

BIBLIOTECAS UNACH
FAC. MEDICINA HUMANA
TESIS

“EVALUACIÓN DE LA ACTITUD DEL PROFESOR ANTE EL
PROCESO DE ACREDITACION DE UNA ESCUELA DE
MEDICINA DE RECIENTE CREACIÓN EN TAPACHULA
CHIAPAS”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

MAESTRO EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA

DRA. MARÍA XOCHILT ORTEGA GRILLASCA

DIRECTORA DE TESIS:
M. EN C. ROXANA ORANTES MONTES

ASESORES DE TESIS:
M. EN C. TOMASA DE LOS ANGELES PIRRÓN JIMÉNES
M. EN C. CARMEN DE LOS ANGELES SOL MARTINEZ



ADO. ME 011 78
CLASIF. _____
SISTEMA BIBLIOTECARIO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE CHIAPAS.
DONACION

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos los que directa e indirectamente me ayudaron e impulsaron a realizar la Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud a través de la cual me adentré en este mundo apasionante y cambiante que es la educación

“Ser humanista no significa ser hombre bondadoso aunque el médico deba serlo, ni ser ilustrado, aunque lo necesita; ni cultivar las letras, la historia y el arte, aunque sea útil. Significa, antes que nada, haber adquirido una cultura muy onda, que le afine la sensibilidad, para ver al hombre con simpatía, haber depurado el juicio para tratar de comprenderlo en sus virtudes y miserias; haber elevado la razón de vida para estar presto a servirlo y ayudarlo en su mejoramiento”.

Dr. Ignacio Chávez

ÍNDICE

	Página
CAPÍTULO I	1
1.1. Introducción	1
1.2. Planteamiento del Problema	4
1.3. Justificación	5
1.4. Hipótesis	7
1.5. Objeto de Estudio	7
1.6. Objetivos	7
1.6.1. Generales	7
1.6.2. Específicos	8
CAPÍTULO II. Marco Teórico	9
2.1. Relación Médico-Paciente-Docencia	9
2.1.1. Ética Médica	10
2.1.2. Profesionalismo Médico	15
2.2. Teorías de la Actitud	19
2.2.1. Cambio de Actitudes	29
2.2.2. Actitudes y Valores	33
2.2.3. Actitudes y satisfacción en el Trabajo	34
2.3. Actitudes positivas, Negativas y Pasivas	35
CAPÍTULO III. Marco conceptual	38
3.1. Concepto de Evaluación	38
3.1.1. Evaluación y Educación	38
3.2. Definición de Actitud	44
3.3. Concepto de Profesor	45
3.3.1. El Profesor Universitario	46
3.3.2. El Médico como Profesor	47
3.4. La Acreditación	48
3.4.1. Principios Básicos de la Acreditación	49

CAPÍTULO IV. Marco Referencial	52
4.1. Antecedentes y Formación del Profesional en Medicina	52
4.1.1. Origen Histórico de las Escuelas y Facultades de Medicina	52
4.1.2. Influencia de Flexner en la Educación Médica	55
4.1.3. Evaluación y Acreditación de la Educación Médica	60
4.2. Educación Médica en México	62
4.2.1. Acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina	69
4.3. La AMFEM	71
4.4. El COMAEM	73
4.5. La Educación Médica en Chiapas	77
4.6. Área de Estudio (IESCH, Campus Tapachula)	80
CAPÍTULO V. Metodología	87
5.1. Tipo de Estudio	87
5.2. Espacio y Tiempo	88
5.3. Universo de Estudio	88
5.4. Criterios de Inclusión	88
5.5. Criterios de Exclusión	88
5.6. Variables	89
5.7. Instrumento de Recolección de Datos	89
5.8. Tabulación y Análisis de Datos	91
CAPÍTULO VI. Resultados	93
6.1. Análisis y Descripción de las Variables Independientes	93
6.2. Análisis y Descripción de la Variable Dependiente	99
6.3. Análisis de la Relación entre Variables	100
CAPÍTULO VII. Discusiones	107
CAPÍTULO VIII. Conclusiones	111
CAPÍTULO IX. Referencias Bibliográficas	113
ANEXOS	
Mapa de Ubicación del Área de Estudio	
Definición Conceptual y Operacional de Variables	
Cuestionario para Docentes	

RESUMEN

El proceso de globalización es uno de los fenómenos que mayor impacto ha tenido en el quehacer educativo, particularmente en el ámbito de la Medicina, donde actualmente es obligatorio acreditar la calidad del proceso educativo a través del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica. En tal proceso, la evaluación de la actitud de los profesores es una acción relevante e incidente en la mejora continua de la acción educativa. Por ello, el presente trabajo tuvo como objetivo determinar la actitud de los profesores de una Escuela de Medicina, ante la evaluación de su práctica docente, requerida para el proceso de acreditación recién iniciado. Con tal fin se diseñó un cuestionario constituido por una sección de datos generales y otra que evalúa las actitudes. Los datos obtenidos se tabularon y analizaron en el programa SPSS mediante estadística descriptiva e inferencial (χ^2 , con un valor de significancia de $p < 0.05$). El cuestionario se aplicó a 39 profesores, 46.2% del grupo de edad entre 41 y 50 años, 54% hombres, 86% médicos y 74% con algún postgrado. Analizando la experiencia docente se encontró que 72% tienen tres o más años de experiencia, sin embargo, solo 28% tenía experiencia previa en acreditación. La actitud fue positiva en 69% de los profesores estudiados y tuvo relaciones estadísticamente significativas con los años de experiencia docente y la experiencia previa en acreditación. Esto es acorde con las teorías de la actitud, según las cuales, la actitud negativa se observa en grupos de edad avanzada (51 años en adelante) y en aquellos con menor experiencia docente. Por lo anterior, es indispensable que las Escuelas de Medicina trabajemos por la continuidad de los docentes y alimentemos a los mismos con experiencias que fortalezcan sus habilidades y destrezas en el ámbito de las acreditaciones, a las que estarán sujetos según las tendencias actuales de calidad en la educación médica.

CAPITULO I

1.1.- INTRODUCCIÓN.

Históricamente, los curanderos o magos son piezas fundamentales de cualquier civilización, puesto que representan el poder y ejercen influencia no siempre en beneficio del que padece. Su actividad va más allá del terreno de la salud interviniendo con autoridad en otros órdenes, como lo político, organizacional, religioso, etc.¹

Los primeros documentos históricos de la medicina datan de unos dieciséis siglos antes de nuestra era, y se hallaron en el valle de Mesopotamia. El sacerdote era el que ejercía la práctica médica desarrollándose de sobremanera hacia el año 2300 A.C. Es entonces cuando aparece por primera vez, una legislación médica en el célebre código de Hammurabi.²

La profesión médica y su evolución, está íntimamente relacionada con la historia y el desarrollo de la medicina; con los avances científicos y tecnológicos y con los cambios sociales que se han dado a lo largo de la historia de la humanidad. El médico es un profesionalista preparado en diferentes disciplinas académicas y humanistas, en las ciencias médico biológicas, en ciencias naturales y en ciencias exactas. La medicina es una ciencia y un arte dirigidos a precaver y curar la enfermedad. Es un saber y una práctica, un conocimiento y sus aplicaciones, que se apoyan en valores éticos, culturales, artísticos, en el empirismo, el método científico, la tradición y la experiencia personal del médico.³ Durante mil quinientos años, la principal fuente de conocimientos médicos europeos sobre el cuerpo humano no fue el propio cuerpo. Se basaban en cambio, en las obras de un médico de la Grecia antigua: Galeno, quien ha ejercido mayor influencia.

¹ Laín, Entralgo, P. (ed), Historia Universal de la Medicina, Salvat Editores, Barcelona, 2002.

² Ibídem

³ Garzón, Alberto, en su Antología de Historia y Filosofía de la Educación, de la Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud.

En México, las culturas prehispánicas no fueron ajenas a la práctica de la medicina, el poder de los sacerdotes quienes alcanzaron un gran conocimiento de la herbolaria indígena, misma que fue usada como complemento de su formación terapéutica por los conquistadores españoles. No obstante, por el poder de la dominación del español sobre el indígena se implantó una práctica médica fundada en principios ideológicos y místicos, propios de la religión cristiana y con esquemas terapéuticos que predominaban en Europa en aquella época. La educación médica en México se da a través del aprendizaje por la observación del participante en cada acto médico. La carrera de la medicina da inicio en el año de 1579, en la Universidad fundada en la Ciudad de México en 1553. La enseñanza de la medicina en ésta institución tiene un desarrollo muy particular por influencia de dos corrientes: una es la europea de inspiración hipocrática y la otra de inspiración local, incorporando los conocimientos tradicionales indígenas.⁴

El primer establecimiento de enseñanza superior en Chiapas, se fundó en Ciudad Real (hoy San Cristóbal de las Casas), siendo el colegio de los padres Jesuitas en 1676. El 6 de Agosto de 1973, siendo gobernador del Estado el Dr. Manuel Velasco Suárez, se crea la Escuela de Medicina Humana, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, acabando con 82 años sin estudios en el Estado. Este mismo gobernador crea la Universidad Autónoma de Chiapas el 24 de Septiembre de 1974, siendo su primer rector el contador público Federico Luis Salazar Narváez. Para 1982, el Estado de Chiapas empieza a contar con otra alternativa en materia de educación superior, al incorporarse a la Secretaría de Cultura y Salud, el Instituto de Estudios Superiores de Chiapas.⁵ En la actualidad se imparte la carrera de medicina en las ciudades de Tuxtla Gutiérrez y Tapachula, en donde se pretende realizar este estudio.

La calidad de la educación médica en México es, en la actualidad, la pieza fundamental que puede servirnos para articular todos los componentes de la enseñanza de la medicina en una estructura orientada hacia el mejoramiento continuo de las condiciones en que se realiza, de los procesos

⁴ Aguirre, Beltrán, G., Medicina y Magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial, INI, México, 1993.

⁵ www. IESCH. *Documento de Fundamentación de la Lic. De Médico Campus Tapachula*. 2005. Cap. I. Pag.3-8.

que la conforman y de los resultados que se obtienen. Para hacer realidad esta expectativa, las escuelas y facultades de medicina afiliadas a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AMFEM, elaboraron el *Sistema Nacional de Acreditación*, donde definieron el contenido, los parámetros y las condiciones a través de los cuales ya es posible valorar, verificar y acreditar la calidad de la educación médica mexicana. La columna vertebral del Sistema Nacional de Acreditación la constituyen los estándares de calidad que fueron elaborados por consenso en el seno de la AMFEM. Los estándares son normas cuya construcción se ha privilegiado el punto de vista académico sobre los puntos de vista políticos, económicos o sociales que durante los últimos decenios han prevalecido en el escenario educativo médico del país. El cumplimiento de cada estándar implica determinados conocimientos, actividades y actitudes para los estudiantes, profesores, funcionarios, directivos, administradores y personal de apoyo que participan en la educación médica; es decir que cuando se le da cumplimiento efectivo a los estándares, nos dan como resultado la acreditación, basado en una cultura de calidad.⁶

A partir de Enero del 2002, se constituyó el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica A.C. (COMAMEM), organismo que desde esa fecha se encarga de las tareas de acreditación de las Escuelas de Medicina en México. El cual retoma el Instrumento de autoevaluación realizado en AMFEM. El COMAEM está integrado por personas morales, instituciones públicas y privadas con nacionalidad mexicana, cuyo objetivo esté vinculado con el propósito de elevar la calidad en la educación en Medicina. Forman parte del Consejo:

La Academia Nacional de Medicina

Academia Mexicana de Cirugía

Instituciones que integran el Sector Salud en México

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.

El COMAEM es consultor y asesor oficial de las instituciones relacionadas de manera directa o indirecta con la educación médica; es una Institución financieramente estable, cuenta con una instancia propia, autónoma,

⁶ Hernández Zinzún, Gilberto, La calidad de la educación médica en México, UNAM, 2004.

encargada de emitir los dictámenes relativos a la acreditación de las escuelas y facultades de medicina, y garantiza su compromiso con todos los asuntos concernientes a la profesión médica.⁷

Otra instancia involucrada en vigilar la calidad de la educación médica es el CIEES, el cual es definido como: los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior son nueve cuerpos colegiados, integrados por pares académicos. Su función fundamental es evaluar las funciones y los programas académicos que se imparten en las instituciones educativas que lo solicitan y formular recomendaciones puntuales para su mejoramiento, contenidas en los informes de evaluación, que se entregan a los directivos de las instituciones.⁸

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Instituto de Estudios Superiores de Chiapas (IESCH), Campus Tapachula, imparte la Licenciatura en Medicina, la cual se encuentra en proceso de acreditación por las instancias correspondientes (COMAEM). Los profesores que imparten asignaturas en dicha licenciatura son de distintas disciplinas académicas, de tal modo que se cuenta con químicos, biólogos, psicólogos, licenciados en informática y predominantemente médicos. Hasta 2007 su plantilla docente estaba integrada por 43 profesores, de los cuales 32 son médicos.

El problema radica en que al someterlos a la evaluación de su práctica docente, necesaria para el proceso de acreditación, los profesores se manifiestan inconformes, llegando incluso algunos de ellos a desertar del Instituto, por considerar que su actividad como profesores no debería ser cuestionada. Dicho fenómeno se observa en los docentes con profesión médica, más que en los de otras profesiones. Por lo tanto, una cuestión fundamental para avanzar en el proceso de acreditación de manera más integral, es analizar detenidamente el factor humano que participa en él, particularmente la planta docente, respondiendo a la pregunta: ¿Qué actitud

⁷ www.comaem.org.mx

⁸ <http://www.ciees.edu.mx/ciees/inicio.php>

tienen los profesores de la escuela de medicina del IESCH ante el proceso de evaluación para la acreditación?

Las actitudes son variables ha evaluar y es lo que se realizó en este trabajo con los profesores del IESCH, en relación con el proceso de acreditación de la escuela de medicina ya que la actitud es transformada en quehacer diario y esto impacta en los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Los procesos evaluativos han estado asociados, a veces, a gestiones de intervención externa, lo cual ha sido visto como violatorio, ya sea en el plano de la política académica o en el de la asignación de recursos. Por otro lado, debe reconocerse que hay resistencias a los emprendimientos concretos de evaluación, más allá de la aceptación en el plano conceptual. La inexperiencia en cuanto a una práctica concreta, hace que muchos actores de las Instituciones de Educación Superior perciban a la evaluación como algo amenazante, por lo que la importancia de conocer las actitudes de los profesores en este proceso es necesaria para generar un cambio y reconocerla como un avance considerable que precisa de una cultura de modelos explícitos y transformadores que requieren de un serio proceso de capacitación y de ayudas adicionales externas de especialistas en el ramo.

1.3.- JUSTIFICACIÓN.

La era del conocimiento y la globalización en la que vivimos, así como los vertiginosos avances científicos y tecnológicos causan un profundo impacto en la educación. Lo que ha originado que el término calidad en el contexto educativo tome una connotación relevante, siendo actualmente prioridad para los que encabezan la educación médica en las universidades de nuestro país.

Ante todos estos cambios, las instituciones universitarias del país, preocupadas por la creciente demanda de matrícula en la carrera de medicina, inician un proceso de acreditación de la calidad de la educación, dando como resultado la creación del COMAEM como un organismo autónomo que asume la responsabilidad de acreditar la educación médica en México.

Estos cambios traen consigo modificaciones a la norma oficial 234-SSA-1-2003 para el uso y aplicación de los campos clínicos por las escuelas y facultades de medicina, quienes deberán estar acreditadas para tener acceso a los mismos a partir de enero del 2008, motivo por el cual el proceso de auto-evaluación que permite llegar a la acreditación, toma relevancia significativa en la formación de los nuevos médicos.

En la actualidad es necesario en todo el país, que las escuelas de medicina reúnan ciertos patrones de calidad en los cuáles participan todos los actores de la vida académica y poder ser acreditadas por las instancias correspondientes. En este sentido no basta tener el conocimiento suficiente en las ciencias médicas para poder impartir clases, sino también es necesario tener formación pedagógica, así mismo una actitud positiva hacia el respeto de los lineamientos que se requieren para la acreditación de la escuela.

Según lo anterior resulta fundamental conocer las actitudes de los principales actores del proceso educativo con el fin de generar estrategias que los integren más eficazmente a los procesos de mejora de calidad de la formación profesional. Particularmente la figura del profesor como guía del educando se constituye como una base fundamental en los procesos de calidad de la formación profesional en medicina, como se manifiesta en el apartado VI de profesores del documento de autoevaluación de COMAEM. Analizar la actitud del docente permitirá establecer estrategias de cambio hacia la positividad, en miras de una concientización que contribuya a mejorar la calidad académica de la escuela, ya que uno de los grandes retos de nuestro país en materia educativa, es el de elevar la calidad de la misma a través de un proceso permanente de modernización, tratando de hacer más eficiente el sistema educativo y las instituciones que lo conforman, con esto, se puede dar respuesta a nivel internacional a las demandas planteadas por la globalización económica y el intercambio de recursos humanos calificados en el área médica.

1.4.- HIPÓTESIS.

Las teorías actuales en materia conductual sostienen que los sujetos sometidos a una evaluación de su actividad laboral manifiestan un cambio de actitud, que suele ser negativo. De ello se deriva que las hipótesis del presente trabajo sean:

Ho: "Los profesores muestran una actitud positivo a la evaluación de su práctica docente para el proceso de acreditación de la Escuela de Medicina del IESCH, Campus Tapachula".

Hi: "Los profesores muestran una actitud negativa a la evaluación de su práctica docente para el proceso de acreditación de la Escuela de Medicina del IESCH, Campus Tapachula".

1.5.- OBJETO DE ESTUDIO.

El objeto de estudio lo constituye la actitud que tienen los profesores de la Licenciatura en Medicina del instituto de Estudios Superiores de Chiapas, Campus Tapachula, frente a la evaluación de su práctica docente para el proceso de acreditación.

1.6.- OBJETIVOS.

1.6.1.- OBJETIVO GENERAL:

Determinar la actitud que tienen los profesores de la escuela de medicina del IESCH, campus Tapachula, ante la evaluación de su práctica docente requerida para el proceso de acreditación.

1.6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Conocer la actitud de los profesores de la Escuela de Medicina del IESCH Campus Tapachula, ante la evaluación de su práctica docente para el proceso de acreditación.
- Determinar la relación existente entre la actitud que muestran los profesores a la evaluación de su práctica docente, y factores tales como: la edad, experiencia, sexo, título profesional, nivel académico, experiencia docente en años y conocimiento previo en procesos de acreditación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1.-RELACION MEDICO-PACIENTE-DOCENCIA

La relación médico-paciente ha sido el sustento de la práctica clínica de la medicina durante siglos; su importancia rebasa la sola efectividad terapéutica, pues al incidir en las necesidades afectivas de los pacientes trasciende la simple reparación de un daño físico concreto e incide en estratos más profundos que tiene que ver con el deseo de curarse, la recuperación de la esperanza y la alegría de vivir sano. Sustentada en acuerdos implícitos más que en convenciones formales y conducidas por principios éticos, significa más que una relación interpersonal común y corriente en la medida en que va en juego la salud y la vida.

Para Szasz y Hollender existen tres modelos básicos de la relación médicos y pacientes, a saber.

- 1) El modelo *actividad-pasividad*, en el que el médico le “hace algo” al paciente, quien se muestra como un receptor inerte, incapaz de responder.
- 2) El modelo *asesoramiento-cooperación*, en el cual el médico indica al paciente lo que tiene que hacer. Del paciente se espera su cooperación que obedezca.
- 3) El modelo de *participación mutua*, en el que el médico ayuda al paciente a ayudarse a sí mismo; éste es un participante en la “asociación” que aprovecha la ayuda de un experto.⁹

El paciente ha adquirido una mayor conciencia de su salud por lo que el papel del médico es el de un asesor y educador pero bajo la idea de favorecer que sea el propio paciente quien tome sus decisiones.

La formación del médico en torno a la relación médico-paciente es un asunto complejo, pues depende menos de los contenidos curriculares que de las cualidades personales de los alumnos y profesores, sin embargo la

⁹ Pérez Tamayo R., Kretschmer Roberto, Martínez Cortes F., Rivero Serrano O., *El Ejercicio Actual de la Medicina*. Siglo veintiuno editores, 2000, Pag. 39-41.

responsabilidad educativa no puede eludirse, por el contrario debe de retomarse con mayor compromiso considerando que es la habilidad más importante que habría de tener el médico y que es un aprendizaje susceptible por lo menos de ser facilitado, aunque sea metodológicamente complejo desde el punto de vista didáctico.

2.1.1.-ÉTICA MÉDICA.

La ética médica laica son los principios morales y las reglas de comportamiento que controlan y regulan las acciones de los médicos cuando actúan como tales, derivados únicamente de los objetivos de la medicina, sin participación o influencia de otros elementos no relacionados con esos objetivos. Estos otros elementos son de dos tipos: los englobados dentro de la ética general o normativa, que aplican no sólo para los médicos sino para todos los sujetos humanos y los incluidos en la ética trascendental o religiosa, que son válidos sólo para los que comparten las creencias propias de las distintas ideologías religiosas (católica, protestante, judía, musulmana, budista, otras). La mayor parte de los textos de ética médica son mezclas de principios y normas derivadas de estas tres esferas de la ética: la laica, la general y la trascendental. Las dos primeras pretenden apoyarse en la razón y están abiertas al análisis y a la discusión basada en argumentos históricos o actuales, pero siempre objetivos, mientras que la tercera emana del dogma y se basa en la fe, por lo que no está sujeta a discusión.¹⁰

Otro término que está de moda es bioética, que con frecuencia se usa como sinónimo de ética médica, aunque desde luego no lo es. La bioética describe los principios morales y las normas de comportamiento de los seres humanos ante *todo* el mundo biológico; desde luego, esto incluye a la ética médica pero la rebasa ampliamente, pues no se limita a los médicos sino a todos los hombres, ni se restringe a los enfermos sino que abarca a toda la naturaleza. La ética médica

¹⁰ Manual de Ética Cuarta. Edición American College of Physicians

es, pues, la rama de la bioética que tiene que ver únicamente con los aspectos específicos de la práctica de la profesión.

Es tradicional que al hablar de ética médica se haga referencia a diferentes códigos, tanto antiguos como recientes, como el Juramento Hipocrático (en sus versiones clásica, árabe o cristiana), el Código de Asaf, la Plegaria del Médico, atribuida en forma apócrifa a Maimónides, la Ética Médica de Percival, la Declaración de Ginebra, el Código de la Organización Mundial de la Salud, etc. Todos estos códigos son híbridos formados por tradiciones antiguas, por costumbres regionales más o menos limitadas y por distintos mandamientos religiosos. Su valor es mucho más histórico que actual, o bien son tan generales que equivalen a la expresión de muy nobles sentimientos, pero nada más. Yo pienso que el mejor punto de partida para elaborar un código ético médico no es un documento antiguo o una serie de mandamientos no razonados, sino la naturaleza específica de la medicina, definida en función de sus objetivos, que sólo son los tres siguientes: 1) preservar la salud, 2) curar o aliviar, cuando no se pueda curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente, y 3) evitar las muertes prematuras e innecesarias. La medicina es tan antigua como la humanidad y a lo largo de su historia ha cambiado mucho, pero desde siempre ha conservado esos mismos tres objetivos. De hecho, los tres objetivos mencionados de la medicina pueden resumirse en uno solo, que sería el siguiente: lograr que hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos y mueran sin sufrimientos y con dignidad, lo más tarde que sea posible.

A lo largo de la historia el acto médico ha sido siempre el mismo: un ser humano que solicita ayuda para resolver su problema médico y otro ser humano que acepta dársela y lo hace, con más o menos éxito. Los ambientes y las circunstancias en las que ocurre este acto médico han cambiado a través del tiempo y en nuestra generación se han hecho tan complejas que la relación médico-paciente original se encuentra gravemente amenazada con transformarse en algo muy distinto. Pero, a pesar de la amenaza, todavía es válido decir que la esencia y la naturaleza de la medicina se definen en función de la relación médico-paciente.

En vista de lo anterior, es posible construir un código de ética médica laica basado en los objetivos de la medicina y centrado en la relación médico-paciente. En principio, puede aceptarse que los objetivos de la profesión podrán alcanzarse mejor cuando la relación médico-paciente se dé en las condiciones óptimas. Este principio es razonable, se refiere en forma específica a la práctica de la medicina y no está influido por reglas de ética general o por ideologías religiosas. De este enunciado se desprende que todo aquello que se oponga o interfiera con la instalación y la conservación de una relación médico-paciente óptima será éticamente malo, deberá considerarse como una falta de ética médica. En cambio, todo lo que favorezca al establecimiento y la persistencia de una relación médico-paciente óptima será éticamente bueno, deberá calificarse como positivo desde un punto de vista ético médico.¹¹

La "relación médico-paciente óptima", se trata de una relación interpersonal, que puede contar con testigos pero no con interferencias en la relación entre paciente - médico así como entre el médico- paciente. Como todas las relaciones humanas, ésta también tiene una historia natural, un principio en el que tanto el miedo como la incertidumbre iniciales, por parte del enfermo, así como la apertura, el trato receptivo y respetuoso (pero con ignorancia, también inicial), por parte del médico, se irán transformando poco a poco en la tranquilidad y la confianza del enfermo, así mismo en trato amable y afectuoso, pero cada vez con más conocimiento del problema de su paciente, por parte del médico. De esta "confianza ante una conciencia", termina por establecerse una relación positiva médico-paciente, mientras más cercana, adulta y mejor para alcanzar los objetivos de la medicina.

A partir de estas consideraciones ya es posible ofrecer un código de ética médica laica basado en la naturaleza de la medicina misma. Este código consta de los siguientes cuatro principios o reglas de comportamiento que el médico debe observar para que su actuación profesional pueda considerarse como ética:

- 1) Estudio continuo. El médico tiene la obligación de mantenerse al día en los conocimientos y las habilidades técnicas de su especialidad, con objeto de

¹¹ Manual de Ética Cuarta. Edición American College of Physicians

ofrecerle a su paciente la mejor atención posible en cada momento, por medio del estudio continuo de la literatura médica científica, la asistencia a cursos especializados, a congresos y otras reuniones profesionales, así como a las sesiones académicas pertinentes. No hacerlo, abandonar la actitud del estudiante ávido de saber siempre más y la costumbre de aprender algo nuevo todos los días, es una falta grave de ética médica que no sólo impide que la relación médico-paciente se dé en forma óptima, sino que puede llegar hasta los delitos de negligencia o de incompetencia médicas.

- 2) Docencia. La palabra "doctor" se deriva de la voz latina *docere*, que significa "enseñar". El hecho de que el sinónimo más usado del término "médico" en nuestro medio sea la voz "doctor" no es casual ni está ausente de razones históricas. Para que la relación médico-paciente sea óptima, el doctor debe instruir a su enfermo, a sus familiares y a sus amigos, sobre todos los detalles de su padecimiento, de sus causas, de sus síntomas, de su tratamiento y sus resultados (positivos y negativos), de su pronóstico; debe instruirlos una y otra vez, tantas como sea necesario para sembrar y reforzar la confianza del paciente. Pero la obligación ética docente del médico no se limita al círculo restringido de sus enfermos, sus familiares y amigos, sino que abarca a todos aquellos que puedan beneficiarse con sus conocimientos especializados: colegas, enfermeras y otro personal de salud, funcionarios, estudiantes y el público en general. Esto significa que el médico debe dar conferencias, seminarios, clases y pláticas informales sobre su ciencia, y además escribir artículos de divulgación y hasta libros dirigidos al público en general. No hacerlo es una falta de ética médica, porque de manera directa o indirecta interfiere con el desarrollo de una relación óptima médico-paciente.
- 3) Investigación. El médico tiene la obligación moral de contribuir (en la medida de sus posibilidades) a aumentar el conocimiento científico en que se basa su propia práctica profesional y la de sus colegas. En otras palabras, la investigación es una de las obligaciones éticas del médico.

Esto se deriva del siguiente razonamiento: la medicina científica (la mal llamada hoy "medicina basada en la evidencia"), que es la que todos ejercemos, se basa en el conocimiento obtenido científicamente, o sea en observaciones reproducibles, adecuadamente documentadas y estadísticamente significativas. Lo apoyado en la tradición y lo puramente anecdótico no tienen valor científico (aunque sí un gran impacto cultural) y por lo tanto no forman parte de la medicina científica, en cambio, constituyen la base de las medicinas "alternativas" o "tradicionales". Existe un acuerdo generalizado en la sociedad contemporánea en que las mejores y más prestigiadas instituciones médicas son aquellas en las que se practica y se enseña la medicina científica. El médico debe realizar el ejercicio de su profesión con un espíritu inquisitivo, basado en la duda metódica y en el examen riguroso de todas las posibilidades, actuando en todo momento con sentido crítico y pensamiento racional, o sea dentro de un marco científico, sin dejarse llevar por corazonadas o datos anecdóticos. No se trata de que abandone la práctica de la medicina para convertirse en un investigador de tiempo completo, sino que ejerza su profesión con el mismo cuidado y el mismo interés en generar nuevos conocimientos, siempre que esté a su alcance, porque de eso dependerá que la medicina progrese, contribuyendo a que la relación médico-paciente sea cada vez mejor y más eficiente.

