



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

# Revista de la Facultad de Ciencias Médicas

Enero -Junio de 2004

# REVISTA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

VOLUMEN No.1, AÑO 1, No. 1 ENERO- JUNIO, 2004.

## CONSEJO EDITORIAL

DR. CARLOS ALBERTO MEDINA  
( PRESIDENTE COORDINADOR)

DR. RUBEN ELVIR MAIRENA  
MSC. ELIA BEATRIZ PINEDA  
LICDA. LISSETTE BORJAS  
MSC. MIRNA VASQUEZ  
DR. RICARDO MADRID  
DR. OCTAVIO SANCHEZ  
DR. JUAN MANUEL PEREZ  
DR. JORGE FERNANDEZ  
DR. NICOLAS SABILLON  
LIC. LUIS ARANDA, ( SECRETARIO )  
LIC. AIDA CASTILLO  
MSC. EMILIA ALDUVIN

## CONSEJO DE REDACCION

MSC. ELIA BEATRIZ PINEDA  
(COORDINADORA)  
LICDA. LISSETE BORJAS  
DR. RUBEN ELVIR MAIRENA  
LICDA. AIDA CASTILLO GUIZA

## CONSEJO DE ADMINISTRACION

DR. JUAN MANUEL PEREZ  
LICDA. OLIMPIA CORDOVA  
LICDA. TERESA DEL CARMEN VIDEA  
DR. RONY EFRAIN PORTILLO  
SRA. SUSANA ESCOTO, SECRETARIA  
SRA. CLAUDIA DIAZ, SECRETARIA

FOTO DE PORTADA: **JORGE FLORES**

UNIDAD EJECUTORA: **UNIDAD DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EN SALUD (UTES)**

Telefax: (504 ) 232- 0444 E. mail: [utesfac2003@yahoo.com](mailto:utesfac2003@yahoo.com)

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS ( UNAH )**



La Revista de la Facultad de Ciencias Médicas sale a la luz pública, bajo la responsabilidad de las autoridades de la Institución y de un esfuerzo colectivo de todos los miembros de la misma.

En este primer volumen del año 2004, se hace hincapié en dos artículos en los aspectos históricos de la Facultad de Ciencias Médicas y en la reforma curricular de esta entidad en las últimas tres décadas. Incluye también, artículos sobre la formación de recursos humanos en nuestro país dentro de las ciencias médicas. Se abordan aspectos históricos del Departamento de Patología. También se reconoce el esfuerzo de un grupo de alumnos referente al tema sobre la anemia aplásica en el embarazo. Hay un análisis del estado actual de la carrera de Enfermería frente a las exigencias futuras de la sociedad, como también se explica la contribución de la Unidad de Investigación Científica en el proceso del trabajo educativo de la Facultad de Ciencias Médicas.

Hemos invitado para ello a ilustres médicos: ex Decanos de nuestra Facultad, así como al primer jefe del Departamento de Patología y distinguidas profesionales de enfermería, con el propósito de brindar una información amplia en el campo de la salud.

A medida que avance y evolucione la Revista, se incluirán otros aspectos para enriquecer el conocimiento sobre la Historia Médica de Honduras y el desenvolvimiento de las ciencias de la salud, siempre buscando nuestras raíces para fortalecer la identidad nacional.

La Revista está abierta a todos los sectores de las Ciencias Médicas, a los diferentes Departamentos, a las Escuelas y Carreras afines, como un instrumento de consulta y debate de ideas, propósitos, inquietudes y experiencias y más que todo, a su faena científica.

Aunque en los primeros números habrá mucho de historia, paulatinamente la Revista, se irá inclinando a publicar trabajos científicos de las diferentes áreas del quehacer de la Facultad de Ciencias Médicas, y para ello, nos ajustaremos en lo posible, al protocolo de Vancouver (Canadá), que propone las directrices para la publicación de artículos científicos en revistas médicas.

El personal asistencial de los hospitales nacionales en las diferentes facetas de las Ciencias Médicas, también podrá participar en la Revista, y sus contribuciones serán siempre bienvenidas.

La estructura orgánica y funcional de la Revista está conformada por un organismo administrativo dependiente de UTES, un Comité de Redacción y un Comité Editorial. Su conformación pluralística refleja la estructura de la Facultad de Ciencias Médicas.

El financiamiento de los primeros números es una contribución del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La Facultad de Ciencias Médicas espera gestionar fondos de los futuros suscriptores y la venta de publicidad para la sostenibilidad de la Revista.





*Enrique Aguilar Paz.\**

# BOSQUEJO HISTÓRICO DE LA ENSEÑANZA MÉDICA EN HONDURAS

(Primera parte)

“La historia émula del tiempo” depósito de las acciones; testigo de lo pasado; ejemplo y aviso de lo presente; advertencia de lo porvenir: Miguel de Cervantes Saavedra.

(El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha).

Este tema es altamente sugestivo y constituye un atractivo reto. Ello significa un serio estudio y una profunda investigación histórica, de cuyo resultado se podrá obtener una obra de varios tomos. Esa es la razón por la cual restrinjo esta presentación, que debe de tener sus límites, al título de “Bosquejo”, en el entendido de que no podrá ser perfecto, y desde luego será incompleto. No obstante puede considerarse como una modesta contribución para la investigación más amplia. Este trabajo constará de dos partes.

El historiador Vásquez, desde 1716, señala que Honduras estuvo habitada por varias tribus, puntualizando a los Mayas (Chortis), Lencas, Albatuinas, Jicaques (Tolupanes), Jaras, Cares, Tahuas, Mexicas, Payas (Pech), Taupanes, Alaucas, Taos, Gualas, Chorotegas, Tainos, Zumos, Misquitos y Caribes. Cada uno de estos grupos étnicos desarrolló sus propios conocimientos y singulares artes para prevenir y curar las enfermedades. Pero todos coincidieron en el hecho que las enfermedades eran castigo de los dioses, y al establecer este carácter di-

vino, se fomentó la medicina sacerdotal, por consiguiente, la enseñanza de la medicina se ejercía en los grupos oligárquicos, aquellos que también atendían los servicios religiosos. Los antropólogos han establecido con precisión la existencia de clases tanto en la sociedad Maya, como en la Azteca. En nuestro país, los Mayas de Copán, con una población aproximada de 25,000 habitantes, en el siglo VIII, tenían una oligarquía de unas doscientas familias nobles. Contaban con un sistema educativo, en el cual a los jóvenes de dichas familias se les educaba y entrenaba en diversas ciencias, entre ellas la medicina. Se les instruía que el supremo dios Itzamná, era el padre de la medicina. Ixchel era la diosa de los partos y de la fecundidad; a Citbolontum se le consideraba el dios de las plantas medicinales; a Kukulkan, se le atribuía la destrucción de las fiebres.

---

\* Ex Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.

Los aztecas llegaron a organizar las “Calmecac”, verdaderas escuelas donde se formaban los hijos de los “pipil”, es decir los nobles, y a estos “pinpontli” (estudiantes) se les brindaban también conocimientos médicos.

El distinguido patólogo e historiador guatemalteco, Martínez Durán, señala que la patología maya-quiche, fue múltiple, y en sus libros han reconocido el origen sexual de las enfermedades venéreas; la influencia del frío en los catarros; identificaban el asma, la angina de pecho, la bronquitis y la parasitosis intestinal, como entidades patológicas.

Las clases nobles de nuestros indígenas enseñaban las propiedades terapéuticas de los vegetales. Algunas fueron registradas por el Obispo Diego de Landa, en su famoso libro “Relación de las Cosas de Yucatán”, en 1556.

El primer protomédico de las Indias y Médico de Cámara del Rey Felipe II de España, Don Francisco de Hernández, en su extraordinaria obra “De Historia Plantarum Novae Hispaniae”, escrita en 1570, presenta 3,569 plantas medicinales que encontró en México, siendo este escrito uno de los primeros libros de Medicina americana.

El varón de Humbolt y Aimé Bonpland, de 1799 a 1804 realizaron un largo recorrido por el Orinoco, Los Andes y México, habiendo clasificado la flora y fauna de dichos lugares, y señalaron algunas propiedades medicinales. En Centroamérica, José Cecilio del Valle dejó escritos sobre las propiedades terapéuticas de muchas plantas, habiendo dicho: “los indios no sólo tenían el mérito de haber descubierto las virtudes de diversas plantas, poseen además, la gran virtud de haber dado a su lengua una ventaja que no tienen otros idiomas. Los nombres de las plantas medicinales indican la enfermedad a que se aplica....”

Algunos otros escritos sobre plantas medicinales quedan consignados en los trabajos del padre Sahagún, así como del fraile dominico Francisco Ximénez. Ulteriormente Fuentes y Guzmán, en su famoso escrito “Recordación Florida” agrega otros datos más de la medicina indígena.

En Honduras, a finales del siglo XIX don Francisco Cruz prodiga las bonanzas del uso de la botánica

médica en su valioso libro “la Botica del Pueblo”. En Ilima, Santa Bárbara, el Dr. Inf. José María Tobías Rosa, menciona plantas medicinales en su “Flora y Fauna Santabarbarensis”, publicada en 1918. A principios del siglo XX el benemérito Maestro Luis Landa enseña botánica. Uno de sus alumnos Jesus Aguilar Paz, en 1936, prepara su Tesis Doctoral como Químico y Farmacéutico, denominada “Flora Tradicional de Honduras” con el acopio de 55 plantas con propiedades medicamentosas.

Para concluir sobre la enseñanza de las propiedades medicinales de las plantas, ya en época contemporánea, en 1989 se publica el “Manual popular de 50 plantas medicinales en Honduras”, obra con la cual sus autores: Paúl House, Sonia Lagos Witte y Corina Torres, han contribuido sustancialmente a la enseñanza tradicional de la Medicina.

En la Cátedra de Farmacología, de nuestra Facultad de Ciencias Médicas, el Dr. Pablo Cambar ha realizado experiencias, junto con sus alumnos, en la aplicación de plantas medicinales. Junto con la Dra. Sonia Lagos Witte, el Dr. Pablo Cambar ha preparado el “Manual de Plantas Medicinales Caribeñas para Estudiantes de Medicina”, en 1994, elevando la antorcha de alternativas en la enseñanza de la Medicina.

La enseñanza de la medicina europea, se aproxima al nuevo continente, con los viajes de Cristóbal Colón.

El historiador La Fuente, señala que en el primer viaje realizado, en la tripulación de Colón figura un médico, el Maese Martín Alonso, físico de Moguer.

En el segundo viaje Colón trae al médico Diego Álvarez de Chanca, quien describe la primera monografía de plantas medicinales americanas; pero a Honduras particularmente le interesa el cuarto viaje del Almirante, en el cual le acompañó un boticario, llamado el Bachiller Bernar, quien hacía las funciones de médico.

**1524.** Honduras tiene otra interesante visita, la del valeroso conquistador de México, el Capitán don Hernando Cortés de Monroy, quien se hizo acompañar del médico Lic. Pedro López y del cirujano Maese Diego de Pedraza, así como del boticario y cirujano



viruela, el Cirujano Honorario de Cámara de su Majestad el Rey Carlos IV, don Francisco Xavier de Balmis, el cual imprimió y distribuyó en el istmo, el libro de Moreu de la Sarthe, siendo este un texto de enseñanza en la técnica de vacunación contra la viruela. En Honduras esta vacunación la realizó en Comayagua el Boticario Joseph Tortelo, iniciándose la campaña el 25 de mayo de 1806.

**1835.** El Jefe de Estado de Honduras, entonces el gran patriota morazanista, don Joaquín Rivera, sugiere la fundación de lo que el llama literalmente “Academia de Estudios Superiores”, para formar médicos en Honduras, es decir, crear una Facultad de Medicina. Así se expresó en su mensaje ante el congreso Nacional.

Al llegar Francisco Morazán a la presidencia de la Federación Centroamericana, gira instrucciones para reorganizar la Universidad de San Carlos de Borromeo, en Guatemala, y le denomina Academia de Ciencias, inspirado en el iluminismo de la época. Reorganiza la Escuela de Medicina, de la cual egresa el ilustre hijo de Tegucigalpa Dr. Hipólito Matute, el cual se reincorpora a Tegucigalpa en 1836. Fue un gran impulsor de la instrucción pública, habiendo sido el segundo Rector de la Universidad Nacional. Además tuvo una carrera política, habiendo llegado a ser Jefe Político e Intendente del Departamento de Tegucigalpa, y desde ese cargo apoyó la salud pública, aplicando las normas del Proyecto Sanitario que emitió en 1826 el doctor Miguel Rovelo.

**1841.** Siendo presidente de Honduras el General Francisco Ferrera, apareció de nuevo una seria epidemia de viruela. Se activó la vacunación por medio de las denominadas Juntas Departamentales de Vacunación, siendo esta quizás la primera departamentalización que se hizo en Salud Pública. La Junta Nacional la presidió el médico nicaragüense Dr. Pedro Francisco de la Rocha, egresado de la Universidad de León, lo cual evidencia que en ese país hermano ya había preparación y formación de médicos en ese entonces. En esa campaña se destacó el joven Francisco Cruz, quien estudiaba medicina en clase privada. Este dato da la importante información histórica de la formación de médicos, pero en estudios privados.

(Ulteriormente, tal como lo indicamos anteriormente, el doctor Cruz escribió su famoso texto “La Botica del Pueblo”).

El mismo presidente Francisco Ferrera se interesó en establecer una Escuela de Medicina en Honduras, y por sus instancias, la Cámara de Representantes emitió el 18 de abril de 1843 un Decreto de la creación de una Escuela de Medicina y Cirugía en el Colegio Tridentino de Comayagua.

Un año anterior, el sacerdote Mariano Castejón, presentó ante la Cámara de Representantes, una iniciativa para fundar una Universidad que pudiera conferir grados de Bachillerato, Licenciaturas y Doctorado en Teología, Cánones, Leyes, Medicina y Bellas Artes. Es decir ya se estaba considerando la creación de una Facultad de Medicina.

En tiempos de la colonia, tal como se ha señalado anteriormente, los hospitales estuvieron adjuntos a los conventos de los frailes, y fue la Iglesia la institución que se encargó de la salud y asistencias públicas. Se repitió el mismo esquema de la cultura maya.

El concepto de un Hospital del Estado, es impulsado por primera vez por el Presidente Juan Lindo en 1847, habiéndose establecido el derogamiento de “dos reales” diarios, para el sostenimiento de cada enfermo, en el Hospital de Comayagua. No obstante no se contó con la asistencia profesional de Médicos Graduados.

El Colegio Tridentino de Comayagua funcionó hasta 1826, habiendo cesado a raíz de la intervención de Justo Milla para deponer al ciudadano Dionisio de Herrera de su cargo de Jefe de Estado de Honduras.

En Tegucigalpa, había también un fervor por establecer un centro de estudios superiores. Desde 1804, a solicitud de varios padres de familia, el Guardián del Convento de San Francisco, Fray Santiago Gabrielin estableció una clase de Gramática Latina. Habiendo traído desde Guatemala al Maestro Fray José Antonio Murga. Esta clase se abrió con veinte alumnos, entre los cuales se encontraba un inquieto y brillante joven: Francisco Morazán Quezada. Lamentablemente este primer intento de enseñanza en Tegucigalpa sólo duró un año.





sostener dichos centros asistenciales.

En Tegucigalpa, se nombra como Director al eminente ciudadano don Francisco Planas, quien va ha tener un importante desempeño en la construcción del Hospital estatal de Tegucigalpa.

El doctor Ramón Rosa, uno de los pocos estadistas que ha tenido Honduras, expresó en uno de sus discursos lo siguiente: .....” se gobierna, no con intrigas; se gobierna con ideas; se administra, no con caprichos y pasiones; se administra con conocimientos prácticos.”.....

Soto y Rosa fueron unos grandes visionarios. Habían definido una profunda reforma en el país, impulsando con especial énfasis la educación en el pueblo. Este Gobierno, aprobó el 11 de diciembre de 1878 los Estatutos de la Universidad, y se realizó la creación de un Curso preparatorio que deberían de tomar los Bachilleres en Filosofía, previamente a incorporarse a la recién creada Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia. Si se deseaba una eficiente enseñanza de la medicina, era absolutamente necesario contar con un hospital apropiado.

La primera Junta Directiva del Hospital General de Tegucigalpa, se constituyó el 14 de junio de 1880. su presidente fue don Francisco Planas, un dinámico y honrado ciudadano; el Secretario fue don Tomás Estrada. El Tesorero fue don Julián Fiallos.

La primera piedra del edificio del Hospital General se colocó el 13 de noviembre de 1880, acto al cual acudió el propio Presidente Soto. Exactamente un año después, el 13 de noviembre de 1881 se inauguraron los primeros pabellones asistenciales; y el 27 de agosto de 1882 estaba concluido todo el Hospital. Don Francisco contribuyó con su entusiasmo e integridad, a que esta obra se realizara exitosamente en un tiempo relativamente corto.

El Ministro General, doctor Ramón Rosa emitió el primer Código de Instrucción pública, el 31 de diciembre de 1881.

El 12 de febrero de 1882 se nombró Rector de la Universidad al Dr. Adolfo Zúñiga y Vicerrector al Dr. Rafael Alvarado.

El 14 de febrero de 1882, la Secretaría de Instrucción Pública, emitió el histórico Acuerdo de fundación de la Facultad de Medicina y Cirugía, el cual literalmente dice:

“Debiendo organizarse la Facultad de Medicina y Cirugía, con arreglo a las disposiciones del Código de Instrucción Pública, y constituirse su correspondiente Junta Directiva, el Presidente de la República, ACUERDA: Nombrar al doctor Carlos E. Bernhard, Decano de la Facultad; Vocales de la Junta Directiva a los doctores Antonio A. Ramírez Fontecha y Manuel Molina Vijil, y Secretario de la misma, al Licenciado don Eusebio Toledo. Comuníquese. Rubricado por el señor Presidente .- (f) ROSA”.

