastos médicos.

Las cifras son alarmantes, se calcula que uno de cada tres médicos en los Estados Unidos de Norte América ha sido demandado por lo menos una vez, y cada año son demandados uno de cada cinco obstetras; esta situación ha ocasionado el abandono de algunos campos de la práctica médica, dejando áreas rurales con atención limitada o no disponible en lo absoluto.

En Canadá, la Asociación de Consumidores de ese país defiende los derechos del paciente ha ser informado, respetado, tener acceso igual al cuidado de su salud y participar en la toma de decisiones, la planeación y la evaluación de la calidad del sistema de servicios de salud.

La autoridad médica de licencias de Canadá investigan las quejas sobre servicios médicos, y conduce procesos formales contra médicos por conducta profesional inadecuada, que pueden llegar a la restricción o pérdida de la licencia para ejercer.

En Suecia se estableció en 1809 la figura del Ombudsman, vocablo que significa intermediario, que atiende quejas de la ciudadanía respecto a acciones del gobierno, corporaciones, hospitales, etc. y establece recomendaciones que son acatadas por la autoridad; este concepto se diseminó por el mundo y se considera que 40 países tienen Ombudsman en diferentes campos.

En México, para la recepción de quejas relacionadas con la atención médica, existen diversas instancias, en primer lugar la propia Secretaría de Salud en su carácter de autoridad sanitaria, con base a las facultades que le otorga la Constitución en su Artículo 73 fracción XVI, y la Ley General de Salud en muchos de sus Artículos,

es la responsable de promover, coordinar y realizar la supervisión de los servicios de salud que se prestan en los ámbitos público, social y privado, y lleva a cabo la evaluación general de dichos servicios en todo el territorio nacional.

La misma ley establece el procedimiento que deben seguir los usuarios de los servicios de salud, en caso de que consideren que existe alguna irregularidad en su atención, para presentar su inconformidad ante la Secretaría de Salud, la cual aplica sanciones cuando el caso lo amerita, que van desde una amonestación, la suspensión de actividades de un servicio o unidad y hasta el arresto administrativo.

Por su parte también reciben quejas: La Comisión Nacional de Derechos Humanos y las Comisiones de Derechos Humanos del Distrito Federal y las Entidades Federativas, que tienen sus limitaciones en el campo de la salud, ya que sólo conocen los casos de instituciones públicas, además una buena parte de la quejas, que van desde fallas técnicas hasta posibles delitos, no constituyen una violación a los derechos humanos, y estas Comisiones carecen de la capacidad técnica médica para el estudio especializado correspondiente.

Respecto a la atención de denuncias por el sistema judicial, pueden dar lugar a injusticias, cuando no se toman en cuenta las consideraciones técnicas propias de la profesión médica, así como por dictar sentencias a través de peritajes no especializados en la amplia gama de padecimientos y esquemas de tratamiento que, en la actualidad, son altamente complejos y sufren transformaciones constantes.

Considerando entonces que muchas de las inconformidades son atendidas por instancias que no cuentan con los elementos técnicos necesarios para fundamentar sus dictámenes, dentro del marco del Programa de Reforma del Sector Salud se estudiaron y discutieron diversas alternativas para atender dichos problemas, y se estimó necesario que la población cuente con otras instancias para tutelar el derecho a la protección de la salud y mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.

Se juzgó necesaria la creación de un organismo, al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fé posibles conflic-

tos derivados de dichos servicios y se eviten grandes cargas de trabajo a los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos.

Esta instancia especializada, debe garantizar a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución de la controversias que conozca, contar con capacidad para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades por la prestación o por la negativa de prestación de servicios médicos y omitir sus opiniones, acuerdos y laudos.

Por los anteriormente expuesto, se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico a la cual se ha dotado de plena autonomía técnica para actuar como mediador en términos de amigable composición, asegurando a unos y a otros que su actuación estará caracterizada siempre por la ética, la imparcialidad y la justicia.

También coadyuva con las instancias de procuración de impartición de justicia, en el desarrollo de los procesos que se ventilen ante ellas, al poder recurrir estas a un organismo facultado y altamente calificado para la elaboración de peritajes en la materia.

Para desarrollar su tarea, debe coordinarse con las Academias, Colegios y Consejos Médicos, Comités de Ética, Sociedades Médicas e institucionales educativas y de salud públicas y privadas; informarles el resultado de sus deliberaciones sobre casos relevantes o de índole general, a fin de que instrumenten las mediadas correctivas pertinentes, y así mejorar la calidad de la atención médica.

Hago aquí incapié en el relevante papel que juegan las Escuelas y Facultades de Medicina al incorporar en sus planes de estudio, los aspectos éticos y las normas que rigen el quehacer profesional del médico, pero sobre todo, la grave responsabilidad de los maestros, que son los únicos que pueden sembrar en sus alumnos, las conductas éticas y académicas fundamentales, a través de sus enseñanza cotidiana y de su ejemplo en el trato a los pacientes.

Al frente de la Comisión se encuentra un Comisionado, nombrado directamente por el Presidente de la República. La Comisión está dotada de una estructura orgánica que incluye personal calificado tanto médico como jurídico y de otras profesiones del área de la salud. En su que-

hacer, esta permanentemente asesorada y supervisada por un Consejo multidisciplinario representante de la sociedad, integrado por personalidades de reconocido prestigio ético y profesional.

El Comisionado deberá mantener informada a la sociedad acerca de los trabajos realizados, así como de los resultados obtenidos en el cumplimiento de los objetivos de la Comisión.

Las quejas presentadas contra los prestadores de servicios de salud, son recibidas por un equipo profesional de médicos y abogados que se encargan de brindar en primera instancia, asesoría e información sobre los derechos y obligaciones de usuarios y prestadores. Posteriormente, se analiza de manera puntual la documentación aportada por los quejosos, a la que se adiciona toda aquella información que sea presentada por los prestadores de servicios, con el propósito de contar con los elementos que faciliten el proceso de conciliación de las partes.

La audiencia de conciliación se realiza con la concurrencia del quejoso y del prestador de servicios que haya sido señalado, ya sea una institución a través de su representante legal, ya sea un profesional que presta servicios personales, siempre ante la presencia de los representantes de la Comisión Nacional. Se propone el arreglo y se externan los puntos de vista de las partes para encontrar un acuerdo justo, de conformidad al análisis de los hechos. Si se llega a la conciliación, se firma el acuerdo correspondiente con la consiguiente solución del conflicto.