- 4) Manejo integral. El médico debe tener siempre presente que el enfermo acude a solicitarle ayuda para que lo cure o lo alivie de su padecimiento, lo que es algo distinto de su enfermedad, aunque el primer término incluye al segundo. Para poner un ejemplo, el enfermo puede tener una tuberculosis pulmonar, pero lo que lo lleva a ver al médico son la astenia, la falta de apetito, la palidez, el insomnio, la febrícula, la tos, la disnea y, además, el miedo de lo que pueda pasarle, de que lo tengan que operar, la angustia por su familia, por dejar de trabajar, por interrumpir su vida habitual y, naturalmente, el terror ante la muerte. Todo esto es lo que el enfermo padece y es lo que espera que el médico le quite al curarlo. Es claro que si

la enfermedad se diagnostica y se trata en forma adecuada, buena parte o todo el padecimiento se irá aliviando, pero así como la tuberculosis requirió diagnóstico correcto y el uso de fármacos eficientes, el resto de la carga que agobia al paciente también necesita ser identificada, examinada y manejada por el médico con delicadeza, discreción y respeto, porque el enfermo acudió a solicitar ayuda para que le resolvieran su problema, porque él no podía hacerlo solo. El médico que no se involucra en su atención con el padecimiento integral del paciente, sino que se conforma con diagnosticar y tratar la enfermedad, o que lo abandona cuando ya ha agotado sus recursos terapéuticos curativos o paliativos, está cometiendo una grave falta de ética médica al no cumplir con los objetivos de la medicina, está ignorando su obligación profesional de curar, o aliviar cuando no se puede curar, de siempre apoyar y consolar al enfermo y de evitar las muertes prematuras e innecesarias.

Es así como en el punto número dos del código de ética del ejercicio médico, donde se plantea la actividad de estos profesionales como educadores.¹²

2.1.2.-PROFESIONALISMO MEDICO.

La definición de profesionalismo en Medicina comprende lo que el Médico hace y el “cómo lo hace” es decir, integra las habilidades, actitudes y valores con los cuales el profesional de la Medicina demuestra que merece la confianza que el paciente y la comunidad le otorgan bajo la premisa de que antepondrá siempre la búsqueda del bienestar del paciente y de la comunidad como primer objetivo.¹³

La naturaleza del trabajo del médico es activa y, a largo plazo, de aprendizaje autodirigido. Involucra la aplicación de un cúmulo de conocimientos especializados y la capacidad de ir constantemente incrementando este

¹² Manual de Ética Cuarta Edición American College of Physicians

¹³ Elizondo L, et al. Características principales del currículo 2001 de la Escuela de Medicina del Tec. de Monterrey. Medicina Universitaria 2002; 4S:S45

conocimiento en función del beneficio de la sociedad. A este respecto, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (American Medical Colleges, AAMC) en su primer reporte respecto a su "Proyecto de Objetivos de Escuelas de Medicina" (Medical School Objectives Project) identifica cuatro grandes atributos que todo estudiante médico debe demostrar haber adquirido antes de su graduación y que el médico en el ejercicio de su profesión debe poseer, estos atributos son: altruismo, conocimiento, destreza y cumplimiento.¹⁴

.....En un intento por ampliar la definición de profesionalismo médico se puede establecer que abarca las siguientes características:

- Capacidad para subordinar los intereses propios a los de terceros. No sólo en Medicina sino en cualquier profesión, es de esperarse de quién la ejerce que subordine sus propios intereses para satisfacer de la mejor manera posible las necesidades del otro, en este caso, del paciente. Dada la importancia de este principio fundamental en la práctica Médica, se ha tomado como sinónimo de Profesionalismo, puesto que se espera que el Médico siempre anteponga los intereses del paciente sobre los propios, e incluso, sobre los del sistema de Salud.
- Apego permanente a la moral y la ética. El hecho de que la medicina, como profesión, esté bajo el marco de principios morales conlleva en sí el que el médico actúe y se comporte éticamente en su vida profesional y privada. En medicina se defienden los principios de beneficencia y no maleficencia que, expresados de otra manera, implican la obligación del médico de hacer el bien y no hacer el mal bajo ninguna circunstancia.
- Respuesta a las necesidades sociales. Se manifiesta con el compromiso de servicio a la comunidad. Para que cualquier profesión alcance el objetivo para el cual fue creada debe dar respuesta a las necesidades económicas, sociales y culturales de la comunidad en la que se ejerce. Específicamente

¹⁴ American Board of Internal medicine. *Project Professionalism*. 2001. 7th Print. Philadelphian, Pennsylvania

en medicina esto se traduce como el compromiso del médico de proveer y dar cuidado a los más necesitados, mejorar el acceso a los servicios de salud, así como del compromiso de ver más allá de la necesidad física del paciente para resolver los determinantes no biológicos de la falta de salud.

- Actitud congruente con valores: honestidad, integridad, calidez, compasión, altruismo, empatía, respeto hacia los otros e inspirar confianza. A diferencia de otras ocupaciones donde los valores humanos no toman tanta relevancia, en medicina es imposible alcanzar un comportamiento profesional si quién la ejerce no pone en práctica estos valores. Incluso algunos autores han caracterizado esta parte humanística de la medicina como “obligaciones particulares” del Médico, por lo que si éste no es honesto, íntegro, cálido, compasivo, altruista, empático, respetuoso y digno de confianza nunca podrá cumplir con los objetivos de la profesión para la cual ha sido formado.
- Ejercicio de la responsabilidad. En esta profesión es imperativo que los Médicos, tanto individuos como cuerpos colegiados, establezcan los estándares de la práctica médica que garanticen el ejercicio autónomo y con nivel de excelencia de la medicina.
- Demostración de compromiso continuo en busca de la excelencia. Hoy en día las profesiones se basan en los más altos niveles de conocimiento, habilidades y destrezas, sin que la profesión médica sea la excepción. Es por esto que el médico tiene el compromiso de adquirir constantemente el conocimiento, así como de desarrollar continuamente las nuevas habilidades que harán de él un profesionista con los más altos niveles de excelencia. Dados los incesantes cambios que ocurren en el campo biomédico resulta tarea imposible adquirir todos estos nuevos conocimientos, por lo que el compromiso de mejora continua conlleva la capacidad de reconocer y aceptar las propias limitaciones en conocimientos y habilidades clínicas.
- Compromiso con la transmisión del conocimiento y el avance científico en su área. Mientras que el compromiso con la búsqueda de la excelencia

tiene un enfoque introspectivo, el compromiso con la transmisión del conocimiento y el avance científico tiene un enfoque hacia el exterior. Es decir, una vez alcanzado el conocimiento se debe reflejar un compromiso con el deseo de transmitirlo para el beneficio de los demás, sean pacientes, otros médicos o la comunidad en general. Este avance del conocimiento científico se puede dar a través de la investigación o garantizando que el ambiente del ejercicio de la Medicina sea el más favorecedor para el cuidado eficiente del paciente.

- Capacidad de trabajo con alto nivel de complejidad e incertidumbre. En la práctica médica la incertidumbre y la ambigüedad son elementos característicos e inmutables. El médico debe ser capaz de ejercitar el juicio independiente para poder tomar las decisiones correctas en el ámbito de circunstancias complejas, inestables y, frecuentemente, con información incompleta.
- Reflexión y capacidad de autocrítica respecto a sus decisiones y acciones. Todos los médicos deben de ser capaces de reflexionar respecto a sus decisiones y acciones tomadas, ser autocríticos respecto a éstas, no sólo para mejorar sus conocimientos y habilidades, sino para equilibrar sus vidas profesionales y privadas. Esta capacidad de reflexión y autocrítica es indispensable para la toma de decisiones clínicas.¹⁵

Existe la idea generalizada de que los alumnos de la carrera de Medicina inician su formación requiriendo desarrollar ampliamente tanto conocimientos como destrezas, pero con actitudes y valores tan bien sustentados que tal vez no requerirían de mayor atención. Sin embargo, todos los estudiantes son vulnerables a fallar en su comportamiento profesional pudiendo beneficiarse de un programa de estudios explícito y sistemático al respecto. En la actualidad las competencias relacionadas con el profesionalismo médico sólo pueden ser establecidas a través

¹⁵ Elizondo L, et al. *Características principales del currículo 2001* de la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey. *Medicina Universitaria* 2002; 4S:S45

Las actitudes se aprenden, por tanto las actitudes también definen nuestra predisposición hacia determinados aspectos del mundo. Por otro lado, éstas proporcionan las bases emocionales de nuestras relaciones interpersonales y de identificación con los demás.

Las actitudes son parte intrínseca de la personalidad del individuo. Algunas teorías sostienen que las personas buscan la congruencia entre sus creencias y sus sentimientos hacia los objetos, y que las modificaciones en las actitudes dependen de que cambien los sentimientos o las creencias. Los individuos poseen actitudes estructuradas compuestas de diversos elementos afectivos y cognoscitivos. Un cambio en uno de ellos precipita un cambio en los demás. Cuando estos componentes son inconsistentes o exceden el nivel de tolerancia de la persona aparece la inestabilidad. Esa inestabilidad puede corregirse mediante:

- a) El rechazo de un mensaje diseñado para influir en las actitudes.
- b) La fragmentación de las actitudes.
- c) La aceptación de la inconsistencia, de modo que se genere una nueva actitud.

Esta teoría propone que el afecto, la cognición y la conducta determinan las actitudes y que éstas determinan, a su vez, los valores mencionados.

Entendemos por actitud una tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera. Ahora bien en la actitud (preámbulo para ejercer una conducta), podemos encontrar varios elementos, entre los cuáles se encuentran los pensamientos y las emociones. Por ejemplo, en el estudio de una carrera, si la actitud es favorable, encontraremos pensamientos positivos referentes a ella; así como, emociones de simpatía y agrado por esos estudios. Las emociones son así ingredientes normales en las actitudes.¹⁸

¹⁸ Gibson, Ivancevich, *Las organizaciones*, ed. Mc Graw-hill, 1999.

Las actitudes se componen de tres elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual), lo cual se describe a continuación:

Afecto: el componente emocional o sentimental de una actitud se aprende de los padres, de los maestros y de los camaradas.

Cognición: el componente cognoscitivo de la actitud comprende las percepciones, las opiniones y las creencias de las personas. Se refiere al proceso del pensamiento, con especial énfasis en la racionalidad y en la lógica. Un elemento importante de la cognición es el de las creencias evaluativas que mantiene la persona. Las creencias evaluativas se manifiestan como impresiones favorables o desfavorables que alguien mantiene hacia un objeto o una persona.

Conducta: el componente de la conducta en una actitud se refiere a la tendencia de la persona a actuar sobre algo o sobre alguien de una manera determinada. La medida de estas acciones puede ser útil para examinar los componentes de la conducta en las actitudes.

La teoría de los componentes afectivos, cognoscitivos y de la conducta como determinantes de las actitudes y del cambio de ésta tienen gran importancia para los directores de empresas. Los jefes han de ser capaces de demostrar que los aspectos positivos de contribución a la organización pesan más que los negativos, desarrollando en sus empleados actitudes generales favorables hacia la organización y hacia el trabajo dentro de la misma.

Las actitudes pueden tener distintos orígenes: la familia, los grupos de amigos o las experiencias en empleos anteriores. Las experiencias primeras en la familia contribuyen a formar las actitudes individuales. La cultura, las costumbres y el lenguaje influyen sobre las actitudes.¹⁹

¹⁹Gibson, Ivancevich, Las organizaciones, ed. Mc Graw-hill, 1999.

A través de las experiencias en el trabajo, los empleados desarrollan actitudes sobre la igualdad salarial, la evaluación de los rendimientos, la capacidad de mando, el diseño del trabajo y la afiliación al grupo de trabajo.

La expresión disonancia cognoscitiva describe una situación en la que existe discrepancia entre los componentes cognoscitivos y conductuales de una situación. Cualquier forma de inconsistencia es incómoda, de forma que los individuos intentan reducir la disonancia, ésta se ve como un estado de la persona que provoca las acciones que tratan de hacer volver al individuo a su posición de equilibrio. Podemos definirla, entonces, como un estado de ansiedad mental que aparece cuando hay un conflicto entre las distintas cogniciones de un individuo (por ejemplo, entre actitudes y creencias) después de haber tomado una decisión. Cuando aparece la inconsistencia en las actitudes, las personas pueden intentar resolver el problema ya sea cognoscitivamente o bien de forma conductual. La disonancia cognoscitiva tiene importantes implicaciones en la organización: ayuda a explicar las decisiones de un individuo con una actitud inconsistente y a predecir la propensión de una persona a cambiar sus actitudes.

Existen distintos tipos de actitudes:²⁰

- 1) ACTITUD EMOTIVA.- Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona.
- 2) ACTITUD DESINTERESADA.- Esta no se preocupa por el propio beneficio, sino que tiene su centro en el enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Esta compuesta por cuatro cualidades: apertura, disponibilidad, solicitud y aceptación.
- 3) ACTITUD MANIPULADORA.- Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

²⁰ Papalia, Diane E. *Psicología*. Ed. Mc Graw Hill. 2002. Pag 617-622

- 4) ACTITUD INTERESADA.- Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto, cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.
- 5) ACTITUD INTEGRADORA.- La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o la integración de las personas.

.....Las teorías sobre las actitudes se pueden clasificar en cuatro grandes categorías:

- 1) Teorías de consistencia
- 2) Teorías de aprendizaje temprano.
- 3) Teorías de juicio social.
- 4) Teorías funcionales.

Se enunciarán someramente algunos aspectos relevantes sobre cada una para los fines de este trabajo:

Teorías de consistencia:

Teorías de consistencia cognitiva. Según estas teorías, la incoherencia entre dos estados de conciencia hace que las personas se sientan incómodas. En consecuencia, cambian sus pensamientos y acciones con tal de ser coherentes.

Teorías de la disonancia cognitiva.- Fue formulada por León Festinger en 1957 y desde entonces hasta ahora, han sido muchos psicólogos sociales que se han ocupado del tema, lo cuál han dado como resultado muchas derivaciones prácticas de ésta teoría.

Así es como fueron surgiendo consecuencias de éstos estudios que han servido para entender mejor las relaciones humanas. De ésta manera, conocer ésta teoría interesa a todo el mundo, pues vivimos relacionándonos diariamente con otras personas.

Siempre que no exista una armonía, congruencia o consonancia interna en el sistema cognoscitivo de la persona, diremos que existe una disonancia cognoscitiva o incongruencia.

Cuando esta disonancia aparece, existe una tendencia, por parte de la persona a reducirla. Esto es, eliminar la tensión surgida en su interior y establecer un equilibrio inicial.

La idea central de la disonancia cognoscitiva podría resumirse de la siguiente manera: cuando se dan a la vez cogniciones o conocimientos que no encajan entre sí por alguna causa (disonancia), automáticamente la persona se esfuerza por lograr que éstas encajen de alguna manera (reducción de la disonancia).

Naturalmente, no existe una única forma de reducir la disonancia. Existen múltiples caminos y la elección de unos u otros dependerá de múltiples factores. Festinger sostiene que siempre que tenemos dos ideas, actitudes u opiniones que se contradicen, estamos en un estado de disonancia cognitiva o desacuerdo. Esto hace que nos sintamos incómodos psicológicamente y por eso hemos de hacer algo para disminuir esa disonancia.

Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestras ideas sobre quienes somos y para qué estamos.²¹

De acuerdo con el análisis atributivo de la formación y cambio de actitudes. Las personas contemplan sus comportamientos y atribuyen lo que sienten a lo que hacen. Una serie de factores determinan la efectividad de la comunicación persuasiva para cambiar actitudes. Se incluyen la fuente del mensaje, el modo de expresarlo y las características de la audiencia.

²¹ Papalia, Diane E. *Psicología*. Ed. Mc Graw Hill. 2002. Pag 624-630.

La premisa básica de estas teorías es la de una necesidad de los individuos por la consistencia. Debe haber consistencia entre las actitudes y entre comportamientos y actitudes. Una pérdida de consistencia genera incomodidad y el individuo tiende a liberarse de la tensión, ajustando sus actitudes o comportamientos para lograr otra vez su equilibrio. En este grupo destacan la Teoría del Balance (Himmelfarb y Eagly, 1974; Keisler, Collins y Millar, 1969; O'Keefe, 1990); la Afectivo- Cognitiva (Rosenberg, 1956), y la de Disonancia Cognitiva (Festinger, 1957). La primera coloca el foco de atención en la relación entre la percepción, otras personas y el objeto de la actitud. Los cambios de actitudes ocurren cuando los individuos tratan de restablecer el balance mediante la modificación de sus actitudes. La segunda examina la relación entre las actitudes y las creencias. Las comunicaciones convincentes pretenden incidir en el componente afectivo del sistema de actitudes cambiando el componente cognitivo de las mismas. En otras palabras, al proveer al individuo con nueva información que cambia el componente cognitivo de la actitud, se causará un cambio en las actitudes del individuo hacia determinado objeto. Finalmente la disonancia cognitiva propone que el cambio de actitud ocurre cuando hay elementos inconsistentes debido a factores culturales, opiniones específicas en debate o información o experiencias contrarias a información o experiencias previas. La disonancia motiva al individuo a reducir la disonancia y regresar a la consonancia. El simple acto de tomar decisiones crea disonancia.

Teorías del Aprendizaje Temprano:

Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar como los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos.

Por ejemplo, la teoría del condicionamiento clásico de Pavlov: explica como los estímulos simultáneos llegan a evocar respuestas semejantes, aunque tal respuesta fuera evocada en principio sólo por uno de ellos. La teoría del condicionamiento instrumental u operante de Skinner describe como los refuerzos

forman y mantienen un comportamiento determinado. Albert Bandura describe las condiciones en que se aprende a imitar estos modelos. La teoría Psicogenética de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. La teoría del procesamiento de la información emplea a su vez para comprender como se resuelven problemas utilizando analogías y metáforas.

Las teorías del aprendizaje tratan de explicar como se constituyen los significados y como se aprenden los nuevos conceptos. Un concepto puede ser definido buscando el sentido y la referencia, ya sea desde arriba, en función de la intención del concepto, del lugar que el objeto ocupa en la red conceptual que el individuo posee; o desde abajo, haciendo alusión a sus atributos. Los conceptos nos sirven para limitar el aprendizaje, reduciendo la complejidad del entorno; nos sirven para identificar objetos, para ordenar y clasificar la realidad, nos permiten predecir lo que va a ocurrir.

Hasta hace poco, los psicólogos suponían. Siguiendo a Mill y a otros filósofos empiristas, que las personas adquirimos conceptos mediante un proceso de abstracción (teoría inductivista) que suprime los detalles idiosincrásicos que defieren de un ejemplo a otro, y que deja solo lo que se mantiene común a todos ellos. Este concepto, llamado prototipo, está bien definido y bien delimitado y tiene sus referentes en cada uno de sus atributos. En consecuencia, la mayoría de los experimentos han utilizado una técnica en la cual los sujetos tienen que descubrir el elemento común que subyace a un concepto.

Los conceptos cotidianos, en cambio, no consisten en la conjunción o disyunción de características, sino más bien en relaciones entre ellas. Otros aspectos de los conceptos de la vida diaria es que sus ejemplos pueden que no tengan un elemento común. Wittgenstein en sus investigaciones filosóficas: sostuvo que los conceptos dependen, no de los elementos comunes, sino de redes de similitudes que son como las semejanzas entre los miembros de una familia.

Los conceptos cotidianos no son entidades aisladas e independientes, están relacionados unos con otros. Sus límites están establecidos, en parte, por la

características del escenario o entorno y c) los elementos de comunicación del contenido. Un individuo primero atiende y comprende la comunicación, antes de aceptar la misma. Una aproximación Skinneriana sugiere que las actitudes se aprenden a partir de experiencias previas con el medio ambiente.

Según estas teorías, aprendemos actitudes del mismo modo en que aprendimos todo lo demás. Al aprender la información nueva, aprendemos, sentimos, los pensamientos y las acciones que están en relación con ella. En la medida que seamos recompensados o reforzados por ellas, el aprendizaje perdurará. Las teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente

pasivos, cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos.

Teorías del Juicio Social:

En términos generales, la teoría asume que las actitudes poseídas por una persona sirven como estándar de Juicio (Sherif y Hovland, 1961; Sherif y Nenergall, 1965). de acuerdo con estos autores, las opiniones de los sujetos pueden ser evaluadas desde sus puntos de vista y ser colocadas en un continuo actitudinal. Aquellas que casan mejor con las opiniones propias del individuo quedan colocadas en la latitud de aceptación del mismo, mientras que aquellas que se encuentran como objetables, son colocadas en la latitud de rechazo.

Teorías funcionales:

Una pregunta fundamental en el estudio de actitudes es ¿Cuál es su propósito?, es decir ¿Qué función sirven las actitudes? Las actitudes cumplen diferentes funciones en diferentes individuos o para el mismo individuo en diferentes situaciones. Las razones para el cambio de actitudes son individuales. Katz (1960). Propone que cualquier actitud asumida por un individuo sirve a una o mas funciones. Estas funciones son:

- a) función utilitaria: las personas están motivadas para ganar recompensas y evitar contrariedades del entorno.
- b) Función cognitiva: presupone una necesidad humana básica de tener una visión del mundo amplia. Organizada y estable.
- c) Función ego-defensiva: enfatiza el principio del psicoanálisis de que la gente usa mecanismos de defensa como la negación, represión y proyección para proteger sus propios conceptos frente a amenazas internas y externas. Las personas protegen sus creencias desarrollando actitudes convenientes, algunas veces fundamentadas, que no requieren involucramiento activo en situaciones amenazantes o poco familiares.

- d) Función valorar-expresiva: reconoce la importancia de la auto expresión y la auto actualización. Las actitudes son vías para expresar los valores personales y otros aspectos del auto concepto.

Las teorías funcionales son actualmente la principal corriente de investigación sobre actitudes; proporcionan una liga entre las teorías del comportamiento y los enfoques cognitivos propios de desarrollos teóricos más recientes.

2.2.1.- CAMBIO DE ACTITUDES.

Las actitudes, los valores y las tendencias conductuales se adquieren gradualmente; no cambiamos, sino crecemos. No nos dejamos rendir ni persuadir, influir o inducir a ser distintos de cómo somos. Más bien percibimos que hemos escogido libremente, ser nuestra propia persona. La posibilidad de que existan fuerzas externas especiales que nos influyen se reconocen cuando observamos cambios repentinos, bruscos y discontinuados que no parecen ser normales. Una acción que viola lo que parece apropiado, o que no encaja dentro de nuestras expectativas es considerada como "coerción". Estos eventos anómalos que no parecen tener precedentes demandan explicaciones especiales que permitan encajarlos dentro de nuestro esquema racional. Tales explicaciones confieren a esos eventos sentido, orden y casualidad. Entre más extraño sea el cambio que se observe, se hace más sustantivo el tipo de causas invocadas: drogas, hipnosis, preponderancia sexual, presiones económicas y lavado cerebral.

El proceso de cambio de actitudes no puede ser ignorado, ya que es una parte de la vida humana. Cada día, cada uno de nosotros, trata de influir en las actitudes de alguien o es influido por el intento de otros de cambiar nuestras actitudes. El conocimiento del proceso de influencia puede ayudar a mejorar la resistencia a los cambios no deseados a la vez que incrementa la libertad de elección de nuevas y significativas direcciones de uno mismo.

Es posible que la gente tenga actitudes intensas que o sean prominentes, pero no al revés. Es también factible distinguir entre actitudes prominentes e intensas pero periféricas, mediante estudios que comienzan preguntando que les preocupa a las personas. Lemert (1982) plantea que los estudios sobre actitud tienden a concentrarse en dos tipos de cambios en el afecto; el cambio de actitud y el reforzamiento de la actitud, considerando a ambos fenómenos como mutuamente excluyentes. Por otra parte, el autor plantea que se ha dado menos atención a los cambios que llevan en si el componente el objetivo de la actitud; se trataría de la formación de la actitud y del cambio de objeto de la actitud.

Cambio de actitud y sus Tipos. Lemert (1983) plantea que el sentido común considera al cambio de actitud como una conversación desde un punto de vista a su opuesto. El siguiente cuadro reproduce los cinco tipos de cambio de actitud posibles para este autor. Es necesario tener en mente el error común de los investigadores de considerar como cambio de actitud solo a aquellos cambios que ocurren hacia la dirección defendida por la comunicación. Cuando esto ocurre, los otros cambios son restados de la puntuación de cambio de actitud o se cuentan por separado en categorías que pueden confundir cambio de actitud con reforzamiento de la actitud, evidenciando problemas en las metodologías tradicionales, de acuerdo a lo que afirma el autor. En general, al medir cambios de actitud, Lemert recomienda especificar el tipo de cambio de actitud que estemos considerando. De nos era si, la expresión "cambio de actitud "se referirá al caso mas general de movimiento de afecto hacia un nuevo signo.

Cinco tipos de cambio de Actitud

Bueno	< ----- >				Malo	
Extremadamente extremadamente	bastante	ligeramente	nada	ligeramente	bastante	
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Reforzamiento de la Actitud. El segundo tipo general de cambio de afecto es reforzamiento de la actitud, definido por Lemert (1983) como un aumento en la intensidad del afecto sentido hacia un objeto sin que haya cambio de signo.

Formación de Actitud. Lemert (1983) propone como tercer efecto que posible de la comunicación masiva la formación de una actitud, que implica el reconocimiento de un objeto de actitud como el aprendizaje de una respuesta afectiva hacia el. Este proceso, según Lemert (1983), ha sido ampliamente estudiado en termino de socialización en niños y jóvenes, pero no tanto en relación a que sea efecto de los medios de comunicación, aunque la capacidad de los mimos de presentarnos hechos ajenos a nuestra experiencia sensible, conceptualizables como objetos y muchas veces con un afecto relacionado ya dado por le medio, es algo casi evidente.

Cambio del Objeto de la Actitud. El cambio del objeto de la actitud es la sustitución de un objeto de la actitud por otro. Cuando esto ocurre, es de esperar que tanto el objeto como su afecto correspondiente sean reemplazados por un objeto completamente nuevo por sus afecto asociado (Lemert, 1983). La importancia del cambio de objeto es que puede llevar a cambios en la forma en que reaccionamos y nos comportamos sin que haya cambio alguno en el afecto sentido tanto por el objeto nuevo como por el antiguo.

Tanto la formación de la actitud como una clase de cambio de objeto de la actitud requieren el reconocimiento de un nuevo objeto de la actitud. Lemert cree que es más útil distinguir entre ellos determinado si la respuesta afectiva es nueva o so ha estado asociada anteriormente al objeto. Si el afecto también es nuevo, estaremos frente a la formación de una actitud; si es anterior, es posible que sea un cambio de objeto.

Lemert se basa en la creación social de eufemismo para hacer mas evidente que significa para el un cambio de un objeto. Durante la crisis de los misiles balísticos en Cuba, Estados Unidos dijo imponer una cuarentena a la isla, para no ocupar la expresión bélica del bloqueo. Pinochet, por su parte hablaba de

estado de guerra, para justificar el pronunciamiento militar los ejemplos son aparentemente claros, pero no libres de la discusión conceptual por parte de otros autores, disputas demasiado largas para incluir en este trabajo.

El cambio el objeto de la actitud puede ser como se afirmó anteriormente, efectos de los mensajes recibidos, en especial en gente inactiva, conformista o poco instruida, lemeret cree que el concepto de cambio de objeto de la actitud es tal vez del mejor concepto disponible para explicar como se producen ciertos cambios en los procesos de opinión pública ya que el parecer gran parte de la población no establece espontáneamente muchas relaciones entre sus objetos (políticos) de actitud, a pesar de que la ideología parece estar existiendo dentro de una población determinada.

.....En el campo laboral, Instituciones de Educación Superior, para ser más específicos en el tema tratado, los jefes pueden tener que enfrentarse a la tarea de cambiar las actitudes de sus empleados para favorecer el buen fin del trabajo. Aunque son muchas las variables que afectan a los cambios de actitud, todas pueden describirse en función de tres factores generales: confianza en el emisor, en el propio mensaje y en la situación. Los empleados que no confían en su jefe no aceptarán su mensaje ni modificarán sus actitudes, al igual que si el mensaje no es convincente, ni invitará al cambio.

Cuanto mayor sea el prestigio del comunicador, más notorio será el cambio de actitudes. Por tanto, los jefes deben ganarse el prestigio de sus empleados. Si tiene prestigio, lo utilizarán para cambiar las actitudes: si no lo tienen, el cambio de actitudes pueden resultar prácticamente imposible. Las personas tratan de identificarse con un comunicador bien considerado y tienden a adoptar las actitudes y conductas de las personas admiradas.

El compromiso de un empleado con sus actividades es muy importante. Las actitudes que se han expresado públicamente son más difíciles de cambiar porque la persona se ha comprometido y cambiar de actitud sería reconocer su error. La distracción es uno de los muchos factores situacionales que aumenta la persuasión. Otro factor que hace a la gente más susceptible al cambio es sus actitudes es un entorno agradable.

2.2.2.-ACTITUDES Y VALORES

En términos generales, valor es la cualidad por la que un ser, una cosa o un hecho despierta mayor o menor aprecio, admiración o estima. Es decir, un valor nos indica la importancia, significación o eficacia de algo. Los valores éticos o morales son principios con respecto a los cuales las personas sienten un fuerte compromiso "de conciencia" y los emplean para juzgar lo adecuado de las conductas propias y ajenas. Los valores no existen en abstracto, se depositan, Aldo se le da un valor ya sea este en objeto o personas. Están ligados los valores a la historia, a las culturas, a los individuos y a las circunstancias que enfrentan. Los valores influyen en nuestra forma de pensar, en nuestros sentimientos y formas de comportarnos. Los valores se proyectan a través de actividades y acciones ante personas y situaciones concretas. Los valores suponen un compromiso real y profundo de la persona ante sí misma y ante la sociedad en que vive. Los valores se integran mediante la reflexión, la interacción con el medio y la práctica social, junto con el desarrollo de las capacidades, cognitivas, la personalidad, las habilidades técnicas y las destrezas operativas. En sí los valores sirven para orientar la acción humana.

Los valores están ligados a las actitudes porque sirven como una forma de organizarlas. Los valores se definen como "la constelación de gustos, desagrado, puntos de vista, condicionantes, inclinaciones subjetivas, juicios racionales e irracionales, prejuicios y modelos asociativos que determinan la visión del mundo que tiene una persona".