La Facultad de Medicina y Cirugía abrió sus cursos en Tegucigalpa, el día 26 de febrero de 1882, presidiendo el acto el doctor Ramón Rosa, quien era Ministro de Instrucción Pública. Con su talento oratorio, explicó la evolución de la enseñanza en Honduras. Literalmente dijo: “En otra época hubo proyectos para establecer la enseñanza de la Medicina, de esa ciencia bienhechora que menoscaba nuestro patrimonio de dolores y pesares.- Pero tales proyectos se escollaron porque se carecía de profesores, y de un Hospital, en que las clases de Clínica hiciesen factibles los estudios médicos.- Hoy, por fortuna, contamos con hábiles profesores nacionales y extranjeros y está por abrirse el Hospital General, en donde podrán hacerse los estudios prácticos correspondientes a la Clínica Médica y a la Clínica Quirúrgica, y reglamentando su enseñanza teórica y práctica. “.....

El doctor Rosa tenía un claro concepto de la importancia de la Medicina Forense, al decir: ....”Sin las luces que dan la Jurisprudencia Médica y la Medicina Legal a los legisladores y a los tribunales, éstos tienen, en muchos casos, que andar a ciegas, en menoscabo de la mora, de la justicia del derecho”.

Por considerarlo de importancia histórica, transcribo las materias que comprendía el Currículo original de nuestra Facultad de Ciencias Médicas:

Conforme al Código recientemente aprobado, los estudios de Medicina y Cirugía se harían en seis años, confiriéndose, después de aprobar todas las materias y de sostener los exámenes privado y público, el título de Licenciado en la Facultad. Las materias estaban



Por razones políticas, Ugarte tuvo que emigrar de su país, primero a Sonsonate, después a Escuintla y Retalhuleu (en donde contrajo matrimonio); después viaja a Costa Rica. Vuelve a la patria hasta en 1893, adhiriéndose a la revolución del Lic. Policarpo Bonilla. Fue un extraordinario Maestro en Anatomía y Medicina Operatoria.- Tenía una verdadera alma de Cirujano. Practicó avanzadas técnicas quirúrgicas, para aquel entonces, en los quirófanos del Hospital General. Impulsó los principios de la asepsia y la antisepsia en las salas de operaciones.

Ugarte fue un verdadero revolucionario en la Medicina y su enseñanza. Aplicó las curaciones "fenicadas" ; introdujo el uso del yodoformo y del sublimado corrosivo, de acuerdo a la escuela de Koch. Trajo a Honduras el primer Microscopio para estudios sobre parasitosis intestinal. Siendo Director del Hospital General , construyó una moderna sala de operaciones con todas las normas de asepsia. - Por su medio, se pidió a Alemania el primer aparato de Rayos X que vino a Centroamérica, en 1897.

Lamentablemente, el doctor Ugarte murió prematuramente, el día viernes 15 de abril de 1898, a la edad de 36 años. Su muerte causó una gran consternación en la sociedad de Tegucigalpa. No obstante, había dejado una ejemplar cátedra de enseñar la medicina con acierto, y con el espíritu de progreso y evolución. Otro brillante médico y maestro de la enseñanza médica, lo fue el doctor Alonso Suazo Orellana, nació en la ciudad de La Paz, el 11 de abril de 1871. Realizó sus estudios de medicina en la ciudad de Guatemala, graduándose de Médico y Cirujano en 1891, a los 20 años. ejerció algunos años su profesión en la ciudad de Comayagua. Se trasladó a Tegucigalpa como Diputado electo al Congreso Nacional. Esto le

proporcionó la ocasión de trabajar en el Hospital General, el cual dirigió. Fue Jefe del Servicio de Medicina Interna del mencionado Hospital. En este cargo dejó una paradigmática cátedra de la Clínica. Podemos decir, que así como Ugarte fue el precursor de la Cirugía en Honduras. Así lo fue Suazo en la Medicina Interna e igual que Ugarte, murió a relativa temprana edad en Comayagua, víctima de una enfermedad mental.

Suazo fue uno de los primeros médicos políticos, siendo un sobresaliente orador y un probado patriota. En 1899 participó en la fundación de la primera Asociación Médica en Honduras. En 1904 fue Decano de la Facultad de Medicina. Falleció en 1920.

La Facultad de Medicina y Cirugía principió a dar sus primeros frutos. El primer médico graduado, en 1888 fue el Lic. Julián Baires, quien ulteriormente sería un gran facultativo médico, además de político y catedrático.

En ese mismo año se graduaron los Licenciados Isaac Reyes y Miguel Martínez. Empero la Facultad de Medicina tuvo serios problemas económicos en 1891, año en que tuvo que cerrarse . asimismo, en 1892, la revolución de ese año fue fatal para la Facultad. Su edificio sirvió de cuartel de los soldados, los cuales destrozaron y se robaron los gabinetes de estudio. Los estudiantes se frustraron y buscaron otras escuelas, especialmente en El Salvador y Guatemala.

NOTA: *En la segunda parte de este ensayo histórico, se hará un bosquejo de la enseñanza médica en el siglo veinte.*

***Tegucigalpa, 15 de febrero de 2004.***

.....

# ACERCA DE LA NECESIDAD DE REDEFINIR LA EDUCACIÓN MÉDICA PARA EL SIGLO XXI: ALGUNAS REFLEXIONES

Jorge Haddad Quiñónez\*

**Ubicando al lector en el proceso evolutivo de la Educación Médica en el mundo.** Desde hace tiempo, el problema de la formación y la capacitación de los responsables de vigilar el estado de Salud de personas y grupos, y de prevenir y tratar sus alteraciones, ha sido una constante en las distintas etapas conocidas del desarrollo de la Medicina. Las características de la cuestión fueron variando significativamente en cada etapa, en la medida en que se modificaban las concepciones acerca de la Salud, desde la medicina primitiva y la antigua, en las que las ideas giraban alrededor de mitos, creencias y temores a lo sobrenatural, hasta la medicina griega, en que empieza a tomar forma el pensamiento médico sustentado en el conocimiento científico de la época, y en la creación de la primera “escuela para la enseñanza del arte de curar” de la historia, que ocurrió en el año 300 A.C. en Alejandría, Egipto. Posteriormente, durante la hegemonía de

Roma, la preocupación por la transmisión del conocimiento médico de una a otra generación (una forma rudimentaria de enseñar medicina) recibió gran impulso por la influencia de la civilización árabe, en la que se crearon escuelas médicas innovadoras en Sevilla y Córdoba, en un proceso que culminó en el Siglo XII al fundarse la Escuela de Medicina de Salerno, Italia, que vino a ser la primera institución

---

\* Ex Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH, ex Presidente del Colegio Médico de Honduras, ex Director del Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá, de la Organización Panamericana de la Salud.

“que actuó de manera independiente de tradiciones, mitos e influencias externas”. (1)

Coincidentemente, las grandes epidemias que ocurrieron en esta misma época, a la vez que diezmaban a la población de los países de la Europa Central, fueron la causa de importantes cambios económicos y sociales a finales de la Edad Media, y se constituyeron en fuentes importantes de un nuevo conocimiento médico, que alimentaba las decisiones curriculares de la época.

A lo largo de la historia subsiguiente han ocurrido cambios importantes en la concepción universal de la Salud, que han ido condicionando modificaciones relevantes en la educación de los médicos y de otro personal de Salud, hasta llegar a la etapa conocida como de la *medicina moderna*, iniciada a finales del Siglo XIX y afianzada a lo largo del Siglo XX; en el desarrollo de esta etapa se identifican tres determinantes esenciales de tales cambios: *la revolución industrial* ocurrida en ese período, que transformó la dinámica de las relaciones sociales y económicas entre grupos y países; *las dos guerras mundiales ocurridas en la primera mitad del Siglo XX*, que resultaron en la sustitución rápida de los antiguos centros de poder político y de desarrollo técnico y científico ubicados en Europa, por instituciones en los Estados Unidos de América; y *la tendencia de los grupos humanos a democratizar sus procesos de vida y a demandar una mayor participación de la sociedad en la toma de decisiones* que afectan a su bienestar, incluyendo su situación de salud; tales hechos fueron conformando progresivamente una nueva visión de la relación salud-enfermedad, a la que gradualmente se llegó a percibir como un problema social y colectivo, y ya no como una cuestión de índole individual y personal.

Hasta comienzos de la etapa de la medicina “moderna”, la práctica médica era sinónimo de un ejercicio destinado al cuidado de la salud, (ligada más a su recuperación que a su prevención, y menos a su promoción), lo cual era consecuente con la connotación que prevalecía alrededor del término “Salud”; de allí que hasta entonces, el médico era considerado el trabajador de salud por excelencia. Pero los determinantes señalados se concretaron a comienzos del Siglo XX, cuando la Asociación Médica Americana se dispuso a revisar la práctica médica hasta entonces conocida, así como la educación de los

médicos y el rol de las universidades y de los servicios de salud en su formación, frente a nuevas realidades sociales. Los resultados de la revisión fueron expuestos en un Informe elaborado en 1910 por una Comisión nombrada al efecto y coordinada por el Dr. Abraham Flexner, Profesor de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins, documento que “se constituyó en el punto de partida de un proceso de transformaciones fundamentales en la práctica y la educación en medicina” (2) y que ha sido considerado como “una de las publicaciones más notables e influyentes de la bibliografía médica educativa. Su influencia no solamente cambió para siempre las tradiciones de la práctica médica vigentes, sino que se extendió a las universidades, a los Gobiernos y a la opinión pública ... ..” (3)

A partir de entonces, la educación médica ha estado sujeta a los esquemas de trabajo surgidos como consecuencia del Informe Flexner, tanto en Estados Unidos como en países de menor nivel de desarrollo; en las décadas subsiguientes han ocurrido cambios en la forma, en la estructura curricular y en los aspectos metodológicos utilizados por las diferentes escuelas médicas, pero no se ha dado ninguna transformación sustantiva en la propuesta educativa, entre otras razones porque la concepción de la Salud, que es el marco condicionante de dicha propuesta, no se ha modificado en lo esencial; adicionalmente, y en el caso de países como Honduras, es evidente que uno de los factores que más han contribuido al escaso resultado de la educación técnico-científica, incluyendo la educación médica, ha sido, junto a otros condicionantes, la tendencia a adoptar planes de desarrollo educacional generados en otros países, para otras situaciones, y sin contar con los recursos ni las condiciones mínimas de que los últimos disponen para la ejecución de sus planes y programas educativos.

*(Deberá entenderse por “recursos y condiciones mínimas”, en el contexto de este trabajo, a cuestiones tales como la racionalidad en la distribución presupuestaria, la existencia de mecanismos fluidos para la gestión de la educación superior, la existencia de una política clara de salud en el país y de un sistema de servicios de salud propicio para el desarrollo de modelos de aprendizaje a partir de situaciones de trabajo).*



fluidas con el sistema de servicios de salud del Estado, con los gremios profesionales pertinentes y con los gobiernos locales y departamentales que requieren de personal calificado para proveer atención de salud de calidad a sus poblaciones.

En la búsqueda de tales condicionantes, las instituciones han sujetado sus actividades de desarrollo curricular, metodológico y administrativo al seguimiento de “tendencias”, que en realidad vienen a ser orientaciones y directrices organizadas y sistematizadas con base en parámetros establecidos a nivel internacional, y que usualmente obedecen a un interés y una motivación que poco o nada tienen que ver con las urgencias y demandas locales.

*Esta práctica debe ser abandonada, en atención a la evidencia de que no existen “tendencias” universales para educar a los profesionales y técnicos en ningún campo del conocimiento; solamente existen hechos y circunstancias propias de cada país o región, que afectan a diferentes grupos de población, y que, al asociarse con el entorno y otros determinantes, definen esquemas y comportamientos individuales y colectivos que contribuyen a generar los problemas cuya solución es, precisamente, el objetivo central de toda actividad educativa superior.*

2. El desarrollo de la educación profesional en salud, particularmente la de los médicos y las enfermeras, es un proceso permanente y sostenido, de investigación y análisis de los modos como la sociedad y el Estado perciben y valoran la Salud y sus determinantes. En efecto, el entorno nacional, regional y local está sujeto a una dinámica de cambio constante, por la influencia de factores sociales, políticos, económicos, demográficos, epidemiológicos y ambientales que, al interactuar entre ellos de manera sostenida, crean condiciones propicias para:

- a. **reconceptualizar la Salud**, ampliando su dimensión hacia el bienestar individual y colectivo, de derecho humano fundamental, y de oportunidad para el disfrute de mejores opciones de educación, de trabajo, de alimentación y de recreación para todos,
- b. **percibir y reconocer** la existencia de nuevas demandas y necesidades de la población, y sus

condicionantes, y

- c. **redefinir el objeto** de trabajo de los profesionales y técnicos (la atención a dichas demandas y necesidades) y consecuentemente, replantear el objeto de estudio e investigación de los procesos formativos, y de las instancias en que estos se desarrollan.

El autor aspira a que el lector coincida con su apreciación en el sentido de que la puesta en práctica de estas condicionantes implica el desarrollo de una actividad constante, integral, sin las atomizaciones artificiales que caracterizan hoy en día a la educación superior, y que requiere, además de una cuota de participación de docentes y estudiantes, de administradores y personal de apoyo, de profesionales y técnicos, de la Universidad y de los gremios pertinentes.

*En otras palabras, deberá entenderse por reforma y reorientación de la educación superior en las ciencias de la salud (y no solamente en ciencias médicas), a un proceso permanente de análisis, monitoreo e investigación alrededor de áreas críticas del proceso educativo, cuyos resultados alimenten la gestión de la actividad formativa, particularmente en lo que hace a las decisiones curriculares, administrativas y operacionales correspondientes.*

*Las reformas no deben darse por decreto. Ni pueden ser sujeto de plazos ni fechas de inicio o de finalización; sobre todo, no deberán apoyarse en modelos que han sido formulados para enfrentar situaciones diferentes a las locales, ni tampoco en supuestos, recomendaciones o “resoluciones” de grupos o entidades externos al ente responsable nacional.*

3. La redefinición de los objetos de trabajo y de estudio e investigación de los profesionales de la Salud determina la necesidad de mantener, como componente esencial de las acciones de revisión curricular permanente, un sistema de vigilancia y monitoreo del proceso formativo, en función de las variaciones en el contexto y en la práctica profesional; sus resultados



serán la fuente primaria de información y de datos (inteligencia) para poder identificar y caracterizar las contradicciones y discrepancias entre los contenidos de la formación y el objeto de trabajo y estudio, (áreas críticas) como consecuencia de las nuevas necesidades y demandas sociales.

*La respuesta curricular ante las discrepancias y contradicciones puede tener dos modalidades: una, fortalecer y consolidar el aprendizaje de los contenidos existentes (la solución es, en este caso, de naturaleza metodológica); la otra será la incorporación a los currículos y planes de estudios, de nuevos campos del conocimiento pertinentes al problema.*

*Es a la implementación de estas modalidades a la que se refiere, en el lenguaje pedagógico, el término DESARROLLO CURRICULAR; y, a la vez, es esta connotación la que determina que el proceso de dicho desarrollo sea de naturaleza permanente, participativa e incluyente.*

4. La cuarta premisa para la consideración del lector tiene que ver con la conveniencia de institucionalizar una nueva forma de trabajo en la formación de profesionales y técnicos, consecuente con una manera diferente de percibir la Salud de personas y grupos, y con los principios planteados en las propuestas de reforma de la atención sanitaria (y también en las “reformas” en el campo educativo, particularmente a nivel de las instancias responsables de impulsar los cambios propuestos). Pero no compartimos la noción de que “reformular” no se reduce a una simple sustitución de las regulaciones y esquemas vigentes, ya agotados, por nuevos instrumentos normativos que en el fondo no cambian nada sino que tienden a mantener lo sustantivo de la tradición, aunque sean presentados con un ropaje aparentemente innovador; por el contrario, se trata de abrir espacio a una cultura diferente en la gestión y la administración de los procesos de trabajo, de las instancias que los impulsan, y, esencialmente, de todos los actores involucrados, sean estos docentes, estudiantes, investigadores, autoridades, administradores, personal de los servicios asistenciales, gremios, u otros grupos involucrados. “Los recursos

*humanos son la reforma: cualquier reforma realizada desde arriba de ellos, o paralelamente a ellos, o reduciendo su comportamiento al de agentes económicos u objetos de trabajo, estará condenada al fracaso”*

Al plantear el tema de esta manera, asumimos la “creación de una cultura diferente para la gestión de los procesos formativos”, como, en primer lugar, la necesidad de romper con la tradición, aún reconocida y vigente, de planificar y sistematizar el conocimiento “aceptado”, atomizándolo y distribuyéndolo en una estructura curricular predeterminada, rígida, que por lo general obedece a criterios y requerimientos técnico-administrativos institucionales, y que tiene muy poca o ninguna relevancia para satisfacer las necesidades de aprendizaje que se requieren para enfrentar los problemas prioritarios de salud de la sociedad; y en segundo lugar, como la apropiación de nuevas formas y hábitos de trabajo para la gestión de los procesos educativos, particularmente en lo que se refiere al desarrollo curricular y metodológico, sustentado, como ha sido señalado, en el estudio y la investigación permanente tanto para caracterizar dichos problemas, como para precisar las necesidades de intervención educativa para superarlos.

*La convicción personal e institucional acerca de los beneficios potenciales de esta forma de organizar y plantear opciones educativas a los problemas sanitarios de la población, es condición esencial para que un país, o una universidad, o un grupo social determinado puedan proceder, de manera gradual y reflexiva, a la construcción progresiva, con amplia participación, de una política educativa (en su dimensión de política pública esencial), en este caso para la formación de los trabajadores que requiere el sistema de salud, en el marco de las reformas y de las nuevas formas que el país tiene de percibir el problema sanitario nacional.*

**Determinantes de la planificación y del desarrollo de la educación médica en Latinoamérica.** En la primera sección de este trabajo hemos intentado transmitir al lector una información sumariada de los cambios más significativos ocurridos en el proceso

histórico seguido por la educación de los médicos desde que el hombre tuvo capacidad para diferenciar el estado de salud del de enfermedad hasta nuestros días. Se ha tratado, a lo largo de la información transcrita, de establecer un patrón de relación entre la visión predominante en cada período histórico acerca de la salud, y la caracterización de los actores responsables de su vigilancia, su mantenimiento y su recuperación. (5) Y en la segunda sección, hemos aportado, como insumos para el trabajo, algunos lineamientos orientadores para un eventual replanteamiento del tema de los trabajadores en estos tiempos de reformas a los modelos de atención, relevando las implicaciones en su formación.