De no lograrse el acuerdo y una vez agotado el procedimiento de conciliación, se pondrá el arbitraje como medio de solución al conflicto, el cual se llevará a cabo siempre y cuando exista la voluntad de las partes para acatar el laudo que resulte, lo cual queda establecido en el compromiso arbitral.

En los casos del arbitraje y con el objetivo de emitir laudos justos e imparciales, se solicita invariablemente la participación de especialistas en el problema, seleccionados de un directorio conformado de acuerdo con Academias, Consejos, Federaciones, Asociaciones y Colegios Estatales, quienes han proporcionado a la Comisión de nombres de expertos, avalados por dichas organizaciones para realizar los peritajes correspondientes, en las diferentes especialidades médicas y en las distintas entidades federativas.

Todos estos procedimientos tienen la característica común de ser gratuitos, ágiles y expeditos contando cada uno de ellos, con términos predeterminados a fin de poder garantizar a las partes la pronta respuesta a sus reclamos.

Desde el 10 de junio hasta el 7 de octubre del año en curso, se han atendido 2071 asuntos, con un promedio diario de 24; cada inconformidad presentada ha sido evaluada por un equipo conformado por un médico y un abogado, 1167 de estos asuntos (que corresponden al 56%) fueron resueltos de primera intención, al analizarse el caso clínico y proporcionarse la explicación técnica correspondiente, dando con ello, una respuesta satisfactoria a la inquietud de los pacientes o familiares de pacientes, sin necesidad de convocar siquiera a los prestadores de servicios involucrados.

Los 904 asuntos restantes pasaron a la etapa de conciliación anteriormente descrita, 195 casos de los que fueron remitidos por la Comisión Nacional de Derechos Humanos están pendientes de ratificación por los quejosos.

Por lo que han sido registrados 709 asuntos, 180 de los cuales ya han sido resueltos en conciliación, y 11 pasaron a la etapa de arbitraje por voluntad de las partes; el resto se encuentra aún en proceso de resolución.

Las especialidades médicas con mayor frecuencia de quejas, fueron en ese período las siguientes:

- 1 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
- 2 GINECO OBSTETRICIA
- 3 URGENCIAS
- 4 CIRUGIA GENERAL
- 5 MEDICINA FAMILIAR
- 6 ODONTOLOGIA
- 7 OFTALMOLOGIA
- 8 GASTROENTEROLOGIA
- 9 CIRUGIA PLASTICA
- 10 OTRAS ESPECIALIDADES

En la experiencia que tenemos hasta el momento, la principal causa de queja ha sido la falta de comunicación del médico con el paciente, inconformidad que se que se ha presentado en el 80% de casos, especialmente debido a que el prestador del servicio no explica debidamente los riesgos o complicaciones potenciales del padecimiento o del tratamiento, por lo que, cuando ocurre un inci-

dente, los enfermos o sus familiares consideran que existió negligencia, situación que es exacerbada frecuentemente por los comentarios poco éticos y mal fundamentados, en la mayoría de ocasiones de algún otro médico consultado.

Resulta pues necesario, que el maestro insista en el papel fundamental de una buena relación médico-paciente, para obtener resultados óptimos en la atención que se brinde y denotar la importancia de una intachable conducta ética regida por la prudencia, en los comentarios y opiniones vertidas sobre otros colegas.

Otra causa frecuente de queja es la falta de recursos humanos o materiales en algunas instituciones que provocan retraso en la atención; esto no puede ser considerado como negligencia o impericia en los médicos responsables, ya que son factores que están fuera de su alcance. En tanto los prestadores de servicios ejerzan su profesión con apego a las normas que regulan la práctica de la misma, no procede ninguna inconformidad contra ellos, sin importar los muchos o pocos recursos con que cuenten.

En relación al establecimiento de Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, dependerá del Ejecutivo Estatal, las Autoridades Estatales de Salud y la sociedad civil de la entidad federativa, que se propongan las bases para su creación, en esos casos, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico asesorará a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas.

Si se considera la definición y los conceptos propuestos por Donabedian, la garantía de calidad se cumple cuando el servicio médico se otorga de manera que proteja íntegramente al paciente, y se le proporcionan los mayores beneficios posibles; la Comisión se guiará por estos principios en el análisis de los casos, sin perder de vista que la atención de un paciente esta sujeta a diversos factores tecnológicos y personales.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico no es tanto un ente regulador de la conducta de los profesionales que prestan los servicios médicos, ni tampoco sancionador de presuntibles conductas indeseables en la práctica médica, para ello existen ya desde hace mucho tiempo instancias que dirimen fríamente los conflictos. En nuestro trabajo prevalece la conciliación amigable,

o en su caso el estudio cuidadoso, que de sustento a los laudos que se emitan; con la convicción de que es posible evitar la repetición de errores si se utiliza la experiencia de los casos estudiados y con base en ella, se modifican los procedimientos y las conductas inconvenientes.

Para que esta labor sea fecunda, se requiere de la voluntad de unos y otros. No da resultado alguno la controversia estéril que intenta desprestigiar a un profesional o institución, ni tampoco la que pretende ignorar los puntos de vista del usuario sobre los servicios recibidos. Una conducta como otra son ajenas a la conciencia de unidad nacional que demandan los tiempos actuales.

La Comisión cumplirá con su compromiso de elevar la calidad de los servicios de salud en el país, si logra construir una legítima autoridad moral sobre la comunidad médica y sobre los usuarios de dichos servicios, contribuyendo a educar a la población para que la demanda de servicios tenga como premisa el respeto.

La CONAMED, es sin lugar a dudas un valioso aliado del médico que actúa con seriedad profesional, en aquellos casos de complejidad, o la incomprensión del paciente o sus familiares haya sembrado dudas, pero también es una instancia que respalda al paciente en sus justas demandas, al efectuar en ambas situaciones un análisis cuidadoso, serio e imparcial basado en gran capacidad técnica y completa autonomía que permite soluciones justas sin la intervención de instancias jurídicas costosas, complejas prolongadas y no siempre con resultados equitativos, pues prevalecen en ella los aspectos puramente jurídicos sobre los técnicos y en donde cuentan más la habilidad de los abogados que la actuación de los profesionales de la salud.

Estoy seguro de que ningún doctor ejerce su profesión con el objeto de causar daño, sin embargo su actuación debe ser siempre transparente, responsable y comprometida para que ningún paciente sienta o pretenda que el médico actuó con negligencia o imprudencia.