La importancia de una constelación de valores radica en que una vez internalizada, se convierte (consciente o inconscientemente) en un estándar o criterio para guiar las acciones del individuo. Los valores son extremadamente importantes para comprender una conducta eficaz en la gestión.

Los valores no solo afectan las percepciones en los fines apropiados, sino también en los medios adecuados para conseguirlos. Desde el diseño y desarrollo de las estructuras y procesos organizativos hasta la utilización de un estilo

particular de dirección y de evaluación del rendimiento de los subordinados, los sistemas de valores son siempre persuasivos. El impacto de los valores es más pronunciado en las decisiones con poca información objetiva y, en consecuencia, con mayor grado de subjetividad.²²

2.2.3.-ACTITUDES Y SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO.

La satisfacción en el trabajo es una actitud que los individuos mantienen con respecto a sus funciones laborales. Es el resultado de sus percepciones sobre el trabajo, basadas en factores relativos al ambiente en que se desarrolla el mismo, como el estilo de dirección, las políticas y procedimientos, la afiliación de los grupos de trabajo, las condiciones laborales y el margen de beneficios.

Las dimensiones asociadas con la satisfacción en el trabajo son:

- a) Paga,
- b) Trabajo (tareas interesantes, de responsabilidad, etc.)
- c) Oportunidades de ascenso,
- d) Jefe,
- e) Colaboradores (compañerismo, competencia).

Una de las principales razones para medir la satisfacción en el trabajo es la de proporcionar a los jefes ideas sobre cómo mejorar las actitudes de los empleados.

La mayoría de los estudios no han establecido una clara relación entre satisfacción y productividad. De hecho, hay empleados insatisfechos que tienen una productividad muy elevada, y, también se da el caso contrario, de empleados satisfechos con escasa productividad.

Se han desarrollado tres enfoques:

- 1) La satisfacción promueve la productividad.

²² Galicia, Fernando, *Administración de recursos humanos para el alto desempeño*. Quinta edición, editorial trillas, México, 2000, página 749

- 2) La productividad causa satisfacción.
- 3) Las recompensas intervienen, sin que haya ninguna relación inherente.

No obstante, desde un punto de vista práctico, casi todos los jefes desean tener trabajadores satisfechos y productivos (un objetivo que requiere gran esfuerzo y prudencia en sus decisiones). Algunos teóricos e investigadores sugieren que el rendimiento tiene un significado más amplio que las simples unidades de producción o su calidad.

Algunos estudios han observado una moderada correlación entre satisfacción y permanencia en la organización, así como entre satisfacción y ausentismo. También hay pruebas que relacionan satisfacción y actividad sindical. Aunque la satisfacción en el trabajo no influya cualitativa o cuantitativamente en el rendimiento, sí lo hace en las conductas de los ciudadanos, en el cambio de empleo, en el ausentismo y en las preferencias y opiniones sobre los sindicatos. Debido a estas influencias, los jefes continúan a la busca de técnicas y programas que les sirvan para mejorar la satisfacción laboral de sus empleados, y la conclusión de muchos de ellos es que el rendimiento significa algo más de lo que expresan el recuento cualitativo y cuantitativo de la producción.²³

2.3.- ACTITUDES POSITIVAS, NEGATIVAS Y PASIVAS.

Las actitudes se manifiestan de tres maneras: las hay positivas, negativas o pasivas. La actitud positiva se exterioriza mediante una reacción favorable. Las pasivas son de carácter neutral ya que no están ni a favor ni en contra de un asunto en discusión. Las negativas son las que se manifiestan con sentimientos de insatisfacción y de rechazo.²⁴

El tema de las actitudes es de suma importancia ya que al interpretar y anticipar correctamente las actitudes prevalecientes, logramos evitar la formación

²³ Chrudden J. Helbert., *Administración de personal*, Editorial continental, México, 2001, Pág. 650.

²⁴ ibidem.

de opiniones contrarias al tema en discusión. Una vez la persona expresa una opinión negativa, la misma es mucho más difícil de contrarrestar o de cambiar.

Las actitudes pueden resultar positivas o negativas, según faciliten u obstruyan la manera que la persona tiene de afrontar su realidad en cada momento de su vida. Así una actitud positiva al enfrentar una nueva tarea en el trabajo y de dificultad mayor, sería por ejemplo el considerarla una oportunidad de desarrollo laboral, de ser más especialista en lo que hace, de demostrar que aprende en poco tiempo y lo hace bien, un reto a las propias capacidades etc. Mientras una actitud negativa al enfrentar la misma nueva tarea, en otra persona puede quedar reflejada en la auto-reflexión "¿¡más trabajo!? Esto no me gusta", o "se están aprovechando de mi buena voluntad".²⁵

De modo que las actitudes son la disposición con que afrontamos la realidad en todo momento, pudiendo siempre elegir qué tipo de actitud adoptaremos ante tal o cual evento. Entonces, aquí quiero decir que desde la perspectiva de las actitudes, estas importan más que la situación en particular, debido a que van a determinar de manera significativa los resultados que vamos a tener en esa situación.

Por supuesto que los buenos resultados no se logran sólo con buenas actitudes, hay allí conocimientos, habilidades, experiencia acumulada, entre otros factores. Pero si no está la actitud adecuada, y más bien esta tiene características adversas, es muy difícil que las personas logren trabajar juntas hacia mejores soluciones, y menos poder disfrutar los éxitos alcanzados. ¿Por qué? porque las actitudes marcan pautas de comportamiento no sólo individual, sino que grupal. Una actitud negativa como un virus "infecta" a los que están alrededor en el sentido de que son altamente imitables. Afortunadamente, las actitudes positivas también son "virulentas", en el sentido que también es imitable por todos nosotros.

²⁵ Chrudden J. Helbert., *Administración de personal*, Editorial continental, México, 2001, Pág. 656.

Las personas como los equipos de trabajo necesitan encontrar la actitud adecuada para alcanzar sus objetivos y metas, como también identificar aquellas que los alejan de sus propósitos. Jack Welch, ex CEO de General Electric y líder entre los gurúes de la administración moderna de empresas, sostiene que una actitud negativa a través del tiempo va deteriorando la confianza que se ha construido entre las personas que conforman el equipo humano de una empresa, de modo que esta confianza se va debilitando hasta desaparecer junto con el equipo, y por tanto, la capacidad que el equipo tenía para alcanzar resultados de excelencia o superiores, también se ve severamente dañada. Entonces, las actitudes afectan los resultados de una empresa, y como no, de la gestión personal más allá del trabajo.²⁶

Bajo esta perspectiva, todos estamos llamados a reconocer y advertir con qué actitudes andamos por el mundo, y qué consecuencias traen sobre nuestras vidas y las de los demás.

i

²⁶ Galicia, Fernando, *Administración de recursos humanos para el alto desempeño*. Quinta edición, editorial trillas, México, 2000, página 749.

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL

3.1.- CONCEPTO DE EVALUACION.

Cualquier método sistemático para recavar información sobre el impacto y efectividad de una acción formativa. Los resultados de esta medición pueden ser el mejoramiento de la oferta formativa, determinar si se han conseguido los objetivos planteados, y valorar la acción formativa de cara a la organización.²⁷

3.1.1.- EVALUACION Y EDUCACION

En el proceso de planeación, la evaluación es medio fundamental para conocer la relevancia social de los objetivos planteados, el grado de avance con respecto a los mismos, así como la eficacia, impacto y eficiencia de las acciones realizadas. De ahí que la información que resalta del proceso evaluativo sea la base para establecer los lineamientos, las políticas y las estrategias que orientan la evaluación de este nivel educativo. La evaluación es un término que utilizamos comúnmente y lo asociamos la mayoría de las veces con el proceso educativo; sin embargo, el significado que atribuimos a este concepto es muy pobre en su contexto. Al escuchar la palabra evaluación, tendemos a asociarla o a interpretarla como sinónimo de medición del rendimiento y con examen de los alumnos; haciendo a un lado y olvidando que todos los elementos que participan en el proceso educativo comprenden el campo de la evaluación, y algo que es muy importante y significativo, destacar el hecho de que la evaluación no debe limitarse a comprobar resultados, conocer o a interesarse de lo que el alumno es, sino debe considerarse como un factor de educación. La evaluación es una oportunidad de hacer docencia, de hacer educación; y alcanza este sentido cuando constituye la base para la toma de decisiones acerca de lo que el alumno puede y debe hacer

²⁷ Enciclopedia Microsoft Encarta 2005

para proseguir su educación, puntualizando el que el proceso evaluativo como parte de la educación, debe adaptarse a las características personales de los alumnos, esto es, debe llegar al fondo de la persona, destacar lo que la persona es, con relación a sus sentimientos, emociones, acciones, etcétera.²⁸

La educación es entendida como "un proceso sistemático destinado a lograr cambios duraderos y positivos en las conductas de los sujetos sometidos a una influencia, en base a objetivos definidos de modo concreto y preciso, social e individualmente aceptables, dignos de ser sufridos por los individuos en crecimiento y promovidos por los responsables de su formación" (Lafourcade, 1973: 15).²⁹

Conforme a esta definición, después de un período de enseñanza, en los educandos se identifican una serie de conductas inexistentes hasta antes de este proceso, estos cambios representados en tales conductas constituyen las metas u objetivos a lograr a través de un sistema metodológico y la puesta en marcha de sus estrategias. Tales metas pueden ser o no alcanzadas dependiendo de una serie de factores, ya sea por la propia estructura, su aplicación, aspectos inherentes a la capacidad de aprendizaje de los alumnos, factibilidad en el establecimiento de los objetivos, etcétera. ¿Cómo conocer entonces, de qué manera saber si se han cumplido o no total o parcialmente los objetivos establecidos, por medio o a través del proceso educacional?. La respuesta a esta pregunta la obtenemos a través de un programa de evaluación, cuyo fin o propósito será el de averiguar, el de constatar en qué medida se han obtenido los cambios de conducta previstos en los objetivos.

Evaluar "es un acto de valorar una realidad, que forma parte de un proceso cuyos momentos previos son los de fijación de características de la realidad a valorar, y de recogida de información sobre las mismas, y cuyas etapas

²⁸ Lafourcade, Pedro D. *Evaluación de los Aprendizajes*. Editorial Kapelusz, S.A. Buenos Aires, 2003.

²⁹ ibidem

posteriores son la información y la toma de decisiones en función del juicio emitido". Como se observa, la evaluación es un proceso continuo de la evaluación educativa en el que se identifican tres etapas o momentos y que son: a) una obtención o recogida de información, b) la valoración de esta información mediante la formulación de juicios, y c) una toma o adopción de decisiones. La evaluación es la reflexión crítica sobre los componentes e intercambios en el proceso didáctico, con el propósito de poder determinar cuáles han sido, están siendo o podrán ser sus resultados y poder tomar en función de todo ello, las decisiones más convenientes para la consecución positiva de los objetivos establecidos. Por lo anterior, se destaca en la evaluación una operación de naturaleza prealimentativa y concurrente, ya que se centra más en el proceso que en el producto, lo que le permite tomar decisiones a tiempo, esto es, antes de que las situaciones conflicto se presenten, o de que la atención y solución a éstas se torne crónica o compleja.³⁰

La evaluación como parte integrante del proceso educativo, es una actividad de servicio, de ayuda al alumno, de propia motivación; la idea de la evaluación como función de control estricto y sanción debe ser dejada de lado. Asimismo, la evaluación como parte de este proceso debe aplicarse a los diferentes aspectos del mismo, es decir, debe involucrar a los alumnos tanto como a los maestros, los planes de estudio, los programas, los métodos y procedimientos, los horarios escolares, el material didáctico, los edificios escolares, el mobiliario, la propia comunidad, etc.; esto es, tiene que estar estrechamente ligada a todos los elementos y aspectos que influyen en el resultado educativo.³¹

En la evaluación podemos identificar tres momentos o etapas significativas, mismas que son: la Evaluación Diagnóstica (inicial), la Evaluación Formativa (intermedia, continua o procesal) y la Evaluación Sumativa (final). La Evaluación

³⁰ Lemus, Luis Arturo. *Evaluación del rendimiento escolar*. Editorial Kapelusz, S.A. Buenos Aires, 2004.

³¹ ibidem

Diagnóstica es la que se realiza antes de iniciar el proceso de enseñanza-aprendizaje, para verificar el nivel de preparación de los alumnos para enfrentarse a los objetivos que se espera que logren. La verdadera evaluación exige el conocimiento a detalle del alumno, protagonista principal, con el propósito de adecuar la actividad del docente (métodos, técnicas, motivación), su diseño pedagógico (objetivos, actividades, sistema de enseñanza), e incluso el nivel de exigencia, adaptar o adecuar el diseño, el proyecto educativo a cada persona como consecuencia de su individualidad. La evaluación requiere del diagnóstico para la realización de pronósticos que permitan una actuación preventiva y que faciliten los juicios de valor de referencia personalizada. La actuación preventiva está ligada a los pronósticos sobre la actuación futura de los alumnos.

Los fines o propósitos de la Evaluación Diagnóstica o Inicial, son:

- a) Establecer el nivel real del alumno antes de iniciar una etapa del proceso enseñanza-aprendizaje dependiendo de su historia académica;
- b) Detectar carencias, lagunas o errores que puedan dificultar el logro de los objetivos planteados;
- c) Detectar objetivos que ya han sido dominados, a fin de evitar su repetición;
- d) Diseñar las actividades remediabiles;
- e) Dar elementos para plantear objetivamente ajustes o modificaciones en el programa, y
- f) Establecer metas razonables a fin de emitir juicios de valor sobre los logros escolares; y con todo ello poder adecuar el tratamiento pedagógico a las características y peculiaridades de los alumnos.

La Evaluación Formativa o Continua, es la que se realiza durante el desarrollo del proceso de enseñanza-aprendizaje para localizar las deficiencias cuando aún se está en posibilidad de remediarlas, esto es, introducir sobre la marcha rectificaciones a que hubiere lugar en el proyecto educativo y tomar las decisiones pertinentes, adecuadas para optimizar el proceso de logro del éxito por el alumno. La Evaluación Formativa se efectúa o se centra en partes significativas del programa de estudio; facilitando la toma de decisiones a tiempo; la eficacia de

éstas como resultado de la riqueza de la información y el estímulo al trabajo en función del éxito. La Evaluación Formativa o continua no debe basarse únicamente en pruebas formales sino que debe incluir la observación de la actividad y el análisis de tareas. Esto es, el proceso evaluador debe centrarse no en actividades específicas sino, en gran medida, en la misma actividad ordinaria del aula, como: ejercicios, solución de problemas, trabajos, dibujos, redacciones, lecturas, esquemas, etc.; con esto se permite recoger información no sólo sobre el resultado, sino también sobre el proceso mismo, lo que permite conocer mejor al alumno y así poder adecuar el trabajo pedagógico. Es conveniente desatacar que la preocupación básica del docente será la identificación de las unidades de observación.³²

Los fines o propósitos de la Evaluación Formativa o Continua son:

- a) Retroalimentar tanto al alumno como al docente acerca del desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje;
- b) Distinguir lo que el alumno o grupo ha dominado;
- c) Mostrar al profesor la situación del grupo en general y del alumno en particular;
- d) Detectar el grado de avance en el logro de los objetivos.

La Evaluación Sumativa es la que se realiza al término de una etapa del proceso enseñanza-aprendizaje para verificar sus resultados. Determina si se lograron los objetivos educacionales estipulados, y en qué medida fueron obtenidos para cada uno de los alumnos. La Evaluación Final de modo principal tiene como finalidad la calificación del alumno y la valoración del proyecto educativo, del programa desarrollado, de cara a su mejora para el período académico siguiente; considerando el fin del curso como un momento más en el proceso formativo de los alumnos, participando en cierta medida de la misma finalidad de la Evaluación Continua. Es importante destacar que se evalúa para

³² Lemus, Luis Arturo. *Evaluación del rendimiento escolar*. Editorial Kapelusz, S.A. Buenos Aires, 2004.

conocer el grado de logro de los objetivos y no para emitir una calificación, aún cuando esto pueda ser un requisito o exigencia social de la que el docente no puede desligarse. En la Evaluación Sumativa se integran habitualmente en una calificación, el conjunto de datos de la Evaluación Continua, mismos que ya fueron recabados u obtenidos en las diferentes etapas de evaluación realizadas a lo largo del curso.

Entre los fines o propósitos de la Evaluación Sumativa, destacan los siguientes:

- a) Hacer un juicio sobre los resultados de un curso, programa, etcétera;
- b) Verificar si un alumno domina una habilidad o conocimiento;
- c) Proporcionar bases objetivas para asignar una calificación;
- d) Informar acerca del nivel real en que se encuentran los alumnos; y
- e) Señalar pautas para investigar acerca de la eficacia de una metodología.

La evaluación debe amparar un doble carácter: por un lado cuantitativo, donde lo que se destaca o cuenta es la medida de la adquisición de conocimientos, y por otro cualitativo, en el que subraya la valoración de la medida en relación a la situación personal de aprendizaje de cada alumno.

Para que exista ese equilibrio cuantitativo-cualitativo, se hace necesario que la evaluación contemple varias funciones, a saber: Diagnóstica, a fin de conocer las posibilidades de cada alumno, así como el estado de aprendizaje de un programa;

- a) Pronostica, para adquirir u obtener una idea aproximada de lo que probablemente se puede esperar de cada alumno, esto puede ser útil para seleccionar los contenidos a impartir y concretar su extensión y profundidad en función de los saberes y capacidad previa;
- b) Orientadora, cuya finalidad consiste básicamente en conocer las potencialidades y estado del aprendizaje del alumno, coadyuva a que los profesores y estudiantes tomen las decisiones más convenientes;
- c) De Control, lo que permite ir comprobando la consecución de los objetivos de la programación así como la calificación que el alumno merece.

Haciendo una recapitulación podemos aseverar que la enseñanza es una actividad socio comunicativa y de vinculación, que construye las situaciones más favorables para que cada alumno y grupo alcance su formación personal. La enseñanza es una actividad abierta a la creación profesional del docente y a la planificación continua de cada alumno. Enseñar es concebir en su totalidad la acción que mejor contribuye a adaptar la cultura, impulsar, estimular la vida en las aulas, estructurar los medios y crear los sistemas metodológicos más propicios al aprendizaje formativo del estudiante. Y en interrelación con todo ello, su evaluación no se puede circunscribir o limitar a un solo aspecto o fase, sino que debe desarrollarse a lo largo de todo el proceso educativo. Es necesario destacar además, algo muy importante, y es que la evaluación no entraña en forma única al alumno, sino también y ante todo, al propio sistema escolar en su conjunto y a la multiplicidad de agentes que intervienen en toda acción educativa.³³

3.2.- DEFINICION DE ACTITUD

Es la expresión de los valores en el comportamiento del individuo. Es la forma de predisposición relativamente estable del comportamiento humano, que nos hace reaccionar ante determinados objetos, situaciones o conocimientos de una forma concreta.³⁴

La actitud tiene tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual, los cuáles se describen a continuación:

El componente cognitivo de la actitud: es lo que se piensa, son creencias o conceptos que pueden caracterizarse en un sentido positivo o negativo. La negativa es cuando existe una representación en la que se caracteriza de manera

³³ Pérez Juste, Ramón; García Ramos, José Manuel. *Diagnóstico, Evaluación y toma de decisiones*. Serie: Tratado de educación personalizada. Ediciones Rialp, S.A., Madrid, 1989. Pag. 124

³⁴ Vander Zanden James. *Manual de Psicología Social*. Paidés. 1986. Pag. 614.

rígida. Se les categoriza a partir de focalizar una sola característica que frecuentemente es una desventaja, sin tomar en cuenta otras que son positivas. Esta caracterización se convierte en etiqueta o estereotipo que es la base del prejuicio. Positiva- cuando se considera a la persona como una totalidad, con sus potencialidades y posibilidades. Conlleva el respeto a la persona y a la diversidad.³⁵

El componente afectivo de la actitud. Se relaciona con los sentimientos y afectos que se ligan a la valoración que se realiza. La negativa es cuando se ve con hostilidad, rechazo, y se hace una evaluación parcial del otro. La positiva se relaciona con la aceptación y la flexibilidad, tomando en cuenta tanto las dificultades como las posibilidades.

El componente conductual de la actitud. Es la manera en que se dan las interacciones en las situaciones de operación específica. Negativa cuando existen actitudes de rechazo y discriminación. Positivo cuando se llevan a cabo las interacciones en condiciones de igualdad.³⁶

Todas las personas tienen actitudes que dan como resultado tendencias a responder positiva o negativamente ante otra persona, ante un grupo de personas, ante un objeto, ante una situación que comprende objetos y personas ante una idea. Con mucha frecuencia, la posesión de una actitud, predispone al individuo a reaccionar de manera específica. El conocimiento de la actitud permite a veces predecir el comportamiento, tanto en una empresa, escuela, o en varios aspectos de la vida.

3.3.- CONCEPTO DE PROFESOR.

Un profesor es una persona que enseña una determinada ciencia o arte, pero al contrario que maestro no se le reconoce una habilidad extraordinaria en la materia que instruye. El profesor, por tanto, parte de la base de que es la enseñanza su

³⁵ Blum, Milton, Psicología industrial, ed. Trillas, 1995, Pag. 329

³⁶ ibidem.

dedicación y profesión fundamental y que sus habilidades consisten en enseñar la materia de estudio de la mejor manera posible para el alumno.³⁷

3.3.1.- EL PROFESOR UNIVERSITARIO.

Uno de los elementos que mayor impacto tiene en los resultados del proceso enseñanza-aprendizaje, en el nivel superior, es la calidad del personal académico. Por tanto, la selección, desarrollo y retención de un profesorado competente, en todos los niveles académicos, es de suma importancia para lograr altos estándares educativos en los programas de la institución. Asimismo, el compromiso que el personal académico tenga con los objetivos institucionales determinará, en gran medida, la efectividad del programa educativo. De ahí que una de las prioridades de las instituciones sea contar con el personal académico adecuado para llevar a cabo su misión educativa. Las características cualitativas y cuantitativas del personal académico de una institución de educación superior, así como las políticas, programas y medios que lo promuevan y desarrollen deben ser congruentes con la filosofía y misión institucionales. Es conveniente que la institución cuente con un proceso de evaluación de cada uno de los aspectos enlistados en esta sección, con la finalidad de conocer el grado de efectividad de los programas académicos desde la perspectiva del profesorado; y todo esto en congruencia con los conceptos de investigación y efectividad institucional.³⁸

Todos los profesores de un nivel de estudios determinado deben contar, al menos, con el grado académico del nivel de estudios en el que imparten cursos. Esto significa que un profesor que imparte cursos de licenciatura, al menos, tendrá el grado de licenciatura. Si el máximo grado académico de un profesor es aquel en el cual enseña, éste debe corresponder al área en la que imparte cursos.³⁹ Los procedimientos de evaluación del desempeño del profesorado deben contener

³⁷ Wikipedia. Profesor. 2007. En línea: <http://es.wikipedia.org/wiki/profesor>.

³⁸ Wikipedia. Grado Académico. 2007. En línea: http://es.wikipedia.org/wiki/Grado_acad%C3%A9mico

³⁹ ibidem

especificaciones claras acerca de los criterios a evaluar, de los mecanismos que serán utilizados para efectuar estas evaluaciones y de los procesos que se seguirán para aplicarlos. Entre las prácticas de evaluación recomendadas se tomará en cuenta la opinión de los alumnos y la evaluación del profesor en el salón de clases por profesores de la misma área del conocimiento. La institución debe demostrar que usa los resultados de las evaluaciones del profesorado para mejorar su desempeño.⁴⁰

3.3.2.- EL MEDICO COMO PROFESOR.

La carrera de Médico Cirujano tiene como objetivo la formación de profesionales de alta calidad dentro del campo del conocimiento médico científico. Los médicos egresados serán los profesionales dedicados a promover, preservar y restablecer la salud, fundamentando sus acciones en el conocimiento científico de los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales. Tendrán la capacidad de dar una respuesta adecuada a los problemas de salud de la población mexicana. Habrán obtenido los conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas que les permitan el ejercicio de la Medicina General, así como su participación en la docencia y la investigación. En la actualidad se pueden distinguir en una práctica médica de alto nivel de calidad, tres funciones profesionales sustantivas: la prestación de atención médica, el desarrollo de la investigación y las actividades educativas. El ejercicio de la medicina se enriquece y consecuentemente cambia, con acelerado dinamismo, por las aportaciones científicas y las innovaciones tecnológicas que les siguen, que se traducen en nuevos enfoques, nuevos procedimientos, nuevos recursos terapéuticos; en suma, transitamos inmersos en un creciente conocimiento del ser humano y, en especial, del binomio salud-enfermedad. Por lo tanto la educación médica se ve presionada para adecuarse a fin de preparar los profesionales de hoy y, sobre todo, lo que actuarán en el futuro. Su ámbito de acción se amplía pues ya no se limita sólo a los estudios de licenciatura; en las últimas décadas cobró auge el nivel de postgrado -especialidades, maestrías,

⁴⁰ Loredo Enriquez J. *Evaluación de la Práctica Docente en Educación Superior*. Porrúa. México. 2000. Pag. 108.

doctorados- y, más recientemente, la educación continua por la impostergable necesidad de reciclar al médico ante el cúmulo de conocimientos nuevos que tiene que enfrentar. La educación médica, asimismo, tiene que contender, ser receptiva y beneficiarse de innovaciones educativas que también surgen con gran ímpetu. Por todo lo anterior es fácil comprender que, al igual que tantos aspectos de la vida diaria, la medicina se nutre de la biotecnología, de la informática y de las telecomunicaciones cuyos avances dan cuenta de ese tremendo dinamismo impreso, asimismo, en la propia educación médica.

Hay otro aspecto que merece especial consideración pues se vincula estrechamente con la calidad de la educación médica: el problema de los números de médicos, de estudiantes de medicina y de escuelas de medicina. De modo que en el futuro podamos contar con los actuales estudiantes, profesores e investigadores de las carreras de Medicina y también de quienes han egresado de sus aulas, para mantener vivo su interés por el perfeccionamiento constante de la formación de sus colegas y por el mejoramiento de las condiciones en que los aprendizajes en este imprescindible campo del conocimiento, se lleve a efecto.⁴¹

3.4.- LA ACREDITACION

Acto mediante el cual el Servicio autoriza a un tercero para que ejecute una o más actividades en el marco de programas oficiales del Servicio, bajo condiciones definidas en un Reglamento Específico de Acreditación de cada actividad.⁴²

En una escuela de nivel superior el concepto de acreditación es el proceso mediante el cual la Universidad, basada en un proceso de auto evaluación y en el juicio de las comunidades académicas nacionales e internacionales da garantía a la sociedad de la alta calidad de sus programas académicos. La universidad se compromete a contrastar sus procesos de formación con los criterios de la comunidad académica internacional y rendir cuentas a la sociedad mexicana sobre

⁴¹ Varela Rueda Carlos E. 1999. *Situación Actual de la Educación Médica Continua en México*. 1996. Gaceta Médica de México, 135 (2):141-143

⁴² www.comaem.gob.mx

el servicio educativo que presta. El Estado adopta y hace público el reconocimiento que los pares académicos hacen de la comprobación que efectúa la institución sobre la calidad de sus programas académicos, su organización y funcionamiento y en cumplimiento de su función social.⁴³

3.4.1.- PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ACREDITACION.

La acreditación que otorga el COMAEM, a escuelas y facultades de medicina que la solicitan, es un reconocimiento válido y de carácter público, a través del cuál se hace constar que una determinada institución cumple en la planeación, la administración, la realización y la evaluación de las diferentes actividades constitutivas de la educación médica que imparte, con los estándares de calidad establecidos en el Sistema Nacional de Acreditación. La validez de la acreditación otorgada por el COMAEM, proviene de datos, por los cuáles se llega al dictamen final, son válidos en relación a las normas establecidas en los estándares, además de que se han sometido a un proceso de verificación. El carácter público de la acreditación otorgada por el COMAEM tampoco está relacionado con la oficialidad. Es publicable y de interés público en la medida en que muchas personas desearán saber, por ejemplo, si la escuela o facultad donde han decidido realizar sus estudios está o no acreditada por el COMAEM.⁴⁴

Un proceso educativo bien planeado puede verse afectado en la práctica debido a una mala administración que no prevea y provea oportunamente los recursos necesarios para la adecuada realización de las actividades educativas. En este sentido la calidad de la administración va de la mano con la calidad de la realización de las tareas educativas. Es necesario distinguir acreditación de proceso de acreditación, que consiste en una serie de actividades regidas por un procedimiento establecido de antemano por el COMAEM. En términos prácticos, el proceso de acreditación comienza cuando una escuela o facultad de medicina ha

⁴³ www.comaem.gob.mx

⁴⁴ Hernández Zinzún, Gilberto, *La calidad de la educación médica México*. P y V editores, México 1998, Cáp. I

notificado por escrito al consejo su intención de ser acreditada. Para tal efecto existe una Comisión de Acreditación que se encarga de hacer llegar, en un plazo determinado, un conjunto de documentos diseñados para ese fin.⁴⁵

La escuela o facultad recibe el documento titulado Sistema Nacional de Acreditación que contiene, entre otros aspectos, diez grupos de estándares de calidad. Si se utilizan las prescripciones de los estándares como punto de referencia, las escuelas pueden hacer un diagnóstico del estado general en que se encuentra la educación médica que imparten; de tal manera que puedan planear y organizar el conjunto de acciones concretas que les permitan superar las deficiencias detectadas.

Además de los estándares el Sistema cuenta con una sección denominada Instrumento de autoevaluación, consistente en un conjunto de preguntas que exploran el cumplimiento logrado por la institución en cada uno de los estándares.