*(Permítasenos recordar al lector que dado el enfoque del artículo y de esta Revista, si bien se enfatiza el caso de la educación de los médicos, en realidad los principios esenciales que a continuación se exponen, son pertinentes a la formación de todos los integrantes de los equipos de trabajo sanitario).*

Nos permitimos someter a la consideración de los interesados en estos temas, una propuesta orientada a que la redefinición de los procesos formativos médicos para las próximas décadas esté sustentada en criterios y determinantes diferentes de los que se han utilizado hasta ahora, entre ellos los siguientes:

**a. educación médica y situación nacional:** es usual relacionar las decisiones educativas a la situación de salud de un país, a su perfil epidemiológico actual y prospectivo, a factores políticos, demográficos, de desarrollo social y económico, ambientales, y, obviamente, al acceso que se tiene a los avances técnicos y científicos en medicina, enfermería y salud pública. Son elementos que continúan siendo válidos como condicionantes del desarrollo de la salud y la educación, y como tales, son insumos esenciales para organizar una respuesta educativa a los problemas nacionales. Por fortuna, la mayoría de las Universidades del continente cuentan ahora con acceso a información actualizada y relevante al respecto, tanto en los centros de documentación nacionales, como a través de las facilidades de la moderna tecnología de la comunicación. Pero en el interés

de aportar significativamente a la reorientación de la educación de los trabajadores de la salud, creemos necesario sugerir a los entes formadores que deberán esforzarse en profundizar en el conocimiento del problema de las *desigualdades sociales* como un componente de los escenarios actuales y futuros en países como el nuestro, y como determinante de la precariedad de las condiciones de vida y de salud de la mayoría de la población; el tema ha sido, hasta ahora, ignorado a la hora de formular y desarrollar planes, programas y procesos educativos.

El análisis de las desigualdades es parte esencial del estudio de la dimensión socioeconómica que caracteriza a un país; tanto esta como aquellas *se traducen* en inequidades y limitaciones y precariedades en la salud, la educación, la capacidad para el trabajo, y las opciones para el bienestar. La Organización Panamericana de la Salud ha identificado entre las principales desigualdades que afectan el estado de Salud de la población, a las que se refieren a la esperanza de vida al nacer, al riesgo de enfermar y de morir, a la oferta y producción de servicios de salud y al acceso de la población a estos, al acceso a agua potable y sistemas de saneamiento del medio, y en general, a los determinantes conocidos de la salud. (6) Definidas así, deben ser consideradas como *parámetros esenciales* a considerar no sólo en el proceso formativo de los médicos y otros trabajadores, sino también en la educación de miembros de otros sectores sociales, cuya participación en la búsqueda de soluciones es también crucial.

**b. educación médica y políticas de salud y de formación de personal:** por lo general, se atribuye la insuficiente respuesta a los planes de salud y a los programas de desarrollo de personal de salud, entre otras cosas, a “la falta de políticas”, entendiéndose como “políticas” a la exposición ordenada, verbal o escrita, de propósitos, objetivos, y metas a alcanzar (hay evidencia de que en no pocas ocasiones, una “política” ha sido percibida como un listado de actividades a ser desarrolladas en un campo determinado de la administración pública). En opinión del autor, son enfoques erróneos, ya que “el problema no radica en la “falta de políticas” sino en el origen de estas, y en el modo como han sido formuladas



(generalmente en los niveles de poder o por influencia de organismos externos); ello explica su inoperancia ulterior, dado que su origen está ubicado lejos de la realidad en que viven los grupos humanos y de sus necesidades prioritarias.....”

Para efectos del propósito de esta contribución, proponemos que una Política deberá ser entendida como *un planteamiento (implícito ó explícito) de una forma de percibir un problema fundamental de la sociedad, y de un modo de pensar (la teoría) y de actuar (la práctica) para enfrentarlo*. Es la cultura de trabajo de que se hablaba en la premisa 4, en la que, a partir de un análisis de situación se pueden identificar *áreas críticas* de mayor gravedad y magnitud (áreas prioritarias), así como construir opciones de trabajo sustentadas en criterios de *factibilidad y viabilidad* reales, disponibilidad de recursos, garantía de sostenibilidad de los resultados, grado de receptividad por los grupos a los que se dirigirá la acción, correspondencia con una política general de desarrollo del Estado, y, evidentemente, un desarrollo educacional coherente y pertinente a la situación general a enfrentar, entre otros. Como ejemplo ilustrativo, permítasenos señalar que en la mayoría de las propuestas de reforma sanitaria del momento en varios países, incluyendo a Honduras, se han hecho esfuerzos por caracterizar áreas prioritarias de atención, al tiempo que se han incorporado al trabajo sanitario conceptos como el de descentralización de la atención, nuevas funciones de la Salud Pública, participación social incluyente, equidad, promoción de la salud, intersectorialidad y desarrollo de asociaciones y alianzas con otros sectores.

*Pero para que esto pueda ser considerado realmente como una política, es condición esencial que cada uno de sus componentes sea consensuado y aceptado por todos, como medio de construir no solamente un documento, sino un modo de trabajo habitual y permanente. Una política de salud así concebida, derivará en otras políticas relacionadas, particularmente la que se refiere a la educación de los trabajadores del sector, entre otras.*

c. educación médica y práctica profesional: ha

sido señalado anteriormente en este trabajo el hecho de que las propuestas para el ejercicio médico y de enfermería en la actualidad continúan ciñéndose a las ideas básicas que fueron propuestas en Europa y Estados Unidos en la transición del Siglo XIX al XX, esto es, al enfoque esencialmente curativo dirigido a tratar la enfermedad del individuo; es por ello que, una vez que la formación ha superado la etapa de las ciencias preclínicas, el 71% de los contenidos curriculares de las etapas subsiguientes, enfatiza el conocimiento clínico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y que los estudiantes pasan en los servicios hospitalarios aproximadamente un 70% del tiempo docente dedicados al aprendizaje de estos conocimientos, lo cual es congruente con la visión que se tiene acerca de lo que se piensa que debe ser el ejercicio profesional; y es por ello también, que la práctica profesional en salud probablemente se mantendrá, en los países latinoamericanos y durante largos períodos todavía, distribuida en los subsectores privado (que es una práctica esencialmente de tipo curativo), público (mayormente asistencial y curativa, y en menor grado, preventivo y de salud pública) y de las diferentes modalidades de seguridad social conocidas (que usualmente son de tipo semiprivado), sistema que tiene una amplia y efectiva cobertura en algunos países - Chile, Costa Rica, Colombia y México entre ellos- pero que se reduce solamente a la protección de la fuerza de trabajo de la administración pública y de la empresa privada. Señalemos además, la existencia de grandes sectores de población que **siguen sin tener acceso, por diversas razones, a ninguna de estas modalidades de atención**, a pesar de los esfuerzos que se hacen para superar esta situación, en Honduras y otros países.

*Concluimos entonces, en que NO es la práctica profesional lo que debe determinar el modelo educativo como se ha dicho; todo lo contrario: es a través de la educación profesional (especialmente de la apropiación del conocimiento que se promueve), que se pueden generar transformaciones y reformas, en el entendido de que ello solamente ocurrirá en la medida en que ella esté basada en el estudio y la investigación*

*de los problemas nacionales prioritarios de salud, como fuente de un conocimiento que sea significativo para el desempeño y la práctica.*

- d. educación médica y el objeto de estudio y de trabajo de los trabajadores:** el autor ha insistido, en ocasiones anteriores, en el valor de la educación profesional como instrumento para mejorar las condiciones de vida de la población, cuando esta parte de una *redefinición de los objetos de estudio y de conocimiento* que requiere el trabajo, como punto de partida del proceso de aprendizaje. (7) Y en esa línea de pensamiento, ha relevado las contribuciones de distinguidos educadores latinoamericanos como María Isabel Rodríguez, Rectora de la Universidad de El Salvador, cuando señala que “uno de los cambios fundamentales en la concepción de la medicina y la salud es la redefinición del objeto de estudio y del conocimiento como elementos esenciales del trabajo sanitario” y cuando convoca a “buscar formas de organizar la educación en torno a un objeto de conocimiento enfocado en la salud de la comunidad y del individuo en su contexto social...” (8)

*La identificación del objeto de conocimiento como un determinante de nuevas formas de trabajo obliga a la necesidad de organizar el aprendizaje de nuevos campos del conocimiento en salud, de propiciar el uso de metodologías y técnicas que lo faciliten, y de crear sistemas efectivos para su monitoreo, su seguimiento y su evaluación permanentes.*

- **aprendizaje y nuevos campos del conocimiento médico:** M. A. Roschke, distinguida educadora en salud, ha identificado al aprendizaje como un proceso social (es estimulado por las relaciones sociales e intercambios entre individuos), evolutivo (no es producto de la acumulación, agregación o sustitución de informaciones); ha señalado también que todo análisis de la práctica de salud a nivel institucional revela que “gran parte de las situaciones-problema que confrontan los trabajadores involucra dos modalidades de conocimiento: el especializado (adquirido a lo

largo de la formación académica), y el operacional (desarrollado a partir de la experiencia en el trabajo), que permite identificar porqué una acción de salud logra resultados en unos casos, y no los logra en otros, o decidir cuando es pertinente el uso de determinada tecnología y cuando no lo es, o reflexionar sobre diversas alternativas y cursos de acción.” (9); Roschke sigue la línea de los educadores modernos al indicar que “tanto el aprendizaje como el pensar, resultan de un proceso de construcción que se efectúa en el plano de las estructuras afectivas como de las estructuras cognitivas de la psiquis”, (cuando uno aprende, aprende por entero, empleando sus capacidades intelectuales y sus emociones), y que el aprendizaje *solo adquiere sentido (se vuelve significativo) cuando responde a un deseo del individuo de resolver una necesidad de trabajo frente a una situación-problema dada.* (10)

Las reflexiones anteriores cobran mayor relevancia cuando se trata de promover el aprendizaje de elementos cognoscitivos que resultan de investigaciones y estudios recientes, de reciente divulgación, ya sea en medicina clínica, o en las llamadas “ciencias básicas”, o en el campo de la Salud Pública y la Medicina Social; o bien, aquellos que surgen como respuesta a situaciones hasta hace poco desconocidas. Si las decisiones educativas han de partir de un análisis contextual presente y prospectivo, progresivamente se irán identificando esos elementos, que a pesar de conocerse como determinantes del estado de salud de una población, siguen estando ausentes de los currículos y los programas de formación de personal.

- **aprendizaje y el problema metodológico:** a partir de las reformas de la educación superior de los años 50 y 60 en varios países, se hizo manifiesto el interés y la preocupación de las instituciones por incorporarse a la tendencia a introducir cambios en las estrategias y metodologías para estimular el aprendizaje por parte de los estudiantes; los Laboratorios de Relaciones Humanas y Educación Médica de los 60s fueron uno de los hitos que cambiaron la concepción de la relación docente-estudiante en que se sustentaron las reformas; la educación libresa proveniente de la Europa de principios



del Siglo XX fue gradualmente sustituida por la discusión, el seminario, el análisis de problemas como base para construir conocimiento, así como su aplicación a las situaciones cotidianas de trabajo; la aceptación incondicional del conocimiento dogmático del “profesor” ha sido reemplazada por la crítica, el cuestionamiento y la participación colectiva, enfatizadas en la pedagogía basada en la problematización de situaciones y modos de desempeño, como medio para aprender activamente, unos de otros; por lo demás, hoy en día la educación superior viene a ser, igual que sucede en otros campos de la vida moderna, un territorio propicio para la utilización de las bondades del desarrollo tecnológico y cibernético que caracteriza a la modernidad, cuando los costos lo permiten.

Pero al margen de la discusión alrededor de nuevas técnicas y estrategias (nivel micro), es de mayor relevancia abordar el tema desde un nivel macro, ó sea, aprovechar la coyuntura actual para impulsar una verdadera transformación conceptual acerca de la educación de los profesionales de la salud, como substrato de una reforma de la educación superior; en tal caso, y sin la pretensión de ser exhaustivos, planteamos tres ejes fundamentales de trabajo:

- **el aprendizaje es un proceso permanente ligado a los procesos de trabajo habituales;** no existe justificación alguna para que la Universidad se desligue de su responsabilidad con sus estudiantes cuando estos cumplen un determinado número de cursos y años académicos, y reciben un grado; tampoco es válida en la actualidad la separación arbitraria entre la educación formal, académica, y las llamadas de postgrado y/o “educación continuada”; el conocimiento (particularmente el conocimiento en salud) es uno solo, ininterrumpido, durante la vida útil del profesional, sujeto a cambios y variaciones, pero de ninguna manera fraccionado, atomizado y disperso;
- **el trabajo es la fuente principal de conocimientos que deben ser aprendidos;** no todas las situaciones a resolver son iguales: “hay casos en que es necesario transformar los comportamientos técnicos a base de reorientar el conocimiento en que se sustentan” (11). El aprendizaje en una

situación de trabajo no se reduce a los conocimientos puramente técnicos, ni a la reproducción de procesos formativos anteriores; por el contrario, cuestiona la propia práctica y su eficacia, al tiempo que promueve el desarrollo personal, profesional y social del individuo (valores), así como la autonomía de pensamiento y de acción (12);

- **el trabajo en salud es un trabajo de equipos; de donde, la educación de los trabajadores deberá ser, igualmente, una educación de equipos;** el trabajo en grupo y en equipos de trabajo es un proceso humano que implica sentimientos, actitudes y acciones, además del conocimiento técnico; se sustenta en los principios de colaboración, de combinación de recursos, saberes y opiniones, y requiere del establecimiento de metas y objetivos comunes; cada uno de sus miembros carga con una parte del trabajo, pero es responsable en un 100% por el éxito ó el fracaso del trabajo del grupo (13). El grupo de trabajo debe ser educado en estos parámetros.
- e. **la calidad de la educación profesional:** su monitoreo, evaluación y acreditación: según Borrell (14) “calidad es una palabra de moda, que se encuentra en los debates educativos, en las propuestas de reforma, en los proyectos de desarrollo de las instituciones educativas y de servicios y producción”; señala que la misma es objeto de “una búsqueda desde diferentes visiones pedagógicas, y esencialmente a partir de situaciones sociales que determinan la lucha política y técnica para encarar aspectos de igualdad de oportunidades y superación constante, tanto en los centros formadores como en el ámbito de trabajo”. Estas aproximaciones de la investigadora citada abren espacio para diversas definiciones conceptuales en el campo educativo; el problema ha sido ya motivo de preocupación de otros estudiosos desde hace muchos años. Passos entre ellos, ha expresado que la calidad “es el resultado integral de determinados procesos de trabajo en el marco de la producción de servicios sociales” (15), y profundiza diciendo que “no es algo intrínseco, presupuesto en los agentes, tampoco una cosa en sí, derivada del alto nivel de formación de aquellos, sino, una condición

compleja en virtud de la cual los agentes productores de servicios aportan significativamente a ella, con el objeto de ofrecerlos o perfeccionarlos, para dar mayor satisfacción a quienes los necesitan...”

Por su parte, Rovere, analizando el tema desde la educación y la atención en salud, señala que “el usuario percibe (o sufre) los efectos de la calidad de la atención, que cuando no es satisfactoria, puede transformarse en un importante problema social”, y agrega que dado que los servicios de salud son servicios de personas para personas, el principal factor de calidad tiene que ver con la disponibilidad, la actitud, el conocimiento y el desempeño de los trabajadores de la salud (16).

Concluimos en que la búsqueda de la calidad de la educación en salud debe ser motivo de inquietud constante, debe manejarse como parte integral del proceso formativo, y sustentarse en atributos tales como *pertinencia* (con las políticas educativas y de salud, programas, metas y objetivos), *efectividad* (en términos de alcance de resultados, objetivos y propósitos en el desempeño), *equidad* (en relación con oportunidades y condiciones de aprendizaje iguales para todos), *capacidad de respuesta* (a demandas y necesidades), *factibilidad* y *viabilidad* (en términos de recursos, respaldo político y aceptación), y *garantía de sostenibilidad* en el tiempo.

*De donde, el diseño de un programa educacional en salud implica la formulación paralela y simultánea de un modelo de Gestión de la calidad, que incluya mecanismos para la vigilancia, el monitoreo y la evaluación constantes, que permita el ajuste permanente y oportuno a los cambios en las necesidades y a las modificaciones contextuales.*

**Operacionalizando:** probablemente habrá otras opciones de trabajo derivadas del debate sobre estas cuestiones; ocurre ya en distintas Universidades, ya sea porque se asume la necesidad de ajustar la formación a las propuestas de reforma o a nuevas demandas sociales, o simplemente porque hay conciencia de que los modelos educativos actuales ya no son respuesta a los problemas actuales. Los siguientes son pasos esenciales, (no los únicos) para crear condiciones para redefinir la educación profesional en salud, de cara a los cambios

contextuales que están ocurriendo:

- creación de una instancia de *Desarrollo Institucional*, que incluya acciones de desarrollo curricular coherente con las funciones esperadas en el desempeño de los egresados, que incorpore al proceso el desarrollo de sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación de los currículos, y que apunte a redefinir el objeto de estudio y de trabajo de los profesionales de salud;
- implementación de procesos de *Investigación educacional y operativa* alrededor de las áreas críticas detectadas, con el fin de identificar nuevos campos del conocimiento a considerar en las decisiones curriculares y metodológicas;
- promoción de una *cultura organizacional* al interior de los entes formadores, que facilite el trabajo solidario y el cambio en los estilos de trabajo, facilitando la consolidación del conocimiento (la teoría) y el desarrollo metodológico (la práctica);
- desarrollo de acciones de *vigilancia de la calidad de la educación*, definiendo sus principios básicos, criterios de valoración, y estableciendo un sistema de Gestión del proceso para la sostenibilidad de los niveles cualitativos deseables; definición de mecanismos para acreditar la calidad, con base en los criterios mencionados;
- desarrollo de alianzas solidarias con otras instancias de los sistemas de salud y de educación del país, con gremios profesionales y con instancias de gobierno local o regional; se promoverá la participación activa en el Consejo Nacional de Salud o similares, cuando existan.