Es necesario que el personal de salud, las agrupaciones profesionales y principalmente las instituciones de salud y las educativas fortalezcan el prestigio de la práctica médica y conserven el reconocimiento de la sociedad a una actividad que debe ser de tal calidad, que nunca pueda ser calificada como moralmente reprochable.

# La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina ante la apertura de planteles de enseñanza Médica en el País.

Dr. Victor A. Ruvalcaba Cervantes\*, Dr. Mario Arceo Guzmán\*\*,  
Dr. Francisco Vázquez Domingo.

La misión de las escuelas de medicina es formar médicos capaces de cubrir las necesidades sociales de atención a la salud, sin embargo la cantidad de médicos que se requieren tienen un límite y cada plantel debe precísarlo, evitando los riesgos de la producción excesiva o insuficiente. Por lo tanto una estrategia fundamental ha sido mantener la producción de médicos en íntima correlación con la capacidad de utilización de la sociedad, lo cual ha determinado que se promuevan implícita o explícitamente, políticas de formación, que se reflejan en el número de instituciones y de ingresos de la red de escuelas y facultades de enseñanza médica y **la calidad con la que estos se forman.**

La ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA (AMFEM) tiene entre sus objetivos promover el mejoramiento de la educación y formación de profesionales de la medicina en la República Mexicana, por conducto de las instituciones especializadas en dicha disciplina y por lo anterior constituyen un cuerpo colegiado que desde su fundación en el año de 1957, ha definido las políticas de formación de médicos en el país basada en el **mejoramiento continuo y en criterios de calidad.**

Por ello juzga conveniente exponer su política sobre la apertura de nuevos planteles de enseñanza médica, bajo los siguientes considerandos:

A.- Que al inicio de los años setentas, la apertura de acceso irrestricto a los demandantes de la educación superior, como medio de acenso y

movilidad social, incidió notablemente en la carrera de medicina, duplicándose el número de estudiantes de primer ingreso en un período de 4 años a partir de 1971<sup>1</sup>

B.- Que este fenómeno determinó por una parte que los planteles existentes rebasaran sus capacidad instalada y por otra apertura de numerosas escuelas de medicina que se duplicaron en la época de los años setenta, pasando de 22 a 56, con diversidad de planes de estudio y algunas sin cumplir con los requisitos necesarios en instalaciones, laboratorios, personal docente, etc.<sup>2</sup>

C.- Que este proceso de masificación repercutió notablemente en la calidad del proceso formativo y en los niveles de eficiencia de los egresados.

D.- Que como consecuencia del incremento en el número de escuelas de medicina y en la matrícula de primer ingreso antes mencionado; el volumen de médicos graduados paso de 6000 en 1974 a 13,069 en 1981, superando con aquello a cualquier otro país de América Latina<sup>3</sup>

E.- El fenómeno de expansión de la profesión médica, dio como resultado que en 1989 la cifra reportada de médicos alcanzara la cantidad de 149,432, que representaba uno por cada 568 habitantes, cifra superior a la recomendada por la OMS de 1 por 1000 para países con el nivel de desarrollo como el nuestro<sup>4</sup>

F.- Que no obstante la sobrepoblación de egresados, la mala distribución de este grupo de profesionales y su preferencia por las áreas urbanas, ha determinado que muchos segmentos de la población se mantengan a la fecha precariamente asistidos, como lo ilustra el hecho de que la relación de médicos por 1000 habitantes en algunos estados es baja (Chiapas 0.7, Oaxaca 0.9 y Guerrero 1.0); y en otros com-

\* Jefe de la Carrera de Medicina E.N.E.P. Iztacala.

\*\* Universidad Nacional Autónoma Edo. de México.

\*\*\* Instituto de Salud Pública.

Comité de Planeación de la A.M.F.E.M.

prende de 3 a 5 veces más (Distrito Federal 4.9, Nuevo León 2.9, y Jalisco con 2.5)<sup>5</sup>

G.- Que a pesar de que en la década de los ochenta, el crecimiento de las escuelas y facultades de medicina en el país fue prácticamente nulo y que en este período se adoptaron políticas para restringir la matrícula de primer ingreso, la cual se mantuvo constante, la sobre producción de médicos anterior a esta fecha, rebasó la capacidad de las instituciones para emplearlos con signos claros de desempleo y subempleo, que según los datos del XXI Censo de Población de 1990, se sitúa en 21% así como una mayor competencia para continuar estudios de postgrado, ya que todo el sector tiene sólo la capacidad para incorporar al 25% de los aspirantes a estos estudios<sup>6</sup>

H.- Que la planeación del número de médicos no puede llevarse a cabo, tomando sólo en cuenta la relación entre oferta y demanda aislada del contexto político y social específico, y requiere de la identificación precisa de las necesidades locales de médicos y las posibilidades de desarrollarlos en los diversos sistemas de salud (oficial y privado).

I.- Que formar médico no es el único requerimiento para resolver o mejorar las condiciones de salud de la población, sino se cuenta con la participación de otros profesionales y técnicos<sup>7</sup>

J.- Que es necesario estimar cuidadosamente el número de médicos requeridos con base en las necesidades actuales y proyectivas, y garantizar que la apertura de las nuevas escuelas de medicina este plenamente justificada y con los requisitos mínimos de funcionamiento a fin de asegurar profesionistas de excelencia<sup>8</sup>

## CONCLUSIONES

Con base en estas consideraciones se puede, se puede concluir que es recomendable mantener, una limitación en la apertura de nuevos centros de enseñanza médica y el ingreso de las escuelas existentes a fin de adecuar el número de alumnos a la capacidad de absorción de estos profesionales por el mercado de trabajo.