Una vez que la institución recibe el Instrumento de Auto evaluación cuenta con un plazo específico para responderlo y notificarlo al COMAEM. El Consejo procederá a integrar un equipo de verificadores que harán una visita a la institución para corroborar que todos los datos asentados en la autoevaluación institucional sean correctos. La fecha de la visita del equipo de verificadores a la institución, será notificada por escrito de manera que la escuela o facultad cuente con el tiempo necesario para organizarse y ofrecer oportunamente todo lo necesario para los verificadores para realizar su trabajo. La estancia del equipo en las instalaciones de la escuela solicitante abarcará el tiempo requerido para recabar el material que verifique la auto evaluación institucional, aunque por lo regular la actividad se realiza en tres días como promedio. El material de la verificación está constituido por los documentos que avalan las respuestas emitidas, además de lo recabado en entrevistas a funcionarios, profesores, estudiantes y trabajadores administrativos. Una vez concluida esta fase, el secretario del equipo de verificadores redactará un informe detallado que se hará llegar a la Comisión de Acreditación. El informe será analizado por la Comisión y, con base en ese análisis, se emitirá un dictamen final.

⁴⁵ Hernández Zinzún, Gilberto, *La calidad de la educación médica México*, P y V editores, México 1998, Cáp. I

Los estándares planteados anteriormente, son normas y como tal lo que se norma son las características y las condiciones bajo las cuáles debe realizarse determinada actividad que forma parte de la educación médica. Estas normas son dinámicas y en ningún momento impiden el desarrollo y la evolución de la educación médica y se adecuan de manera continua a los cambios de los procesos educativos.

Los estándares fueron elaborados por la AMFEM, por los integrantes del comité de planeación, con el apoyo de la fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), la cuál tiene como objetivo contribuir al conocimiento científico y tecnológico y al estudio de políticas en materia de salud, mediante el impulso de la investigación, a la formación de recursos humanos de alto nivel y al desarrollo tecnológico. Así mismo puede identificar problemas de salud y generar proyectos específicos tendientes a su solución.⁴⁶

Actualmente el proceso de acreditación esta a cargo del COMAEM, quien revisa el reporte que prepara el equipo de verificación que acude a las escuelas o facultades de medicina y en reuniones ordinarias emite su veredicto.

⁴⁶ Ruelas Barajas Enrique, Poblano Ofelia. *Certificación y acreditación en los servicios de salud*. 2005, Editado en México ISBN 970-9874-00-4.,Pag 97-107

CAPITULO IV

MARCO DE REFERENCIA

4.1.- ANTECEDENTES Y FORMACIÓN DEL PROFESIONAL EN MEDICINA.

Una de las ramas más importantes de la historia de las ciencias en general y de la medicina en particular la constituye, sin lugar a dudas, la historia del desarrollo de su enseñanza.

4.1.1.- ORIGEN HISTORICO DE LAS ESCUELAS O FACULTADES DE MEDICINA.

Del filósofo griego Platón (427-347 a. C.) proviene la idea de la enseñanza pública, lo que no va a convertirse en realidad hasta 1500 años más tarde en las universidades de Occidente. Las escuelas griegas se extendieron con la cultura helénica y adquirieron cada vez más importancia, pero desaparecieron con la caída del mundo antiguo. Las escuelas romanas de rétores, que estaban muy bien organizadas, florecieron aún durante el siglo III y brindaban a sus alumnos una enseñanza general, sobre todo filosófica y teórica, que abarcaba las siete artes liberales agrupadas en el Trivio (Gramática, Retórica y Dialéctica o Lógica) y el Cuadrivio (Aritmética, Música, Geometría y Astronomía). A partir del siglo IV el cristianismo sustituye paulatinamente al mundo occidental greco-romano. Los conventos salvan en la Edad Media las ideas de la antigüedad, pero ya no existe la forma antigua de la enseñanza. La iglesia se hace cargo de las obras de los filósofos griegos y romanos pero los interpreta según sus nuevas concepciones humanistas.⁴⁷

⁴⁷ Rodríguez M. *La Real y Pontificia Universidad [de México] y las cátedras de Medicina. En: Historia General de la Medicina en México.* Coord. Aguirre Beltrán G. y Moreno de los Arcos R. Tomo II. UNAM. Acad. Nac. Med. México D. F. 1990: 261-271.

En el siglo VIII la norma de que cada convento abriera una escuela propia, condujo a la fundación de importantes centros de enseñanza que mucho van a influir en el desarrollo de la medicina conventual. De tal forma llega a ser esta actividad patrimonio de la iglesia que los concilios de Châlons-sur-Saône (813), Aquisgrán (817) y especialmente el de París (829) exigieron que todo obispo fundara una escuela y de este modo surgieron en la totalidad de las sedes episcopales o diócesis centros de enseñanza capitulares. Ya en el siglo XI se distinguieron sobre todo las escuelas de las sedes episcopales que fueron las precursoras de las universidades. Los maestros de las diversas disciplinas, en dichos colegios, celebraban asambleas generales, llevaban a cabo exámenes en conjunto, se reunían para admitir en su agrupación o expulsar de ella a miembros, para llegar a constituir los "Consortia magistrorum". En la primera mitad del siglo XIII se introduce en París la costumbre de calificar de "facultas" a la ciencia enseñada dentro de una disciplina y esta denominación en el año 1250 la adoptan cada uno de los "Consortia magistrorum". En la segunda mitad del propio siglo XIII se forman independientemente "facultas" o facultades como corporaciones de maestros de cada una de las disciplinas con sus estatutos, exámenes, etc., principalmente de filosofía (*philosophiam*), teología (*theologiam*), jurisprudencia (*jurisprimitam*) y medicina (*medicinam*). La reunión de los maestros de las cuatro "facultas" en una "Universitas" o institución de estudios generales o universales, es el primer paso que condujo a la formación de la universidad, la cual va a recibir orden de creación y estatutos administrativos como prerrogativas de papas y reyes. A partir de las diversas escuelas existentes en París se origina en 1110 el primer Studium Generale del mundo cristiano, después universidad, al que siguieron en 1158 el de Bologna, el de Oxford en 1167 y el de Cambridge en 1209.⁵ Por fundación real, el primero lo fue el Estudio General de Salamanca creado por Alfonso IX, rey de León, en 1218, confirmado como la cuarta universidad de la cristiandad por el papa Alejandro VI en 1254.⁶ Le continuaron las universidades de Padua (1222),⁷ Nápoles (1224), Lisboa (1240), Siena (1246), Coimbra (1288)⁸ y

Montpellier (1289).⁹ Las primeras universidades de Europa central lo fueron las de Praga (1347), Viena (1365), Erfurt (1379) y Heidelberg (1385).⁴⁸

Las escuelas propiamente de medicina van a surgir fuera de las universidades o como una de sus facultades o se incorporaran a ellas. Como ejemplo de las primeras está la más antigua, la Escuela de Salerno, con la cual la medicina medieval comenzó a tener carácter laico y una formación anatómica y clínica más científica.

..... El hecho que desde el año 500 fuera Salerno sede episcopal y que desde el 820 contara con un importante monasterio benedictino con hospital, a lo que se agregaba su reputación de lugar saludable y puerto abierto al comercio de navegantes mediterráneos de cualquier procedencia, contribuyó todo ello a la creación de una "Civitas Hipocrática" en la ciudad italiana, con influencia de las cuatro grandes culturas médicas de la antigüedad, representadas en los orígenes de la escuela, por otros tantos maestros fundadores como: Helenius, judío; Ponto, griego; Adela, árabe y Salernus, latino, aunque todo parece indicar, según modernas investigaciones históricas, que la Escuela de Salerno no fue fundada, en el sentido recto de la palabra, sino que se formó poco a poco y se desarrolló orgánicamente en el siglo XI.⁴⁹

Con el descubrimiento y conquista de América a finales del siglo XV y principios del XVI comienzan tempranamente las fundaciones de universidades, con escuelas de medicina o sin ellas, por órdenes religiosas, principalmente, la de Predicadores o Dominicos. La primera será la de Santo Domingo en 1538, pero ya desde 1532 incorporó médicos el convento de la Orden fundadora sin haber recibido, aún, el privilegio pontificio¹² y las de México y Lima creadas en 1551, tuvieron cátedras de medicina en 1578 y 1634 respectivamente. Las demás universidades de América contaron con cátedras o facultades de medicina en los

⁴⁸ Rodríguez M. *La Real y Pontificia Universidad [de México] y las cátedras de Medicina. En: Historia General de la Medicina en México.* Coord. Aguirre Beltrán G. y Moreno de los Arcos R. Tomo II. UNAM. Acad. Nac. Med. México D. F. 1990: 261-271.

⁴⁹ Ibidem

siguientes años: Guatemala en 1681; Quito 1693; Caracas 1727; La Habana 1728, pero ya se enseñaba medicina desde 1726 en el convento de la Orden que la creó por tener desde 1721 el Breve Pontificio que aprobaba su erección; Bogotá 1733; Santiago de Chile 1756; Guadalajara de México 1791; Buenos Aires 1798; León de Nicaragua 1807; Bahía y Río de Janeiro 1808 y San Juan de Puerto Rico 1816.⁵⁰

La primera escuela de medicina en lo que hoy es Estados Unidos de Norteamérica se fundó en 1765 en el Pennsylvania Hospital de Philadelphia y se adscribió como un Medical Department al College of Philadelphia, que era una institución de enseñanza secundaria. La segunda se creó en 1767 en New York, en el King's College, que después de la independencia se convirtió en la Columbia University y la tercera en Cambridge, cerca de Boston, en el Harvard College, en 1782, hoy Harvard University. La primera escuela de medicina canadiense se inauguró en 1822 en el Montreal Medical Hospital, con profesorado inglés protestante, hoy Medical Faculty de la Mc Gill University y la segunda se creó en Quebec en el Marine and Emigrant Hospital, en 1830, con profesorado francés católico, incorporada desde 1847 a la Université Laval de Quebec.

4.1.2.- INFLUENCIA DE FLEXNER EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

Sin duda, en la historiografía de la educación médica, la figura y los aportes de Abraham Flexner han constituido un punto focal de apasionados debates entre los defensores y detractores de sus propuestas pedagógicas. Resulta habitual el uso, comúnmente con ánimo peyorativo, del adjetivo "flexneriano" aplicado a aquellos planes de estudios médicos en los cuales existe una clara división entre un período o ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido por otro dedicado a los estudios clínicos. Llama la atención que siendo tan criticada haya resistido casi 100 años de aplicación y actualmente se encuentre vigente en la mayor parte de las escuelas de medicina del mundo.

⁵⁰ Rodríguez M. *La Real y Pontificia Universidad [de México] y las cátedras de Medicina. En: Historia General de la Medicina en México.* Coord. Aguirre Beltrán G. y Moreno de los Arcos R. Tomo II. UNAM. Acad. Nac. Med. México D. F. 1990: 261-271.

Descendiente de inmigrantes judíos alemanes, nació en 1866 en Louisville, USA. Logró graduarse de Estudios Clásicos en la Universidad "Johns Hopkins" y ejerció como maestro en escuelas preparatorias para el ingreso en la universidad con mucho éxito. En 1905 viajó a Inglaterra y Alemania y a su regreso escribió una obra sobre educación donde atacaba el uso exclusivo de la conferencia como forma de enseñanza y el aprendizaje de memoria. El trabajo citado llamó la atención de H. S. Pritchett de la Carnegie Foundation y lo contrató para hacer un estudio sobre las escuelas de Medicina. A la sazón, Flexner no había estado nunca en una escuela de Medicina. No obstante, se familiarizó rápidamente con la información disponible y realizó un periplo de seis meses en los cuales visitó 155 escuelas de medicina de USA y Canadá, y ejecutó una investigación esencialmente comparativa en cuanto a aspectos tales como cuerpo profesoral y compromiso con la universidad, procedimientos de ingreso, infraestructura, etcétera. Como consecuencia del informe, un número significativo de escuelas de Medicina fueron cerradas, mientras otras debieron acometer importantes cambios. Sólo en USA, el número de escuelas de Medicina descendió de 131 a 81 en los 12 años posteriores al informe Flexner devino una verdadera autoridad en educación médica, se mantuvo vinculado a esta esfera del quehacer pedagógico y fue muy reconocido, tanto en USA como en el extranjero.⁵¹

De las recomendaciones realizadas por Flexner, un grupo de 5 de ellas, las más divulgadas, fueron aceptadas con relativa facilidad y han alcanzado un grado de generalización sorprendente con las modificaciones locales correspondientes:

- a) Un currículo de cuatro años.
- b) Dos años de ciencias de laboratorio (ciencias básicas)
- c) Dos años de enseñanza clínica en hospitales y servicios clínicos.

⁵¹ Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica, OPS. Edimburgo :OPS;1993.

- d) Vinculación de la Escuela de Medicina a la Universidad.
- e) Adopción de requisitos de ingreso en matemática y ciencias.

Sin embargo, en el informe Flexner existe un conjunto de recomendaciones, cuyo grado de implementación ha sido muy limitado:

- a) Debe alcanzarse la integración de las ciencias básicas y las ciencias clínicas en los cuatro años.
- b) Debe estimularse el aprendizaje activo.
- c) Debe limitarse el aprendizaje de memoria mediante conferencias.
- d) Los estudiantes no deben aprender solamente hechos, sino desarrollar el pensamiento crítico y la habilidad de resolver problemas.
- e) Los educadores deben enfatizar que en los médicos, el aprendizaje es una tarea para toda la vida.
- f) Regan-Smith aduce dos razones por las cuales el segundo grupo de recomendaciones no ha recibido la misma acogida que el primer grupo:
- g) Requieren más tiempo y esfuerzo por parte de los profesores.
- h) Se ha invertido mucho en la "reforma científica" y muy poco en la "reforma educacional de las escuelas de medicina".

Obviamente, la implementación de estos cambios requiere que los profesores sean fundamentalmente educadores. Este principio está reñido con los criterios habituales de evaluación, ascenso y retribución del cuerpo profesoral, que suele atender primariamente a los resultados investigativos. Más de un llamado se ha hecho, reclamando la rectificación de esta actitud, de modo que los profesores realmente hagan de la actividad docente su principal ocupación, aspecto que fue muy enfatizado por Flexner. Godfrey menciona que hasta los años 40, la enseñanza fue tenida en alta estima; pero con posterioridad su prestigio decayó y fue opacada por actividades tales como la administración, la investigación y el desempeño clínico. La administración y la investigación se consideran actividades

de alto perfil, en tanto que la enseñanza propiamente dicha es considerada una actividad de perfil bajo.⁵²

La sobrevaloración de la actividad investigativa puede constituirse en una de las barreras más importantes para una enseñanza comprometida, ya que el curriculum vitae de un profesor se juzga sobre todo por el número de publicaciones realizadas. El propio Flexner insistió en la importancia de que los profesores de medicina lo fueran a tiempo completo. Con posterioridad al informe de 1910, Flexner realizó otras publicaciones entre las cuales cabe destacar un libro dedicado a la educación preprofesional. Es notable su defensa de la "actividad"³⁹ y la educación en el trabajo como forma de aprendizaje, lo cual había destacado en relación con la medicina al afirmar:

"Desde el punto de vista pedagógico, la medicina moderna, como toda enseñanza científica, se caracteriza por la actividad. El estudiante no solamente mira, oye y memoriza; él hace. Su propia actividad en el laboratorio y en la clínica son los factores principales en su instrucción y formación disciplinaria".

Flexner además estableció un paralelo entre el método clínico y la labor investigativa a través de la validación de hipótesis en la práctica. Reconocía la importancia de contar con especialistas capacitados, pero llamó la atención en cuanto a la importancia de alcanzar un equilibrio adecuado entre éstos y los médicos de atención primaria. Como puede apreciarse en los anteriores ejemplos, muchos de los reclamos "modernos" para el perfeccionamiento de la educación médica habían sido considerados anteriormente por Flexner o bien son extensiones de sus ideas.⁵³

En el tiempo transcurrido desde Flexner se han producido cambios en las prácticas médicas que obligan a reevaluar los planes de formación en atención al desempeño que se espera en el nuevo contexto. Se afirma que ha surgido un

⁵² *Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica*. Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica, OPS. Edimburgo: OPS; 1993.

⁵³ *Ibidem*

nuevo paradigma de la medicina que debe ser adecuadamente ponderado en la formación profesional. Como elementos destacados del nuevo paradigma sobresalen:

- a) La importancia concedida a la atención primaria como fundamental estrategia para la promoción, conservación y recuperación de la salud.
- b) La progresiva tendencia al tratamiento ambulatorio de diversas afecciones y a la disminución de la estadía hospitalaria en otros casos.
- c) El valor creciente que se otorga a los aspectos sociales de la medicina.
- d) La desaparición progresiva de la práctica liberal de la medicina.
- e) El ascendente conocimiento, participación y responsabilidad de la comunidad en los aspectos relacionados con su salud.

En gran medida, las ciencias básicas deben a Flexner la presencia que han llegado a alcanzar en los programas contemporáneos de formación de médicos. Si bien con anterioridad a sus trabajos, las ciencias básicas biomédicas formaban parte de los conocimientos que los médicos debían adquirir, esta necesidad no era igualmente reconocida e implementada en los centros de enseñanza médica de su época. Se afirma que Flexner consideró a la Escuela de medicina de Johns Hopkins, creada en 1883, como un prototipo en este sentido por ser la primera en contar con una política institucional que basaba la educación médica en la investigación científica.

Las recomendaciones de Flexner dejaron claramente establecidas la importancia y necesidad de las ciencias básicas como parte del currículo de los estudios médicos. Desafortunadamente, también dio origen a una perniciosa contraposición entre ciencias básicas y ciencias clínicas que llega hasta nuestros días, y en la actualidad aún se sigue en la búsqueda de las mejores formas y vías de la integración entre éstas.⁵⁴

Los críticos de *Flexner* alegan que su modelo conduce a una práctica inhumana y tecnológica de la medicina, con poca responsabilidad social y que no tuvo en cuenta los requerimientos educativos del médico en otros campos que no fueran las ciencias biológicas y físicas. También le fueron formuladas críticas en

⁵⁴ Conferencia Mundial de Educación Médica. Recomendaciones. Edimburgo: OMS; 1993.

relación con su visión acerca de los negros, las mujeres y otras minorías dentro de la profesión médica. Muchas de estas observaciones carecen de fundamento, no tienen en cuenta el conjunto de su obra o han sido sencillamente tendenciosas.

La medicina ha cambiado y consecuentemente la educación médica deberá adecuarse a estos cambios; sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido muchas de las ideas de Flexner mantienen su vigencia y deben ser objeto de reflexión para quienes tienen la responsabilidad de conducir los cambios necesarios.

Posiblemente, la mayor falta cometida por Flexner fue la de considerar que todas las dificultades de la atención de salud pueden ser solucionadas mediante el perfeccionamiento de la educación médica. Sin embargo, esta es una equivocación en la cual muchos analistas han incurrido y continúan haciéndolo. Es evidente, que muchos problemas de la atención de salud como la distribución geográfica, accesibilidad y costos, entre otros, escapan en gran medida al influjo de la escuela de medicina. Hoy resulta obvio que no es suficiente emitir juicios a partir de la evaluación de las escuelas de medicina en aspectos tales como los criterios de admisión, nivel académico del claustro y otros referidos a la propia institución, sino que es necesario en primer término evaluar la calidad del egresado en su competencia y desempeño. Lo realmente significativo es que después de transcurridos casi cien años de sus trabajos iniciales, muchas de las ideas de Flexner en educación médica se retoman como novedades, como es el caso de la enseñanza basada en la solución de problemas, el papel del hospital docente o la necesidad de inculcar valores morales en los profesionales de la Medicina. En un área tan dinámica como la enseñanza de la Medicina sería absurdo esperar que luego de transcurrido un siglo, las concepciones de este destacado educador pudieran mantenerse inmodificables; pero es de justicia reconocer sus aportes, su influencia y hasta cierto punto, la vigencia de sus ideas.

4.1.3.-EVALUACION Y ACREDITACION DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

La evaluación y acreditación institucional promueve el cambio y garantiza la innovación permanente en la educación médica. Por su intermedio se modela el ejercicio de la Medicina y su orientación hacia la satisfacción de las necesidades

sociales de salud. La Federación Mundial para la Educación Médica (World Federation for Medical Education, (WFME) emitió en Copenhague en octubre de 1999 un documento sobre estándares internacionales para la educación médica , con el fin de promover planes de cambio y mejoras en la calidad educativa de las facultades de Medicina y establecer un sistema de evaluación y acreditación en éstas mediante estándares aceptados internacionalmente, en busca de mayor calidad de los procesos para la formación de profesionales altamente calificados desde el punto de vista científico-técnico, humano, ético y social. Muchos países se han adscrito al documento de la WFME. En la Declaración de Granada, emitida en octubre del año 2001, se resúmen los compromisos de aplicar y adecuar estos estándares en los países de habla hispana.⁵⁵

La evaluación y acreditación institucional ha devenido en preocupación y ocupación de muchas universidades, ministerios, asociaciones internacionales y gobiernos. Desde la época medieval hasta el último cuarto del siglo XX las universidades tendían a la autorregulación de todas sus actividades y funciones, aunque cedieron en los últimos años esta función al Estado. En la mayoría de los países desarrollados y en algunos en vías de desarrollo esta larga tradición está cambiando, obedeciendo a una preocupación generalizada por la necesidad de rendir cuentas acerca de la calidad y la eficacia de los servicios, muchos gobiernos esperan que la universidad desarrolle sus propios sistemas de evaluación. (OPS/OMS. Calidad y regulación de la Educación y del ejercicio profesional en Medicina. Revisión del tema y análisis de situación en seis países de América Latina. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, División de Desarrollo y Sistemas de Servicios de Salud. Noviembre de 1999).⁵⁶ En América Latina, a mediados de la última década del siglo XX se comenzó a percibir un mayor interés

⁵⁵ Borroto Cruz R, Salas Perea R. La acreditación y los créditos académicos como base de la calidad universitaria. Experiencia cubana. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Educación Media Superior 2000;14 (1):48-55.

⁵⁶ ibidem.

por la evaluación de las instituciones de Educación Superior, de sus programas así como de los profesionales, en busca de mayor calidad, lo que llegó a considerarse por algunos estudiosos como el hito de los años 90. Su acelerado desarrollo ha sido motivado en gran medida por las profundas transformaciones operadas en los sistemas de producción y servicios, los procesos de integración regional, un mayor interés por la investigación científica en el campo educacional y sobre todo, por el creciente compromiso que siente la Universidad con el resultado del recurso humano que forma. De las universidades médicas en particular, se espera que produzcan un impacto en los servicios de salud. Es por ello, que deben entenderse los procesos evaluativos en el contexto de la educación médica como el vehículo que la pone en el camino de la calidad, la equidad y la pertinencia con relación a las demandas de la sociedad. Sobre los procesos de evaluación y acreditación institucional se encuentran infinidad de definiciones en dependencia del país, del tipo de enseñanza, de la carrera y de los procesos a evaluar, entre otras. Según el diccionario Larousse, evaluar "es la acción y resultados de atribuir un valor o una importancia determinada a una cosa", mientras que acreditar "es demostrar que algo es cierto, al presentar sus pruebas, asegurar que una persona o cosa es lo que representa o parece".⁵⁷

En el contexto de las universidades médicas, la acreditación es una evaluación enfocada a resultados, de manera que los procesos evaluativos conduzcan a la acreditación de una institución determinada.

4.2.- EDUCACIÓN MÉDICA EN MEXICO

A partir de las ideas de modernización educativa surgió la necesidad de vigilar la calidad de la educación y se ha trabajado en torno a este concepto y su impacto en la formación profesional universitaria. La evaluación de la educación no sólo implica

⁵⁷ Diccionario Larousse. *Estructura en soporte magnético* APLIA, S.L. ISBN: 84-816-266-X. Ed. Planeta;1996.

responder a las exigencias del desarrollo científico y tecnológico e impulsar una cultura en esta dirección, sino la reestructuración de lo establecido: misión, objetivos y metas que involucra carreras, planes de estudio, infraestructura, recursos. Además, en este contexto se entrelazan problemáticas de orden curricular, operativas, de interacción didáctica, que problematizan la tarea educativa y que a veces no permiten lograr y observar productos tangibles en todas las comunidades académicas, por igual.

En México, hasta 1980, no había existido un sistema de acreditación o de evaluación con parámetros de calidad previamente establecidos y aceptados por el conjunto de las universidades. Hasta entonces el interés se había centrado en la expansión de la educación y no en la excelencia o calidad educativa. Surgieron entonces tres conceptos importantes de ubicar: evaluación, acreditación y certificación. Los dos primeros referidos a instituciones y programas y el último a los individuos. Estos tres conceptos cobran vigencia con la firma del Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá. Se considera que la evaluación y la verificación de los productos de aquel aprendizaje y su acreditación, tiene que ver con las características observables en el nivel escolar. Sin embargo, antes de llegar a ese punto específico en posteriores apartados, es importante ubicar algunos antecedentes que dan cuenta de las primeras propuestas en México, para construir los lineamientos de evaluación, acreditación y certificación que se tienen en la actualidad.⁵⁸

El primer concepto que se introdujo en las universidades y que después dio lugar a los cambios actuales, fue el de la modernización, que no sólo llegó al país como parte de la globalización comercial y económica, sino que se reforzó en el medio educativo aparejada con la modernización científica y tecnológica y con la modernización industrial del país. Por ello, los aportes financieros para la formación

⁵⁸ Chapela G. *Notas sobre el proceso de creación de un sistema de acreditación de las instituciones de educación superior en México*. En: Acreditación Universitaria en América Latina. Antecedentes y experiencias 2da México, ANUIES, 1993: 163-164.

de recursos humanos y para las transformaciones científico-técnicas, representan una inversión estratégica para el país. La reorganización de las universidades, que se inició a fin de los años sesenta hasta 1982, privilegió la expansión educativa y la segmentación del sistema, pero después se contrajo el crecimiento (matrícula, investigación, formación de profesores). En las primeras estructuraciones del proceso evaluativo, el Programa de Modernización Educativa 1989-1994 retomó los planteamientos del Programa Integral para el Desarrollo de la Educación Superior (PROIDES), que fue aprobado en octubre de 1986 en la XXII Reunión Ordinaria de la Asamblea General de la ANUIES. Hay que reconocer que antes y aún en la actualidad, las universidades adolecen de una excesiva burocratización, ingresan estudiantes que no tienen un mínimo de elementos básicos para continuar su formación, y la planta académica no manifiesta un compromiso cotidiano y esforzado por la institución educativa; no sólo por causas salariales, sino por el poco reconocimiento que tiene la profesión académica. La modernización educativa hizo énfasis en vigilar la calidad de la educación y desde entonces se ha trabajado en este concepto y su impacto en la formación profesional universitaria. De las valoraciones aceptadas en las instituciones de educación superior (evaluación, acreditación y certificación) provienen la propuesta y creación de la Comisión Nacional para la Evaluación de la Educación Superior (CONAEVA) en 1989.⁵⁹

La CONAEVA propuso, en 1990, algunas recomendaciones importantes para la evaluación :reconocer e impulsar la diversidad de vocación de las instituciones, evitar el tratamiento uniforme debido a su heterogeneidad, definición por cada institución de los parámetros para su evaluación, reconocer situaciones y necesidades locales y regionales y desechar un paradigma general de evaluación para todas las instituciones. El proceso de evaluación se inició con la aplicación de un cuestionario en las diferentes instituciones (evaluación interna; siguieron las

⁵⁹ Chapela G. *Notas sobre el proceso de creación de un sistema de acreditación de las instituciones de educación superior en México*. En: Acreditación Universitaria en América Latina. Antecedentes y experiencias 2da México, ANUIES, 1993: 163-164.

visitas a las universidades por parte de los Comités de Pares (evaluación externa) conformados por especialistas de las diferentes áreas académicas y administrativas de la educación superior. Se formaron así los Comités Interinstitucionales de Evaluación de la Educación Superior (CIEES). Cada uno de estos Comités de Pares, por área, analizan información escrita aportada por las instituciones y verifican la realidad de la vida académica cotidiana, la cual debe coincidir con la información proporcionada. Posterior a su evaluación, formulan recomendaciones a las instituciones, para mejorar los programas educativos que participaron en el proceso.⁶⁰

Otro grupo que debe mencionarse es el Centro Nacional de Evaluación, A.C. (CENEVAL) que conjuntamente con los CIEES y el apoyo de la ANUIES, procesa la evaluación de los programas educativos de nivel profesional. No quedarían completos estos antecedentes si no diéramos cuenta de que el CENEVAL estructuró el Examen Nacional Indicativo de Ingreso a la Licenciatura desde 1994; desarrolló el Examen Nacional de Ingreso al Bachillerato y el Examen General de Calidad Profesional. Este último se inició como piloto en 1994 en las licenciaturas de medicina veterinaria y contaduría. El primer director del CENEVAL Gago Huguet, consideró que aunque al iniciarse este proceso evaluativo se hizo con carácter experimental, algunas instituciones lo utilizarían como instrumentos de admisión o lo combinarían con otros mecanismos internos para apoyar su selección de estudiantes. Como puede observarse, la evaluación fue el inicio de la valoración de la calidad educativa en el país, antes de incursionar en los procesos de acreditación. En el caso de México se recomendó que para 1996 se tuviese integrada la estructura nacional de acreditación de los diversos programas educativos, esencialmente para las ocho carreras con las que se inició el trabajo: ingeniería, medicina veterinaria y zootecnia, contaduría, arquitectura enfermería,

⁶⁰ Ocampo, F. *Conceptos de acreditación educativa. Propósitos, funcionamiento y organización de las agencias de acreditación. Experiencias de acreditación educativa en el área de Ingeniería*. En: Notas del curso: Acreditación educativa frente al Tratado de Libre Comercio, México: ANUIES. 1994: 23-27.

psicología y medicina. La acreditación ha sido diferente según la profesión. Podemos decir que en el caso de la profesión médica se han dado grandes avances y en la actualidad (año 2000), se cuenta con Sistema Nacional de Acreditación y el Proceso de Certificación de Médicos Generales. Para ubicar estos procesos, es conveniente examinar algunos datos en torno a este campo profesional.⁶¹

De acuerdo a la ANUIES las 64 escuelas de medicina que había en 1998 en el país concentraban un total de 62,063 estudiantes, de ellas egresaban 7,702 nuevos médicos al año, mientras que se titulaban 5,187. Es de mencionarse que según declaraciones de la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica (FENACOME), hechas en marzo del 2000 y del Secretario de Salud, el número de escuelas de medicina en este año ha aumentado a 78, lo que significa que en dos años se han creado 14 nuevas escuelas. El número de escuelas abiertas por décadas a partir de 1900 no ha sido uniforme. De estos datos podemos afirmar que, aunque no se alcanzan las 29 escuelas creadas en los setenta, se puede hablar de un crecimiento acelerado en la última década, comparada con el período entre 1981 y 1990 en que sólo se abrieron tres. Particularmente es de resaltar que entre 1998 y el 2000 se crearon 14 nuevas escuelas de medicina. Otro hecho importante es que, según el Directorio Nacional de la Asociación Nacional de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) del año 2000, sólo se encuentran afiliadas 54 a esta asociación. De las 54 afiliadas el 22% son privadas. Las escuelas de medicina se encuentran distribuidas por toda la República. Los estados con mayor número de escuelas son el D.F con 11, Tamaulipas con seis, Veracruz con cinco, Nuevo León con cuatro. El resto de los estados cuenta con tres escuelas o menos, siendo los estados de Baja California Sur, Quintana Roo y Sonora los únicos que no cuentan con escuela de medicina. Existió una explosión de esta matrícula desde 1975, la

⁶¹ Ocampo, F. Conceptos de acreditación educativa. Propósitos, funcionamiento y organización de las agencias de acreditación. Experiencias de acreditación educativa en el área de Ingeniería. En: Notas del curso: Acreditación educativa frente al Tratado de Libre Comercio, México: ANUIES. 1994: 23-27.

cual alcanza su máximo en 1980 con 93,365 alumnos. Lo anterior, debido a la explosión en el número de escuelas de medicina en la década de los 70. Las políticas de restricción en el ingreso y en la creación de nuevas escuelas de los años 80 generadas por la masificación y el desempleo médico trajo consigo una disminución de la matrícula; sin embargo en 1998 notamos una tendencia nuevamente creciente del número de alumnos lo que se corresponde con el aumento en el número de escuelas. La matrícula particular de las escuelas varía desde 44 alumnos (Chiapas, Escuela de Medicina Alternativa) hasta 5,768 (Facultad de Medicina UNAM). Las entidades federativas que concentran el mayor porcentaje (56.6%) de la matrícula nacional son el Distrito Federal, Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Nuevo León.⁶²

En los planes de estudio con que operan las escuelas de medicina del país, también encontramos una diversidad de diseños. Es interesante revisar el trabajo realizado por Jorge A. Fernández,⁵ en el que se analizan 58 planes de estudio de la carrera de medicina de 45 instituciones educativas mexicanas. Al referirse a los títulos otorgados el autor encontró los siguientes: Médico Cirujano, Médico Cirujano Partero, Médico General, Médico Cirujano y Partero, Médico Cirujano y Homeópata y Médico Homeópata Cirujano y Partero. Se menciona que 50 escuelas tenían planes de estudio de corte tradicional, es decir por asignaturas, seis escuelas se regían por un sistema modular y dos por uno mixto. Encontró además, que existían 769 asignaturas, de las cuales 168 (21.84%) corresponden a las disciplinas biomédicas, 436 (56.69%) a las clínicas y 165 (21.45%), a las sociomédicas. El número de asignaturas variaba entre 11 y 90. En los planes modulares los planes de estudio podían variar entre 10 y 40 módulos.⁶³

En cuanto al número de horas totales del plan de estudios completos, las diferencias son aún más sorprendentes ya que el rango varía de 3,500 a 11,000, aunque el 40.47% de las escuelas estudiadas se ubican en el rango de 5001 a

⁶² ANUIES Anuario *Estadístico 1998. Población escolar de Licenciatura en Universidades e Institutos Tecnológicos*. México: ANUIES, 1998.