#### Citas y referencias:

1. Haddad Q., J.: El desarrollo de los trabajadores de la Salud. Tegucigalpa, 2003.
2. Welch, W.: Medical Education in the United



- States. Harvey Conference, Johns Hopkins University, Baltimore, 1915.
3. Granados T., R.: La reforma de los sistemas de salud: implicaciones. En: La Gestión del trabajo-aprendizaje, J. Haddad y E. Pineda, editores; Tegucigalpa, 1995.
4. El término “médico” se mantuvo vigente para designar al actor principal del proceso de preservar y recuperar la salud de los grupos hasta las reformas de comienzos del Siglo XX; luego se acuñó el término “personal de salud” para designar a profesionales y técnicos sanitarios, y a partir de las reformas de 1972, cobró mayor vigencia el término “recursos humanos”, consecuente con la visión economicista de la salud propuesta entonces.
5. La Salud de las Américas, publicación científica N° 587 de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2002.
6. Haddad Q., J.: op.cit.
7. Rodríguez, M. I.: Lo biológico y lo social en la formación de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1994.
8. Roschke, M. A.: Aprendizaje significativo en los servicios de salud. En: Ed. Permanente en Salud, J.Haddad y E.Pineda, editores, Tegucigalpa, 1997.
9. Roschke, M. A.: ibid.
10. Davini, M. C.: Educación Permanente en Salud, Serie PALTEX N° 38, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1995.
11. Davini, M. C.: op. cit.
12. Charnes, G.: Ponencia ante un Taller de Evaluación de procesos de Educación Permanente, Antigua Guatemala, 2003.
13. Borrell, R. M.: Evaluación y acreditación de programas educativos de personal de salud, Buenos Aires, Argentina, 2000.
14. Passos Nogueira, R.: Perspetivas da qualidade em saúde, Qualitymark Editora, Río de Janeiro, Brasil, 1997.
15. Rovere, M.: Gestión de la Educación Permanente en Salud, En: Educación Permanente de Personal de Salud, J. Haddad y E. Pineda, editores; Tegucigalpa, M.D.C., 1997.



## ÚLTIMAS ADQUISICIONES EN LA COLECCIÓN DE BIBLIOTECA MÉDICA "FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS"

No.	AUTOR	TITULO
1	COTRAN RAMZI, S.	ROBBINS PATOLOGÍA ESTRUCTURAL FUNCIONAL
2		SOME THIROTROPIC AGENTS
3	WORLD HEALTH ORGANIZATION	CARDIOVASCULAR CARE OF THE ELDERLY
4	WORLD HEALTH ORGANIZATION	WORLD DIRECTORY OF MEDICAL SHOOLS
5		VADEMECUM DE MEDICAMENTOS: PHISICIANS DESK REFERENCE: CENTRO AMERICA Y REPUBLICA DOMINICANA
6	SNELL, RICHARD S.	CLINICAL ANATOMY FOR MEDICAL STUDENTS
7	POTTER, PATRICIA A.	FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA
8	WORLD HEALTH ORGANIZATION	SURGICAL CARE AT THE DISTRICT HOSPITAL
9		MANUAL DE LA ENFERMERIA
10	GARCIA TRUJILLO, ODALYS	VIH-SIDA: ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN HONDURAS
11	BEHRMAN, RICHARD E.	NELSON, COMPENDIO DE PEDIATRIA
12	GARTNER, LESLIE P.	TEXTO ATLAS DE HISTORIA
13		DANFORTH'S OBSTETRICS AND GINECOLOGY
14	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE	PAQUETE MADRE-BEBE: LA SALUD IMPLEMENTANDO LA MATERNIDAD SEGURA EN LOS PAISES
16	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA SALUD. COMITÉ ASESOR INTERNA- CIONAL DE BIOÉTICA	BIOÉTICA Y CUIDADOS DE SALUD: DE LA EQUIDAD, CALIDAD Y DERECHOS
17	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	MARCO JURÍDICO DE LA MATENIDAD SEGURA EN LOS PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE



Dagoberto Espinoza Mourra\*

# REFORMAS CURRICULARES EN LAS ÚLTIMAS TRES DÉCADAS

## INTRODUCCIÓN:

*Definición de Curriculum:* Plan de Estudios. Conjunto de estudios y prácticas destinadas a que el alumno desarrolle plenamente sus posibilidades. Su plural en latín es *curricula*; por lo tanto es incorrecto hablar de los *currículos*. Es preferible el uso españolizado de *currículo*, que admite el plural los *currículos*.

*Concepto:* El *curriculum* ya no es el simple contenido del programa de estudios y un listado de materias y cursos. Actualmente, a todo lo anterior debe agregarse la suma de experiencias que se ofrecen al educando bajo los auspicios de la institución educadora.

*En el diseño del curriculum según H. Taba, deben contemplarse las siguientes etapas:* a) Diagnóstico de las necesidades (en este caso habrá de pensarse en las necesidades de salud del pueblo hondureño); b) Formulación de objetivos; c) Selección de contenidos; d) Organización de los contenidos; e) Selección de experiencias de aprendizaje; f) Organización de experiencias de aprendizaje y g) Determinación de lo que se ha de evaluar y de las maneras y medios de hacerlo.

*Mejoramiento del Curriculum:* No significa un simple perfeccionamiento de su estructura y de los documentos que forman parte de su contenido; lleva implícito una renovación de la metodología educativa,

así como de las percepciones y valores en todas las personas vinculadas con éste. Si se pretende que el *curriculum* mejore, debe hacerse comprender a los maestros la importancia de su propio mejoramiento.

## ANTECEDENTES HISTORICOS:

Durante el gobierno del Dr. Marco Aurelio Soto se crea la Facultad de Medicina y Cirugía (1882) y se nombró como Decano al Dr. Carlos E. Bernhard. Era Rector de la Universidad el Dr. Adolfo Zúñiga. Según el Código de Instrucción Pública de aquella época, la Carrera de Medicina constaba de seis cursos, al cabo de los cuales el alumno recibía el título de Licenciado.

---

\* Ex Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.

Los alumnos que hubieran obtenido el título de Licenciado podrían doctorarse siguiendo un curso especial.

La primera matrícula fue de ocho alumnos. En 1976, cuando asumimos el cargo como Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, se habían graduado 742 profesionales de la Medicina en un período de 95 años.

Con la conquista de la Autonomía Universitaria en 1957, se operan cambios en las diferentes Facultades que integraban la Universidad Nacional y la de Medicina fue una de las primeras en hacer una revisión de sus planes de estudio. Los Ex Decanos comprendidos de 1957 a 1970, Doctores Ramiro Figueroa, J. Adán Cueva y Enrique Aguilar Paz pusieron su talento y entusiasmo para lograr la formación de un médico en consonancia con la nueva etapa de nuestra Universidad y los cambios que operaron en la sociedad hondureña.

### **CAMBIOS Y REFORMAS EN LA CARRERA DE MEDICINA EN LAS TRES ULTIMAS DECADAS.**

- Para enmarcarnos en este período comenzaremos con la figura del Dr. Jorge Haddad Quiñónez, quien fungió como Secretario de la Facultad 1964-1967 colaborando estrechamente con el Decano Aguilar Paz en la estructuración de la Reforma curricular en el área clínica. Fue electo Decano para el período 1967-1970 y reelecto para el período 1970-1973.

Durante sus sucesivos períodos –de los más fructíferos en la historia de nuestra Facultad— se implementó la creación del Departamento de Enfermería; se creó el Departamento de Medicina Preventiva de manera integral, con profesores de tiempo completo y se inició la actividad docente en áreas rurales. También se desarrolló el nuevo Departamento de Microbiología y se creó la Carrera de Técnicos de Laboratorio. Se participó en los estudios tendientes a la creación del Hospital Escuela. En su administración de seis años se modificaron los sistemas de exámenes privados, tesis y de Servicio Médico Social.

Una modalidad innovadora en su gestión fueron los Laboratorios de Relaciones Humanas y Educación Médica, con lo cual se logró una nueva corriente de comunicación entre profesores y estudiantes,

incorporándose a ambos grupos a los trabajos de interés de la Facultad.

- El Dr. Juan Almdares Bonilla fungió como Decano de 1973 a 1976 y en su período se creó el internado rural y se continuó con la formación de profesores de tiempo completo, especialmente en Medicina Preventiva y Psiquiatría. Durante su gestión entró en la fase de construcción el Hospital Escuela, participando el Decano en las decisiones de la Comisión Permanente de dicho Proyecto.

En las postrimerías de su administración (del 17 al 20 de marzo de 1976) se efectuó el “Primer Seminario Nacional e Internacional de Educación Médica”, con el siguiente Temario: 1. Análisis de la situación actual del país; 2. Análisis de la situación actual de la Facultad de Medicina; 3. Proyecto “Hospital Escuela” y formación de recursos humanos; 4. Alternativas de cambio de la Facultad de Medicina, y 5. Perspectivas actuales de la educación médica en América Latina. Puntos relevantes en las discusiones fueron: 1. Formación de Médicos en nuestro país; 2. Integración de la Facultad de Medicina al Plan Nacional de Salud. 3. Principales consecuencias del incremento de la población estudiantil sobre la organización administrativa y docente de la Facultad; 4. Significado del Hospital Escuela en la solución de la Problemática de Salud del País, y 5. Papel del Hospital Escuela en el proceso de formación de médicos.

- En mayo de 1976 asumimos el cargo de Decano de la Facultad de Ciencias Médicas y habiendo conocido y estudiado a fondo los cambios a que propendieron los Doctores Aguilar Paz, Haddad Quiñónez y Almdares Bonilla, dispusimos que la actividad fundamental de nuestro período sería la realización de una reforma curricular profunda y transformadora que diera como producto final el tipo de médico que Honduras necesita.

Esta reforma curricular surge de la exigencia histórica de adecuar el profesional médico a las condiciones y características de la sociedad hondureña. El nuevo currículum se inspira, pues, en un proceso de enseñanza-aprendizaje más integrador del conocimiento y de la práctica orientadas a la formación del futuro médico.

El Consejo Universitario, en sesión ordinaria celebrada el 24 de septiembre y 1º de octubre de 1976,



emitió el siguiente Acuerdo, que consta en el Acta No. 297 y que dice: “La Facultad de Medicina y Cirugía deberá, dentro del término máximo de dos años, proceder a la reforma del Plan de Estudios, a fin de adecuarlos a las Normas Académicas y a los requerimientos de las necesidades nacionales en el área de la salud”.

Atendiendo el contenido del Acuerdo arriba citado, la Facultad de Ciencias Médicas integró una Comisión de Reforma Curricular y le asignó funciones específicas, según punto de Acta No. 26 del 7 de febrero de 1977, misma que quedó integrada de la siguiente forma:

- 1. Coordinador: Dr. Dagoberto Espinoza Murra
- 2. Sub-Coordinador: Dr. Luis Felipe Beker G.
- 3. Secretario: Dr. Mario Castejón
- 4. Vocal Docente: Dr. Raúl Felipe Cáliz

*Cuatro Vocales estudiantiles:*

Bres. Enrique Zelaya; Rubén Palma; Mario Elvir y Enrique Samayoa.

Después esta Comisión se amplió a catorce miembros, agregándose los docentes, Dres. Daniel Herrera y Nelson Velásquez, así como el Lic. Juan Samaja. Los tres estudiantes fueron los Bres. Erick Fajardo, Miguel Paz y Fidel Barahona.

Esta Comisión trabajó con entusiasmo y, con el concurso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Secretaría de Salud, bajo la conducción del Ex Decano, Dr. Enrique Aguilar Paz, se realizaron talleres, seminarios y reuniones con la participación de docentes y estudiantes, logrando concluir sus actividades en la producción de un volumen de 160 páginas y que se tituló “HACIA UN NUEVO MEDICO HONDUREÑO A TRAVES DE LA REFORMA CURRICULAR” Facultad de Ciencias Médicas (UNAH) Tegucigalpa, D.C. Noviembre de 1978.

Mediante esta reforma se pretendía superar la DESINTEGRACIÓN existente en todos los niveles: Entre materias básicas y clínicas; entre la Carrera y el Servicio Médico Social; entre la teoría y la práctica; entre la educación y el trabajo, etc.. Por ello el eje integrador la constituía el binomio ESTUDIO-TRABAJO.

- El Dr. Raúl Felipe Cáliz fungió como Decano por dos períodos sucesivos (1983-1989) y durante el proceso de Reforma Curricular a que hemos hecho referencia (1977-1978) tuvo una participación muy destacada y apoyó los grandes lineamientos del trabajo.

Podríamos decir que durante su gestión se retomaron los puntos esenciales de aquella Reforma, enriqueciéndola al ser presentada en foros nacionales e internacionales. En sus períodos se definieron los perfiles epidemiológico, de estudio y ocupacional; también se inició el diseño del perfil docente. Completó el documento del currículo de Medicina, desde su marco conceptual hasta los sistemas de evaluación. En su administración se creó la Unidad de Tecnología Educacional en Salud (UTES), que generó trabajo productivo en varios rubros, tales como: Capacitación masiva de docentes en pedagogía médica, didáctica, sistemas de evaluación, administración educativa, metodología de la investigación, etc.. También merece la pena señalar la creación de la Unidad de Investigación Científica de la Facultad (UIC) con el fin de coordinar, supervisar y apoyar metodológicamente el proceso de investigación en la Facultad de Ciencias Médicas.

El Internado Rotatorio se extendió a otras cabeceras departamentales, tales como Choluteca, Santa Rosa de Copán y Comayagua.

- El Dr. Jorge A. Sierra fue un colaborador muy cercano en los trabajos de Reforma que llevó a cabo el Dr. Cáliz y, cuando fue elegido para ocupar el Decanato de la Facultad (1992-1995), retomó parte del trabajo realizado en 1985 y que culminó con el Plan 1995. Su trabajo se orientó a hacer un diagnóstico de la situación formativa según la realidad de la enseñanza médica; cambios socioeconómicos del país y aportes científicos de las Ciencias de la Salud. En 1993 se integra una Comisión para elaborar el Plan definitivo, a la luz de nuevos Documentos, tales como: Ley de Educación Superior, Normas Académicas del Nivel de Educación Superior. Este Plan fue conocido y aprobado por estudiantes, Claustro de Profesores, Dirección de Docencia, Junta Directiva de la Facultad y Consejo Universitario.

El Dr. Sierra también fungió como Director de Docencia del Hospital Escuela, cargo desde el cual logró hacer cambios en los programas de postgrado, especialmente en lo que se refiere a los exámenes de ingreso de los nuevos especialistas.

En 1998 llega al Decanato el Dr. Gustavo A. Vallejo y de alguna manera se interrumpe la implementación del Plan de 1995, pues éste contemplaba una transición entre los dos Planes que estaban vigentes, ya que era imposible comenzar con el último, sin tomar en cuenta a los cursos que se habían iniciado con el otro. Mediante algunos cambios se logra estructurar lo que se llamó VERSIÓN 2.000 y que es el que está vigente en estos momentos.

**RESUMEN:**

A lo largo de la vida autónoma de nuestra Universidad, la Facultad de Ciencias Médicas ha procurado hacer revisiones, mejoras y diseños curriculares orientados a la formación de un profesional:

- a) Poseedor de la metodología científica y técnicas, que le permitan promover y proteger la salud, detectar tempranamente y coadyuvar a recuperar el daño en comunidades; diagnosticar en forma precoz y tratar adecuadamente las enfermedades

- de mayor relevancia en Honduras y que sepa referir oportunamente los casos especializados a los niveles de atención responsables de este tipo de pacientes.
- b) Con capacidad para autoeducarse y hacerlo constantemente en el transcurso de su vida profesional;
- c) Capaz de hacer el diagnóstico de salud de una comunidad, diseñar e implementar los programas de salud necesarios;
- d) Provisto de la metodología, técnicas y actitudes para investigar, resolver y/o referir problemas médico sociales en centros de trabajo: urbanos y rurales; escuelas, domicilios y otros establecimientos colectivos;
- e) Conocedor de los planes y sistemas de salud del país vigentes y sus tendencias de cambios;
- f) Con sólida formación en cuanto al proceso histórico social de la nación, de la realidad sanitaria del país y la idiosincrasia de sus habitantes.

Por muchos años nuestros profesionales se formaron en las salas hospitalarias; pero en las últimas décadas se consideraron otros escenarios: aldeas y caseríos, así como barrios marginados de las grandes ciudades; sin embargo, todavía queda mucho por hacer a fin de ofrecerle al pueblo hondureño el médico que la patria necesita.

*16 de febrero 2,004*

DECANOS FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS EN LAS TRES ÚLTIMAS DÉCADAS	
• Dr. Jorge Haddad Quiñónez	1970
• Dr. Enrique Samayoa	1972
• Dr. Juan Almdares	1973
• Dr. Dagoberto Espinoza M.	1976
• Dr. Nelson Velásquez	1979
• Dr. Carlos García V.	1982
• Dr. Raúl Felipe Cálix	1983
• Dr. Roberto A. Núñez	1989
• Dr. Marel de Jesús Castellanos	1992
• Dr. Jorge A. Sierra	1992
• Dr. Humberto Rivera	1995
• Dr. Gustavo A. Vallejo	1998
• Dr. Nelson Montes	2001



## BIBLIOGRAFÍA

1. Cáliz, Raúl Felipe: Información personal
2. Doll C. Ronald. El Mejoramiento del Curricuum. Edit. FL. ATENFO (1979) Buenos Aires, Argentina
3. Espinoza Murra, Dagoberto: “Adelante” Boletín de la Facultad de Ciencias Médicas (1977-1979)
4. García, C. Juan: Educación Médica en la America Latina (1972) Organización Panamericana de la Salud (OPS)
5. Hacia un nuevo Médico a través de la Reforma Curricular. Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, noviembre de 1978
6. Lemus, Luis Arturo: Pedagogía. Temas Fundamentales (1969). Edit. Kapeluz, Buenos Aires, Argentina
7. Sierra Jorge. Información personal
8. Taba, Hilda: Elaboración del Currículo (1983), Ediciones Troquel, Buenos Aires, Argentina.