Por lo anterior en función de la atribuciones de la AMFEM, su posición con respecto a la creación de nuevas escuelas de medici-

na en México, es que podrían ser permitidas siempre y cuando:

1. Se justifique plenamente la capacidad de absorción de estos egresados por el segmento del mercado de servicios de salud hacia el cual se dirigen, que incluya un estudio de mercado del área de influencia y la justificación de la apertura bajo parámetros de regionalización, cobertura y financiamiento.
2. La misión de dependencia exprese su razón de ser, su historia y sus valores, así como las políticas generales en materia de formación de personal para la salud.
3. Se especifiquen las políticas en el **tamaño de la matrícula de primer ingreso** en estrecha correlación con las necesidades nacionales y regionales y además los criterios de admisión y el perfil del alumno de nuevo ingreso.
4. Se describan las características del perfil profesional del egresado, que se pretende lograr en términos de conocimientos, habilidades y actitudes.
5. Se presente el plan de estudios, donde se expongan los objetivos curriculares, la organización, las horas teóricas, prácticas y teórico-prácticas, así como los créditos para cada una de las asignaturas ó módulos, el método de enseñanza-aprendizaje y el sistema de evaluación de rendimiento educativo. Que sean compatibles con la justificación, la filosofía, y función social del curriculum.
6. Se cuente con una planta docente suficiente para la aplicación del plan de estudios y se precisen mecanismos de ingreso, capacitación, promoción y permanencia de los profesores.
7. Se cuente con un respaldo académico sólido de una institución reconocida de educación superior que avale los estudios.
8. Se presente la estructura y organización de la administración académica, financiamiento del proyecto, reglamentos internos y normas de evaluación.
9. Se disponga de la infraestructura necesaria tanto en instalaciones y equipamiento laboratorios, biblioteca, aulas, recursos audiovisuales, servicios de apoyo computacional, áreas deportivas dentro del campus, así como con campos clínicos propios o bajo

convenio con Unidades del Sistema Nacional de Salud.

10. Exista un plan de desarrollo institucional que le permita cumplir los requisitos de afiliación y estándares de calidad de la AMFEM y que en un periodo no mayor de tres años, se encuentre acreditada por dicho organismo.

Estas medidas aplicadas correctamente pretenden que el proceso de formación médica mantenga un equilibrio entre oferta y demanda del mercado de trabajo, a fin de evitar un desajuste de alto costo económico y social.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez M. El estudiante de medicina. Su distribución en las Américas 1971- 1972. *Educ Med Salud* 1974; 8: 368-89
2. Nigenda G y col. Distribución y utilización del personal médico en las profesiones en México. Num 3 *Medicina*. 1990 1ª edición. UAM Xochimilco. Pag. 97-106.
3. Los recursos humanos para la salud: en busca del equilibrio. *Fundación Mexicana para la salud*. 1994 pag 15-37.
4. Frenk y Col. El mercado de trabajo médico. Evolución histórica en México. *Gac. Med. Méx.* 1980; 116: 265-84.
5. Retos y propuesta. *Salud y Seguridad Social*. Fundación Mexicana Cambio XXI. México 1994. Pag 54-82.
6. Frenk y Col. Presente y Futuro de la profesión médica. Los médicos en México. ¿ Cuántos, quiénes y dónde? *Gac. Med. Méx.* 1992;128: 143-50.
7. Ferreira. J. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educ. Med. Salud*. 1983, 17:54-65.
8. Requisitos mínimos para la creación de Escuelas de Medicina. En marco de referencia para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe. 1985 OPS. Publicación científica 483. P. 36-46.

# Reseña de la LXXIV Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM celebrada del 16 al 19 de Octubre de 1996 Facultad de Medicina Universidad de Colima

## RELATORIA GENERAL

En la sesión de negocios de la LXXIII Reunión Nacional Extraordinaria de la AMFEM en noviembre de 1995, se aprobó

que la institución sede para efectuar la LXXIV Reunión Nacional Extraordinaria fuese la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima, en el mes de octubre de 1996.

En abril del presente año en la XXXIX Reunión Nacional Ordinaria de la AMFEM, celebrada en la Escuela de Medicina de



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

# Facicam <sup>20</sup>/<sub>mg</sub>

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.

¡NUEVA PRESENTACION! facicam inyectable para aplicación intramuscular en caja con 2 ampollas de 2 ml. con 40 mg.