⁶³ *ibidem*

Comisión analiza la información escrita que la escuela envió, los datos obtenidos de la visita y emite recomendaciones a la institución educativa.⁶⁴

A la actualidad han sido evaluadas 26 escuelas de medicina. Cabe señalar que en este proceso de evaluación del CIEES, NO se emite ningún dictamen de la calidad educativa de la escuela, lo cual como se observará posteriormente en la acreditación sí resulta un elemento determinante.

4.2.1.-ACREDITACION DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA.

Este proceso en México ha sido realizado por la Asociación Nacional de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM), formada en 1954. Desde que se emitió la recomendación de la creación de los Sistemas Nacionales de Acreditación, la AMFEM, a través de su Comisión de Planeación, y representantes de diversas escuelas inició el trabajo para la creación del Sistema Nacional de Acreditación de Escuelas de Medicina. En 1993 en la XXXVI Reunión Nacional Ordinaria de la AMFEM en la ciudad de Mérida, Yucatán, los directores de las escuelas de medicina aprobaron los rubros a evaluar y decidieron la elaboración de un instrumento de evaluación con base en estos acuerdos. Los rubros en los que se agrupan los estándares que norman el documento de evaluación son los siguientes:

- I. Bases generales y objetivos educativos
- II. Gobierno y orientación institucional
- III. Plan de estudios y estructura académica
- IV. . Evaluación del proceso educativo,
- V. Alumnos
- VI. Profesores
- VII. Coherencia institucional
- VIII. Recursos
- IX. Campos clínicos

⁶⁴ ANUIES Anuario Estadístico 1998. Población escolar de Licenciatura en Universidades

X. Administración ⁶⁵

La Instancia acreditadora que se constituyó fue “la Comisión de Acreditación; posteriormente se transformó en Comité de Acreditación. Integrado por la AMFEM, la SEP y la SSA. En octubre de 1996 se agregaron los representantes de las Academias de Medicina y Cirugía.

En 2002 se constituyó como organismo autónomo y a partir de entonces se denominó Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica AC: El COMAEM integra como observadores a distinguidos educadores médicos y a los departamentos de educación médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y al Colegio Médico de México.

Como mecanismo de ingreso al Sistema de Acreditación, la escuela o facultad informa al Consejo el inicio del proceso de autoevaluación. El Consejo envía los materiales e informa el costo del servicio. La escuela realiza la autoevaluación del programa y llena los formatos (Instrumento de autoevaluación, Datos Generales e Informe Final). La escuela envía al Consejo la Solicitud formal de la visita, los formatos debidamente contestados y en formato digitalizado la información de soporte de la autoevaluación. El Consejo designa un equipo de verificadores.

Procedimiento de verificación: La escuela y el coordinador del equipo verificador fijan la fecha de la visita. Una vez realiza la visita de los verificadores, el secretario del equipo de verificación elabora un informe de la visita. El Consejo se constituye en Comité de Acreditación, analiza la información entregada por la institución y los informes de la visita de verificación, y emite un dictamen. Los tipos de dictamen son:

- Acreditado por cinco años
- No acreditado

El resultado del análisis se informa a las instituciones y el dictamen se hace del conocimiento público a través de la página Web del COMAEM y del COPAES.

⁶⁵ Ruelas Enrique, Poblano Ofelia. *Certificación y acreditación en los servicios de Salud*. 2005, Editado en México ISBN 970-9874-004, Pag.102-105

El Sistema Nacional de Acreditación de los programas de formación de médicos mexicanos se ha aplicado en la actualidad (septiembre de 2005) en el nivel de pregrado, es decir a los programas iniciales de formación que ofrecen las escuelas y facultades de medicina. De los 79 programas que en la actualidad existen legalmente, ya sea porque se crean a través de la facultad que el gobierno da a las universidades por la ley de autonomía recogida por la Constitución Política Mexicana o por el otorgamiento que la Secretaría de Educación Pública da a los particulares a través del Recurso de Validez Oficial de Estudios (REVOE). Se han realizado 77 visitas y evaluado 56 programas. Han obtenido la acreditación 47 programas, nueve no han acreditado. De los 47 programas, en cinco ha vencido la vigencia de su acreditación y no se han reacreditado.

El Sistema Nacional de Acreditación en Medicina es un sistema dinámico y se adecua a los avances y necesidades de la educación; mantiene un programa de revisión de sus estándares, que se han evaluado en forma integral en tres ocasiones.⁶⁶

4.3.- LA AMFEM

Es una organización líder en México integrada por facultades y escuelas de medicina que impulsa el desarrollo permanente de la educación médica con calidad, comprometida con la sociedad para responder a sus necesidades bajo principios científicos, bioéticos y humanísticos.

VISIÓN DE LA AMFEM:

1.-La AMFEM se observa a sí misma dentro de 10 años como la instancia más importante en México que garantice la calidad de la educación médica y que vigile la congruencia entre la educación impartida y su respuesta a la solución de las necesidades de salud del país.

2.-La AMFEM contará con convenios y compromisos intra e interinstitucionales, sectoriales e intersectoriales, con instituciones gubernamentales y no

⁶⁶ Ruelas Enrique, Poblano Ofelia. Certificación y acreditación en los servicios de salud. 2005, Editado en México ISBN 970-9874-00-4. Pag. 106-108

gubernamentales que le permiten responder a la demanda de las necesidades de educación e investigación médica de las escuelas y facultades de medicina del país.

3.-La AMFEM impulsará el desarrollo permanente de la educación médica y sus miembros se comprometen a profesionalizarse para responder a la solución de los problemas educativos y de salud del País.

4.-La AMFEM proporcionará asesoría a las Escuelas y Facultades de Medicina afiliadas que así lo requieran, para lograr la acreditación y para el desarrollo de los procesos de educación médica en el País.

5.-La AMFEM fomentará la investigación y la formación de investigadores a través de convenios nacionales e internacionales con Institutos o Centros de investigación.

6.-La AMFEM, será consultora y asesora oficial de las instituciones relacionadas de manera directa e indirecta con la educación médica; como resultado de la capacidad técnica y autoridad moral de sus integrantes, tendrá una influencia fundamental en el establecimiento de las políticas de salud y educación superior, sus puntos de vista serán considerados imprescindibles en la generación de proyectos y en la toma de decisiones en este campo.

7.-La AMFEM, será una institución que establecerá consensos basados en la evidencia científica, estableciendo acciones sinérgicas capaces de mejorar la calidad de la educación médica y de los sistemas de evaluación y diseño curricular, respetando la libertad académica de sus agremiados y será productora y reguladora de los procesos del diseño del currículum médico.

8.-La AMFEM será una institución financieramente estable, contará con un patrimonio propio, autónoma, que integra a sus miembros y realiza acciones basadas en el conocimiento más actual, buscando desarrollar una actividad cada vez más profesional y cooperativa entre diferentes instituciones para que sumen

sus esfuerzos en proyectos de mejora continua, orientados hacia el logro de su misión y visión institucional.

9.-La membresía que otorgará la AMFEM implica un respaldo para cada una de las escuelas y facultades afiliadas a fin de otorgarles la representatividad de la Asociación, en los Comités Nacionales y Estatales de Formación para los Recursos Humanos para la Salud.

10.-La AMFEM estará abierta a la incorporación de nuevas escuelas a través de un mecanismo de estricto control de calidad de quienes ingresan a la misma bajo la premisa de respeto irrestricto de los estatutos y los principios académicos de la misma Asociación.

11.-Los logros de la Asociación se traducirán en el reconocimiento de sus funciones y de sus objetivos institucionales tanto a nivel nacional como al interior de cada una de las escuelas y facultades que la constituyen, así como en el compromiso indeclinable con la salud de los mexicanos y la humanidad en su conjunto, a fin de que los seres humanos tengan un pleno estado de bienestar psicológico y social que les permita participar de manera innovadora en la planeación de su destino.⁶⁷

4.4.- EL COMAEM

El COMAEM está integrado por personas morales, instituciones públicas y privadas con nacionalidad mexicana, cuyo objetivo esté vinculado con el propósito de elevar localidad en la educación en Medicina .Forman parte del Consejo:

La Academia Nacional de Medicina

Academia Mexicana de Cirugía

Secretaría de Salud

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Observadores:

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

⁶⁷ AMFEM Boletín Mexicano de educación médica. México: AMFEM, 2000:

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Colegio Médico de México

Representante de la Sociedad Civil

El COMAEM es el máximo organismo acreditador de la educación médica impartida en México; tanto de sus insumos como de sus procesos y resultados; en los niveles de pre y postgrado, con reconocida autoridad moral para realizar sus tareas. El COMAEM es consultor y asesor oficial de las instituciones relacionadas de manera directa e indirecta con la educación médica; es una institución financieramente estable, cuenta con una instancia propia, autónoma, encargada de emitir los dictámenes relativos a la acreditación de escuelas y facultades y garantiza su compromiso con todos los asuntos concernientes a la profesión médica.

Los objetivos del COMAEM son:

Objetivo General:

Acreditar los programas de estudios de Medicina en todas sus modalidades y emitir un dictámen de acuerdo al proceso que para tal efecto establece.

Objetivos Específicos:

- a) Aplicar un programa para dictaminar la buena calidad del proceso educativo que desarrolla una institución de Educación Superior para la formación de médicos en sus distintas modalidades.
- b) Realizar a solicitud de las autoridades responsables de las instituciones educativas la evaluación y dictaminación respectivas de los programas de enseñanza, con una vigencia limitada en cuanto al tiempo y con fundamento en lo establecido en sus estatutos.
- c) Difundir por los medios que se consideren convenientes las listas de los programas de enseñanza de la medicina acreditados.
- d) Coadyuvar al mejoramiento de la enseñanza de la medicina a través de los dictámenes sobre el cumplimiento de los estándares de calidad del "Sistema Nacional de Acreditación del COMAEM".

- e) Contribuir al mejoramiento de la calidad del ejercicio profesional de la Medicina.
- f) Celebrar y ejecutar cualquier tipo de contrato que tenga relación o conexión con el objeto social y que no tengan fines lucrativos.

Dentro de su Programa de Fortalecimiento de la Calidad de la Educación en las Escuelas y Facultades de Medicina, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), estableció los lineamientos pertinentes, con base en reuniones de trabajo consensuado, para integrar los comités y comisiones necesarias para analizar, planear, evaluar y finalmente dictaminar la acreditación de las Escuelas de Medicina del país con base en los estándares de calidad y procedimientos estipulados en el Sistema Nacional de Acreditación. Para este fin, la AMFEM conformó el Comité de Acreditación cuyo propósito primordial es la verificación del cumplimiento de los estándares de calidad que cada Escuela o Facultad declare haber cumplido en el documento de autoevaluación para así emitir un dictamen al respecto. A partir de enero del 2002 se constituyó el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica A. C. (COMAEM), organismo que desde esa fecha se encarga de las tareas de acreditación de las Escuelas de Medicina en México. Con base en lo anterior el presente instructivo aborda los procedimientos generales y particulares requeridos para el proceso de acreditación y sobre los cuales el COMAEM tiene corresponsabilidad e injerencia directa.

La designación, permanencia, y funciones de los integrantes del COMAEM, así como los verificadores se realiza conforme a los estatutos del mismo Consejo. Dentro de los criterios para la selección de los integrantes de los equipos de verificación se encuentra el referente al cumplimiento del programa de capacitación diseñado y aprobado por el COMAEM para tal fin. Los objetivos y propósitos del COMAEM se cumplen con el apoyo de los verificadores en lo concerniente al proceso de acreditación propiamente dicho y de grupos de trabajo integrados por miembros del Consejo mismo o de personal externo cuando así se juzgue necesario.

Requisitos que debe cumplir la Autoevaluación Institucional:

1. Integral
2. Participativo
3. Objetivo
4. Autocrítico (es decir reconoce fallas y errores; así como, logros y aciertos)
5. Propositivo
6. Continuo
7. Pertinente
8. Oportuno
9. Flexible
10. Voluntario
11. Abierto

Los programas de enseñanza de la Medicina que demuestran cumplir con los estándares de calidad establecidos en el SNA, pueden ser sujetos de Acreditación por el COMAEM. La acreditación consta de tres fases: autoevaluación, verificación, dictamen y seguimiento. Al dar inicio la fase de autoevaluación, la escuela o facultad envía aviso formal al Consejo por medio de un comunicado firmado por la más alta autoridad de la escuela (director) y de la universidad (rector), que ha iniciado el proceso. El Consejo envía entonces la documentación vigente. Durante la autoevaluación, la institución compara sus servicios y procesos con los parámetros establecidos en los estándares de calidad del SNA. Con esta información la escuela identifica sus fortalezas y debilidades y propone acciones para la mejora. El resultado se plasma en tres reportes:

1. Los datos generales de la institución.
2. El instrumento de autoevaluación.
3. El reporte final.

La autoevaluación para que sea aceptable, debe ser completa, objetiva, participativa, analítica y debe dar recomendaciones para mejorar.

La verificación es realizada por un grupo de colegas ajenos a la institución, el cual visita la escuela o facultad para evaluar el grado de cumplimiento de los estándares, verificar que la autoevaluación cumpla con los requisitos y hacer recomendaciones que permitan lograr o superar los estándares de calidad. Durante

la visita se entrevista a miembros de la comunidad educativa, se revisan documentos, se revisan instalaciones y equipo, y se elabora un reporte de la visita. Este reporte contiene juicios en relación con el grado de cumplimiento de cada estándar, identifica las debilidades y plantea las recomendaciones para lograr el cumplimiento de los estándares que fueron ignorados.

Una vez dictaminado, el director recibe por escrito el dictamen con el porcentaje de estándares acreditados, las recomendaciones a los estándares no cumplidos y observaciones y sugerencias a algunos estándares que aún habiéndose cumplido pueden ser mejorados a juicio del Consejo. La escuela o facultad deberá elaborar un plan de acción de aplicación inmediata encaminado a igualar o superar los estándares de calidad, el programa se plasma en un documento llamado "Respuesta de la institución a las recomendaciones de la visita". Luego, y con una periodicidad anual, la institución debe informar al COMAEM los avances logrados en su plan de acción. Dicho informe se hace a través del "Reporte de Avances". Antes de concluir la vigencia de la acreditación por cinco años, la escuela o facultad debe iniciar su proceso de autoevaluación con miras a la nueva acreditación de sus programas.⁶⁸

4.5.-LA EDUCACIÓN MÉDICA EN CHIAPAS

En Chiapas, los primeros pasos en la educación médica, se dan a principios de los años 70, con la creación de la Universidad Autónoma de Chiapas, siendo Gobernador e impulsor en la máxima casa de estudios de los chiapanecos el Dr. Manuel Velasco Suárez. La Escuela de Medicina Humana se creó el 4 de enero de 1975, y a partir del 7 de septiembre de 1993 se denomina Facultad de Medicina Humana, por la creación de la Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud. Esta facultad está ubicada en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.⁶⁹

⁶⁸ www.comaem.org.mx

⁶⁹ www.unach.edu.mx

El egresado de la Facultad de Medicina Humana deberá ser un profesional de la medicina humana con sentido ético y humanista, altamente capacitado para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a los enfermos afectados con las patologías más frecuentes de la comunidad en el primer nivel de atención médica; asimismo, colaborar en la atención integral de los pacientes que ameriten ser tratados en el segundo o tercer nivel de atención médica. Deberá tener en cuenta, para su estudio integral, que el proceso salud-enfermedad en el hombre es el resultado de la armonía de múltiples factores, y caracterizarse por mantener una conducta autocrítica y de superación constante en los avances de su profesión para servir mejor al hombre y a la comunidad.

En el marco del proceso de acreditación del programa de Médico Cirujano, el rector de la Universidad Autónoma de Chiapas, Jorge Ordóñez Ruiz, y su equipo de trabajo recorrieron las instalaciones de la Facultad de Medicina Humana para reinaugar el Laboratorio de Usos Múltiples y el Aula Maestra de Usos de Ciencias Morfológicas, así como entregar equipo de cómputo, entre otros, en vísperas de la visita de miembros del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM). El proceso de acreditación de esta escuela se llevó a cabo en el año 2005, por el COMAEM.⁷⁰

Ante el rezago educativo en el Estado y dado que la población en edad de cursar estudios de Nivel Superior en el Estado se limitaba a la Universidad Pública y al Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey; surgió la necesidad de crear opciones para los jóvenes egresados de la Escuela de Técnicos en Contabilidad y Administración. Mediante el esfuerzo y constancia del C.P. Federico Luis Salazar Narváez y C.P. Emilio Enrique Salazar Narváez y contando con el apoyo del entonces Gobernador del Estado, Don Juan Sabines Gutiérrez, se funda el 02 de Septiembre de 1982 el **INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CHIAPAS** (IESCH) para impartir educación de nivel superior, incorporada a la Secretaría de Educación del Estado de Chiapas, asignándose la clave

⁷⁰ www.unach.edu.mx

07PSU0002D. Importante es mencionar que durante toda la década de los 80's, las condiciones educativas y sobre todo las gestiones para la apertura de centros de enseñanza particulares eran diferentes a las actuales. EL IESCH significó por ese ambiente, la vanguardia de las instituciones particulares en el Estado, conservando siempre parámetros cualitativos sobre cuantitativos. El respaldo de la comunidad IESCH se notó desde el principio, ya que apenas un año después (15 de Agosto de 1983) se logró la apertura de una segunda Licenciatura la de Administración de Empresas., construyen instalaciones en la 2° Norte Oriente No.460, sitio en donde se mantuvo durante los siguientes años. Tomando en cuenta los cambios tecnológicos, en el año de 1989 se abre la Licenciatura en Derecho y para Mayo de 1991 las Licenciaturas en: Informática Administrativa, Arquitectura e Ingeniero Zootecnista Administrador. Viendo el crecimiento se consiguió albergar nuevas expectativas y con el propósito de fortalecer la expansión y conjunción de las instalaciones, en el año de 1990 se inicia la construcción en el área actual, siendo la Licenciatura de Contaduría Publica la primera en trasladarse al edificio en Boulevard Paso Limón 244. Al contar con el espacio requerido se propusieron nuevos estudios superiores, autorizándose el 9 de Junio de 1992 la carrera de Ingeniero Constructor; el 16 de Junio de 1993, Mercadotecnia; el 16 de julio de 1993, Medicina Humana; en 1995 Diseño Grafico e Ingeniería en Sistemas Computacionales. Es precisamente en este año de 1995 cuando se reubica a la escuela de Arquitectura así como la naciente Licenciatura en Diseño Grafico a las instalaciones de lo que fue la Escuela de Comercio y Administración "Montiel y Prieto". A 12 años de su fundación, con el prestigio labrado, el reconocimiento de la sociedad y ante el creciente número de egresados y titulados, las necesidades de educación continuaron. Después de organizar una serie de diplomados para fortalecer las profesiones en operación y dar mejores herramientas a otros egresados, se iniciaron las gestiones para poder ofertar estudios de postgrado, siendo otorgada la autorización el 18 de julio de 1994, con la Maestría en Administración. El crecimiento del Instituto permitió la creación de dos campus fuera de Tuxtla Gutiérrez, el primero de ellos en Cinta lapa de Figueroa en 1997, ofreciendo ahí las Licenciaturas en: Administración de Empresas, Contaduría

Pública, Informática Administrativa, Ingeniero Zootecnista Administrador y Mercadotecnia; el segundo en la ciudad de Tapachula de Córdoba y Ordóñez, en donde se ofrecen las Licenciaturas en: Administración de Empresas, Arquitectura, Ciencias de la Comunicación, Ciencias de la Educación, Contaduría Pública, Derecho, Informática Administrativa, Ingeniería Civil, Ingeniero en Sistemas Computacionales, Ingeniero Zootecnista Administrador, Medicina, Mercadotecnia y Turismo.⁷¹

4.6.- AREA DE ESTUDIO (IESCH CAMPUS TAPACHULA)

Tapachula fue fundada como pueblo tributario de los aztecas en 1486 por el capitán Tiltototl, enviado a esas tierras por el nuevo rey mexicano Ahuizotl. El 23 de mayo de 1794, se convierte en cabecera del Soconusco, en sustitución de Escuintla; el 29 de octubre de 1813, las cortes de Cádiz expiden el decreto que la eleva a la categoría de villa; el 23 de octubre de 1821, Bartolomé de Aparicio, alcalde del ayuntamiento Tapachulteco, proclama la independencia de la villa de Tapachula, tanto de la corona española como de la Capitanía General de Guatemala y promueve su incorporación al imperio mexicano; el 11 de septiembre de 1842, el general Antonio López de Santa Ana, presidente provisional de la República Mexicana, promulga el decreto que la eleva al rango de ciudad. El 10 de enero de 1924, el general Tiburcio Fernández Ruiz, Gobernador Constitucional del Estado, promulga el decreto que declara a la ciudad de Tapachula como capital provisional de Chiapas. Tapachula Ocupa parte de la Sierra Madre y parte de la Llanura Costera del Pacífico, presentando un relieve muy variado. Sus coordenadas geográficas son 14° 54' N y 92° 16' W. Su extensión territorial es de 303 km², que equivale al 0.04% de la superficie total del estado. Su altitud es de 170 msnm.⁷² (ver anexo 1)

⁷¹ www.iesch.com.mx

⁷² www.soconusco.com.mx

Para el año 2000, ante la creciente demanda que genera la comunidad estudiantil de la zona costera y la favorable acogida que la sociedad ha dispensado al Instituto de Estudios Superiores de Chiapas Campus Tapachula se abre la Escuela de Medicina en este Campus, en las nuevas instalaciones ubicadas en la 30ª calle Oriente y avenida las Palmas s/n. Esta escuela se crea con la finalidad de brindar una mayor cobertura a los servicios de educación en las regiones costeras del estado y de generar recursos humanos conocedores de la problemática de salud en esta zona, ya que el plan de estudios contempla la regionalización de las diferentes patologías que presenta el ser humano, de acuerdo con su localización geográfica. Es así como el Instituto de Estudios Superiores de Chiapas, a través de la creación de nuevos espacios para la educación superior en el estado, refrenda su compromiso con la formación profesional de la juventud chiapaneca. En particular, la puesta en marcha de Escuelas de Medicina, impacta profundamente en el ámbito estatal a una de las actividades más nobles del ser humano: la de procurar la salud y prevenir las enfermedades entre sus semejantes, ya sea individual o colectivamente.⁷³

Parte importante de la vida universitaria en la Escuela de Medicina del IESCH, Campus Tapachula es el enriquecimiento académico de nuestro programa y éste se logra a través de los diversos órganos colegiados que integran nuestra Escuela, entre los que se encuentran el Consejo Técnico, integrado por profesores y alumnos; la Academia, integrada por las Academias de Ciclo: básico, clínico y de investigación, conformada por los profesores que imparten asignaturas de cada área y el Subcomité de Investigación y Bioética, integrado por académicos y estudiantes. La Escuela de Medicina, contribuyendo con la búsqueda y desarrollo del conocimiento a través de la promoción de proyectos de investigación en materia de salud de interés prioritario para la comunidad, promover actividades académicas con instituciones similares, contribuir a las actividades de enseñanza en el campo del humanismo y de la bioética en la Escuela de Medicina e Instituciones afines, que a su vez permitan elevar la calidad de la formación profesional de los

⁷³ Estatuto Orgánico de la Escuela de Medicina, del IESCH, campus Tapachula,

estudiantes de esta Institución. La escuela de Medicina del IESCH Campus Tapachula tiene como parte de su estructura al Consejo Consultivo, órgano de consulta para decisiones importantes como son la reestructuración curricular. Este está integrado por el Director de la Escuela de Medicina, personalidades del sector salud de nuestra región, así como médicos egresados de la propia escuela. La Plantilla Docente está constituida por 112 profesores de los cuales el 100% tienen título de estudio de licenciatura, el 33% tienen postgrado de especialidad médica y el 13.3% de los profesores tienen maestrías o la están cursando. De los docentes corresponden al primer año 11, de éstos el 100% tienen licenciatura, son médicos especialistas 2, 3 químicos fármaco biólogos con maestría y uno con especialidad, 2 licenciadas en psicología con maestría, 1 informático, 1 licenciada en inglés avanzado, 1 bióloga con maestría. Esto nos da una relación de 5.5 alumnos por profesor. El programa académico de primer año es complementado con prácticas que se realizan en los laboratorios multidisciplinarios de: Bioquímica, Histología, Embriología y Anatomía. El segundo año tiene 46 alumnos como se mostró en la tabla anterior y 12 profesores, correspondiendo una relación de 3.8 alumnos por profesor, de éstos el 100% están titulados a nivel licenciatura, 5 son médicos especialistas, 3 médicos generales (de los cuales dos tienen maestría y 1 está cursándola) 1 químico fármaco biólogo cursando maestría, 1 licenciada en enfermería con especialidad en quirúrgica y maestría en docencia en ciencias de la salud, 1 licenciada en enseñanza de inglés y 1 licenciado en informática. El programa académico de segundo año se apoya en los laboratorios multidisciplinarios: farmacología, fisiología y ecología. Recibiendo adiestramiento en técnicas quirúrgicas en el Quirófano de la escuela en donde se realizan prácticas quirúrgicas. En este curso se manejan prácticas de salud pública que se realizan vinculadas con la asignatura de seminario de investigación de primer año y epidemiología de tercero en proyectos de investigación en el:

- Centro de Salud Urbano Tapachula del Instituto de Salud del Estado de Chiapas
- Jurisdicción Sanitaria No. VII, del Instituto de Salud del Estado de Chiapas

En el tercer año tenemos matriculados 41 alumnos y 19 profesores, correspondiendo una relación de 2 alumnos por profesor. El 100% tiene licenciatura, 14 son médicos con especialidad médica, 1 licenciados en nutrición y 1 licenciado en informática, 3 médicos generales (dos cursando maestría).