DECANOS DE MEDICINA EN XX AÑOS DE VIDA AUTONOMA DE LA UNAH.  
*Drs. Romiro Figueros R., J. Adán Cueva; Enrique Aguilar Paz; Jorge Haddad Q.; Juan Almendares y Dagoberto Espinoza M.*

ÚLTIMAS ADQUISICIONES EN LA COLECCIÓN DE BIBLIOTECA MÉDICA  
"FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS"

18		ENCICLOPEDIAS DE LA MEDICINA ALTERNATIVAS
19	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD: LA EXPERIENCIA CENTROAMERICANA
20		MANUAL DEL TRAUMA: ATENCIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA
21		RED DE INFORMACIÓN DOCUMENTAL EN HONDURAS: (BILINGUAL)
22		HIPERTENSIÓN: AN INGEDIBLE EASY MINIGUIDE
23	MANNS, ARTURO	SISTEMA ESTOMATOGMÁTICO
24	MORENO GOMEZ, R.	ELECTROCARDIOGRAFÍA BÁSICA: COMO LEER ELECTROCARDIOGRAMAS
25	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	ZONOSIS Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES COMUNES AL HOMBRE Y A LOS ANIMALES
26	RODRIGUEZ MARCHAN, E.C.	FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
27	KAPANDJI, A.I.	FISIOLOGÍA ARTICULAR: ESQUEMAS COMENTADOS DE MECÁNICA HUMANA
28	CARRICO C. JAMES	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRAUMA ATLAS
29	GILSTRAP, LARRY C.	URGENCIAS EN SALA DE PARTOS Y OBSTETRICIA QUIRÚRGICA
33	FREDERICKSON HELLEN L.	SECRETOS DE LA GINECO-OBSTETRICIA
34	MALAGON-LONDOÑO, GUSTAVO	LA SALUD PÚBLICA SITUACIÓN ACTUAL PROPUESTA Y RECOMENDACIONES
35	SOLARI, ALBERTO JUAN	GENÉTICA HUMANA: FUNDAMENTOS Y APLICACIONES EN MEDICINA
36	RODRIGUEZ MARTÍN, JOSE MARIA	ELECTROTERAPIA EN FISIOTERAPIA
37	RICARD, FRANCOIS	TRATAMIENTO OSTEOPÁTICOS EN EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO



# DESARROLLO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

*Virgilio Cardona López\**

Según nuestra información sobre la Facultad de Ciencias Médicas, la asignatura de patología ya estaba incluida en el plan de estudios de la Carrera de Medicina desde los años cincuenta (1953), dividida en Patología General y Anatomía Patológica.

La asignatura de Anatomía Patológica era impartida durante el IV año de la carrera por el Dr. José Adán Cueva Villamil (1914-2003), en el Hospital General San Felipe, donde también se iniciaron los primeros estudios histopatológicos en el Servicio de Anatomía Patológica. Posteriormente en 1954 se incorporó a impartir dicha asignatura el Dr. Raúl A. Durón M. (1925-2003) y el Dr. Oscar Raudales (1931-2003) en el año de 1962, ambos entrenados en el exterior en la rama de Patología.

En febrero de 1964 hice mi ingreso a la Facultad de Ciencias Médicas como Profesor de Anatomía Patológica y en Marzo de 1966 se creó la asignatura de Patología Clínica bajo la responsabilidad del Dr. Ramón Custodio López.

El Departamento de Patología no existía como tal pues no tenía el personal docente suficiente para funcionar según las normas de la Universidad, por lo que las actividades que se realizaban dependían del Departamento de Morfología.

En la siguiente década se continúa con los estudios de pre-grado bajo la responsabilidad del Dr. Jorge Haddad Quiñonez., Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, quien hizo innumerables aportes para mejorar la enseñanza en las asignaturas de Patología, entre los cuales podemos recordar:

- Uso de proyectores de diapositivas
- Creación de un archivo de diapositivas
- Compra de un Fotomicroscopio

---

\* Profesor Emérito, UNAH

- Compra de 25 microscopios para los estudiantes de Pregrado
- Creación de una Sección Audiovisual con un dibujante y un fotógrafo.
- Nombramiento de 2 estudiantes de medicina por año, como ayudantes de la Cátedra (de estos estudiantes posteriormente algunos se hicieron patólogos).
- Otorgamiento de una beca para estudios en el exterior para un Histotecnólogo y formación del primer técnico. (Dr. Inf. Andrés Corea Martínez).
- Se creó la sección de Autopsias con un ayudante y una secretaria.

El apoyo decidido de las autoridades fomentó la creación de una clase práctica de Patología que permitía a los estudiantes hacer uso de microscopios para estudios histopatológicos, realización de autopsias y revisión de piezas macroscópicas en el Servicio de Patología del Hospital General San Felipe, todo esto indudablemente mejoró la enseñanza.

La falta de profesores en ese tiempo y el aumento de estudiantes nos hizo contratar un patólogo extranjero, Dr. Claudio Montero, quien permaneció en el Departamento por espacio de dos años (1967-1968). También, se logró motivar a estudiantes de medicina destacados para realizar estudios de Post-Grado de Anatomía Patológica. Se obtuvieron dos becas para Colombia y Venezuela. En esa década, se logró contratar un médico recién egresado para realizar actividades docentes por un periodo de un año. En vista de la escasez de profesores este programa se mantuvo por espacio de cinco años.

Con todo lo anterior, para el año de 1977 se logró contratar tres patólogos a tiempo completo, Dr. Carlos Alberto Javier Zepeda, Dr. Danilo Alvarado y Dra. Claudina Ferrera, lo que permitió según las leyes de la UNAH, la *creación formal del Departamento de Patología de la Facultad de Ciencias Médicas* en el Hospital General San Felipe. Desde ese año se incrementó el número de estudiantes hasta llegar a 200, lo que llevó a la creación de diferentes secciones, cada una a cargo de un profesor a tiempo completo; sin embargo debido a este incremento de alumnos la clase práctica desapareció.

Se creó una Sección Audiovisual que permitió hacer colecciones de miles de diapositivas de casos de patología quirúrgica y autopsias que sirvieron para impartir la asignatura y realizar conferencias clínicas patológicas en el Hospital. El material continúa utilizándose para la enseñanza de la patología.

Con el apoyo sostenido de las autoridades se logró la creación de un área física docente con una Sala de Autopsias, en donde se practicaban lecturas de biopsias y citologías; además se adecuaron oficinas para personal del laboratorio. Toda esta infraestructura permitió que se impartieran clases prácticas por la tarde, complementando así la enseñanza de la teoría.

Entre los años 1977-1979 se comienza a trabajar en la organización y diseño de un Departamento de Patología moderno, que brindara servicios al futuro Hospital Escuela; con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se estableció un programa de formación en el extranjero para el personal técnico y profesional. Esto permitió la contratación de siete profesionales especialistas en patología que vinieron a formar el nuevo Departamento en el Hospital Escuela en marzo de 1979.

En este año las asignaturas de Patología Clínica y Anatomía Patológica se fusionaron en una sola asignatura con el nombre de Patología (PA-201), debido a que por el incremento de estudiantes (400) no era factible una enseñanza adecuada de la Patología Clínica con un solo profesor; esta asignatura se impartía en forma anual en el IV año de Medicina.

En 1998 la asignatura fue dividida en dos semestres, Patología General y Patología Especial, responsabilizando a profesores de tiempo completo y de medio tiempo; con estas asignaturas se inició el desarrollo de clases en las aulas del edificio de la Facultad de Ciencias Médicas.

Vale la pena mencionar que el Departamento de Patología también sirve una asignatura para estudiantes de la Carrera de Microbiología (PA-221) que dura un semestre.

Actualmente el Departamento está ubicado en el primer piso del Hospital Escuela y cuenta con un Jefe, el Dr. Ricardo Madrid Lizardo y un equipo de per-







Mirna Vásquez de Cruz\*  
Elia Beatriz Pineda\*

# ANÁLISIS DEL ESTADO ACTUAL Y DE LAS TENDENCIAS EN ENFERMERÍA: UNA MIRADA DESDE EL ÁMBITO EDUCATIVO.

Cada momento que transcurre en la vida de quienes habitamos el planeta es diferente del anterior, lo que se refleja en la transformación constante de estilos de vida, de deseos y expectativas, de gustos y preferencias, y de la forma de pensar y de actuar de las personas. Y ello trae aparejada la comparación y la competitividad, que fija los estándares de precio según niveles de calidad y de excelencia, que será cada vez mayor. Lo anterior implica que todos los profesionales, incluyendo los de Enfermería, deben aceptar los retos y desarrollar actitudes diferentes, que les permitan romper con los paradigmas tradicionales y promover un pensamiento innovador, globalizador y creativo (1).

Al analizar la profesión de enfermería, se puede decir que desde que comenzó la reforma de los modelos de atención basada en la atención primaria hasta el día de hoy, su desarrollo ha sido notable, pero no lo suficiente como para cumplir con todas las expectativas que dicha estrategia despertó; y al respecto, la Organización Mundial de la Salud ha planteado que si bien las enfermeras han jugado un rol relevante en la

prestación de servicios, su potencial no ha sido desarrollado completamente” (2). Podemos señalar, entre posibles razones para que esto sea así, las siguientes:

- no se ha alcanzado una autonomía plena ni una identidad profesional; las enfermeras nos hemos dedicado esencialmente a cuidar enfermos y a ejecutar las indicaciones de tratamiento prescritas, para acelerar la recuperación y para prevenir las complicaciones;
- no se ha creado una demanda propia, por la

\* Coordinadora del Programa de Postgrado en Enfermería.  
\* Docente del Programa de Postgrado en Enfermería.



poca definición de lo que la profesión ofrece a la población, (que sólo las enfermeras podemos hacer), teniendo cuidado para no incursionar en el campo de otros profesionales; agrava lo anterior el hecho que los servicios de los profesionales de enfermería no son directamente accesibles a la población sino que esta accede a dichos servicios a través de la consulta médica;

- no se dispone de un sistema de registro de las actividades de enfermería, lo que resulta en dificultades para hacer evidente su contribución real; se hace difícil evaluar la calidad del aporte y se limita el desarrollo de investigaciones que promuevan la construcción de conocimiento.

### Tendencias para el futuro

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) hizo a principios del actual milenio, un análisis de las diversas tendencias que influyen en la atención de salud y en la de enfermería en particular; creemos que el resultado de dicho análisis refleja una situación que sigue vigente, y por ello, presentamos a continuación un resumen de las tendencias y un análisis prospectivo de cómo la profesión de Enfermería puede enfrentar los retos que en nuestro país plantea el futuro:

**La reforma de los sistemas de atención de salud:** Caracterizada por la descentralización y la desreglamentación, lo que en algunos países se refleja en reducción de personal y la contratación del personal menos capacitado en busca de reducir los costos de la atención; en este entorno debe crecer el potencial y competencias de enfermería en sectores como cuidados a domicilio, basados en la comunidad, la dirección de equipos, negociación, actividad empresarial, elaboración de presupuestos y supervisión(3).

Esto puede verse como una oportunidad para que las enfermeras podamos superar los límites estructurales actuales de los servicios de salud y diseñar modelos de atención independientes centrados en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y sus complicaciones, que estén dirigidos a grupos vulnerables de la población (adultos mayores, adolescentes, trabajadores, familias, personas con enfermedades crónicas, entre otros) y que sean accesibles

a estos grupos en función de costos, ubicación y abordaje cultural. Para ello, la salud debe ser visualizada como un bien social que requiere influir y responder a las necesidades cambiantes y a las prioridades en materia de salud. En consecuencia, un sistema de reglamentación es una prioridad, con normas que promuevan el desarrollo profesional y regulen el desempeño de las enfermeras.

Para desarrollar una propuesta de reglamentación es necesario definir un propósito explícito, pertinente y claro, sabiendo cual es nuestra esencia profesional, cuales son las responsabilidades de los interesados (el público, los miembros del gremio profesional, los países, los empleadores, otras profesiones) y tenerlos debidamente en cuenta en los aspectos pertinentes; las reglas deben ser generales para permitir la flexibilidad necesaria para facilitar el alcance de objetivos, así como para crear espacio para la innovación, el crecimiento y el cambio; deben enfatizarse normas generales de desempeño, el fomento de la identidad y la movilidad de profesionales al máximo, de un modo compatible con las necesidades y circunstancias locales; deben propiciar un trato justo y equitativo a las partes reguladas, y deben reconocer la igualdad y la independencia de las profesiones (4).

Las profesionales de enfermería son responsables de profundizar sus conocimientos sobre cómo promover el autocuidado y el cuidado dependiente de la población, contribuyendo a la construcción de una cultura de salud desde edades tempranas de niños y jóvenes; también tendrán que desarrollar modelos de atención integral para personas mayores, con miras a ayudarlos a mantener su independencia y apoyarlos a autocuidarse para garantizar la mejoría de su calidad de vida (4).

**Expectativas crecientes de la población:** En la actualidad, el público está mejor informado y exige más de los servicios de salud; asimismo, impugna cada vez más las decisiones de los profesionales, y ahora los grupos de pacientes negocian cada vez más los cuidados que desean. (3)

Los profesionales tienen que pensar con enfoques de mercadeo que les permitan identificar con mayor precisión las necesidades y deseos individuales, familiares y de la comunidad; de igual manera, deben faci-



ello no debe ser causa de que se relegue nuestra capacidad para establecer contactos más íntimos y personales con nuestros pacientes, que nos permitan observar sus facies y estados de ánimo, detectar perturbaciones anímicas, y percibir sus deseos y sus molestias; estos aspectos no tienen traducción en los aparatos y solo pueden detectarse a través de un mayor contacto e interacción de persona a persona.

**La cuestión de la globalización:** La apertura del comercio mundial y la libre circulación de ideas, personas y capitales aumentarán los desafíos y oportunidades para las enfermeras al promover los procesos de acreditación, de normatización, y de acceso a la información y las redes de enfermería (3), todo lo cual traerá como consecuencia la competencia con pares y con otros profesionales nacionales y extranjeros, así como un mayor conocimiento sobre otras culturas, religiones e idiomas. Las tendencias a la globalización obligarán a países y grupos profesionales a competir con otros en dos sentidos: uno, el de competir por competir, en el que lo que importa es la cantidad (incrementar el número de personas a atender sin importar cómo se atienden, y para lo cual no se requiere tener altos niveles educativos ni cuantiosas inversiones por parte del Estado en educación y en salud); y dos, la competencia a base de calidad, lo que requiere invertir en educación y en salud con el fin de alcanzar y sostener dichos niveles de calidad, y en el que la meta es satisfacer las necesidades del cliente, e incluso, en ocasiones, trascender sus expectativas y aspiraciones.

**Los cambios en los procesos de trabajo:** Las transformaciones en el entorno y la naturaleza del trabajo favorecerán a las enfermeras de alto nivel de competencia y poseedoras de capacidades múltiples que las califican para procesar, almacenar y transmitir el conocimiento en salud; las enfermeras tienen que prepararse para situaciones futuras, aceptar la movilidad de puestos de trabajo y poseer capacidades transferibles que pueden utilizarse en contextos laborales diversos, y con vinculaciones con personas, grupos e instituciones diferentes de las habituales. De donde, la competencia con calidad implica que se empleará personal más calificado, en el que el nivel de eficiencia importa más que la estabilidad laboral, lo que obligará a las enfermeras a actualizar constantemente su conocimiento a fin de contar con la preparación para el desempeño requerido de ellas, en distintos espacios,

áreas y modalidades, así como para atender las necesidades de las personas y propiciar la interacción entre ellas, el entorno que les rodea, y los sistemas de salud.

### **Implicaciones para los procesos formativos en enfermería.**

Lo expuesto en los párrafos anteriores determina la necesidad de propiciar cambios sustantivos en la educación de las enfermeras; el primer paso será asumir una posición favorable al cambio; a pesar de que esta temática viene debatiéndose por varios años ya, y la evidencia actual es que las instituciones (más bien las personas) responsables de la formación en enfermería no parecen estar alcanzando logros significativos, y promueven la idea de la necesidad de romper los paradigmas a los que tradicionalmente ha estado sujeta la actividad educativa.

La Enfermería como profesión sufre una crisis de identidad, lo que hace necesario no solamente revisar los límites del campo de acción que se le ha señalado, sino, más bien redefinir dicho campo, a la luz de nuevos propósitos, de roles diferentes, y sobre todo, de la identificación de objetos de estudio y de trabajo renovados, coherentes con una visión diferente del país y de la salud; dicha crisis empieza a manifestarse desde la etapa estudiantil, en la que la relación entre el sistema educativo y el asistencial tiene una acentuada debilidad. Creemos que desde esta etapa temprana debe hacerse hincapié en el desarrollo individual, enfatizando en el fortalecimiento de la autonomía para decidir un curso de acción, el espíritu crítico y la creatividad al plantear soluciones; obviamente, los procesos formativos deberán orientarse hacia la visión de enfermería y el compromiso de hacer de ella una disciplina y una profesión que exprese su liderazgo a través de su propio conocimiento y accionar en el campo que le corresponde, en la utilización del conocimiento adquirido, y en el desempeño profesional a través de modelos de trabajo en que son solidarias con el resto del equipo de salud, pero conservan su identidad y caracterización propia (9).