**FACICAM (Piroxicam).** Cápsulas y gel. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN.** Cada cápsula contiene Piroxicam 10 mg/20 mg. Excipientes e.b. 1 cápsula. Cada gramo de gel contiene Piroxicam 5 mg. Vehículo e.b. 1 gr. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS.** FACICAM es un agente antiinflamatorio, analgésico y antirreumático no esteroide que está indicado en: Enfermedades reumáticas articulares: Artritis traumática, artritis reumatoide, artritis gáutica, osteoartritis; Enfermedades reumáticas extraarticulares: Fiebre reumática, espondiloartritis (síndrome de Reiter), síndrome tendinoso, alodinia, neuralgias, migrañas, traumatismos y deportivas, contusiones, engorgios, luxaciones, fracturas, laceraciones musculares y distensiones priónicas. **CONTRAINDICACIONES.** FACICAM cápsulas: embarazo, lactancia, niños menores de 12 años (vaca péptica ácida, hiperensión arterial severa, discrasias sanguíneas, insuficiencia cardíaca, renal y hepática). Cápsulas y gel: hipersensibilidad a las componentes de las fórmulas, pacientes con antecedentes de asma, rinitis o urticaria por la administración de ácido acético salicílico y otras drogas antiinflamatorias no esteroideas. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD.** Durante el embarazo, los productos que inhiben la síntesis de prostaglandinas se asocian con retrasos y retraso del parto en animales, cuando esto se continúa hasta el final del embarazo. FACICAM gel, no se ha establecido su seguridad durante estos períodos. FACICAM carece de efecto mutagénico, teratogénico y sobre la fertilidad. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS.** FACICAM cápsulas es bien tolerada, ocasionalmente pueden presentarse síntomas gastrointestinales como epigastralgias, estomatitis, eritema, náuseas, constipación, malestar abdominal, fatigabilidad, diarrea, sangrado gastrointestinal, ictericia, efectos sobre el sistema nervioso central tales como mareo, cefalea, somnolencia, insomnio, depresión, nerviosismo, alteraciones, modificaciones en el carácter, anomalias en el sueño, confusión mental, parálisis y vértigo; necrosis epidérmica tóxica (síndrome de Lyell), anemia aplásica y agranulocitosis, hepatitis, neoplasias y diarrea. Asimismo, se ha reportado náuseas, vómitos, síndrome nefrótico, insuficiencia renal (en personas de edad avanzada y diabéticos) y descompensación del paciente con insuficiencia cardíaca. FACICAM gel y cápsulas: Hipersensibilidad prurito, eritema, rash y síndrome de Stevens Johnson. FACICAM gel también transfiere en la coloración de la piel. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO.** Los AINEs pueden causar retención de sodio, potasio y agua. Pueden interferir con la acción diurética de los diuréticos. Estas propiedades deben tenerse en cuenta, ya que estos fármacos pueden agravar a aquellos pacientes con insuficiencia cardíaca o con hipertensión. Al igual que con otros AINEs, debe evitarse la administración de FACICAM cuando se administre a pacientes que estén tomando anticoagulantes de tipo cumarínico. Deberá vigilarse estrechamente a las pacientes que reciben progestárgicos y anticonceptivos orales en forma concomitante. Al igual que sucede con otros AINEs, no se recomienda el uso de FACICAM conjuntamente con ácido acetilsalicílico, ya que se acompaña de una reducción en los niveles plasmáticos de progestárgico al 80% de los valores normales. La administración concomitante de antácidos no modifica los niveles plasmáticos de progestárgico. La administración conjunta de FACICAM y digoxina o digoxina no altera los niveles plasmáticos de dicho fármaco. Los resultados de dos estudios individuales indican que existe un ligero aumento en la absorción de progestárgico después de la administración de codeína, sin que ello tenga repercusión clínica. FACICAM tiene un alto grado de afinidad por las proteínas del plasma y, por lo tanto, puede esperarse que displace a otros fármacos unidos a las mismas. Se ha informado que todos los AINEs aumentan los niveles del estado estable plasmático del litio. Hasta el momento con FACICAM GEL, no se han descrito. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS-FACICAM CÁPSULAS.** Vigilar su administración en pacientes con antecedentes de enfermedad del tracto gastrointestinal alto. Evitar su uso en problemas inflamatorios y diarreas comunes, sin prescripción del médico. FACICAM GEL no se aplica en heridas ni mucosas, evitarse el contacto con los ojos, no debe ingerirse ni aplicarse en áreas extensas de la piel o por períodos prolongados. FACICAM carece de efectos carcinogénicos, DOGS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN. FACICAM CÁPSULAS: Oral, a razón de 1 cápsula de 20 mg. al día. En enfermedades musculoesqueléticas agudas y en artroartritis primaria se recomienda utilizar dos cápsulas de 20 mg. los primeros dos días y posteriormente la dosis se reduce a una cápsula al día, hasta la desaparición de la sintomatología. Una minoría de pacientes pueden responder a la dosis de 10 mg. La duración mínima del tratamiento es de 8 a 12 semanas en enfermedades reumáticas articulares. Aunque los efectos terapéuticos son inmediatos en los primeros días de tratamiento, hay un incremento progresivo en la respuesta después de varias semanas. FACICAM gel: Aplicar en el área afectada 1 gr. de gel (equivalente a 5 cm) y frotar hasta que se desvanezca, pudiendo repetirse 3 o 4 veces al día dependiendo del cuadro a tratar. **SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL, MANEJO Y MANEJO (ANTIDOTOS).** En caso de sobredosis con FACICAM están indicados el tratamiento sintomático y las medidas de soporte que sean necesarias. Estudios preliminares en conejillos sanos indican, que la administración concomitante de carbón activado disminuye considerablemente la absorción de 20 mg de proxicam. La administración de carbón activado 10 y 14 hrs. después de proxicam, según de proxicam dosis de carbón activado por un lapso mayor a 2 días, disminuye la biodisponibilidad sistémica de proxicam en un 80%. **PRESENTACIONES:** Caja con 20 cápsulas de 20 y 10 mg. Tubo de 40 gr. equivalente gel al 0.5%. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO.** Conservar en lugar fresco y seco. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN.** Legatura exclusiva para médicos, no se debe al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. de C.V.  
Carretera a San Luis Potosí 221, Ex-Hda. Sta. Rita Coahuila, Gto.  
Reg. Nro. 020482 y 463489, S. J. A. Clave LEAR 292517Q y RE-JA-388110.  
Legatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

**Facicam<sup>®</sup>**  
SENOSIAIN

# Detrás de un gran hombre...

Hay un gran antagonista H2

## Durater

Que le ofrece:

- ▶ Efectividad en el manejo de la fase aguda de los trastornos ácido pépticos.
- ▶ Control de la secreción por 12 horas.
- ▶ Pronto alivio de la sintomatología
- ▶ Cicatrización desde las primeras semanas de tratamiento.