En este año escolar se inicia las prácticas clínicas, las cuales se desarrollan en gran parte dentro de hospitales, y en el consultorio de la escuela. Los estudiantes rotan por hospitales siguientes:

- Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Unidad de Medicina Familiar No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Clínica Hospital "Dr. Roberto Nettel Flores" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez Palencia" del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas.
- Hospital General Tapachula, del Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

En el cuarto año hay matriculados 52 alumnos atendidos por 32 profesores, teniendo una relación de 1.6 alumnos por profesor, de los cuales el 100% ostenta la licenciatura de médico y 30 tiene especialidad médica, lo que corresponde al 50% de los profesores de éste curso, 2 médicos generales de los cuáles uno, cursa actualmente maestría.

Este ciclo se desarrolla principalmente en los siguientes hospitales:

- Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Unidad de Medicina Familiar No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Clínica Hospital "Dr. Roberto Nettel Flores" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Clínica Hospital "Dr. Belisario Domínguez Palencia" del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas.
- Hospital General Tapachula del Instituto de Salud del Estado de Chiapas.
- Cruz Roja Mexicana Delegación Tapachula.

El quinto año es práctico en su totalidad, tenemos 31 alumnos cursándolo, distribuidos en los hospitales con los cuales la escuela tiene convenio o esta

tramitando el mismo. Sin embargo con los que no se ha firmado el convenio se tienen cartas de no inconveniente.

Los hospitales a los cuales acuden con convenio son:

- Instituto de Salud del Estado de Chiapas.
- Hospital General de Tapachula.
- Hospital General de San Cristóbal de las Casas.
- Hospital General de Villa Flores.
- Hospital General de Pichucalco.
- Hospital General de Tonalá.
- Hospital General de Arriaga.
- Instituto de Servicios y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- Centro Médico "Dr. Julián Manssur Ocaña", del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco.

Hospitales a los que acuden con carta de no inconveniente:

- Hospital de la Secretaría de la Defensa Nacional en Chiapas.

Al concluir el Internado de Pregrado, los alumnos pueden optar por una plaza de Servicio Social dentro de la República Mexicana que otorga la Dirección de Enseñanza en Salud, del Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Los programas de estudio reflejan las prioridades de salud nacional y la educación teórica se integra con la práctica mediante la solución de problemas como base para el aprendizaje tanto en sedes clínicas como en comunitarias. Las actividades de enseñanza permiten la consecución tanto de la competencia profesional como de los valores sociales de la medicina por lo que los alumnos de esta institución deben de asistir a los mismos como parte de su formación. Con la finalidad de fortalecer la currícula y paralela a la misma se imparten las asignaturas de Desarrollo Personal y comunicación en el primer año. Esto permite el desarrollo de las habilidades del pensamiento indispensable para acrecentar la capacidad de análisis, síntesis y permitir la toma de decisiones que impactaran directamente en la personalidad del individuo en formación, así mismo la comunicación mejora la relación médico-paciente y la interrelación con otros

profesionales del grupo multidisciplinario con el cual debe interactuar. Continuando con esta temática en el segundo ciclo se inserta como materia extracurricular obligatoria a semiología y biótica, que participan complementando la formación desde una perspectiva clínica y humanitaria. Se muestran en el mapa curricular y los programas en el plan de estudios. Paralelo a todo el currículo de la Enseñanza Médica se propicia la participación en actividades de formación complementaria, opcionales, que se realizan en verano, como es el programa de pre-internado para los alumnos que se encuentran en 3° año, cursos de actualización de las diferentes asignaturas. Se participa además en programas generales como los de vacunación, educación par la salud, emergencias sanitarias y desarrollo comunitario: Asistencia a eventos académicos de las diferentes asociaciones médicas: En el Campus Tapachula, la comunidad universitaria del IESCH impulsa el desarrollo cultural y deportivo de los educandos con la finalidad de formar personas físicas y mentalmente sanas, con la capacidad para interrelacionarse con profesionales de diferentes disciplinas e integrarse a actividades sociales que favorezcan su desarrollo integral y armónico. Para tal efecto, se llevan acabo eventos extracurriculares tales como:

Semana Cultural: En la cual se realizan diversas actividades de acuerdo a la licenciatura que las presente como: exposición de trajes típicos, presentación de programas de televisión, platicas: de estudiante a estudiante te enseño a planificar, medición de agudeza visual, conócete a ti mismo entre otros que fueron realizados por medicina. La licenciatura de médico esta basada en paradigmas que se han venido transformando conforme surgen los nuevos avances científicos y elaboraciones filosóficas, es por ello que referirse a la medicina del siglo XXI implica el señalar los campos científicos y técnicos como resultado de las proporciones conceptuales y filosóficas de la modernidad. A consecuencia de ello, la medicina esta integrada por conocimientos estrechamente interrelacionados que componen este saber y práctica: la ciencia y el arte, la técnica y la filosofía, la religión y la magia, la clínica y la economía, la artesanía y la industria y muchos otros que concurren en su desarrollo. El objeto de la medicina ha sido siempre la enfermedad, sin embargo a finales del siglo XX surge el interés por la salud, no

sólo por curar y prevenir la que actualmente se ha ido debilitando por el ansia de conocer más sobre las causas que generan los procesos fisiopatológicos. Entramos al siglo XXI inmerso en una crisis económica, con una gran dependencia científico-técnica, buscando un nuevo paradigma. La realización de éste en nuestro país es factible ya que tanto la medicina privada como la pública se basan en un modelo biomédico con una marcada tendencia al pensamiento racional y humanístico. En todas las reflexiones anteriores hacemos notar que el concepto de la carrera esta apegado a las transformaciones que se han venido dando en el camino de la medicina y en la globalización de las sociedades actuales.⁷⁴

⁷⁴ Manual de Procedimientos y Documento de fundamentación IESCH campus Tapachula, Escuela de Medicina

CAPÍTULO V

METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

En la presente investigación, la actitud del profesor frente a la evaluación de su práctica docente para el proceso de acreditación es analizada desde el *enfoque cuantitativo*, dado que se midieron o evaluaron diversos aspectos, dimensiones o componentes de la actitud.

Así mismo, se definió un *alcance descriptivo correlacional* porque, además de describir la planta docente de la Escuela de Medicina del IESCH, Campus Tapachula, en términos de edad, sexo, título profesional, nivel académico, experiencia docente en años y experiencia previa en procesos de acreditación, se exploran algunas correlaciones entre dichos factores y la actitud que muestran los profesores ante la evaluación de su práctica docente que exige el proceso de acreditación de dicha Escuela.

De igual manera, esta investigación tiene un *diseño no experimental* considerando que no existen ni manipulación intencional de las variables, porque la evaluación de la práctica docente fue previamente realizada por la institución, ni asignación al azar de los sujetos estudiados, ya que pertenecían al grupo establecido de docentes de la Escuela de Medicina del IESCH, Campus Tapachula.

Además, es un estudio de *tipo transversal*, ya que se investigaron todos los datos en un tiempo único, con el objetivo de describir las variables y analizar su interrelación en un momento dado.⁷⁵

⁷⁵ Hernández Sampieri R., *Metodología de la investigación*. 4ª edición. Ed. McGraw-Hill/Interamericana. 2006. México. Pag. 850

5.2. ESPACIO Y TIEMPO

El estudio se realizó en las instalaciones de la Escuela de Medicina del Instituto de Estudios Superiores de Chiapas, Campus Tapachula, durante los meses de Abril a Octubre del año 2006.

5.3. UNIVERSO DE ESTUDIO

Se consideró como universo del presente estudio a toda la Plantilla Docente del Ciclo Escolar 2005-2006 de la Escuela de Medicina del Instituto de Estudios Superiores de Chiapas, Campus Tapachula, integrada por 42 profesores. Sin embargo, durante la recolección de datos únicamente 39 reunieron los criterios de inclusión descritos a continuación.

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Profesores inscritos en la Plantilla Docente del Ciclo Escolar 2005-2006 de la Escuela de Medicina del Instituto de Estudios Superiores de Chiapas, Campus Tapachula, que se encontraban presentes en el espacio y tiempo requeridos, y que aceptaron por voluntad propia participar en el presente estudio contestando y firmando de consentimiento los cuestionarios utilizados como instrumentos de medición.

5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Profesores de otras carreras del Instituto de Estudios Superiores de Chiapas, Campus Tapachula, o que estando inscritos en la Plantilla Docente de la Escuela de Medicina no desearon participar en el estudio, o que se encontraban fuera de la Institución en el tiempo en que se aplicaron los cuestionarios por razones externas (incapacidad, vacaciones, faltas).

5.6. VARIABLES

La *variable dependiente* a estudiar es la *actitud*, que fue conceptualizada como la “forma de predisposición relativamente estable del profesor de la Escuela de Medicina del IESCH, Campus Tapachula, que reacciona de una forma concreta ante la evaluación de su práctica docente para el proceso de acreditación”, y que se analiza desde sus dimensiones cognitiva, afectiva y conductual. (Ver Anexo 2)

Como *variables independientes*, se consideraron la *edad*, *sexo*, *título profesional*, *nivel académico*, *experiencia docente en años* y *experiencia previa en procesos de acreditación* de los profesores inscritos en la Plantilla Docente del Ciclo Escolar 2005-2006 de la Escuela de Medicina del IESCH, Campus Tapachula. (Ver Anexo 2)

5.7. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario integrado por preguntas de carácter general, que abordaron las variables independientes y preguntas específicas que midieron la actitud como variable dependiente. (Ver Anexo 3)

Las preguntas generales fueron sexo, con dos opciones de respuesta: masculino y femenino; edad, de respuesta abierta que posteriormente se categorizó en intervalos; nivel académico, con las opciones Licenciatura, Especialidad y Maestría; título profesional, con las opciones Médico, Psicólogo, Q.F.B., Biólogo e Ingeniero en Informática; experiencia docente en años, de respuesta abierta que posteriormente se categorizó en intervalos; y experiencia previa en acreditación, con dos opciones de respuesta: Si o No.

En cuanto a la variable dependiente, se decidió que debía medirse con una escala de actitudes por intervalos, porque permite la realización de pruebas estadísticas inferenciales para establecer relaciones entre variables.

Así, la actitud se midió en sus distintas dimensiones mediante un cuestionario estructurado con respuestas de opción múltiple, según una escala tipo Likert. De tal manera que el nivel de medición de esta variable es de tipo estrictamente ordinal, ya que las opciones de respuesta constituyen categorías, cuyo orden está dado por jerarquías de mayor a menor.

Las opciones de afirmación para cada pregunta del cuestionario fueron: "Totalmente de acuerdo", "De acuerdo", "Ni de acuerdo, ni en desacuerdo", "En desacuerdo" y "Totalmente en desacuerdo". Se puede observar que el continuo de respuesta consta de cinco puntos u opciones de respuestas para cada pregunta, tal como lo sugiere Likert (1932 en Summers, 1984).

La prueba incluye una dirección de las afirmaciones favorables o positivas de mayor a menor, de tal manera que la afirmación "Totalmente de acuerdo" se traduce en una actitud muy positiva y adquiere un valor de 5, mientras que la afirmación "Totalmente en desacuerdo" se traduce en una actitud muy negativa y adquiere un valor de 1. Así, la regla de medición para interpretar la escala es que "a mayor puntaje, más positiva y favorable es la actitud" y "a menor puntaje, la actitud es más negativa y desfavorable", los puntajes intermedios expresan una actitud medianamente positiva, neutra o medianamente negativa, según se muestra en el siguiente esquema.

Actitud				
5	4	3	2	1
Muy positiva	Medianamente positiva	Neutra	Medianamente negativa	Muy negativa

El instrumento se probó con una muestra no probabilística del 30% del universo en estudio para determinar su confiabilidad, de acuerdo con el método de alfa de Cronbach, tanto por su análisis de variabilidad (alfa), como por correlación r de Pearson (alfa estandarizada).

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba piloto, se obtuvo un valor de alfa superior a 0.7, elaborándose el cuestionario final con los ítems que mejor discriminaron la actitud de los profesores.

Las preguntas del cuestionario, abordaron los 5 aspectos considerados en la definición conceptual de actitud, que son: actitud emotiva, desinteresada, manipuladora, interesada o integradora.

Para la aplicación del instrumento, los profesores participantes fueron instruidos respecto al propósito, procedimientos y duración del estudio. También se les informó que los datos obtenidos en la presente investigación serían de carácter confidencial y que podían negarse a contestar cualquier pregunta o a no seguir participando en cualquier momento sin perjuicios de ninguna clase. De igual manera, se les explicó que no se mencionaría su nombre en ningún reporte, documentos u ocasión cuando se hicieran presentaciones relacionadas con este estudio. Finalmente, se les entregó y solicitó que contestaran la totalidad del cuestionario en una sola sesión, al concluir una de sus clases, conforme a su horario normal durante el ciclo escolar 2005-2006.

5.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez que se aplicaron los cuestionarios correspondientes, los datos fueron tabulados y analizados en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), que proporciona de manera accesible, desde las medidas de tendencia central hasta las de correlación múltiple y pruebas de significación de los resultados a los que se llegaron, tanto en el ámbito descriptivo como en el inferencial, con la intención de validar lo obtenido desde el punto de vista cuantitativo.

En primera instancia, se realizó un análisis mediante estadística descriptiva, expresándose los promedios de las variables numéricas y la distribución de frecuencias para las variables categóricas, mostrando éstas últimas en gráficas o tablas.

La correlación entre variables se analizó mediante la prueba de Chi Cuadrada (χ^2), con un intervalo de confianza del 95%, considerándose como relaciones estadísticamente significativas aquellas con un valor de probabilidad igual o menor a 0.05.

CAPÍTULO VI

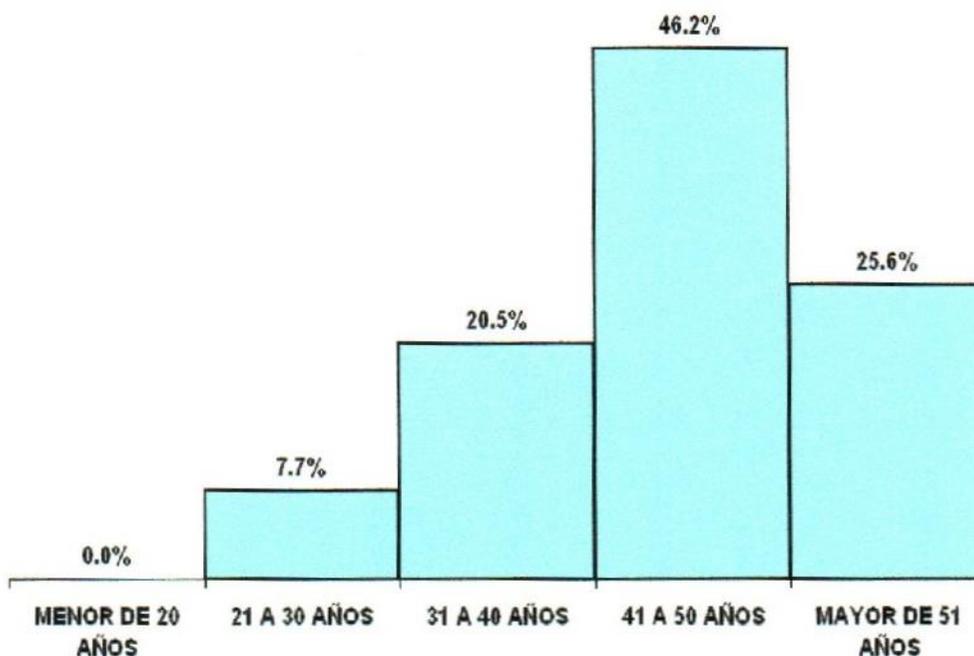
RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

EDAD

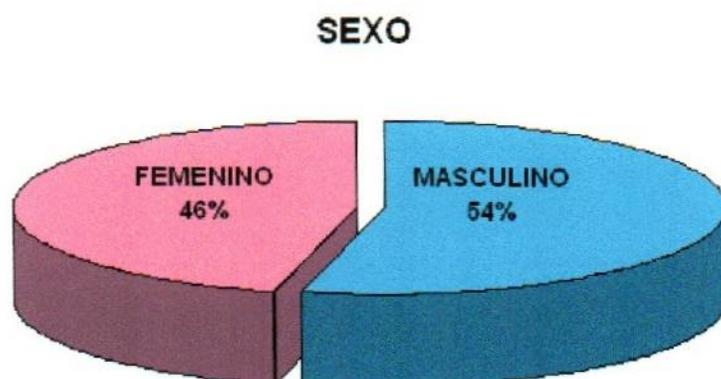
El cuestionario se aplicó a un total de 39 profesores, cuya edad promedio fue de 44 años, de tal manera que el grupo de edad que reunió a la mayoría de los participantes (46.2%) fue el de 41 a 50 años, según se muestra en el siguiente gráfico.

GRUPOS DE EDAD



SEXO

En cuanto al sexo, la mayoría de los profesores participantes fueron hombres, que representan un 54% del total, mientras que el 46% estuvo constituido por mujeres (46%), tal como se observa en el gráfico siguiente.

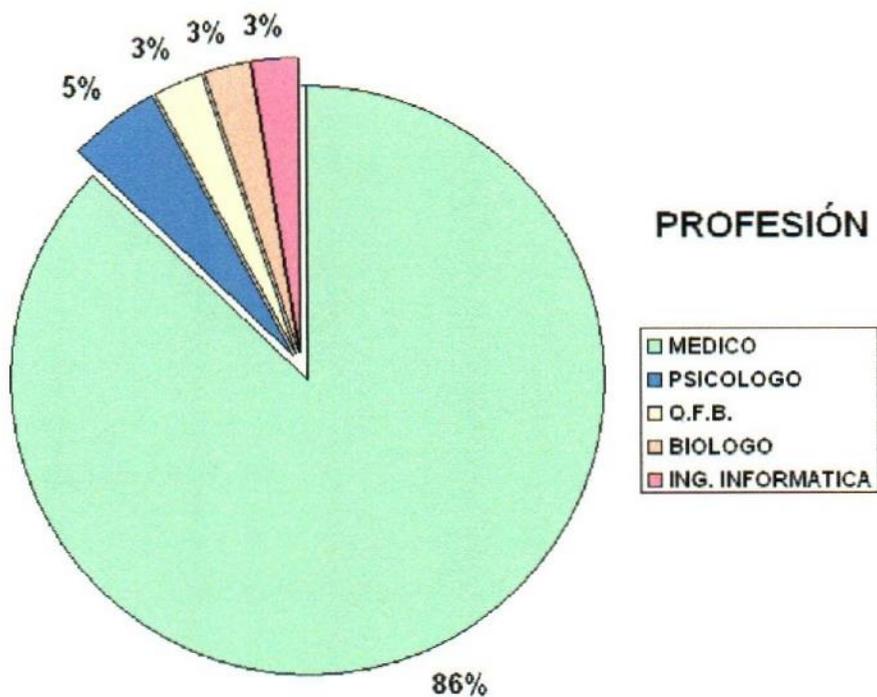


Al establecer relación sexo- edad en la tabla que se muestra a continuación, se obtuvo que la mayoría de los hombres (72%) se concentra en el grupo de edad de 41 a 50 años, mientras que la mayoría de las mujeres (89%) se distribuye de manera homogénea en tres grupos de edad que van de los 31 a mayores de 50 años.

	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
MENOR DE 20 AÑOS	0	0	0
DE 21 A 30 AÑOS	1	2	3
DE 31 A 40 AÑOS	3	5	8
DE 41 A 50 AÑOS	13	5	18
MAYOR DE 50 AÑOS	4	6	10
TOTAL	21	18	39

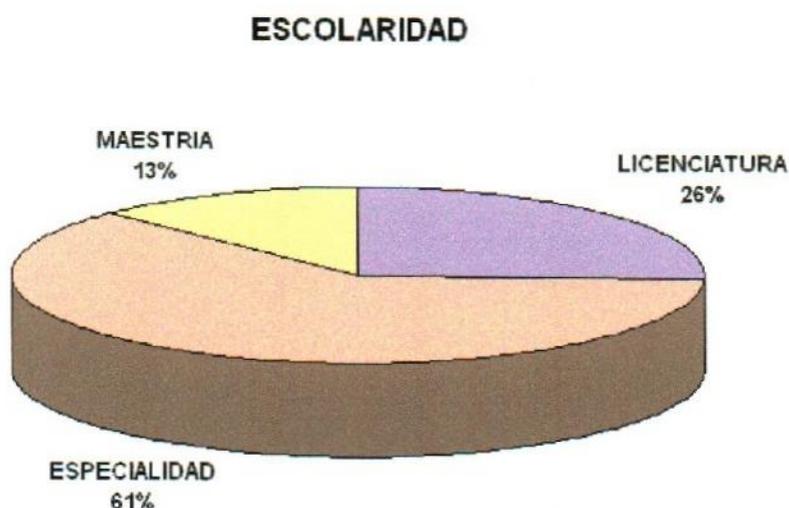
TÍTULO PROFESIONAL

La profesión dominante entre los profesores fue la de médico con un 86%, mientras que el 14% restante corresponde a químicos fármaco biólogos (Q.F.B.), psicólogos, biólogos e ingenieros en informática, que para efectos del estudio, corresponden al grupo no médico.



NIVEL ACADÉMICO

Un 26% de los profesores entrevistados cuenta solamente con el grado de licenciatura, mientras que la gran mayoría posee una especialidad (61%) y el 13%, una maestría, según se muestra gráficamente a continuación.

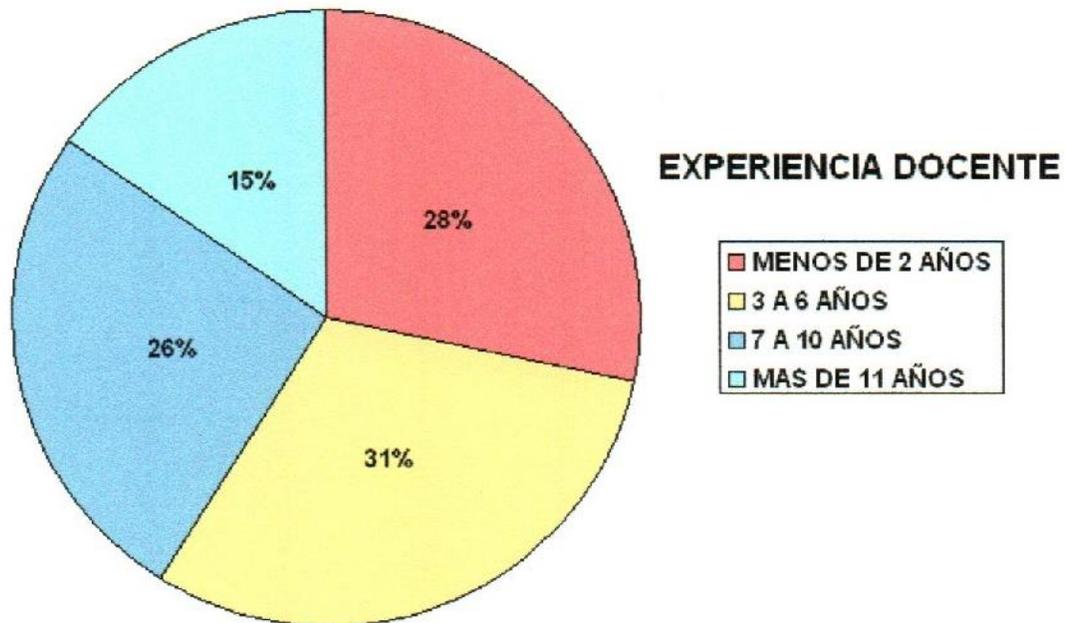


La mayoría de los médicos (68%) posee una especialidad, mientras que el 80% de los que tienen maestría son del resto de las profesiones (psicólogo, biólogo e ingeniero en informática), tal como se muestra en la siguiente tabla.

	ESCOLARIDAD			TOTAL
	LICENCIATURA	ESPECIALIDAD	MAESTRIA	
MEDICO	10	23	1	34
PSICOLOGO	0	0	2	2
Q.F.B.	0	1	0	1
BIOLOGO	0	0	1	1
ING. EN INFORMATICA	0	0	1	1
TOTAL	10	24	5	39

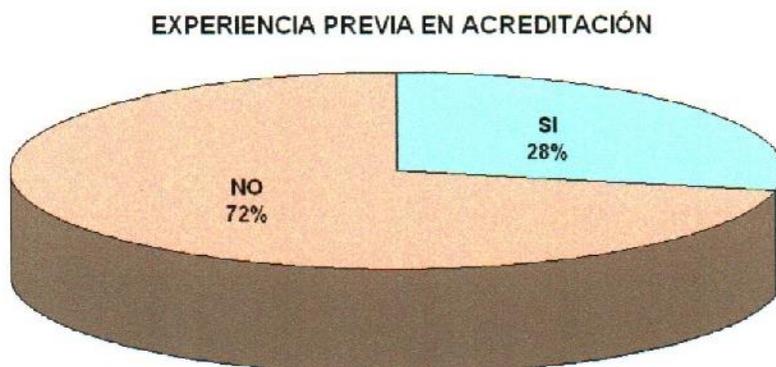
EXPERIENCIA DOCENTE

Por otra parte, la experiencia docente entre los profesores fue de un promedio de 6 años, con una distribución muy similar entre los grupos con menos de 2 años de experiencia (28%), de 3 a 6 años (31%), y de 7 a 10 años (26%), según se puede observar en el siguiente gráfico.



EXPERIENCIA PREVIA EN PROCESOS DE ACREDITACIÓN

En cuanto a experiencia previa en procesos de acreditación, poco menos de una tercera parte de los profesores de la Escuela (28%) ha pasado por ello, teniendo una plantilla docente que en su mayoría (71%) desconoce dichos procesos.

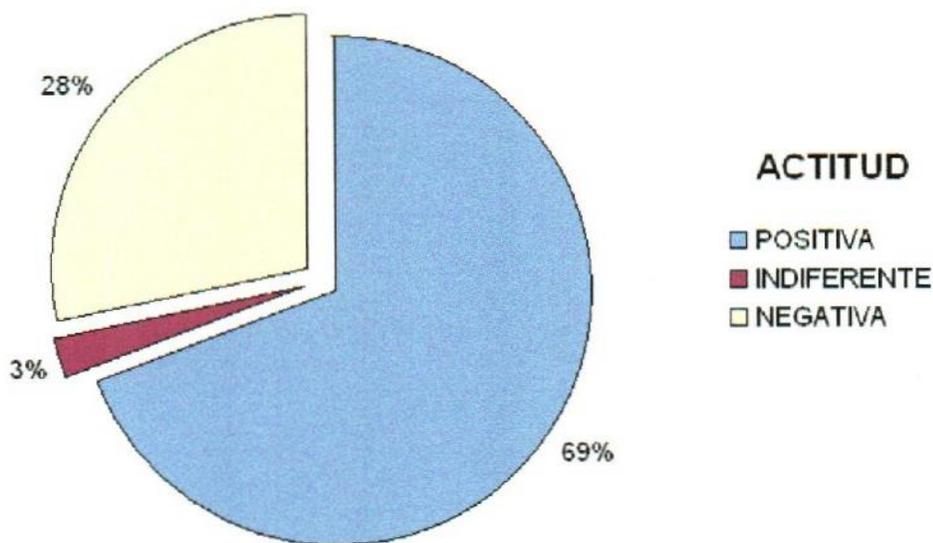


En la tabla siguiente se muestra la relación entre la experiencia docente en años y la experiencia previa en procesos de acreditación. En términos absolutos, se puede observar que de los 11 profesores que Si han tenido una experiencia previa en procesos de acreditación, 4 tienen una experiencia docente de 7 a 10 años y 3, mas de 11 años. Por lo anterior, se podría decir que a mayor experiencia docente en años, mayor probabilidad de haber tenido una experiencia previa en procesos de acreditación.

EXPERIENCIA PREVIA EN ACREDITACIÓN			
	SI	NO	TOTAL
MENOS DE 2 AÑOS	2	9	11
DE 3 A 6 AÑOS	2	10	12
DE 7 A 10 AÑOS	4	6	10
MAS DE 11 AÑOS	3	3	6
TOTAL	11	28	39

6.2. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Al integrar las respuestas del cuestionario referentes a la actitud que muestran los profesores con respecto a la evaluación de su desempeño docente como parte del proceso de acreditación de la Escuela de Medicina, la actitud, categorizada como positiva, indiferente o negativa, mostró que en su mayoría (69%) los profesores muestran una actitud positiva.