El segundo paso en este proceso será buscar mecanismos para incorporar los principios básicos de la calidad educativa en la formación de enfermeras. Será útil en esta intención tomar en cuenta las siguientes consideraciones:







## Referencias

1. SEEI. Com. Revista META.
2. OMS. Strengthening Nursing and midwifery. A global Study. Ginebra 1997.
3. CIE. Una mirada al futuro: principales tendencias que influyen en la enfermería y en los cuidados de salud. Citado en: The Health for All Policy for the WHO European Region- 21 Targets for the 21th Century, WHO. Copenhagen.
4. CIE. Posiciones del Consejo Internacional de enfermeras. 1993.
5. Noria M; Joice W; Roberson Bruce: Harvard Business Review: ¿Qué es lo que sirve de verdad? parte I. Suma # 112. Septiembre, 2003.
6. PNUD. Informe sobre desarrollo humano. Editores Mundi Prensa. 2003.
7. OPS. Recursos Humanos: Factor Crítico de la Reforma Sectorial en Salud. Informe Reunión Regional. SERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS, N° 8.
8. Haddad, Jorge. El desarrollo de los trabajadores de la Salud. Editorial López. Honduras, 2003.
9. VIII Congreso Nacional de Enfermería. Universidad de Antofagasta, Hacia el Constructivismo de un nuevo paradigma de enfermería. 2000.
10. Najera, Rosa Maria. Desarrollos perspectivas de la profesión de enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín. Septiembre, 2000.
11. CSUCA. Guía para la autoevaluación de programas académicos en la educación superior. Marzo, 2000.
12. Gyarmatti, G. La profesión de enfermería: Una aproximación horizonte de enfermería. Vol. 9, N° 1, 1998.



ÚLTIMAS ADQUISICIONES EN LA COLECCION DE BIBLIOTECA MÉDICA  
"FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS"

38	<i>SERRA CATAFAU, JORDI</i>	—	[ ANTIEPILEPTICOS EN EL MANEJO DEL DOLOR NEUROPÁTICO
39	<i>MICHELI, FEDERICO</i>	—	[ VIVIR CON ENFERMEDAD DE PARKINSON
40	—	—	[ PHARMACISTIS DRUG HANDBOOK
41	—	—	[ CUIDADOS INTENSIVOS

.....

# LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA (UIC): SU QUEHACER AL INTERIOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

.....

*Aída Castillo Güiza\**  
*Brenda Elizabeth Meléndez\**

La Unidad de Investigación Científica (UIC), de la Facultad de Ciencias Médicas, es el organismo que orienta las actividades de investigación como un eje transformador, con el fin de proponer y desarrollar estrategias de respuesta integral a los problemas prioritarios de salud de la población hondureña. Contribuye al desarrollo de la investigación a través de la formación de equipos de investigación interdisciplinarios e interinstitucionales; propicia la divulgación del conocimiento en el área de la salud, y promueve el dominio del saber en el campo científico - tecnológico.

## 1. Antecedentes

El desarrollo de la investigación no debe estar separado de la estructura social, las condiciones económicas y el desarrollo educativo, por eso es que se puede aseverar que la investigación es un instrumento de mucha importancia que permite construir conocimiento objetivo de los problemas que se presentan y que limitan la consecución de las metas en los diferentes campos de acción del ser humano y más específicamente, en el área de salud.

Antes de 1978<sup>1</sup>, la Secretaría de Salud Pública, y otras instituciones vinculadas al sector salud como la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el Centro de Investigación y Desarrollo de la Cooperación Nacional de Investigaciones (CONADI), participaron en trabajos de investigación individual o en cooperación con agencias internacionales, aún sin tener una política orientadora, por lo

---

\* Docente de la UIC.

\* Coordinadora de la UIC.

que la contribución de esta actividad fue limitada y sus resultados no fueron utilizados por carecer justamente de un compromiso para el apoyo y utilización de los mismos.

A partir de 1982 se inicia el fortalecimiento y desarrollo institucional, y es así como la Secretaria de Salud decide crear la Unidad de Ciencia y Tecnología mediante la Resolución Ministerial N° 015 - 83 del 3 de febrero de 1983.<sup>2</sup>

Ese mismo año la UNAH crea la Dirección de Investigación Científica (DICU), cuyo objetivo específico era el desarrollo, coordinación y evaluación de la investigación en las unidades académicas, mediante la delimitación del trabajo por áreas. Es así como las actividades en el área de salud se integraron a través de una coordinación general del área de investigación biomédica, que se relacionaba directamente con los Departamentos de Fisiología, Medicina Preventiva y Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas y con los Departamentos de Microbiología, Química y Farmacia y otras facultades de la UNAH.

La Facultad de Ciencias Médicas (FCM), consciente de la necesidad de desarrollar la investigación de los problemas prioritarios de salud, incrementó sus esfuerzos en apoyo a la investigación y en 1982 se organizó la Comisión de Tesis cuya función principal era la de orientar los trabajos de investigación que estudiantes de medicina y enfermería realizaban previo a la opción de su grado académico, de tal manera que con estas investigaciones se contribuyera a la solución de los problemas nacionales mediante estrategias basadas en resultados de dichos estudios.

En 1984, también se inicia con el apoyo del Grupo de Referencia del Programa de Adiestramiento en Salud de Centro América y Panamá (PASCAP), un proceso de capacitación del personal con el fin de preparar cuadros de investigadores para llevar adelante el proceso de desarrollo de la investigación.

La Facultad de Ciencias Médicas, interesada por impulsar la investigación como elemento fundamental para su desarrollo integral, para el despegue de la ciencia y tecnología y para mejorar la situación de salud de la población, decide profundizar los esfuerzos; es así como a finales de 1985 se desarrolla el Primer Taller sobre Política de Investigación de la FCM. Como consecuencia de dicho evento, en 1986 se nombra una Comisión con la responsabilidad de definir y elaborar la Política de Investigación para la Facultad de Ciencias Médicas y organizar la Unidad que promueva y administre toda la actividad investigativa de la Facultad. Dicha política fue elaborada en un Segundo Taller realizado en el Segundo Semestre de 1986.

La comisión antes mencionada estuvo integrada por la Licenciada Elia Pineda, y los Doctores Rubén Palma Carrasco y Miltón González, quienes además de orientar la elaboración de las política de investigación, construyeron, con asesoría técnica de la OPS, la propuesta para la creación y funcionamiento de LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, documento que fue discutido y aprobado por la Junta Directiva de la Facultad y por el Consejo Universitario. Cabe resaltar que todas estas propuestas estuvieron enmarcadas en la Ley Orgánica de la UNAH, los lineamientos de la Dirección de Investigación Científica y los reglamentos y normas de la FCM.

La UIC en el momento actual, ha agrupado sus actividades más relevantes en 4 áreas básicas que en un inicio fueron identificadas como secciones.

## 2. Áreas Básicas:

- Capacitar y dar apoyo técnico a docentes y estudiantes sobre metodología de investigación, bases estadísticas y de computación, especialmente en EPI INFO y SPSS.
- Incrementar la actividad de investigación al más alto nivel científico según la factibilidad

<sup>1</sup> Espinal Zuñiga, Germán; Pineda, Elia; González, Miltón; Palma Carrasco, Rubén. *Anteproyecto de Diseño Organizativo de las Unidades de Investigación Institucionales y de la Comisión Interinstitucional de Desarrollo de la Investigación en Salud, Propuesta del Plan de Acción.* MSP, IHSS, FCM-UNAH, SECPLAN, OPS/OMS. Tegucigalpa, M.D.C., 1987.

<sup>2</sup> Citado en MSP IHSS, FCM-UNAH, SECPLAN, OPS-OMS. *Anteproyecto de Diseño Organizativo de las Unidades de Investigación Institucionales y de la comisión Interinstitucional de Desarrollo de la Investigación en Salud.* Propuesta del Plan de Acción.



y viabilidad de los proyectos, a través de la promoción, asesoría y monitoreo.

- Divulgar y documentar a través de la organización del centro de consulta, de intercambio de información a nivel interinstitucional e intersectorial y de divulgación de los resultados obtenidos,
- Desarrollar el área de cómputo e informática, brindando el apoyo técnico necesario en materia de procesamiento y análisis de datos, contando para esto con un banco de datos que apoye el proceso de investigación.

El modelo organizativo implicó la conformación de un grupo técnico - científico permanente, que ejecutaría las actividades en las áreas identificadas como secciones. La UIC depende directamente del Decanato, lo que garantiza una estrecha comunicación, facilitando así la toma de decisiones respecto a la política de investigación. Además, coordina actividades en materia de investigación con la DICU, la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA), entre otras.

En 1987 La Secretaría de Salud Pública, El Instituto de Seguridad Social, La Facultad de Ciencias Médicas y La Secretaría de Planificación Coordinación y Presupuesto del Gobierno de Honduras, en adelante denominada SECPLAN, deciden suscribir un ACUERDO INTERINSTITUCIONAL en el cual se establece el marco general de referencia para un trabajo conjunto en el campo de la investigación, y se crean las bases para el desarrollo de proyectos específicos.

A pesar de que este acuerdo cuenta con el apoyo legal para su funcionamiento, con el devenir del tiempo hemos podido constatar que no ha sido posible llevarlo a la práctica por razones que en este momento no viene al caso precisar. Podríamos afirmar que la actividad investigativa se ha realizado de una manera aislada, excepto entre La Secretaría de Salud y La Facultad de Ciencias Médicas, donde se ha tratado de hacer trabajo mancomunado.

En el mismo año de 1987, La Facultad de Ciencias

Medicas a través de la COMISION INTER-INSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION elaboró un compendio de las POLITICAS DE INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, las cuales están enmarcadas en políticas de investigación más generales a nivel institucional, sectorial y nacional.

*«El objetivo general que la Política de Investigación en Salud se plantea, es el de orientar la investigación científica y tecnológica de la Facultad de Ciencias Médicas a la solución de los problemas críticos en el campo de la salud, tanto a nivel de prestación de servicios como de desarrollo de recursos humano»<sup>3</sup>*

En relación a este objetivo, es importante reconocer que en Honduras y particularmente en nuestra Facultad, se han realizado actividades investigativas en el campo de la salud con importantes éxitos, pero por limitaciones de orden financiero, académico e institucional, la producción y resultados de los mismos no han tenido el impacto y contribución esperado en el estado de salud de la población hondureña. En la actualidad las limitantes no han sido superadas sustancialmente quizás por las razones más notorias como son la falta de apoyo financiero, falta de tiempo del docente universitario, pues aunque la actividad de investigación es una de las funciones primordiales de la UNAH, no se cuenta con el apoyo necesario para tal fin y en el orden de prioridades la carga académica del profesor recae en un porcentaje alto en el acto de «dar la clase», dejando poco tiempo para la ejecución de investigaciones.

Sobre este último comentario también consideramos importante mencionar que la falta de una cultura educativa en investigación influye negativamente, aunque algunos docentes incorporan la investigación en los contenidos de las asignaturas y la práctica de los alumnos y promueven en ellos la ejecución de investigaciones, en su mayoría no responden con una actitud positiva y lo que se logra hacer se queda escrito en documentos, sin la debida aplicación y publicación de resultados. Las razones para esta situación son

<sup>3</sup>Comisión para el desarrollo de la Investigación: «Políticas de la investigación de la Facultad de Ciencias Médicas» FCM, UNAH. Tegucigalpa M. D. C: Honduras C. A. 1987

múltiples.

A manera de información para docentes y estudiantes hacemos de su conocimiento que la Dirección de Desarrollo Estudiantil (DIDE) dentro de su programa de desarrollo tiene contemplado apoyo financiero para la ejecución de proyectos de investigación realizados por estudiantes, con el propósito de incrementar esta actividad y que a la vez signifique un estímulo para el estudiante, esta iniciativa que tiene muy poco tiempo de haberse implementado, consideramos es una estrategia que posibilitará el desarrollo de la investigación en la Universidad y particularmente en nuestra Facultad.

En este sentido la UIC esta promocionando esta oportunidad en diferentes espacios como son las aulas de clase y áreas de práctica, para que el estudiante la conozca y despierte en él interés por participar en esta actividad como un instrumento que contribuye a profundizar el conocimiento y fortalecer la educación médica y de enfermería en general.

### 3. Trabajos de investigación como requisitos de graduación

En el año de 1995, por razones que consideramos de orden político pues no se tomó en cuenta a la unidad creada para el desarrollo, coordinación y administración de la investigación a nivel de la Facultad de Ciencias Médicas, ni se le dio por parte de las autoridades correspondientes, una explicación, se eliminaron las tesis de grado, mismas que estaban contempladas como requisito de graduación para cualquier estudiante al egresar con su título profesional de esta universidad. En sustitución de las mismas se creó la MONOGRAFIA que tiene las peculiaridades propias de un INFORME DE LA PRACTICA PROFESIONAL SUPERVISADA. Hasta el momento se está aplicando esta modalidad, no obstante, con el análisis del que ha sido objeto esta práctica, en el cual se concluye que los trabajos no reúnen criterios de científicidad, el claustro de Profesores de la UIC adoptó la modalidad de una MONOGRAFIA MODIFICADA a fin de contribuir a la formación de investigadores y de plantear estrategias oportunas para mejorar la salud de la población del país. Para tal fin se creó el convenio interinstitucional que fue firmado por el Representante de la Secretaría de Salud, Representante

de la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), representante del Colegio Médico y del Colegio de Enfermeras, Rectoría de la UNAH y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Con las instituciones antes señaladas, se identificaron las necesidades o las áreas donde dirigir las acciones de esta modalidad. Estas investigaciones son coordinadas, supervisadas y evaluadas por el personal de la UIC y realizadas por los médicos y enfermeras en Servicio social. Al momento actual se han desarrollado 27 temas, algunos de ellos son los siguientes:

- **Evaluación de la línea básica del programa de control de tuberculosis**, Coordinador Dr. Dennis Padgett y Dra. Eleonora Espinoza. Período noviembre 2002 - noviembre 2003. Realizada a nivel nacional. El proyecto consistió en la evaluación de las medidas básicas de control de la tuberculosis recomendadas por el Programa TAES en la UPS donde esté ubicado un médico en servicio social; la búsqueda activa de pacientes con TB que reciben o han recibido tratamiento bajo el Programa TAES, evaluando la aplicación de las medidas en ellos y la determinación de la prevalencia de sintomáticos respiratorios (personas que presentan tos con una duración mayor de 15 días) en el área de influencia de la UPS. El estudio fue de tipo transversal descriptivo; la población fueron los pacientes con tuberculosis en tratamiento, ya fuese actual o en los últimos cinco años y, los sintomáticos respiratorios de la comunidad. Se utilizaron cuatro guías dirigidas a: informantes claves, a pacientes en tratamiento, a la población mayor de 15 años y a los sintomáticos respiratorios diagnosticados en la comunidad. La muestra consistió en: 20 pacientes de los centros de salud; en los centros con baja incidencia se tomaron 10, igual número (10) se tomó en caso de que el centro no estuviera manejando pacientes con TB al momento del estudio. También se tomaron 10 pacientes ya tratados. Los sintomáticos respiratorios (50) se tomaron con base a una prevalencia estimada de 10% y un valor mínimo aceptado del 1% a un nivel de confianza de 95% (Formula Simple size =  $n/(1 - p)$ )  $n = Z_{\alpha} \cdot p \cdot (1 - p)/d^2$ . El análisis inicial



por comunidad se realizó con una matriz de datos manejada por cada médico en servicio social, los datos recolectados fueron ingresados en una base general usando EPI INFO.6 (CDC, Atlanta EUA), se hará limpieza de las bases de datos para revisar inconsistencias, valores fuera del rango y otros errores de digitación: El análisis básico consistirá en la construcción de frecuencias simples de las variables y análisis univariado y derivado, cuando sea pertinente se aplicarán pruebas estadísticas como Chi cuadrada para comparación de proporciones y t de student para comparación de medias a fin de establecer significancia estadística, en forma exploratoria se podrá describir asociaciones de variables claves con factores específicos aplicando la razón de desventaja OR. Resultados: El estudio se encuentra actualmente en la etapa de análisis, se evaluaron 80 UPS del país, a 800 pacientes en terapia antituberculosa y se detectaron en forma activa 4,000 sintomáticos respiratorios. Los resultados que proporcione el diagnóstico es de importancia para la toma de decisiones sobre la forma de mejorar el programa en sus componentes y en aquellos lugares donde sea necesario.

- **Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares**, Investigador principal Dr. Gustavo Moncada; investigadora, Dra. Edna Maradiaga. Estudio realizado a nivel nacional con los médicos en servicio social. **Objetivo general:** Conocer la situación de la población hondureña en lo referente a los factores de riesgo para la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares. **Objetivos específicos:** Identificar los factores de riesgo en la presentación de enfermedades cardíacas y vasculares / Determinar los factores de riesgo en la incidencia y prevalencia de enfermedades: vascular cerebral, vascular periférica, coronariopatías, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca / Implementar medidas de intervención a nivel de centros asistenciales de salud y educación a fin de prevenir la ocurrencia de eventos cardiovasculares. Tipo de estudio: Transversal descriptivo. Actualmente se encuentra en la etapa de levantamiento de datos.
- **Prevalencia del uso de drogas en estudiantes de educación secundaria**, Unidades ejecutoras

Facultad de Ciencias Médicas, UIC, Departamento de Investigación de IHADFA. Investigadores principales: Lic. Enio Alvarenga, Dr. Ivan Espinoza, Licda. Brenda Meléndez, Dra. Gertrudis Ramos, Dr. Ramón Jeremías Soto. Período Junio 2001 - junio 2002. El propósito de esta investigación es que a partir de los resultados obtenidos, las instituciones coordinadoras, puedan emitir estrategias viables, objetivos de impacto que conduzcan a promover la prevención del consumo de drogas a nivel nacional, particularmente en la población de estudio. **Objetivos:** Investigar la prevalencia del uso de drogas, los conocimientos, actitudes y prácticas de consumo en estudiantes de educación secundaria, en los diferentes municipios de Honduras. / Caracterizar los factores sociodemográficos y culturales en la población estudiada, describir la frecuencia de consumo de drogas lícitas / Identificar los conocimientos y actitudes de los estudiantes de secundaria en relación a las drogas. / Describir el consumo de drogas en la familia y su relación con el consumo de drogas en la población en estudio. / Identificar el motivo y la edad de inicio del consumo de drogas. Tipo de estudio: Descriptivo transversal. Población: Estudiantes de ambos sexos, mayores o iguales de 15 años de edad y menores de 18, de ambientes rurales y urbanos que cursaban el 9º, 10º, 11º y 12º año de educación secundaria en colegios públicos y privados a nivel nacional. Muestra: Cada médico en servicio social obtuvo una muestra de 100 estudiantes; en la comunidad donde existía más de un establecimiento de segunda enseñanza se aplicó el muestreo proporcional a la población de cada establecimiento seleccionado, haciendo un total de muestra recolectada de 10,159 estudiantes. Actualmente se está en proceso de análisis.