**DURATER (FAMOTIDINA)** Antagonista Selectivo de los receptores H<sub>2</sub> de una sola dosis. **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada comprimido contiene: Famotidina 20 y 40 mg. Excipiente (c): p. 1 comprimido. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Está indicado en el tratamiento de la úlcera péptica, gástrica y duodenal, esofágica por reflujo, en la terapia de mantenimiento de la úlcera péptica, Síndrome de Zollinger-Ellison y en situaciones donde es necesario reducir la secreción de ácido gástrico. **CONTRINDICACIONES:** Hipersensibilidad conocida al fármaco. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGÉNESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Se han llevado a cabo estudios en ratas y conejos, administrándose dosis que oscilaron de 2.000-500 mg/kg/día, respectivamente y no se observó evidencia alguna de daño al feto tras la administración del fármaco. El único hallazgo reportado fue la presencia de abortos espontáneos en algunas crías que habían disminuido en forma importante la ingesta de alimentos y a los cuales se les habían administrado 200 mg/kg/día a más (200 veces la dosis usual en humanos). Hasta el momento, no hay estudios adecuados o bien controlados que se hayan realizado en mujeres embarazadas. Debido a que los estudios efectuados en animales no siempre proveen la respuesta humana, DURATER, al igual que otros fármacos, sólo deberá usarse durante el embarazo si es estrictamente necesario. Estudios realizados en ratas que estaban lactando demostraron que la famotidina es excretada a través de la leche materna. En ratas jóvenes, administradas por ratas que recibieron dosis maternales que lo menos 100 veces la dosis usual en humanos, se observó retardo transitorio en el crecimiento. Sin embargo, se demostró que el fármaco es secretado hacia la leche humana. Debido a esta situación, debe evitarse si el fármaco es discontinuado y se interrumpe la lactancia. En pruebas múltiples realizadas con *Salmonella Typhimurium y *E. coli*, así como en los estudios con pruebas microbianas y pruebas de alteración microbiana, no se reportaron efectos mutagénicos. Cuando el fármaco ha sido administrado a ratas en dosis superiores a las 2.000 mg/kg/día, no ha habido alteración en la función de reproducción. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** En estudios abiertos y controlados a corto y largo plazo, DURATER ha sido utilizado en dosis de 20 y 40 mg al día, siendo bien tolerado. Las reacciones secundarias más frecuentemente observadas fueron: náusea, constipación, diarrea y resaca. Los siguientes efectos secundarios se han observado en forma ocasional y en muchos casos no se ha establecido su relación con DURATER: A nivel sistémico: Alergia y fatiga. Gastrointestinal: Íctericos colestáticos, alteración de enzimas hepáticas, vómito, náusea, malestar abdominal, anorexia y sequedad de boca. Hipersensibilidad: Anafilaxia, angioedema, urticaria. Músculoesquelético: Artralgias. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Hasta el momento no se ha identificado interacciones medicamentosas. Estudios en animales y en humanos han demostrado que DURATER no interfiere con el metabolismo oxidativo hepático (sistema P-450) de los siguientes fármacos: propranolol, warfarina, teofilina, fenitoina, disopyramida, ampicilina y anfotericina. También se ha utilizado el verde de indometacina como indicador de la eliminación hepática de medicamentos, y no se han encontrado efectos significativos. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS:** Ya que DURATER es excretado por la vía renal, en pacientes con insuficiencia renal moderada o severa se recomienda ajustar la dosis (ver dosis y administración). La respuesta sintomática a la terapia con DURATER no reduce la amenaza de cáncer gástrico. Como con otros antagonistas H<sub>2</sub> y otros tratamientos antiácidos, la presencia de neoplasias gástricas debe descartarse antes de tratar los síntomas digestivos. En estudios realizados en ratas y ratones con duración de 106 y 96 semanas respectivamente se administraron dosis superiores a las 2.000 mg/kg/día (aproximadamente 2.500 veces la dosis recomendada en humanos), sin observarse evidencia de potencial carcinogénico por parte de DURATER. **DOSES Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** En el tratamiento de la úlcera péptica, gástrica y duodenal, así como en la esofagitis por reflujo, la dosis es de un comprimido de 40 mg por la noche al acostarse o un comprimido de 20 mg cada 12 hrs. por 4 a 6 semanas. Sin embargo, la duración de la terapia puede disminuir si la endoscopia revela que la úlcera está cicatrizada. En la terapia de mantenimiento para la prevención de las recurrencias, la dosis es de 20 mg por la noche. En pacientes con esofagitis hiperesofagítica como el Síndrome de Zollinger-Ellison, se debe iniciar con 20 mg cada 6 hrs. Dosis de hasta más de 640 mg al día han sido utilizadas por más de un año. Dosis en pacientes con insuficiencia renal: Ya que la eliminación de DURATER está disminuida en pacientes con insuficiencia renal moderada o severa, se recomienda ajustar la dosis de acuerdo al aclaramiento de creatinina (Acr), como sigue: Acr > 40 ml/min., dosis normal y Acr 30-60 ml/min., la mitad de la dosis normal, y 30 ml/min., un cuarto de la dosis normal. **SOBREDOSIIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL, MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS):** Hasta la fecha no hay datos disponibles acerca de sobredosisificación deliberada. Se han administrado dosis de hasta 640 mg/día a pacientes con esofagitis hiperesofagítica y no se han presentado efectos secundarios de importancia. Si esto llegara a suceder, se recomienda dar tratamiento sintomático y de soporte, incluyendo lavado gástrico y la administración de carbón activado. **PRESENTACIONES:** Caja con 10 comprimidos de 40 mg y caja con 20 comprimidos de 20 mg. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Conservar en lugar fresco y seco. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Liberata exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.*

Hecho en México.

Laboratorios Tercel S.A. de C.V.  
Carretera de San Luis Río No. 221  
El Hualcillo de Santa Rita  
Ciudad Guaymas  
Rep. Mex. 07367 S.S.A.  
Clave SEAR-3030/94 I.P.P.R. Clave: LEJR-32136/94

**Durater**<sup>®</sup>  
FAMOTIDINA

**S**  
DURATER 40

la Universidad Anáhuac en México, D.F; se dió a conocer a todos los asistentes el programa de actividades y los temas a tratar en la Reunión Extraordinaria que se celebraría en octubre en la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima. Se decidió que la presentación de los trabajos fuese bajo, la forma de conferencias magistrales impartidas por expertos en educación médica y conferencias y mesa redonda para la presentación de avances de los programas de trabajo de la AMFEM.

El evento dió principio el día 16 de octubre a partir de las 16:00 hrs, en el lobby del hotel sede, con el inicio del registro de los asistentes. A las 21:00 hrs, del mismo día se sirvió un cóctel de bienvenida en el salón de actos del mismo hotel.

Los eventos académicos se iniciaron el jueves 17 de octubre a partir de las 9:00 hrs; en el auditorio de la Facultad con la ceremonia de inauguración que estuvo presidida por el Dr. José F. Rivas Guzmán, Secretario de Salud del Estado de Colima, el Lic. Fernando Moreno Peña, Rector de la Universidad de Colima, el Dr. José Angel Córdova Villalobos, Presidente de la AMFEM, además de la presencia de otras Autoridades Académicas de la Universidad y de la Facultad de Medicina. El Dr. Carlos Salazar Silva, Director de la Facultad dirigió el siguiente mensaje de bienvenida a todos los asistentes:

«Existen dos grandes coincidencias de la A.M.F.E.M Y la Universidad de Colima. A.M.F.E.M; promueve el mejoramiento de la Educación y Formación de Profesionales de la Medicina. La Universidad de Colima a través de la Facultad de Medicina, genera procesos de selección, transformación y productos finales de calidad, siempre buscando la excelencia académica.

La A.M.F.E.M. se ha dado a la tarea de realizar en los últimos años el mecanismo más idóneo para evaluar mediante estándares a las Escuelas y Facultades de Medicina de México en un programa nacional denominado «Programa Nacional de Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina». La Universidad de Colima a generado la cultura de evaluación, mediante mecanismo de autoevaluación inicialmente y más tarde evaluaciones externas, tanto para aspirantes como de egresados e institucionales, los cua-

les han sido realizados por sus pares a través de CIEESS-SEP, UNAM, CENEVAL, A.M.F.E.M.

Lo anterior da como resultado final una fortaleza institucional derivada del trabajo académico en la búsqueda cotidiana de la excelencia y certificación, ello por medio de instancias evaluadoras del producto final.