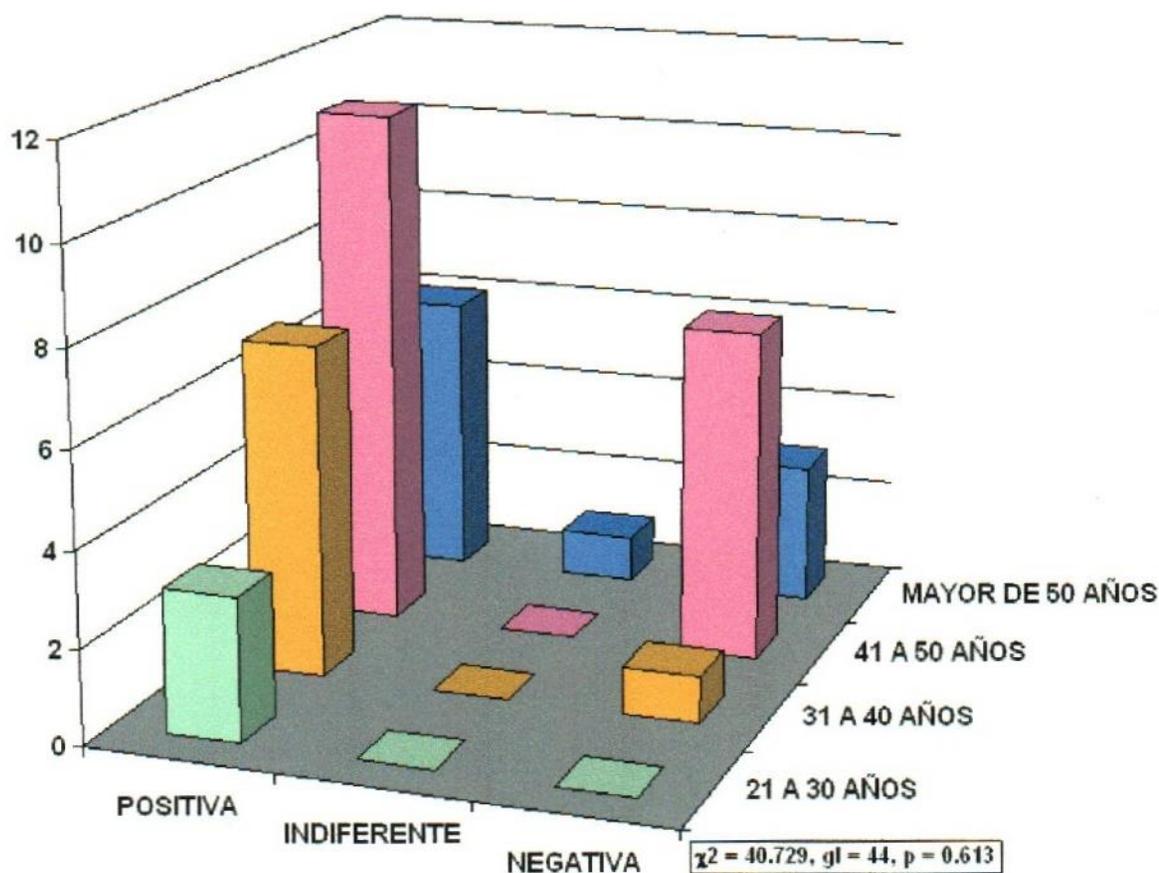
6.3. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE VARIABLES

Al realizar la prueba de chi cuadrada para establecer las relaciones entre la actitud y las variables independientes, se encontró que la actitud tiene relaciones estadísticamente significativas con los años de experiencia docente y con la experiencia previa en acreditación.

		ACTITUD			
		POSITIVA	INDIFERENTE	NEGATIVA	Total
EDAD	21 A 30 AÑOS	3	0	0	3
	31 A 40 AÑOS	7	0	1	8
	41 A 50 AÑOS	11	0	7	18
	MAYOR DE 50 AÑOS	6	1	3	10
	Total	27	1	11	39
		$\chi^2 = 40.729, gl = 44, p = 0.613$			
SEXO	MASCULINO	16	1	4	21
	FEMENINO	11	0	7	18
	Total	27	1	11	39
		$\chi^2 = 2.528, gl = 2, p = 0.282$			
TITULO	MEDICO	22	1	11	34
	PSICOLOGO	2	0	0	2
	Q.F.B.	1	0	0	1
	BIOLOGO	1	0	0	1
	ING. INFORMATICA	1	0	0	1
	Total	27	1	11	39
		$\chi^2 = 2.549, gl = 8, p = 0.959$			
NIVEL	LICENCIATURA	7	0	3	10
	ESPECIALIDAD	15	1	8	24
	MAESTRIA	5	0	0	5
	Total	27	1	11	39
		$\chi^2 = 3.112, gl = 4, p = 0.539$			
EXPERIENCIA	MENOS DE 2 AÑOS	8	0	3	11
	DE 3 A 6 AÑOS	8	0	4	12
	DE 7 A 10 AÑOS	7	0	3	10
	MAS DE 11 AÑOS	4	1	1	6
	Total	27	1	11	39
		$\chi^2 = 49.516, gl = 26, p = 0.003$			
ACREDITACION	SI	10	1	0	11
	NO	17	0	11	28
	Total	27	1	11	39
		$\chi^2 = 7.907, gl = 2, p = 0.019$			

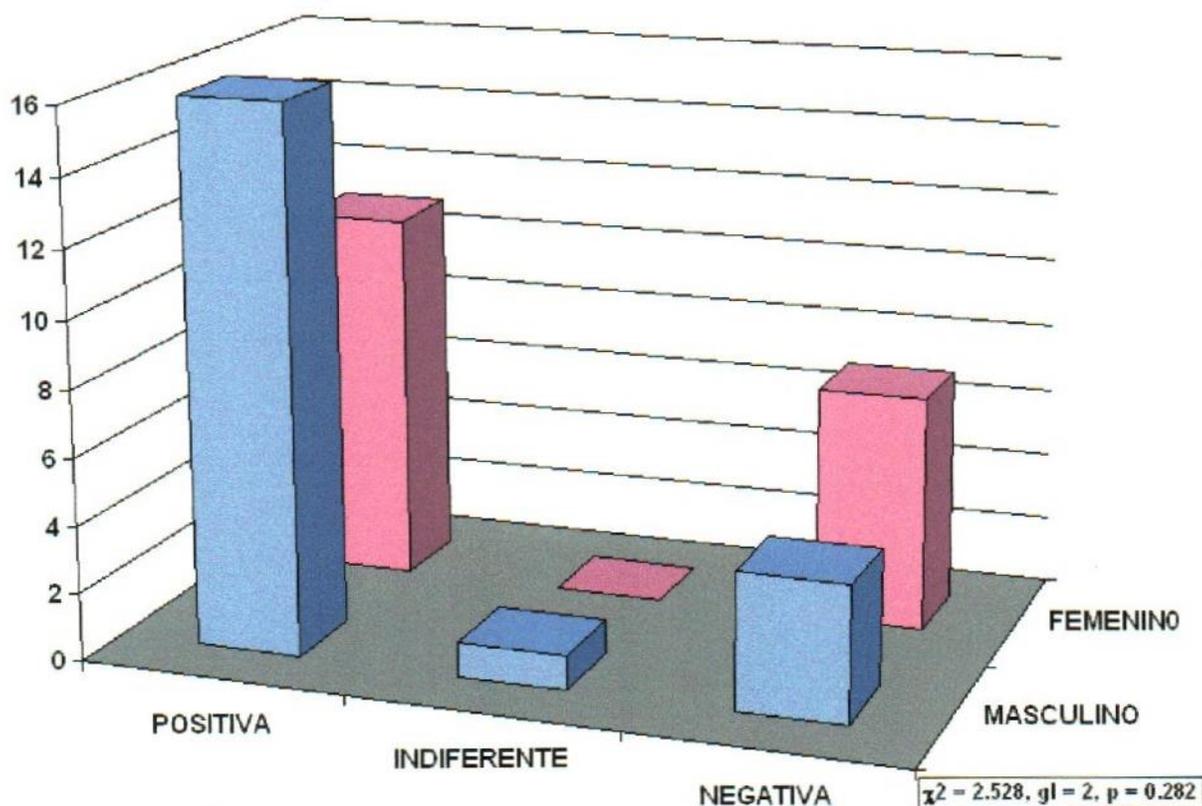
Las relaciones descritas en la tabla anterior, pueden observarse gráficamente de la siguiente manera.

ACTITUD SEGÚN EDAD



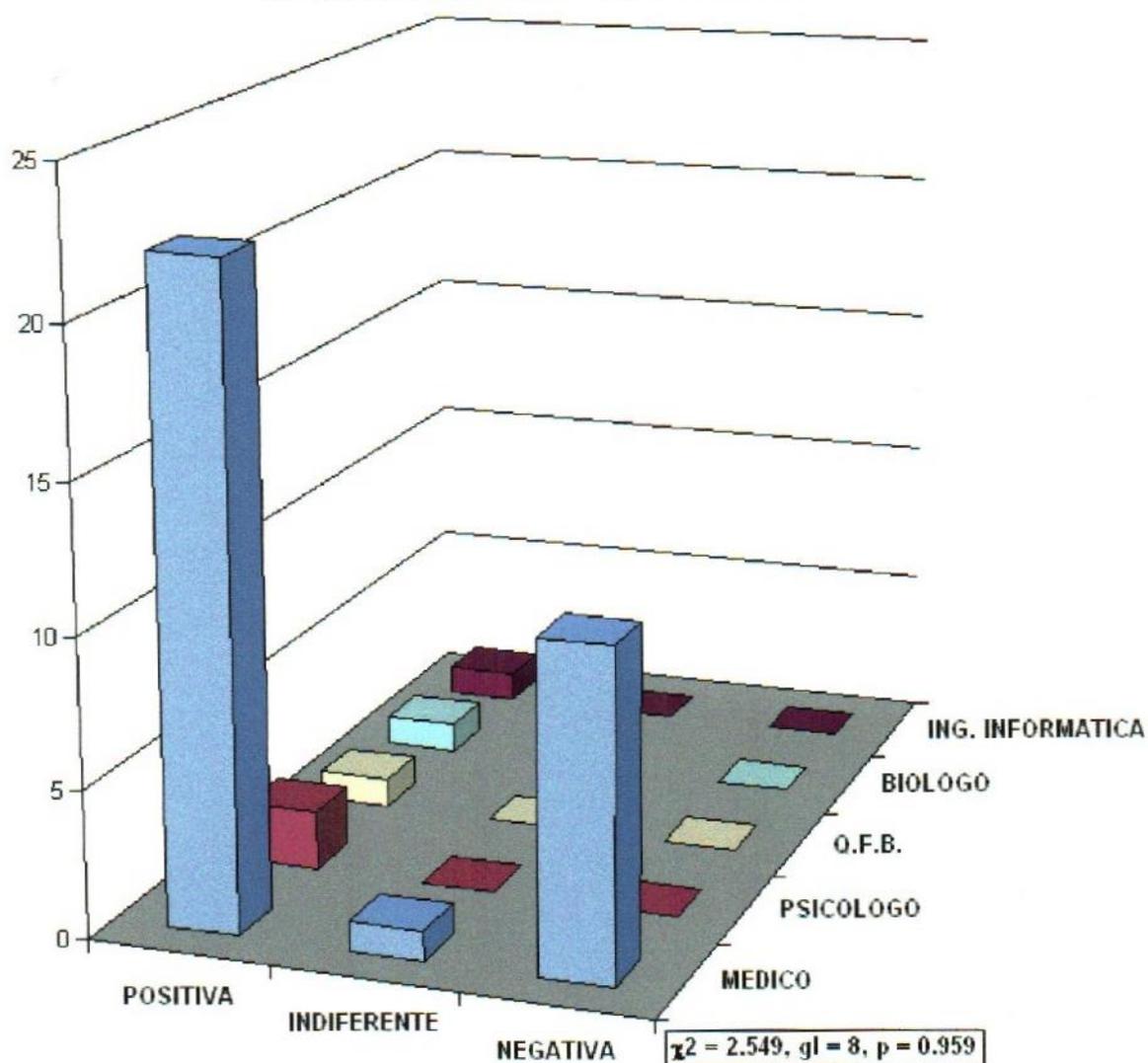
Aunque no existe una relación estadísticamente significativa entre la actitud y la edad del profesor, en todos los grupos de edad se observan tendencias positivas, el punto de la indiferencia se ve escasamente representado, mientras existe una pequeña proporción con actitud negativa.

ACTITUD SEGÚN SEXO



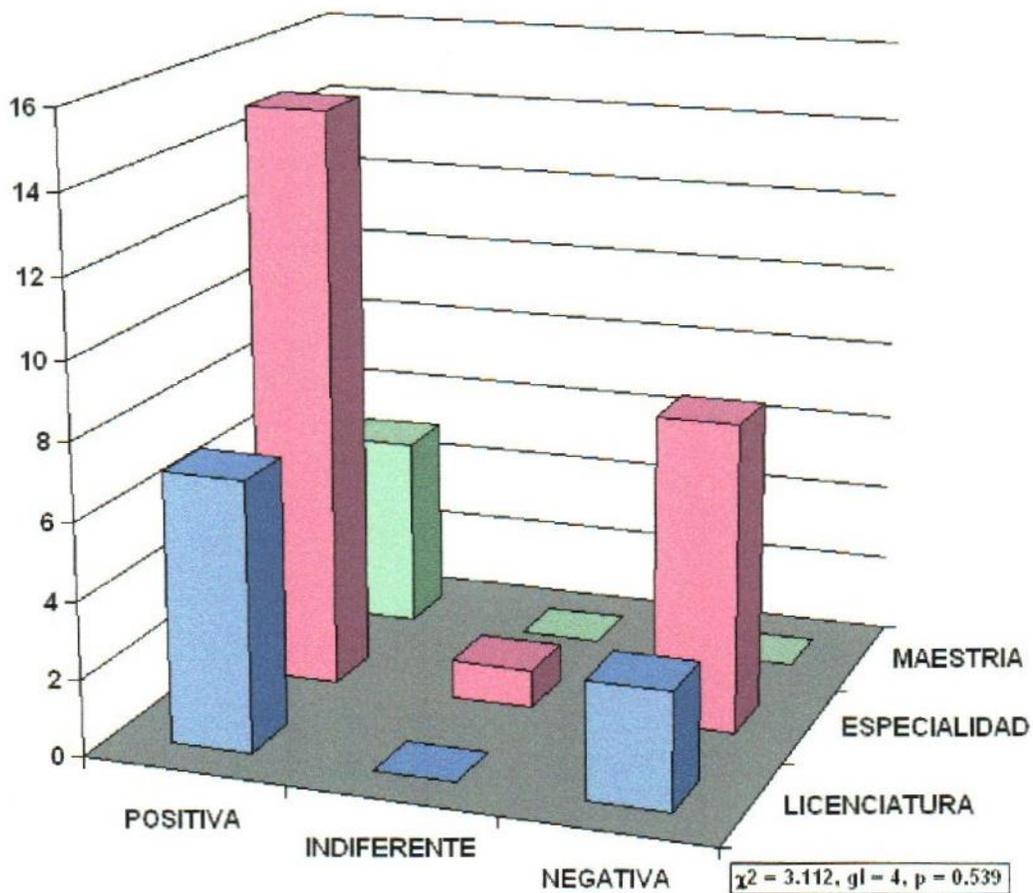
En cuanto a la relación actitud según el sexo también se observa una tendencia positiva, siendo mayoritaria en el sexo masculino, cabe hacer mención en este punto, que la mayoría de los entrevistados fueron hombres. La actitud negativa es minimamente representada en su mayoría por las mujeres, mientras que la opción indiferente es minimamente observable.

ACTITUD SEGÚN TÍTULO PROFESIONAL



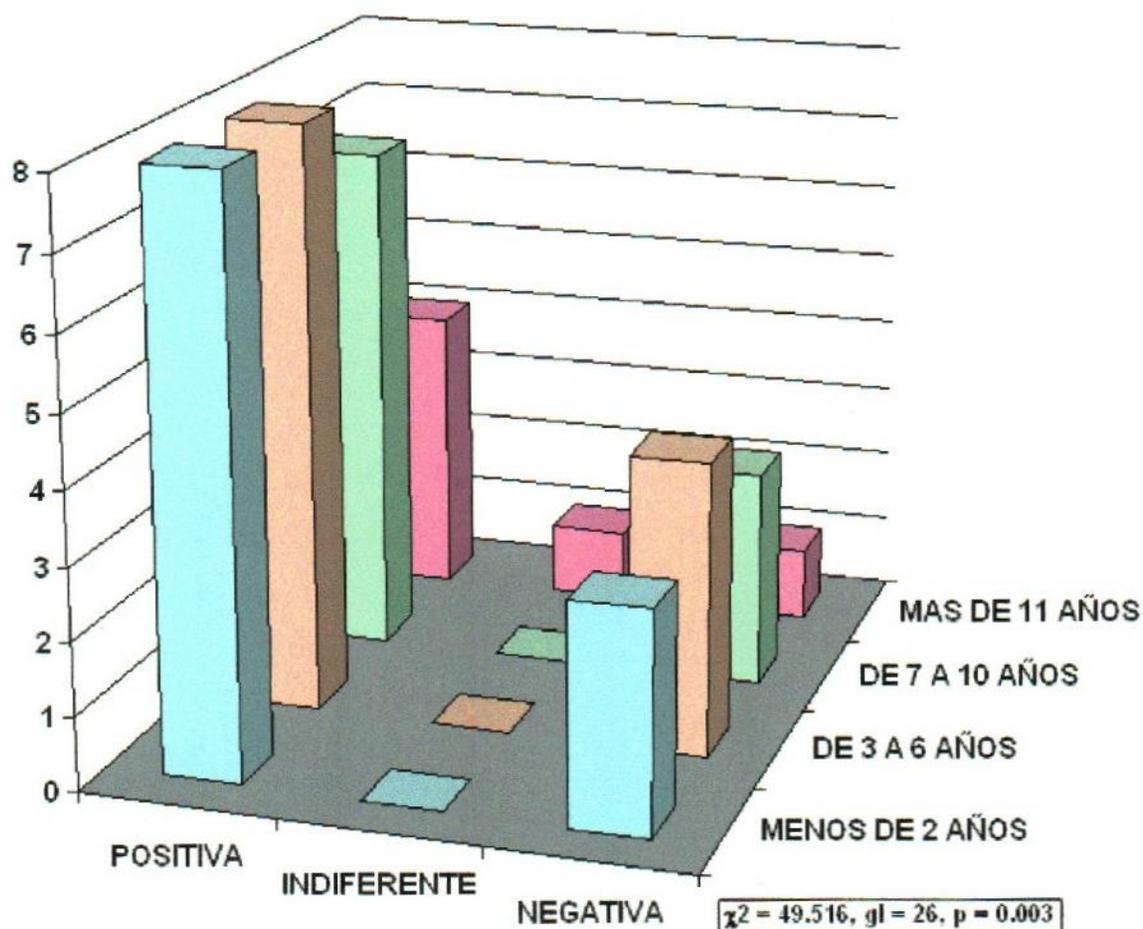
Retomando la relación de la actitud de acuerdo al título profesional o formación académica de los profesores, se obtuvo que existen tendencias positivas, escasa indiferencia y una pequeña representación de actitudes negativas, así mismo cabe mencionar de nueva cuenta que el grupo mayoritario estuvo constituido por médicos.

ACTITUD SEGÚN NIVEL ACADÉMICO



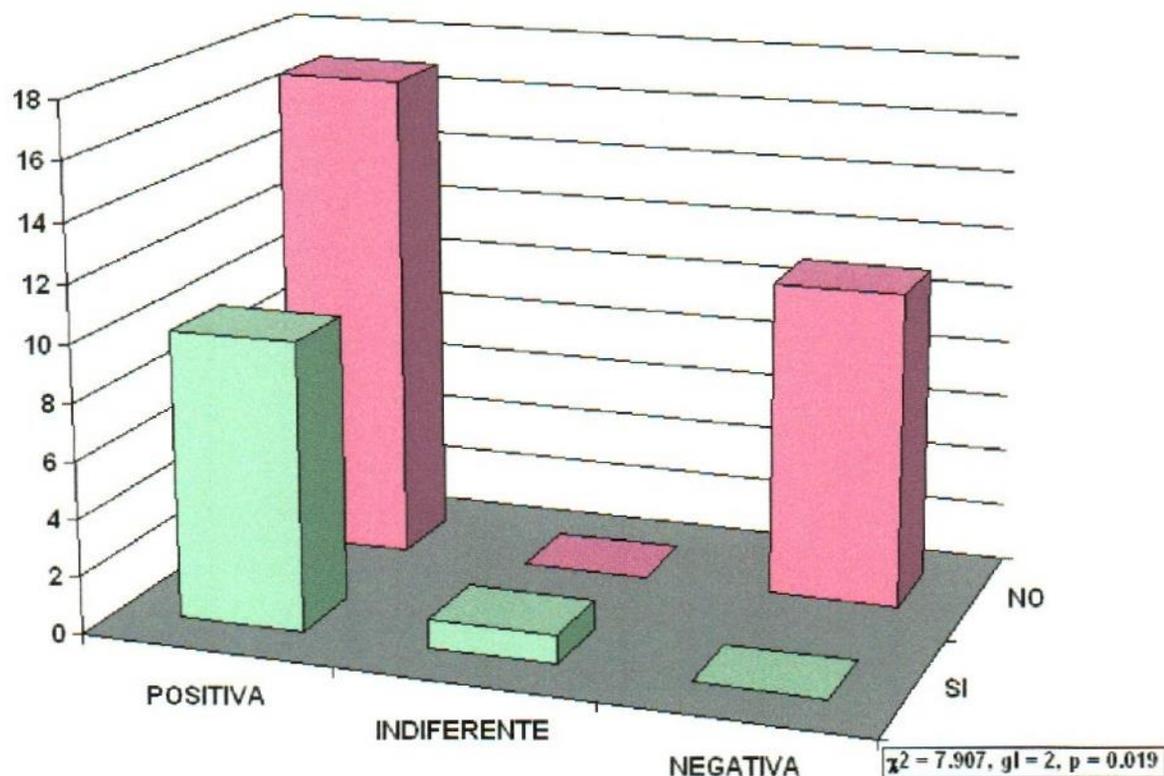
En el caso de la relación entre la actitud y el nivel académico, las tendencias son hacia la positividad, un grupo minoritario en situación negativa y en forma muy escasa indiferente, así mismo que la mayoría de las respuestas se relacionan con profesionistas con alguna especialidad.

ACTITUD SEGÚN EXPERIENCIA DOCENTE



En el sentido de la relación entre actitud y la experiencia docente de los entrevistados, existe una relación estadísticamente significativa ($p=0.003$) y la actitud positiva estuvo fuertemente marcada, escasa indiferencia y algunas tendencias negativas, siendo el grupo entre 3 a 6 años el de mayor participación.

ACTITUD SEGÚN EXPERIENCIA PREVIA EN ACREDITACIÓN



Considerando la relación entre actitud y experiencia previa en procesos de acreditación de los profesores encuestados, los resultados demuestran positividad en general, sin embargo el grupo inexperto se manifestó mayoritariamente en este sentido, prevalece escasa indiferencia, así mismo la tendencia negativa es escasa y con acentuada representación en profesores sin experiencia previa.

CAPITULO VII

DISCUSIONES

El papel esencial de la acreditación institucional es establecer "estándares académicos" que garanticen la alta calidad de los servicios del sistema educativo; para lograrlo, la determinación de los estándares deberá considerar las necesidades de desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas requeridas para la formación profesional integral de los sujetos, con el fin de que éstos puedan ser capaces de satisfacer las exigencias de transformación actual.

En este sentido, dentro de los actores fundamentales que forman parte de la acreditación de una escuela, se encuentran los profesores, mismos que son evaluados durante el proceso en el ámbito de su práctica docente. En beneficio de la acreditación, es importante que los profesores manifiesten actitudes positivas ante el cambio que se exige para mejorar la calidad de los egresados.

Dado que la planta docente en estudio es básicamente joven (44 años de edad en promedio), su experiencia docente es mas bien limitada (6 años en promedio). Sin embargo, las tendencias actuales hacia la acreditación de los procesos educativos, particularmente en las licenciaturas de las Ciencias de la Salud, determinan que casi una tercera parte de esta planta docente haya tenido una experiencia previa en procesos de acreditación (28%).

La misma juventud de la planta docente, aunado al hecho de que la Escuela de Medicina en estudio, es de reciente creación (inicia labores en el año 2000), condicionan una mayor apertura ideológica y conductual a los procesos que la lleven a mejorar la calidad de los servicios educativos que brinda a la sociedad.

Dicha Escuela prácticamente nace justo cuando la acreditación adquiere relevancia significativa en el ámbito de la educación médica, haciéndose obligatoria para todas las Escuelas de Medicina a nivel nacional en el año 2002, por lo que, desde su inscripción a la plantilla docente, los profesores se desempeñan en un ambiente donde se fomenta la cultura de la calidad, que necesariamente implica la evaluación y realimentación de cada parte del proceso.

Por ello no es de extrañar que, aunque se espera una resistencia negativa por el hecho de ser sujetos a una evaluación de su práctica docente, que implica cambios en su quehacer diario en las aulas, los profesores en su mayoría (69%) muestren una actitud positiva ante el proceso.

Sin embargo y acorde con las teorías de resistencia al cambio, la actitud negativa, aunque escasa, se manifestó principalmente en los profesores de más edad (41 a 50 años), con un mayor nivel académico (especialidad), menos años de práctica docente (entre 2 y 6 años) y nula experiencia previa en procesos de acreditación (100% de los que mostraron actitud negativa).

Por otra parte, la actitud positiva se observó en todo el rango de edades de los profesores, particularmente entre los más jóvenes (el 100% de los de 21 a 30 años), así como en todos los rangos de experiencia docente y en casi todos los que han tenido una experiencia previa en procesos de acreditación.

De ahí que se hayan observado relaciones estadísticamente significativas entre la actitud y la experiencia docente en años, así como con la experiencia previa en procesos de acreditación

La relación entre la actitud y la experiencia docente en años puede ser explicada en términos de la seguridad que van desarrollando los profesores a lo largo del tiempo que imparten clases frente a grupo. Mientras que en los primeros años de ejercicio un profesor prueba sus estrategias docentes por ensayo y error, una práctica

prolongada de la actividad docente diversifica los recursos didácticos que con el tiempo hacen necesario para cada profesor una evaluación de la eficacia de cada recurso empleado. Por ello no es de extrañar que aquellos profesores con más años en el ejercicio de la docencia tengan una mejor actitud hacia la evaluación de su práctica, ya que la tienen bien probada con los grupos a los que han impartido clases.

De igual manera, la experiencia previa en procesos de acreditación mejora la actitud de los profesores ante la evaluación que se hace de su práctica docente, ya que tienen conocimiento del impacto que tiene dicha evaluación tanto en el proceso de acreditación como en las expectativas del profesor en una institución. En dichos procesos ha quedado establecida la importancia de los estímulos al desempeño docente, además de diversos beneficios materiales y no materiales tanto en el ámbito académico como en el profesional (particularmente de la comunidad académica), de formar parte de una institución con el reconocimiento nacional de una acreditación sobre la calidad de sus servicios. Así, los docentes con experiencia previa en procesos de acreditación muestran una mejor actitud hacia su evaluación que los que no tienen dicha experiencia.

Por otra parte, contrario al objetivo específico sobre las diferencias de actitud entre profesores médicos y no médicos, desde el punto de vista estadístico, no existe diferencia significativa entre la actitud de los profesionales médicos y los de otras áreas del conocimiento, ya que el análisis de la distribución de las medidas de cada una de las respuestas indica una tendencia hacia valores actitudinales positivos para la mayor parte de la muestra, sin embargo hay que tomar en cuenta la disparidad en el grupo de profesores médicos y los de otras profesiones; esto es importante hacerlo notar ya que 11 de los 34 profesores médicos presentaron una actitud negativa a la evaluación y esto tiene que ver con los paradigmas existentes respecto a la formación tradicional del profesional médico y de la relación médico – paciente, en la cual el médico no puede ser cuestionado.

El cambio de actitudes de los docentes es un elemento fundamental para lograr el éxito de cualquier tipo de organización en este caso la acreditación de una escuela. Los principios de la teoría moderna de las actitudes recomiendan tomar en cuenta el "comportamiento de los individuos" para alcanzar logros más importantes. En este sentido y con este trabajo, se tomaron en cuenta la actitud de los docentes ante el proceso de acreditación de una escuela de medicina. Basándose en ello, la aplicación sistemática de estrategias motivacionales de todo tipo se convierte en un elemento crítico para el éxito, que debiera convertirse en una política imprescindible en toda organización moderna. De lo anterior podemos decir que los docentes de la escuela de medicina del IESCH de Tapachula, se encuentran motivados y comprometidos con la acreditación.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

Los resultados del presente estudio muestran que, contrario al paradigma de la resistencia al cambio, los profesores de la Escuela de Medicina del IESCH, Campus Tapachula, muestran una *actitud positiva* frente a la evaluación de su práctica docente, exigida por el proceso de acreditación.

Sin embargo, dicha actitud esta fuertemente relaciona con dos aspectos muy importantes del grupo de profesores estudiados: su experiencia docente en años y su experiencia previa en procesos de acreditación.

Por lo anterior es indispensables que las escuelas trabajemos por la continuidad de los docentes y alimentemos a los mismos con experiencias que fortalezcan sus habilidades y destrezas en el ámbito de las acreditaciones, a las que estarán sujetos de acuerdo a las tendencias actuales de calidad en la educación médica.

También es importante hacer notar que el perfil profesional de los docentes no presenta un impacto en las actitudes favorable o no con respecto a los procesos de acreditación.

Así mismo este trabajo nos permite visualizar un campo de investigación educativa no explorado en esta institución que permitirá tomar decisiones que impacten en el desarrollo de la vida académica de la misma y en la formación de egresados.

El diagnóstico individual de las actitudes tiene importantes implicaciones educativas en la enseñanza de las ciencias médicas. Un diagnóstico de este tipo facilita la planificación de actuaciones didácticas de formación, orientadas a la mejora o al cambio de actitudes, ya que es mediante este tipo de cambios, el único camino hacia

la formación de recursos humanos en el área médica de calidad, ante los procesos globales que se viven en la actualidad.

El cambio de actitudes para garantizar la calidad en los servicios educativos, así como también el logro de los objetivos institucionales obedece a un proceso progresivo, detenido y maduro, que requiere necesariamente de la utilización de ciertos elementos organizacionales infaltables, como un plan que parte de la misión, metas u objetivos institucionales definidos previamente, que lo anterior sea traspasado al personal y a su vez compartido por éste. Además deberá estar apoyado por un paquete de políticas, normas, reglas y procedimientos actualizados.