- **Estudio Epidemiológico Multicéntrico Nacional sobre Anomalías Congénitas (AC) en Honduras**. Período enero - septiembre del 2001. Unidades ejecutoras: Proyecto Niño Saludable - FCM – UIC; Investigadores principales Licda. Gayle Milla, Dra. Ileana Mayes, Dr. Ivan Espinoza Salvado, docentes de la UIC, y médicos en servicio social. Propósito: A partir de los resultados, las instituciones coordinadoras, emitirán estrategias viables, objetivas y de impacto que conduzcan a

promover la prevención de anomalías en la población nacional. **Objetivos:** Determinar las tasas de incidencia de las anomalías congénitas en los recién nacidos de los partos ocurridos en los hospitales públicos y en las poblaciones rurales del país. / Determinar algunas características sociodemográficas de los padres de los niños que nacen con anomalías congénitas, así como la frecuencia e incidencia de factores biológicos y la historia familiar de los padres. Específicos: Determinar la frecuencia de factores de riesgo biológico, el medio ambiente familiar y ocupacional, socioeconómicos, de la exposición a sustancias adictivas y medicamentos presentes en mujeres hondureñas, parturientas en los hospitales y áreas rurales de estudio. / Identificar algunos conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres hondureñas parturientas en los hospitales y áreas rurales en estudio, sobre las causas y formas de prevención de las AC. / Conocer el patrón alimenticio que tienen las mujeres hondureñas parturientas en los hospitales y áreas rurales en estudio. **Metodología:** en su primera fase (nueve meses) el estudio fue descriptivo - prospectivo, en su segunda fase fue transversal. Universo y muestra: Fase I Todos los nacimientos de 20 semanas o más de gestación con peso mayor o igual a 500 gramos, vivos o muertos atendidos en los diferentes hospitales del estudio durante el período, con antecedentes de presentar una AC externa o fácilmente diagnosticable. Fase II El 3% de mujeres hondureñas parturientas en los diferentes hospitales del estudio durante el período, conforme el número de partos esperados para el año 2001. Se estudiaron ocho hospitales (Roberto Suaso Córdova de La Paz, Jesús Aguilar Cerrato de La Esperanza, Intibuca, Aníbal Murillo de Olanchito, El de Puerto Lempira, Manuel de Jesús Subirana Tela Integrado, San Francisco de Juticalpa y el de Islas de la Bahía). **Procesamiento y análisis de la información:** Tomando en cuenta que se trató de un estudio multicéntrico coordinado por diferentes instituciones, el procesamiento, análisis y elaboración del informe final, según acuerdo entre dichas instituciones, se realizarán de forma independiente por el Proyecto Niños Saludables; su publicación saldrá en los próximos meses. En lo que concierne a los hospitales incorporados a posteriori es responsabilidad

de la UIC hacer el procesamiento, análisis y elaboración del informe que también será presentado posteriormente, respetando la autoría del Proyecto Niño Saludable

- **Investigación sobre Prevalencia de la disfunción eréctil en la población mayor de 15 años.** Actualmente se está ejecutando este proyecto en los diferentes Cesamos y áreas donde los Médicos realizan su Servicio Social.

#### 4. Actividades realizadas por el comité de Bioética:

La Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas aprobó a los veinticinco días del mes de agosto del 2003, el REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACION (CEIB), que contempla los principios éticos básicos y requisitos que deben tener los estudios de investigación, así como el reglamento interno y funciones de los órganos del CEIB y los procedimientos de dictamen. Dicho reglamento fue presentado al Consejo General de la UNAH para su aprobación en Diciembre del mismo año.

Esta iniciativa responde a que la mayoría de los estudios se realizan en seres humanos y que a partir de algunos años atrás el hombre tiene la posibilidad técnica de manipular la vida, por lo que es necesario contar con las valoraciones adecuadas que tomen en cuenta la cultura, la filosofía, las tradiciones religiosas sobre el trabajo médico y el mundo jurídico, es por ello que la UIC ha tomado esta responsabilidad como parte de su quehacer científico. Al momento actual se han analizado varios proyectos y se han emitido los dictámenes respectivos:

- Determinación de subtipos circulantes de VIH-1 en Honduras 26-08-003.
- Genes para epilepsias comunes: epilepsias mioclónica juvenil 27-08-003, 01-09-003
- Estudio de fase III, doble ciego, randomizado, controlado con placebo, en múltiples países y centros para valorar la eficiencia y seguridad de dos dosis de vacuna oral con rotavirus humano vivo atenuado (RVH) de GSK biológicas en lactantes sanos 11-09-003
- El papel de las transfusiones sanguíneas en la epidemiología de la infección de la hepatitis C en





## ACTUALIDAD

*Alumnos y Alumnas de V año de la asignatura  
de Clínica Gineco-Obstetricia I \**

# ANEMIA APLÁSICA EN EL EMBARAZO

## Reporte de un caso:

**Resumen:** Se presenta el caso de una mujer con anemia aplásica cursando el tercer trimestre de embarazo; diagnosticada y manejada en el Hospital Materno-Infantil de Tegucigalpa. El motivo de ingreso fue palidez generalizada y gingivorragia. Su diagnóstico se basó en la historia clínica, examen físico, hemogramas realizados en sus controles prenatales y biopsia de médula ósea (No 629-02 del 24-02-02). La anemia aplásica es una pancitopenia periférica junto a una médula ósea pobremente celular. En el embarazo es usualmente rara. El tratamiento consiste en un soporte hematológico materno con productos sanguíneos y uso de esteroides. La evolución hasta la terminación del embarazo del caso clínico fue excelente.

**Palabras claves:**  
*Anemia aplásica, Pancitopenia, Anemia Gestacional.*

## INTRODUCCIÓN

El embarazo de una paciente con anemia aplásica es una condición rara, registrándose en la literatura mundial menos de un centenar de casos, la mayoría de los cuales proviene de Japón (1)(2), con una morbilidad y mortalidad materno-fetal significativa. La anemia aplásica fue descrita por primera vez por Ehrlich en 1888 (3)(4), se caracteriza por pancitopenia periférica junto a una médula ósea pobremente celular,

comprobada por biopsia, y con cambios degenerativos grasos, debido a insuficiencia de la célula madre totipotencial. Las pacientes embarazadas con anemia aplásica pueden ser divididas en dos grupos: aquellas que desarrollan la enfermedad en el curso del embarazo y las que padecían la entidad previamente, teniendo mejor pronóstico estas últimas ya que pueden someterse al trasplante de médula ósea y desarrollar posteriormente embarazos normales (5). No se ha

---

\*Tercera Rotación, 2002

encontrado relación entre la edad gestacional y el apareamiento de la anemia aplásica, siendo característico que en uno de cada tres casos la culminación del embarazo esté asociado con la remisión de la aplasia (6)(7).

Los mecanismos causantes de esta enfermedad durante el embarazo son inciertos, pero en modelos animales se ha encontrado que las altas dosis de estrógenos se asocian a la supresión de la médula ósea

Se supone que algunas mujeres frente al estrés que representa el embarazo, muestran una respuesta inadecuada, presentando un desequilibrio entre la eritropoyetina, el lactógeno placentario y los estrógenos, con hiperproducción de interferón gamma que suprime la médula ósea.(8).

La médula ósea muestra severa depresión en las células hematopoyéticas progenitoras incluyendo los mieloides, eritroides pluripotenciales y megacariocitos, pudiendo ser reemplazada por tejido graso.

Las alteraciones de la **Serie Plaquetaria** originan las manifestaciones más frecuentes características como hematomas, petequias, equimosis gingivorragias, y sangrados vaginales, digestivos o del Sistema Nervioso Central. Las alteraciones en la **Serie Roja** producen palidez, astenia, adinamia, cansancio, mareos, taquicardia e hipotensión arterial. La deficiencia en la **Serie Blanca** resulta en la predisposición y gravedad de las infecciones.

A medida que avanza la edad gestacional, y de no existir un tratamiento oportuno se agravan los síntomas. El tratamiento de elección es el trasplante de médula ósea, pero debido a que es necesario una terapia inmunosupresiva antes del trasplante, lo cual es perjudicial para el feto, no se realiza durante el embarazo, por lo que en cambio se administra un tratamiento de sostén. (9).

En muchos casos, el tratamiento con dosis altas de prednisona intravenosa, inmunoglobulinas y múltiples transfusiones de glóbulos rojos empacados y plaquetas resultan en un producto exitoso. Los corticoides a altas dosis, así como andrógenos presentan problemas de virilización para la madre y los fetos femeninos (seudohermafroditismo). El danazol es un ejemplo de

estos medicamentos esteroideos. Las transfusiones deben ser mantenidas a un mínimo antes del parto para evitar sensibilización y rechazo, resultando ser más efectivas cuando estas provienen de familiares de la paciente. La administración de tres a cuatro unidades resulta más efectiva cuando son plaquetas HLA-compatibles (1,8). Durante el embarazo es necesario administrar hierro y ácido fólico complementando una dieta adecuada y reposo relativo (1). Ninguno de los agentes eritropoyéticos empleados han mostrado eficacia absoluta.

La decisión de terminar el embarazo todavía se mantiene controversial, sin embargo muchos autores sugieren este método temprano en el embarazo ya que esto puede estar seguido de una mejoría hematológica (1). Este soporte hematológico está acompañado de un monitoreo fetal que incluye non-stres test dos veces por semana en conjunto con evaluaciones sonográficas secuenciales del embarazo. Algunos autores le suman a lo anterior, la ausencia de internación hospitalaria para disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales potencialmente mortales (2).

Para determinar la vía final del parto en un paciente con anemia aplásica se debe evaluar el estado hematológico de la paciente y condiciones del feto y la presencia de infecciones en la paciente. La decisión de la vía final del parto continúa siendo controversial, ya que algunos autores prefieren el parto vaginal espontáneo y otros optan por la terminación temprana del embarazo, ya sea por cesárea o por parto inducido. Cualquiera que sea la vía de finalización del embarazo se debe estabilizar a la paciente hematológicamente, teniendo los valores mínimos de plaquetas a 20,000/ml y hemoglobina 11.5-12.5 G/dl, también se debe hacer uso de antibióticos profilácticos para evitar cualquier riesgo de infección.

En la revisión bibliográfica realizada se reportan solamente 2 casos por vía vaginal (2,13) y 11 casos por vía cesárea. (1,3,5,9). Cuando se considera una cesárea se hace tomando en cuenta: historia de cesárea previa, presentación anormal del feto, feto macrosómico, placenta previa, sufrimiento fetal agudo, empeoramiento de las condiciones maternas antes de que el embarazo llegue a término, nuliparidad, evitar trabajo de parto prolongado o necesidad de la realización posterior de una histerectomía para evitar



cidos esencialmente por la ausencia total o parcial de las células madre hematopoyéticas que originan las tres series hematológicas en la médula ósea (serie roja, serie blanca y serie plaquetaria). La exposición a químicos y a drogas se ha citado como el precursor más frecuente de anemia aplásica y aunque no podemos establecer una relación directa, la paciente se expuso a químicos. Además, el embarazo en sí mismo es otro factor condicionante (13), así como factores virales y otros.

La incidencia de la anemia aplásica en el embarazo es tan rara que plantea dificultades en cuanto a su manejo óptimo. Las bases del tratamiento consisten en soporte hematológico materno con productos sanguíneos de acuerdo a la condición de la madre y cuando sea necesario, como se hizo con la paciente (14).

No se ha encontrado relación entre la edad gestacional y el apareamiento de la anemia aplásica, pero a medida que avanza la edad gestacional se agravan los síntomas de no haber un tratamiento oportuno. El tratamiento médico brindado a la paciente resultó en un parto exitoso e incluyó administración periódica de plaquetas, hierro, ácido fólico, así como, danazol el cual presenta problemas de virilización para la madre y de pseudo hermafroditismo para fetos femeninos (15) como ocurrió en éste caso. El soporte hematológico fue acompañado de monitoreo fetal dos veces por semana y evaluaciones ultrasonográficas secuenciales, sin embargo no se detectó la microcefalia del producto. No hubo problemas de sensibilización por transfusión a pesar de las más de 100 unidades de plaquetas administradas antes del parto, recomendando la literatura que deben ser mantenidos al mínimo posible antes del parto para evitar el problema de sensibilización (1),(8). La decisión de considerar el parto vaginal se basó en que se trata de un embarazo a término con un producto cefálico en condición estable y sin sufrimiento fetal y además por la menor susceptibilidad a infecciones y hemorragias. Debió mantenerse en todo caso a la paciente estabilizada hematológicamente con valores mínimos de plaquetas de 20.000 por microlitros y una hemoglobina de 11.5 a 12.5 gramos por decilitros y también debió hacerse uso de antibióticos profilácticos para evitar cualquier riesgo de infección.

## CONCLUSIONES

La anemia aplásica es la causa más común de pancitopenia en la adolescente y adulta joven. Su incidencia en el embarazo es rara y la mortalidad materno neonatal es mayor de 70%. Por definición las células hematopoyéticas ocupan menos del 25% de la médula ósea. Su pronóstico es determinado por el grado de depresión de las células sanguíneas. El caso presentado es uno de los pocos a nivel mundial que han sido reportados y manejado exitosamente por vía vaginal. La paciente deberá recibir trasplante de médula ósea y/o tratamiento inmunodepresor para evitar su deterioro rápido por infección y hemorragia.

## Autores

*Alumnos y Alumnas de V año de la asignatura de Clínica Gineco-Obstetricia I*

Enrique Cartagena Duarte  
Alba Zelaya Espinal  
Gladis Azucena Gutiérrez Lagos  
Gladis Maritza Castro Ríos  
Karen Barahona Corleto  
Franklin Díaz Rojas  
Delhi Ochoa Gadiel  
Oscar Josué Elvir Lagos  
Ángel Alid Padilla Fonseca  
Carlos Núñez Mejía  
Javier Pastrana Álvarez  
Edgardo Ramírez Fonseca  
Edy Salinas Ortega  
José Rostran Aguilar  
Ivon Monserrat Guzmán  
Sandra Reyes Murillo  
Fredy Guillen Lobo  
Rosibel Meza Cabrera  
Marlon Núñez Ponce  
Rubén Zepeda Valladares  
Carla Cerritos Gómez  
Gracia Sánchez Barrientos  
Aristides Castillo García  
Jorge Arturo Plata  
Flor de Maria Flores Vázquez  
Adalberto Mejía Escoto  
Juan Ramón Rivera Rápalo  
Maria Cruz Hernández  
Lourdes Ortíz Flores  
Miguel Romero Pineda  
Cristy Sierra López





## LIBRERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Facultad de Ciencias Médicas

### Referencias y materiales disponibles para la venta

1. *Administración en Enfermería 2ª. Ed. Arndt/Huckabay*
2. *Administración en Servicios de Enfermería, 3ª ed. Balderas*
3. *Anatomía Humana, Rouvière Vol I 10 ed. 2000*
4. *Anatomía Humana, Rouvière Vol II 10 ed. 2000*
5. *Anatomía Humana, Rouvière Vol III 10 ed. 2000*
6. *\*\*\* Anatomía Humana, Rouvière Vol (3) 10 ed. 2000*
7. *Anatomía con orientacion clinica, Moore 4ª. Ed. 2001*
8. *Atlas de Histología, Geneser 1ª. Ed. 1997*
9. *Atlas de Anatomía, Rohen Yokochi 5ª. Ed. 2002*
10. *Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Hardman 10ª.*
11. *Patología Bucal 4ª. Ed. Shafer 1986*
12. *Fresas dentales-carburo (5 fresas) Iyer*
13. *Fresas dentales-carburo (5 fresas)*
14. *Fresas dentales-diamante (10 fresas)*
15. *Cuidados intensivos en el adulto, Alspach 5ª. Ed. 2000*
16. *\*Cardiología, centro cardiovascular, 6ª ed. 2002*



*Juan Manuel Pérez G.\**  
*María Olimpia Córdova B.\**

# ANTECEDENTES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN HONDURAS.

El desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos es muy incipiente en el país, los avances y el reconocimiento de los mismos se debe en buena parte a las acciones de las organizaciones nacionales de mujeres, asimismo de instancias de salud, a través de su personal técnico con el apoyo de sus autoridades, como al de organismos de cooperación internacional que han contribuido al análisis, cada vez más integral de la salud sexual y reproductiva y el paulatino acercamiento a un enfoque de derechos. Este cambio desde un paradigma centrado en consideraciones demográficas y fijación de metas a otro centrado en derechos humanos y en decisiones libres y responsables se debe a los alcances de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo 1994, la plataforma de la Conferencia Mundial de la Mujer Beijing 1995, Quinta Conferencia sobre Población de Asia y el Pacífico en Bangkok 2002

En 1996 en Honduras inicia la revisión del Código Penal, y mediante Decreto 191-96 se establecen penas mayores para la trata de personas con fines de explotación sexual. Es hasta después del periodo de referencia, cuando algunas organizaciones civiles dedicadas a la protección de la niñez han sistematizado alguna información nacional y han generado corrientes de opiniones orientadas a visibilizar y a atender este problema, específicamente en la niñez y la adolescencia.