Foros como el actual congregado en la LXXIV Reunión Nacional Extraordinaria de la A.M.F.E.M., es el lugar mas propicio para el análisis y reflexión de experiencia de iguales, que nos lleven a un fin común, la obtención de soluciones a problemas y Programas Nacionales, que con la suma de esfuerzos y recursos den un resultado positivo, que adicionándose con la concordancia de los programas nacionales del sector salud, generaremos los recursos humanos que den solución a los problemas nacionales de salud.

No quisiera pasar por alto mencionar uno de los temas tratados en la Reunión Nacional de Postgrado, realizado en el seno de nuestra Universidad, apenas hace una semana, donde se señaló, «La importancia de ir generando paulativamente la cultura de la investigación en el Proceso de Formación en el Pregado» ,cultura ya con raíces profundas en nuestra Universidad, y la cual deberá de ser una experiencia positiva a transmitir en este foro.

Finalmente quiero patentizar a nombre de la Facultad de Medicina y en el mío propio mi agradecimiento al Lic. Fernando Moreno Peña, Rector de nuestra Universidad de Colima por el apoyo irrecrito mostrado para la realización de este evento. Así mismo al Dr. José Angel Córdova Villalobos, Presidente de la A.M.F.E.M. por la confianza brindada a nuestra Facultad, para la realización de esta importante Reunión Nacional de Escuelas y Facultades de Medicina.

Señores participantes en esta LXXIV Reunión Nacional Extraordinaria de la A.M.F.E.M., sean ustedes bienvenidos al seno de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima, esperamos que se sientan como en su casa, en esta ciudad» MUCHAS GRACIAS.

A continuación se iniciaron las sesiones académicas programadas para esa mañana, la primera conferencia se tituló «Po-

líticas para la Calidad de la Atención Médica» y fue presentada por el Dr. Joaquín López Barcelona, a nombre del Dr. José Narro Robles, quien no pudo asistir., la presentación resultó muy interesante, ya que trató sobre las tendencias actuales en la búsqueda de la calidad de la atención médica.

Luego el Dr. Octavio Castillo y López, presentó el programa que viene desarrollando desde hace tiempo la A.M.F.E.M. sobre «El Sistema Nacional de Evaluación Integral del Aprendizaje y de la Competencia Profesional», habiendo mencionado los avances que se han realizado en este programa y las metas que están por cumplirse próximamente.

Finalmente el Dr. Héctor Fernández Várela, dictó la conferencia titulada «El Consejo Mexicano en Cirugía General» a cargo del Dr. Rubén Cortés González, Presidente del mismo, habló sobre los fines y funciones del Consejo y su trascendencia para el gremio médico especializado en esta área. Al termino de ésta interesante

presentación se efectuó la mesa redonda titulada «Postura de la A.M.F.E.M. sobre la apertura de nuevas escuelas de medicina de México» en el que participaron los Dr.. Víctor A. Ruvalcaba Cervantes, Mario Arceo Guzmán, Jorge Montes Alvarado y Francisco Domingo Vázquez, en ésta sesión se discutieron ampliamente los requisitos que deben cumplir las instituciones que deseen crear una escuela de medicina y se distribuyó un documento de trabajo referente a lo mismo, que se discutiría en la Sesión de Negocios.

Después de un receso de 30 minutos, el Dr. José Kuthy Porter, Director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac, habló a cerca de los «Avances en el Programa Nacional de Bioética» en el que mencionó de la publicación próxima del libro sobre el tema, que vendría hacer una de las metas en el cumplimiento de este programa.

Tocó el turno al Dr. Enrique Aguirre Huacuja exponer los «Avances en el Diplomado



# Fucidin

Ácido fusídico

EL ANTIBIOTICO PARA LAS INFECCIONES DE LA PIEL



FUCIDIN (Ácido fusídico y hidrato sódico). Crema y unguento. Antiféctico tópico. FORMULA: Cada 100 g de crema contienen: Ácido Fusídico 2 g. Vehículo c.b.p. 100 g. Cada 100 g de unguento contienen: hidrato sódico 2 g. Vehículo c.b.p. 100 g. INDICACIONES TERAPÉUTICAS. FUCIDIN está indicado en el tratamiento de infecciones cutáneas como: impetigo, furunculosis, quemaduras, cañoncos, hidrosadentitis, paroniquias, eritema, y acné de la barba; producidas por estafilococos, estreptococos u otros microorganismos patógenos sensibles a FUCIDIN. CONTRAINDICACIONES: No debe usarse en infecciones rictoriales o virales. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA: Estudios en animales no demostraron efectos teratogénicos, sin embargo al 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 penetre a los ojos, ya que podría causar irritación conjuntival. FUCIDIN carece de efectos carcinogénicos, mutagénicos, teratogénicos o sobre la fertilidad. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: FUCIDIN Crema y unguento 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 (ANTIDOTOS): No existen datos de sobredosificación. PRESENTACIONES. FUCIDIN crema: tubo con 25 g. FUCIDIN unguento, tubo con 10 g. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAJE. Conserve 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.  
LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. DE C.V.  
Camino a San Luis Rey No. 221  
Ex-Hacienda de Santa Rita Caraya, Gto.  
Reg. No. 118M80 y 183M86, S.S.A.  
Clave HEAR-1880/93  
Clave IEF-2564/94

Bajo licencia de:  
Leo Pharmaceutical Products, Ltd.  
Battersea-Dinamarca  
Proprietario de las marcas  
LEO FUCIDIN y la figura del León.



Fucidin<sup>®</sup>  
SENOSIAIN



En la enfermedad ácido péptica

# Ranisen



RANISEN (Clorhidrato de Ranitidina) es el clorhidrato en N- [2- (5-(dimetil-aminometil)-2-Furil metiloxi)etil-N-1 metil-2- nitro-1, 1-etenediamina. Posee un anillo Furano. RANISEN es un antagonista selectivo de los receptores H<sub>2</sub> 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, Esofagitis 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. Intravenoso: Directo: 50 mg. diluidos 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 lapso de 1-2 minutos. Infusión continua: 25 mg. por hora, por 2 horas cada 6 u 8 horas diluidos en solución compatible. Dosis ponderal: 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 otras 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, 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, excipiente c.s.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. cléjuga esterilizada desechable de 50 mg.