Como sugerencia para futuras investigaciones, deberíamos ampliar este tipo de estudios con otros, cuyos objetivos consistan en: constatar y analizar la concordancia-correlación entre la actitud del alumno y los profesores ante la acreditación, o bien darle seguimiento al cambio de actitudes, ya que los profesores no son los mismos.

La investigación sobre el cambio de actitudes ha mostrado que uno de los factores más poderosos para conseguirlo es la influencia del grupo de iguales. Una posibilidad sería organizar grupos de trabajo y discusión entre los profesores, es decir, constituir comunidades de enseñanza lideradas por quienes tienen a la vez actitudes adecuadas y la condición de ser iguales a quienes no la tienen. La evaluación diagnóstica individual permite identificar a los docentes con actitudes más adecuadas, y ellos podrían liderar el aprendizaje de los demás.

Finalmente, lograr el cambio actitudinal deseado, también podrían contribuir: lecturas apropiadas y convenientemente seleccionadas para la toma de conciencia sobre los procesos de acreditación en otras escuelas de medicina no solamente en el país, sino también en el contexto internacional.

CAPITULO IX REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguirre Beltrán G. *Medicina y Magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. Instituto Nacional Indigenista, México, 1993.
- American Board of Internal Medicine. *Project Professionalism*. 7th Print. Philadelphia, Pennsylvania, 2001.
- American College of Physicians. *Manual de Ética*, 4a edición. E.E.U.U., 1998.
- AMFEM. *Boletín Mexicano de educación médica*. AMFEM, México, 2000.
- ANUIES, *Anuario Estadístico 1998. Población escolar de Licenciatura en Universidades e Institutos Tecnológicos*. ANUIES, México, 1998.
- Blum, M. *Psicología Industrial*. Editorial Trillas, México, 1995.
- Borroto Cruz R, Salas Perea R. 2000, *La acreditación y los créditos académicos como base de la calidad universitaria*. Experiencia cubana. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. Educación Media Superior 14(1): 48-55.
- Chapela G. *Notas sobre el proceso de creación de un sistema de acreditación de las instituciones de educación superior en México*. En: *Acreditación Universitaria en América Latina. Antecedentes y experiencias* 2a edición, ANUIES, México, 1993.
- Chruden J. H. *Administración de personal*, Editorial Continental, México, 2001.
- Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior, *¿Qué son los CIEES?* En Línea: <http://www.ciees.edu.mx/ciees/inicio.php>, consultado en mayo de 2006.

Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, *Proceso de Acreditación*. En línea: <http://www.comaem.org.mx>, consultado en mayo de 2006.

Diccionario Larousse. *Estructura en soporte magnético*. Editorial Planeta, España, 1996.

Elizondo L, et al. 2001, *Características principales del currículo*. Escuela de Medicina, Instituto Tecnológico de Monterrey. *Revista de Medicina Universitaria* 2002: 4-45.

Galicia, F. *Administración de recursos humanos para el alto desempeño*. 5a edición. Editorial Trillas, México, 2000.

Garzón A. *Antología de Historia y Filosofía de la Educación*. Maestría en Docencia en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chiapas, México, 2003.

Gibson, I. *Las organizaciones*. McGraw-Hill/Interamericana Editores, México, 1999.

Hernández Sampieri R. y colaboradores. *Metodología de la investigación*. 4ª edición. Ed. McGraw-Hill/Interamericana. 2006. México.

Hernández Zinzún, G. *La calidad de la educación médica en México*. Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.

IESCH. Antecedentes de la Institución. En línea: <http://www.iesch.com.mx>. Consultado en agosto de 2006.

IESCH. *Estatuto Orgánico de la Escuela de Medicina*. Documento Interno. Escuela de Medicina, IESCH, Campus Tapachula, 2004.

IESCH. *Manual de Procedimientos*. Documento Interno. Escuela de Medicina, IESCH, Campus Tapachula, 2004.

Instituto de Estudios Superiores de Chiapas. *Documento de Fundamentación de la Licenciatura de Médico*. Campus Tapachula. Documento interno, México, 2005.

Lafourcade, P. D. *Evaluación de los Aprendizajes*. Editorial Kapelusz, Buenos Aires, Argentina, 2003.

Laín Entralgo P. (ed.), *Historia Universal de la Medicina*. Salvat Editores, Barcelona, 2002.

Lemus, L. A. *Evaluación del rendimiento escolar*. Editorial Kapelusz, Buenos Aires, Argentina, 2004.

Loredo Enriquez J. *Evaluación de la Práctica Docente en Educación Superior*. Editorial Porrúa, México. 2000.

Mapa de la ciudad de Tapachula. En línea: <http://www.soconusco.com.mx>. Consultado en mayo de 2007.

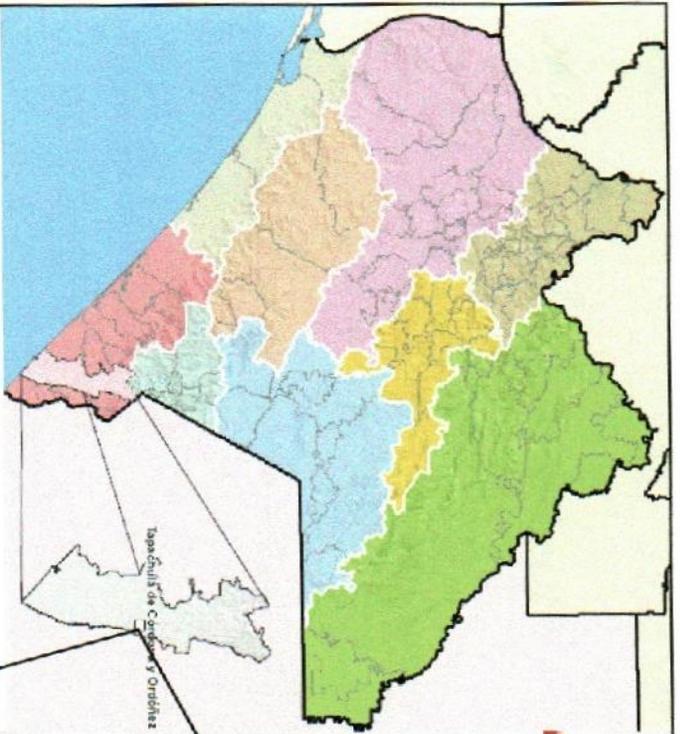
Microsoft Corporation, *Microsoft Encarta 2005*. 1993-2007. Versión electrónica.

Ocampo, F. *Conceptos de acreditación educativa. Propósitos, funcionamiento y organización de las agencias de acreditación. Experiencias de acreditación educativa en el área de Ingeniería*. En: Notas del curso: Acreditación educativa frente al Tratado de Libre Comercio, ANUIES, México, 1994.

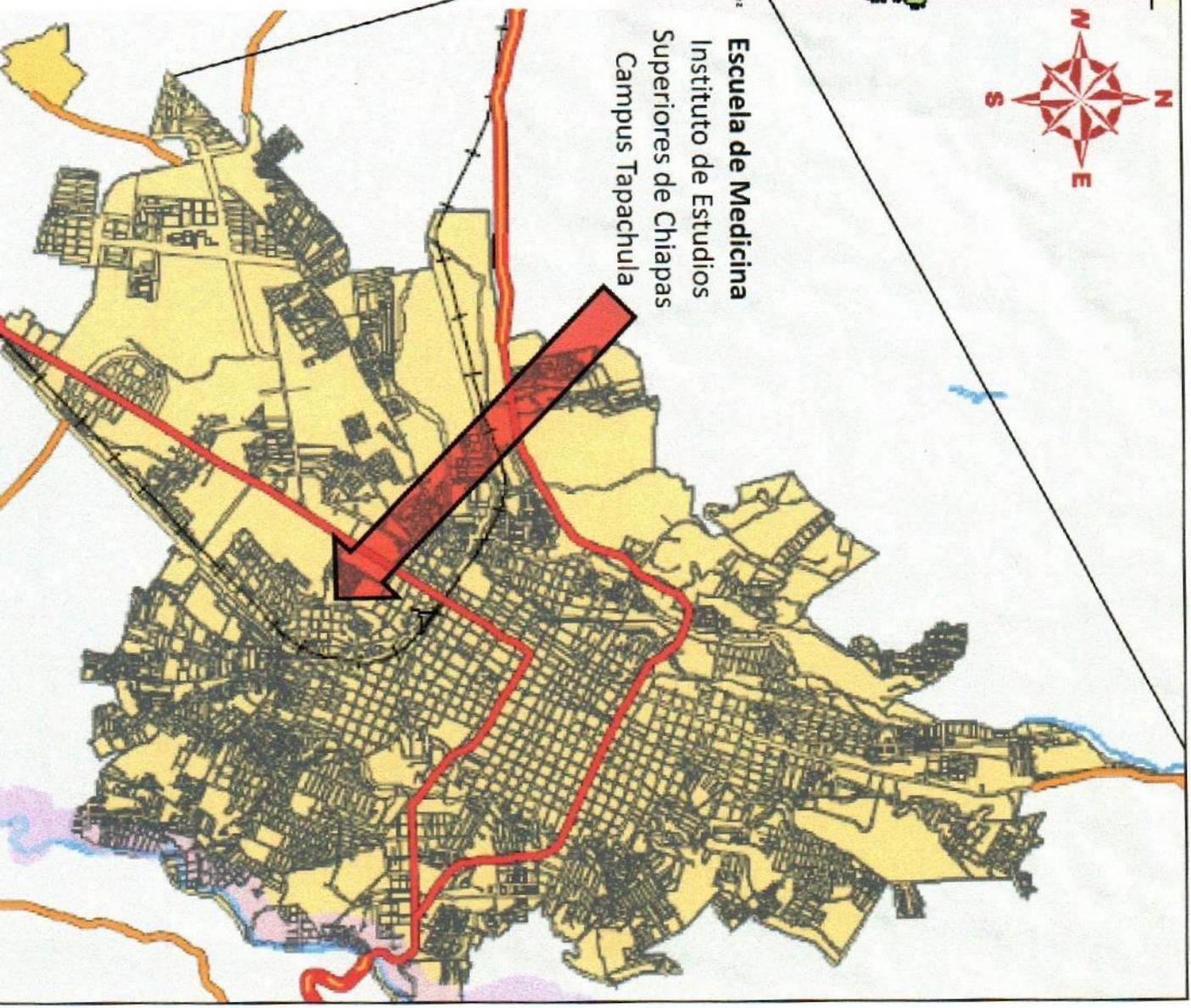
Organización Panamericana de la Salud. *Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica*. Documento de posición de América Latina ante la Conferencia Mundial de Educación Médica, OPS-Edimburgo, 1993.

- Papalia D. E. *Psicología*. McGraw Hill/Interamericana Editores, España, 2002.
- Pérez Juste R. García Ramos, J. M.. *Diagnóstico, evaluación y toma de decisiones*. Serie: Tratado de educación personalizada. Ediciones Rialp, Madrid, España, 1989.
- Pérez Tamayo R., Kretschmer R., Martínez Cortes F., Rivero Serrano O. *El Ejercicio Actual de la Medicina*. Siglo Veintiuno editores, México, 2000.
- Rodríguez M. *La Real y Pontificia Universidad [de México] y las cátedras de Medicina*. En: *Historia General de la Medicina en México*. Coord. Aguirre Beltrán G. y Moreno de los Arcos R. Tomo II. UNAM. Acad. Nac. Med. México, D. F. 1990.
- Ruelas Barajas E., Poblano O. *Certificación y acreditación en los servicios de salud*. 2005, Editado en México.
- UNACH. *Educación en Chiapas*. En línea: <http://www.unach.edu.mx>. Consultado en agosto de 2006.
- Vander Zanden J. *Manual de Psicología Social*. Editorial Paidés, España, 1986.
- Varela Rueda C. E. 1999. *Situación Actual de la Educación Médica Continua en México*. Gaceta Médica de México, 135(2):141-143
- Wikipedia. Grado Académico. En línea: http://es.wikipedia.org/wiki/Grado_acad%C3%A9mico. Consultado en agosto de 2007.
- Wikipedia. Profesor. En línea: <http://es.wikipedia.org/wiki/profesor>. Consultado en agosto de 2007.

ANEXO 1



Escuela de Medicina
Instituto de Estudios
Superiores de Chiapas
Campus Tapachula



ANEXO 1

ANEXO 2

ANEXO 2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES	ITEMES
ACTITUD	Forma de predisposición relativamente estable del profesor de la escuela de medicina que reacciona de una forma concreta ante la evaluación de su desempeño docente para el proceso de acreditación.	Escala en que se manifiesta el pensar, sentir y actuar del profesor de la Escuela de Medicina ante la evaluación que de su desempeño docente se realiza para el Proceso de Acreditación por parte de alumnos y administrativos, que predispone actitudes positivas, neutras o negativas.	Escala de la actitud manifiesta del profesor ante la evaluación de su desempeño docente.	Lo que se piensa (ámbito cognitivo)	<p>1.- Pienso que el Proceso de Acreditación es la mejor manera de evaluar la calidad de la educación médica en esta Escuela.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo 2) De acuerdo 3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4) En desacuerdo 5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>2.- Pienso que el Proceso de Acreditación es un trámite administrativo que no modificará sustancialmente la calidad de la educación médica de esta Escuela.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo 2) De acuerdo 3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4) En desacuerdo 5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>3.- Pienso que el Proceso de Acreditación altera negativamente la vida académica de esta Escuela.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo 2) De acuerdo 3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4) En desacuerdo 5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>4.- Pienso que el Proceso de Acreditación trae beneficios tanto para la Institución como para los profesores y los alumnos.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo 2) De acuerdo 3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4) En desacuerdo 5) Totalmente en desacuerdo</p>

ANEXO 2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES	ITEMS
ACTITUD	Forma de predisposición relativamente estable del profesor de la escuela de medicina que reacciona de una forma concreta ante la evaluación de su desempeño docente para el proceso de acreditación.	Escala en que se manifiesta el pensar, sentir y actuar del profesor de la Escuela de Medicina ante la evaluación que de su desempeño docente se realiza para el Proceso de Acreditación por parte de alumnos y administrativos, que predispone actitudes positivas, neutras o negativas.	Escala de la actitud manifiesta del profesor ante la evaluación de su desempeño docente.	Lo que se piensa (ámbito cognitivo)	<p>4.- Pienso que el Proceso de Acreditación trae beneficios tanto para la Institución como para los profesores y los alumnos.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>5.- Pienso que la evaluación del desempeño docente contribuye de manera significativa con el Proceso de Acreditación de esta Escuela.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>6.- Pienso que la evaluación del desempeño docente es necesaria aún para los profesores altamente capacitados.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>7.- Pienso que con la formación académica que tengo es</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p>

ANEXO 2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES	ITEMES
ACTITUD	Forma de predisposición relativamente estable del profesor de la escuela de medicina que reacciona de una forma concreta ante la evaluación de su desempeño docente para el proceso de acreditación.	Escala en que se manifiesta el pensar, sentir y actuar del profesor de la Escuela de Medicina ante la evaluación que de su desempeño docente se realiza para el Proceso de Acreditación por parte de alumnos y administrativos, que predispone actitudes positivas, neutras o negativas.	Escala de la actitud manifiesta del profesor ante la evaluación de su desempeño docente.	Lo que se piensa (ámbito cognitivo)	<p>8.- Pienso que los alumnos harán una evaluación objetiva de mi desempeño docente para el Proceso de Acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>9.- Pienso que el personal administrativo hará una evaluación objetiva de mi desempeño docente para el proceso de acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>10.- Pienso que el personal administrativo esta mejor calificado que los alumnos para evaluar mi desempeño docente en el Proceso de Evaluación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>11.- Pienso que los alumnos estan mejor calificados que los</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p>

ANEXO 2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES	ITEMES
ACTITUD	Forma de predisposición relativamente estable del profesor de la escuela de medicina que reacciona de una forma concreta ante la evaluación de su desempeño docente para el proceso de acreditación.	Escala en que se manifiesta el pensar, sentir y actuar del profesor de la Escuela de Medicina ante la evaluación que de su desempeño docente se realiza para el Proceso de Acreditación por parte de alumnos y administrativos, que predispone actitudes positivas, neutras o negativas.	Escala de la actitud manifiesta del profesor ante la evaluación de su desempeño docente.	Lo que se siente (ámbito afectivo)	<p>12.- Pienso que tanto los alumnos como los administrativos pueden evaluar objetivamente mi desempeño docente para el Proceso de Acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>13.- Me siento motivado a mejorar mi práctica docente en esta Escuela ahora que esta en Proceso de Acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>14.- Me siento incómodo dando clases en una Escuela donde se evalúa mi desempeño como profesor.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>15.- Siento que las evaluaciones docentes han mejorado en:</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p>

ANEXO 2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES	ITEMES
ACTITUD	Forma de predisposición relativamente estable del profesor de la escuela de medicina que reacciona de una forma concreta ante la evaluación de su desempeño docente para el proceso de acreditación.	Escala en que se manifiesta el pensar, sentir y actuar del profesor de la Escuela de Medicina ante la evaluación que de su desempeño docente se realiza para el Proceso de Acreditación por parte de alumnos y administrativos, que predispone actitudes positivas, neutras o negativas.	Escala de la actitud manifiesta del profesor ante la evaluación de su desempeño docente.	Lo que se siente (ámbito afectivo)	<p>16.- Siento que la relación con mis alumnos se ha deteriorado a raíz de la evaluación docente para el Proceso de Acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>17.- Siento que he perdido el respeto de mis alumnos porque han evaluado mi desempeño como docente para el Proceso de Acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>18.- Siento como una agresión personal que los alumnos evalúan mi desempeño como docente para el Proceso de Acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>19.- Siento que debido a la evaluación docente he mejorado...</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p>

ANEXO 2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES	ITEMES
ACTITUD	Forma de predisposición relativamente estable del profesor de la escuela de medicina que reacciona de una forma concreta ante la evaluación de su desempeño docente para el proceso de acreditación.	Escala en que se manifiesta el pensar, sentir y actuar del profesor de la Escuela de Medicina ante la evaluación que de su desempeño docente se realiza para el Proceso de Acreditación por parte de alumnos y administrativos, que predispone actitudes positivas, neutras o negativas.	Escala de la actitud manifiesta del profesor ante la evaluación de su desempeño docente.	Lo que se siente (ámbito afectivo)	<p>20.- Siento que con mi desempeño docente mejoro la calidad de la educación médica en esta Escuela.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>21.- No me agradaría que se evaluara sistemáticamente el desempeño docente en esta Escuela, fuera del Proceso de Acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>22.- Siento que es injusto que la Escuela sea la única que se beneficie con el Proceso de Acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>23.- Siento agradable que se considere mi trabajo en esta</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p>

ANEXO 2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	INDICADORES	DIMENSIONES	ITEMES
ACTITUD	Forma de predisposición relativamente estable del profesor de la escuela de medicina que reacciona de una forma concreta ante la evaluación de su desempeño docente para el proceso de acreditación.	Escala en que se manifiesta el pensar, sentir y actuar del profesor de la Escuela de Medicina ante la evaluación que de su desempeño docente se realiza para el Proceso de Acreditación por parte de alumnos y administrativos, que predispone actitudes positivas, neutras o negativas.	Escala de la actitud manifiesta del profesor ante la evaluación de su desempeño docente.	Lo que se hace (ámbito conductual)	<p>24.- Me siento muy bien de trabajar en una Escuela donde se evalúa periódicamente mi desempeño, independientemente de quien o para qué se haga.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>25.- No me interesa participar en el Proceso de Acreditación de esta Escuela.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>26.- Procuro que la Escuela me mantenga informad@ sobre el Proceso de Acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>27.- Rechazo cualquier propuesta de evaluación de mi</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p>

ANEXO 2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES	ITEMS
ACTITUD	Forma de predisposición relativamente estable del profesor de la escuela de medicina que reacciona de una forma concreta ante la evaluación de su desempeño docente para el proceso de acreditación.	Escala en que se manifiesta el pensar, sentir y actuar del profesor de la Escuela de Medicina ante la evaluación que de su desempeño docente se realiza para el Proceso de Acreditación por parte de alumnos y administrativos, que predispone actitudes positivas, neutras o negativas.	Escala de la actitud manifiesta del profesor ante la evaluación de su desempeño docente.	Lo que se hace (ámbito conductual)	<p>28.- Platico con mis alumnos para que evalúen objetivamente la práctica docente mía y de todos sus</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Totalmente de acuerdo 2) De acuerdo 3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4) En desacuerdo 5) Totalmente en desacuerdo <p>29.- Evito participar en los cursos de capacitación docente que ofrecen en esta Escuela porque los considero innecesarios para mí.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Totalmente de acuerdo 2) De acuerdo 3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4) En desacuerdo 5) Totalmente en desacuerdo <p>30.- Prefiero ignorar todo lo referente al Proceso de Acreditación de esta Escuela para que no interfiera con mi práctica docente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Totalmente de acuerdo 2) De acuerdo 3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4) En desacuerdo 5) Totalmente en desacuerdo <p>31.- Procuro ser mejor profesor cada día actualizando la</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Totalmente de acuerdo 2) De acuerdo 3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4) En desacuerdo 5) Totalmente en desacuerdo

ANEXO 2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES	ITEMES
ACTITUD	Forma de predisposición relativamente estable del profesor de la escuela de medicina que reacciona de una forma concreta ante la evaluación de su desempeño docente para el proceso de acreditación.	Escala en que se manifiesta el pensar, sentir y actuar del profesor de la Escuela de Medicina ante la evaluación que de su desempeño docente se realiza para el Proceso de Acreditación por parte de alumnos y administrativos, que predispone actitudes positivas, neutras o negativas.	Escala de la actitud manifiesta del profesor ante la evaluación de su desempeño docente.	Lo que se hace (ámbito conductual)	<p>32.- Procuero evitar la comunicación con los directivos para que no interfieran con mi práctica docente.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>33.- Procuero ser puntual y no faltar para mejorar mi evaluación como docente.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>34.- Mi desempeño docente actual lo mantengo al margen de las exigencias del Proceso de Acreditación.</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p> <p>35.- Procuero mantener actualizada la bibliografía de mi</p> <p>1) Totalmente de acuerdo</p> <p>2) De acuerdo</p> <p>3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo</p> <p>4) En desacuerdo</p> <p>5) Totalmente en desacuerdo</p>

ANEXO 2.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	DIMENSIONES	ITEMS
ACTITUD					36.- Estoy dispuesto(a) a cambiar lo que sea necesario para mejorar mi desempeño docente y cumplir con las exigencias del Proceso de Acreditación. 1) Totalmente de acuerdo 2) De acuerdo 3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo 4) En desacuerdo 5) Totalmente en desacuerdo
EDAD	Tiempo de vida a partir del nacimiento	Edad en años cumplidos del Informante	Años cumplidos	Edad	Edad: _____ años cumplidos. Sexo: 1) Masculino 2) Femenino
SEXO	Género del individuo	Género en Masculino o Femenino del Informante	Género	Masculino Femenino	
TÍTULO PROFESIONAL	Estudios de nivel licenciatura que se ejercen con cédula profesional.	Nombre del Título obtenido por los estudios de nivel licenciatura.	Título	Médico Nutriólogo Psicólogo Q.F.B. Biólogo Ing. En Sistemas Lic. En Lenguas Lic. En Comunicación Otra	Nombre del Título Profesional: 1) Médico 2) Nutriólogo 3) Psicólogo 3) Q.F.B. 4) Biólogo 5) Ing. En Informática 6) Lic. En Lenguas 7) Lic. En Comunicación 8) Otra Especificar
NIVEL DE ESTUDIOS	Estudios realizados con diferente grado de complejidad y especialización en un área en particular.	Nivel de estudios alcanzado a partir del Nivel Superior.	Nivel	Licenciatura Especialidad Maestría Doctorado	Nivel de Estudios: 1) Licenciatura 2) Especialidad 3) Maestría 4) Doctorado 5) Otro
EXPERIENCIA DOCENTE	Tiempo que se ha practicado la actividad docente.	Años cumplidos de impartir docencia en la Escuela de Medicina y otras Instituciones.	Años cumplidos	Tiempo	Experiencia docente: _____ años cumplidos.
EXPERIENCIA EN PROCESOS DE ACREDITACIÓN	Participación en anteriores Procesos de Acreditación de cualquier tipo.	Participación en anteriores procesos de Acreditación de cualquier tipo.	Afirmación o Negación.	Si No	Ha participado anteriormente en Procesos de Acreditación: 1) Si 2) No

ANEXO 3



ANEXO 3.- CUESTIONARIO PARA DOCENTES

Estimad@ docente, el presente cuestionario se aplica con fines De investigación científica, le rogamos responda con sinceridad las siguientes preguntas, anotando los datos que se Solicitan sobre las líneas y colocando una X en la respuesta que usted considere más apropiada

FECHA: _____

FOLIO: _____

EDAD: _____ AÑOS CUMPLIDOS

SEXO: 1) MASCULINO 2) FEMENINO

NOMBRE DEL TITULO PROFESIONAL

- 1) MEDICO 2) NUTRIOLOGO 3) PSICOLOGO 4) Q.F.B. 5) BIOLOGO
6) ING. INFORMATICA 7) LIC. EN LENGUAS 7) LIC. EN COMUNICACIÓN
8) OTROS, ESPECIFIQUE _____

NIVEL DE ESTUDIOS

- 1) LICENCIATURA 3) MAESTRIA 4) DOCTORADO 5) ESPECIALIDAD 6) OTRO

EXPERIENCIA DOCENTE: _____ AÑOS CUMPLIDOS

HA PARTICIPADO ANTERIORMENTE EN PROCESOS DE ACREDITACION:

- 1) SI 2) NO

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni En desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
01.- Pienso que el proceso de acreditación es la mejor manera de evaluar la educación médica.					
02.- Pienso que el proceso de acreditación es un trámite administrativo que no modificará sustancialmente la calidad de la educación médica en la escuela.					
03.- Pienso que el proceso de acreditación altera negativamente la vida académica de la escuela.					
04.- Pienso que el proceso de acreditación trae beneficios tanto para la institución como para los profesores y los alumnos.					
05.-Pienso que la evaluación del desempeño docente contribuye de manera significativa con el proceso de acreditación de la escuela					
06.- Pienso que la evaluación del desempeño docente es necesaria aún para los profesores altamente capacitados.					

	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
07.- Pienso que con la formación académica que tengo es necesario que se evalúe mi desempeño docente					
08.- Pienso que los alumnos harán una evaluación objetiva de mi desempeño docente para el proceso de acreditación.					
09.-Pienso que el personal administrativo hará una evaluación objetiva de mi desempeño docente para el proceso de acreditación.					
10.- Pienso que el personal administrativo está mejor calificado que los alumnos para evaluar mi desempeño docente en el proceso de evaluación.					
11.- Pienso que los alumnos están mejor calificados que los administrativos para evaluar mi desempeño docente en el proceso de evaluación.					
12.-Pienso que tanto los alumnos como los administrativos pueden evaluar objetivamente mi desempeño docente para el proceso de acreditación.					
13.- Me siento motivado a mejorar mi práctica docente en esta escuela que proceso de acreditación					

	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
14.- Me siento incómodo dando clases en una escuela en donde se avalúa mi desempeño como profesor.					
15.- Siento que las evaluaciones docentes han mejorado el ambiente académico de esta escuela durante el proceso de acreditación.					
16.- Siento que la relación con mis alumnos se ha deteriorado a raíz de la evaluación docente para el proceso de acreditación.					
17.- Siento que he perdido el respeto de mis alumnos porque han evaluado mi desempeño como docente para el proceso de acreditación.					
18.- Siento como una agresión personal que los alumnos evalúen mi desempeño como docente para el proceso de acreditación.					
19.- Siento que debido a la evaluación docente se ha mejorado incluso en otros ámbitos fuera del proceso de acreditación de esta escuela.					
20.- Siento que con mi desempeño docente mejoro la calidad de la educación médica en esta escuela.					

	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
21.- No me agrada la idea de que se evalúe sistemáticamente el desempeño docente de esta escuela, fuera del proceso de acreditación.					
22.- Siento que es injusto que la escuela sea la única que se beneficie con el proceso de acreditación.					
23.- Siento agradable que se considere mi trabajo en esta escuela como parte importante del proceso de acreditación.					
24.- Me siento muy bien de trabajar en una escuela donde se evalúa periódicamente mi desempeño independientemente de quien o para quien se haga.					
25.-No me interesa participar en el proceso de acreditación de la escuela.					
26.-Procuró que la escuela me mantenga informad@ sobre el proceso de acreditación.					
27.- Rechazo cualquier propuesta de evaluación de mi desempeño docente para el proceso de acreditación de la escuela.					

	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
28.-Platico con mis alumnos para que evalúen objetivamente mi práctica docente y de todos los profesores.					
29.- Evito participar en los cursos de capacitación docente que ofrecen en esta escuela porque los considero innecesarios para mi.					
30.- Prefiero ignorar todo lo referente al proceso de acreditación de esta escuela para que no interfiera con mi práctica docente					
31.- Procuero ser mejor profesor cada día, actualizando la información de mi asignatura y manteniendo el interés de los alumnos de mi clase.					
32.- Procuero evitar la comunicación con los directivos para que no interfieran con mi práctica docente.					
33.- Procuero ser puntual y no faltar para mejorar mi evaluación como docente.					
34.- Mi desempeño docente actual lo mantengo al margen de las exigencias del proceso de acreditación.					

	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo.
35.-Procuro mantener actualizada la bibliografía de la asignatura para mejorar la calidad de mi clase.					
36.- Estoy dispuesto(a) a cambiar lo que sea necesario para mejorar mi desempeño docente y cumplir con las exigencias del proceso de acreditación.					