Hecho en México por: Laboratorios SENOSIAN, S.A. de C.V.  
Camino a San Luis Rey No.221 Ex-Hda. 5ta. Pta., Celaya, Gto.  
Línea exclusiva para Médicos. Su venta requiere receta médica.  
Reg. Núm. 26M83 y 24M83, S.S.A. I. Med.SGE-1703/J  
+ Marca Registrada

**Ranisen** <sup>R</sup>  
SENOSIAN



de Alto Dirección», habló acerca de las estrategias para la implementación del primer curso enfocado a los directivos de las Escuelas y Facultades de Medicina, a realizarse a inicios de próximo año. La última sesión del día se tituló «Escenario Futuro de la Organización de la Atención Médica en México», fue impartida por el Dr. Enrique Ruelas Barajas, presidente ejecutivo de QUALIMED, fue una emotiva presentación respecto a las características que deberán tener los Servicios de Atención Médica en un futuro próximo.

Por la tarde se realizó la sesión de negocios de la Asociación con el desahogo de la orden del día que previamente se había dado a conocer a los directores en la convocatoria respectiva, el punto medular tratado fue la discusión del documento referencia a la postura de la A.M.F.E.M. sobre la apertura de nuevas Escuelas de Medicina en México, en general hubo consenso favorable de apoyo al documento elaborado por la A.M.F.E.M.

El último día de reunión fue el sábado 19 de octubre y estuvo nutrido de actividades académicas, la primera se refirió a los Avances en el Sistema Nacional de Acreditación,

presentada por el Dr. José Angel Córdova Villalobos, Presidente de la A.M.F.E.M., en donde nos relató las experiencias que se han tenido en los procesos de autoevaluación y verificación coordinados por el Comité de Acreditación de la A.M.F.E.M. En seguida el Dr. Concepción de la Torre, habló acerca del Programa Nacional de Internado de Pregrado y Servicio Social en Medicina, iniciando los avances que al respecto se han tenido., a continuación tocó su turno al Dr. Pelayo Vilar Puig, Presidente de la Academia Nacional de Medicina, quién expuso las características y adelantos que al respecto ha tenido el Programa Nacional de Actualización para Médicos Generales.

Finalmente el Dr. Joaquin López Bárcena, Director General de Enseñanza en Salud, dictó la conferencia magistral sobre el Examen Nacional de Residencias Médicas, exponiendo la panorámica actual de desarrollo de este proceso y los resultados que hasta la fecha se han tenido. Con esta presentación se dió fin al programa académico de esta reunión, en la que estuvieron representadas 39 Escuelas y Facultades de Medicina de la República Mexicana.

Fé de erratas:

Por un error de formación, en el Volúmen 7, Número 2 de 1 1996 se omitió poner en el Índice, el número de página de la Editorial; este corresponde al número 38.

mil disculpas.



COLIMA



I.P.N.



SINALOA



EDO. DE MEXICO



PUEBLA



Facultad de Medicina  
UJED  
DURANGO



## ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Bloque "B" de la Unidad de Congressos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Av. Cuauhtémoc 330,  
C.P. 06725, México, D.F. Tels.: 578-2044, 578-97-90, Ext. 5016 a 5019. Fax 578-4271  
Apertado 742-71 Administración Postal 7 D.F. C.P. 06741



SECRETARÍA DE SALUD



YUCATAN



## LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

INVITA AL CUERPO MEDICO  
A PARTICIPAR EN EL

PROGRAMA NACIONAL DE ACTUALIZACION  
Y DESARROLLO ACADÉMICO PARA EL MEDICO GENERAL

CUYOS CURSOS SE ESTAN LLEVANDO A CABO EN 28 SEDES  
DE 22 UNIVERSIDADES ESTATALES DEL PAIS



Baja California



TABASCO

El Médico general, a pesar de atender al 90% de la consulta médica nacional, en la gran mayoría de los casos ejerce su profesión fuera de los centros asistenciales de segundo y tercer nivel que es donde se desarrolla la vida académica más importante en nuestro país.

Mismo que a esta fecha tiene aplicación en 28 Sedes dependientes de 22 Universidades Estatales y está por iniciar actividades en 10 Universidades más.

El curso presencial esta diseñado de manera que los interesados puedan dedicar cinco horas un día a la semana inscribiéndose al inicio de cualquier módulo semestral y que una vez completados los cuatro módulos programados, cubran 400 horas que representan 40 créditos académicos válidos para su futura certificación.

Los métodos de Educación médica a distancia con calidad crediticia que por ahora se aplican son: el Programa de Actualización Continua (PAC-MG1) que ya esta siendo entregado a más de 25000 médicos en la república y el Programa de Acreditación de la Práctica Médica (PROAC-PM1) que iniciará en los primeros meses del presente año, cubriendo más de 15000 médicos generales.



COAHUILA



HIDALGO

Si bien las facultades y escuelas de medicina y diversas Instituciones de Salud realizan aisladamente cursos y cursillos de duración variable sobre distintos tópicos de interés para el médico general, aun faltaba la acción integradora de un programa formal que incluya no solo cursos presenciales sino los diversos métodos de educación médica a distancia que le permitan mantener al día su capacitación.

Por lo anterior, la Academia Nacional de Medicina y la Facultad de Medicina de la UNAM iniciaron en febrero de 1994 el Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General (PRONADAMEG).

Dr. Juan Rodríguez Argüelles  
Presidente

Dr. Luis Martín Abreu  
Director del programa



NAVARRIT



QUERETARO



LEON



MICHOACAN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA



UNAM



SAN LUIS POTOSI



## 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, casi-experimental, pre-experimental y ex-pos-facto) así como proyectos de investigación y desarrollo. Consta de título, resumen y palabras clave (en inglés y en español), introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones. La extensión máxima es de 20 cuartillas.

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

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

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

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

**RESEÑAS BIBLIO-HEMEROGRAFICAS:** Presentación sintética de libros o artículos de revistas de publicación reciente. La extensión máxima será de 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

### REPORTES DE INVESTIGACION

Lenguaje del Método Científico y del Protocolo de Investigación  
José Luis Figueroa, Hugo Juárez Olguín.

### ENSAYOS

Algunas consideraciones en relación a la interacción, entre las  
Facultades y Escuelas de Medicina en nuestro país  
Enrique Aguirre Huacuja, Gilberto Hernández Zintzun.

### CONFERENCIAS MAGISTRALES

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Calidad  
de la Atención  
Hector Fernández Varela Mejía.

### OTROS

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina  
ante la apertura de planteles de enseñanza Médica en el país

Reseña de la LXXIV Reunión Nacional Extraordinaria  
de la AMFEM celebrada del 16 al 19 de Octubre de 1996 en la  
Facultad de Medicina de la Universidad de Colima, Col.