En el marco de la revisión del Código Penal, mediante Decreto 59-97 se establece el régimen de acción pública para el delito de violación y se incrementan las penas; se sanciona el hostigamiento sexual en los centros de estudio y de trabajo; se reconoce como delito de violación también a la agresión sexual por vía anal o bucal; y establece una pena igual al de la violación a quien introduzca un objeto fálico en órganos sexuales o en el ano del sujeto pasivo, en contra de la voluntad de este. Con este marco

---

\* Director de la Unidad de Tecnología Educativa en Salud  
\* Docente de la Facultad de Ciencias Médicas

aprobado y a partir de procesos de comunicación, se ha logrado que un mayor número de mujeres agredidas denuncien los hechos y que la sanción social a este tipo de delitos aumente.

En abril de 1999 la Secretaria de Salud creó el Programa de Atención Integral a la Mujer, antes denominado Programa de Atención Materno Infantil; con ello, se evidencia un salto conceptual al ampliar su visión hacia otros problemas, es decir no sólo desde una perspectiva de la mujer como objeto reproductivo. En este Programa se elaboró el Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer y se ha capacitado a la mayoría del personal de salud asignado a los centros de salud de todo el país. En los centros de salud se atiende lo relativo a planificación familiar, anticoncepción de emergencia, atención prenatal, parto, puerperio, lactancia materna, atención especial a los y las adolescentes, esterilidad e infertilidad, climaterio y menopausia.

Otro avance formal se dio en noviembre de 1999 con la aprobación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaria de Salud, a través de la Dirección General de Riesgos Poblacionales, el Departamento de Salud Materno Infantil y la Comisión Nacional de Maternidad Saludable, que propone, además de lo planteado en la Política Pública de Salud, la prevención del aborto y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor incluidas las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA e información, educación y asesoramiento, sobre sexualidad humana, salud reproductiva, paternidad y maternidad responsables. En definitiva, la política en esta área tiene por objeto: eliminar las muertes por causas previsibles, evitar la violación y otras causas de violencia.

En el año 2000 se aprueba la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, misma que establece, entre otras medidas que las estudiantes de secundaria que se embarazan tienen el derecho de no interrumpir sus estudios en sus centros educativos; reconoce a mujeres y hombres, en relación de pareja, su derecho de decidir sobre el número de hijos/as que desean tener y el espaciamiento en los embarazos; prohíbe a los empleadores exigir a las mujeres examen de embarazo previo a su contratación; y establece la obligación del Estado, de incorporar la educación sexual en todos los

niveles de educación formal.

La divulgación de esta Ley ha permitido que las mujeres hagan uso de ella y que muchas adolescentes no permitan su expulsión de los colegios al momento que conocen de su embarazo.

En ese mismo año, se aprobó la Ley Especial del VIH/SIDA, en la cual se reconocen los derechos de las personas convivientes con el virus y exige al Estado reorientar los currículos de educación, en lo relativo a educación sexual.

Mediante la Encuesta Nacional de Salud Masculina ASHONPLAFA y USAID y la Secretaria de Salud plantean de una manera más sistemática, la problemática de salud del hombre hondureño.

Los datos de esta encuesta nacional han permitido disponer de una base de datos nacionales que apoyen la intervención y orienten el programa de salud masculina.

En julio del 2003 la Secretaria de Salud crea la oficina de Atención Integral al Hombre como parte del Departamento de Atención Integral a la Familia. Actualmente uno de los propósitos centrales de esta oficina es la formación de un equipo de conducción de este proceso y la creación del Programa de Atención Integral al Hombre, con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva.

Se requiere un mayor compromiso social sobre los derechos sexuales y reproductivos de las personas, para lograr un mayor avance y que estos formen parte de la agenda de gobierno.

## BIBLIOGRAFIA

**Nota:** Para la elaboración de este artículo se realizó una revisión de las publicaciones sobre: Derechos sexuales y los derechos reproductivos en Honduras, diagnóstico nacional CLADEM,. Para acabar con la violencia contra la mujer y Población salud reproductiva y objetivos de desarrollo del milenio.

1. Ramírez A, Martínez M, Rivera R. Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos en Honduras, diagnóstico nacional CLADEM,



Honduras febrero DE 2003.

2. Population Reports. Para acabar con la violencia contra la mujer. Las organizaciones mundiales

opinan, febrero 2002

3. UNFPA, Población salud reproductiva y objetivos de desarrollo del milenio. Diciembre 2002.



## LIBRERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Facultad de Ciencias Médicas

### Referencias y materiales disponibles para la venta

17. *Curso "Crash" – esencial en anatomía*  
Amerally 1998
18. *Curso "Crash" – esencial en aparato digestivo*
19. *Curso "Crash" – esencial en Farmacología.* Taylor
20. *Curso "Crash" – esencial en célula y genética.* Jones
21. *Curso "Crash" – esencial en metabolismo y nutrición.* Benyon
22. *Curso "Crash" – esencial en sistema nervioso y sentidos*
23. *Curso "Crash" – esencial en sistema cardiovascular*
24. *Curso "Crash" – esencial en sistema endocrino y aparato reproductor*
25. *Estuche de cirugía menor*
26. *Cirugía: Bases del conocimiento quirúrgico.* Martínez 2ª.
27. *El paciente en estado crítico,* Gómez, Restrepo, 3ª. 2003
28. *Principios de cirugía,* Schwartz 7ª. Ed (2 vol.) 1995
29. *Principios de cirugía,* Schwartz 7ª. Ed (2 vol.) 2000
30. *Manual de diagnóstico y tratamiento clínico*
31. *Donde no hay Doctor,* 2ª. Ed. David Werner 1996
32. *Dermatología,* Fallabella 6ª ed 2002



# INSTRUCCIONES PARA LA PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

Estas instrucciones describen las normas para la redacción de los artículos a ser considerados para publicación; en concordancia con los requisitos de uniformidad para revistas biomédicas (Normas de Vancouver), cuyo texto completo es accesible en <http://www.icmje.org> y en la Unidad de Tecnología Educativa en Salud. (UTES) de la Facultad de Ciencias Médicas.

## **Sobre los aspectos éticos de la publicación:**

Los manuscritos enviados para publicación no deben ser artículos o trabajos de investigación publicados en otras revistas, libros o medios electrónicos, nacionales e internacionales; se aceptan aquellos que aparecen en memorias de jornadas científicas u otros similares. No se aceptarán trabajos que hayan sido enviados a otras revistas con fines de publicación.

El Consejo Editorial aplicará las Normas del Comité de Ética de Investigación Biomédica de la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas, para resolver dudas respecto a los asuntos ético-legales de la investigación o la publicación. Los autores deben especificar en el manuscrito los procedimientos que utilizaron para proteger los derechos de los seres humanos, instituciones o animales, según los lineamientos del Consejo Nacional de Investigación.

## **Sobre la autoría:**

Cada uno de los autores del manuscrito se hace responsable de su contenido y debe haber participado lo suficiente en la investigación, análisis de la información y escritura del artículo. Los autores deben hacer constar la participación o patrocinio financiero de organizaciones o instituciones con intereses en el tema del manuscrito, así como todo soporte financiero para realizar la investigación y publicación.

Una vez aprobado un manuscrito para publicación, todos los derechos de reproducción total o parcial pasan a la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. Las solicitudes de permisos para reproducción de artículos publicados en la revista serán recibidos, analizados y aprobados por el Consejo Editorial.

## **Sobre la temática:**

Los trabajos deben referirse a temas de la educación de los profesionales de la salud, historia de la Facultad de Ciencias Médicas, análisis de los procesos de desarrollo curricular, actualizaciones en diferentes campos del conocimiento en salud (salud pública, aspectos clínicos, gestión en salud, modelos de atención, entre otros)

## **Sobre los manuscritos:**

El texto no debe exceder 15 páginas tamaño carta, escritas a máquina a doble espacio, letra tipo arial, tamaño 12; las páginas deben estar enumeradas en el margen superior o inferior derecho. Deben usarse

abreviaturas con discreción, y en caso que se utilicen debe escribirse en forma completa la primera vez que aparece en el texto, ubicando la abreviatura entre paréntesis a continuación.

Los manuscritos que tratan sobre investigaciones deben seguir el formato que incluye:

**Título**

**Nombres del autor o autores:** Aparecerán según el orden del manuscrito enviado; deberá especificarse categoría profesional, institución y departamento en donde laboran.

**Resumen:** debe constar de un máximo de 250 palabras y debe redactarse en español e inglés.

**Cuerpo del artículo:** incluye cuatro secciones: introducción, material y métodos, resultados y discusión.

**Agradecimientos**

**Bibliografía:** el número mínimo aceptado de referencias bibliográficas es diez, pertinentes y actualizados según el tema tratado; quedan excluidos de esta norma aquellos temas que por ser nuevos, tienen escasa sustentación bibliográfica.

Para los detalles sobre la presentación se debe consultar Las Normas de Vancouver.

Los manuscritos que no son producto de investigación, tales como ensayos, revisiones bibliográficas, casos clínicos, seguirán el mismo formato anterior a excepción del cuerpo, el cual se adecuará al tipo de artículo y a la creatividad del autor.

Las figuras y los cuadros con sus leyendas y títulos respectivos se incluirán en páginas aparte, enumeradas consecutivamente y agrupadas después de las referencias. Cada figura o cuadro debe mencionarse al menos una vez en el cuerpo del manuscrito.

**Sobre el envío:**

Debe enviarse el original y dos fotocopias y un disquete o CD con el texto, cuadros y figuras; de preferencia en Microsoft Word. Estos documentos no serán devueltos.

Lo anterior debe ser enviado o entregado a la Unidad de Tecnología Educacional en Salud de la Facultad de Ciencias Médicas (UTES) o enviado al correo electrónico: **utesfcm2003@yahoo.com**

**Sobre el proceso de selección:**

Los manuscritos serán sometidos a un proceso de revisión por miembros del comité de redacción y personas expertas en el tema del que trata. Su aprobación o rechazo será basado en las opiniones respectivas, en función de su calidad científica, su contribución a la solución de los problemas de la salud y la educación, su idoneidad para la revista.

**Sobre los derechos de los autores:**

En caso de que el equipo de redacción sugiera modificaciones al manuscrito, el autor será informado previo a la publicación.

Cada autor recibirá un ejemplar del número en el que se publique su artículo y una copia del mismo en CD.



A todo ello se une la falta de unos criterios metodológicos y normativos mínimos a la hora de presentar y catalogar dichos documentos, en gran parte por la propia novedad de los mismos y la variedad de soportes en que puede presentarse.

### ***Buscando una regulación***

Todo lo anteriormente expuesto explica la dificultad que encuentra un investigador a la hora de citar un trabajo (monografía o artículo) publicado en esta clase de soporte.

Sin embargo, desde hace ya unos años y ante el avance imparable de la edición electrónica, pese a las reticencias, son muchas las iniciativas, académicas e individuales, que tratan de establecer unas pautas mínimas sobre el modo de citar recursos electrónicos. Los encargados de fijarlas suelen ser expertos en biblioteconomía y documentación, los consejos de redacción de editoriales y revistas y algunos organismos internacionales como la ISO (International Standard Organization).

Esta última, en concreto, trata de promover a nivel mundial un marco normativo mínimo que facilite el intercambio internacional de información. Buena prueba de su valía es que el conocido lenguaje HTML, es una aplicación de la ISO, el Standard 8879 de 1986. Y aunque es verdad que aún no se puede hablar de una norma única y universalmente aceptada, creemos que estamos cerca de conseguirlo.

Yendo al terreno de realizaciones concretas, en España ha habido algunas buenas iniciativas pioneras. Así, en la revista *Information World en Español (IWE)*, en su número de septiembre de 1997, apareció un trabajo de los profesores Assumpció Estivill y Cristóbal Urbano, de la Escuela Universitaria Jordi Rubio, Balaguer de Biblioteconomía y Documentación, titulado “Como citar recursos electrónicos” en catalán y en español, y que está disponible en Internet, en la web de la Biblioteca de la Universidad de Barcelona.

Este artículo pretendía responder a las numerosas dudas que ya entonces se planteaban los investigadores que tenían que recurrir a documentación electrónica y no sabían exactamente cómo citarla de un modo más o menos riguroso. Entonces se elaboraron unas directrices mínimas, que faltaban en nuestra lengua, partiendo del borrador incompleto que la ISO había publicado, la norma ISO 690-2, y de algunos manuales de estilo que abordaban el tema de las publicaciones electrónicas.

Un año después, en el curso de las VI Jornadas Españolas de Documentación, organizadas por la FESABID, estos mismos autores presentaron una comunicación titulada “Cómo citar recursos electrónicos: del uso a la norma y de la norma al uso”, disponible también en Internet, y en la que, después de la publicación del texto definitivo de la norma ISO antes mencionada, se revisaban las propuestas hechas en su primer trabajo y se hacía un análisis exhaustivo del modo cómo citan las fuentes electrónicas los autores que publican en revistas españolas de biblioteconomía.

En enero de 1999, Nancy G. Andara, especialista en Gerencia de Redes y Unidades de Servicio de Información, publicó también una “Guía práctica para citar documentos consultados a través de Internet”. Accesible también online, que trata de dar algunos consejos prácticos al usuario de este tipo de soporte, a partir de las normas emanadas de la ISO y de otras obras de referencia y guías de estilo.

Por otro lado, la norma ISO, ya nombrada, y que lleva el nombre de Excerpts from International Standard ISO 690-2. Information and documentation-bibliographic references-part 2. Electronic documents or parts thereof, está disponible en la dirección: <http://www.nic-bnc.ca/iso/tc46sc9/standard/690-2e.htm>.

Muy utilizadas son también las normas emanadas de la APA (The American Psychological Association), en particular el documento que lleva por título: “How to Cite Information from the World Wide Web”, también relacionado



siempre vienen recogidos, se puede prescindir de ellos.

Bien, a continuación vamos a dar una serie de ejemplos de reseñas bibliográficas de diferentes tipos de recursos electrónicos.

### ***Cita de un sitio Web***

Perseus Project. The Perseus Digital Library, [en línea]. Gregory Crane, Editor-in-Chief, Tufts University. Dirección URL: . [Consulta: 9 febrero 2001].

En este caso no hemos hecho constar la fecha de publicación o actualización porque no aparece expresamente en la página web. Hemos agregado un dato opcional, el responsable editorial de este proyecto.

### ***Cita de un artículo en una revista electrónica***

Paterniani, E. "Factores que afectan la eficiencia de la selección en maíz", [en línea]. Revista Investigación Agrícola-DANAC. Volumen 1. (1996). Dirección URL: . [Consulta: 22 abril 1998].

Como en las publicaciones en papel, el nombre del autor se pone invertido, primero el apellido y luego la inicial del nombre. Si fueran varios los autores se puede optar por poner los demás del mismo modo.

### ***Cita de un trabajo en CD-ROM***

Mcconnell, Wh. "Constitutional History". En The Canadian Encyclopedia, [CD-ROM]. Macintosh version 1.1. Toronto: McClelland & Stewart, 1993. ISBN 0-7710-1932-7.

En este caso hemos añadido un dato opcional, el número de ISBN, y al tratarse de un CD-ROM, es conveniente añadir cualquier información útil concerniente al sistema operativo bajo el que funciona (en este caso Macintosh).

### ***Cita de mensajes electrónicos***

Discussing all aspects of libraries, [en línea]. Usenet newsgroup: . Archivo de los mensajes en: . [Consulta: 6 mayo 1997].

Para terminar, sólo nos queda dar algunas recomendaciones finales. En primer lugar, la reseña será más o menos completa dependiendo de la información que nos proporcione el propio soporte en que aparezca el trabajo. Obviamente, si un web no tiene fecha de actualización o la mención al organismo o empresa que se encarga de su publicación no podremos hacerla constar. Además, en el caso de Internet, la mayoría de la información nos la deberá proporcionar la página de inicio donde se localice el documento electrónico de nuestro interés.

### ***En los mensajes electrónicos el título lo constituye la línea que aparezca en el apartado Subject del mismo***

Por último, al escribir una dirección URL, si esta es larga, es conveniente no incluir guiones de separación al final de línea, pues esto puede inducir a error, sino que es mejor insertar un salto de línea después de una de las barras inclinadas (/) de que se compone. Por supuesto, tampoco es conveniente incluir punto y final.

En suma, en la exposición que precede hemos intentado recopilar las mejores guías de referencia que existen para aprender a citar recursos electrónicos, así como dar unos cuantos consejos básicos que orienten al investigador a la hora de reseñar este particular tipo de soporte en sus trabajos.

© ULPGC. Servicio de Biblioteca y Documentación 2004.

Para dudas o sugerencias diríjase a [bu@ulpgc.es](mailto:bu@ulpgc.es)

## EVENTOS Y PUBLICACIONES

La Dirección de Investigación Científica (DICU) por este medio convoca a la XVI Semana Científica a desarrollarse el 6-10 de septiembre del año en curso en Ciudad Universitaria y Facultad de Ciencias Médicas. En el marco de esta jornada académica-científica, la comunidad universitaria tendrá la oportunidad de participar en eventos relacionados con la educación en salud como los siguientes:

### **XI JORNADA DE LAS CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD.**

- A. Presentación de resultados de las investigaciones científicas;
- B. Conferencias especiales y conversatorios;
- C. Exposiciones culturales y artísticas.

Fecha máxima de entrega de resúmenes:  
6 de julio, 2004

Inscripción:

Profesionales .....Lps. 150.00  
Estudiantes .....Lps. 75.00

El participante tendrá derecho a : Diploma de participación; Memoria; Recuerdos del Evento; Programas; refrigerios. Cualquier información adicional comunicarse a: UNIDAD DE INVESTIGACION CIENTIFICA (UIC); Tel. (504 ) 239- 0131.

Correo electrónico : [fcmuic.rdshon.org.hn](mailto:fcmuic.rdshon.org.hn)

### **II CONGRESO DE PARASITOLOGÍA.**

Temas a considerar: malaria, leishmaniasis, tripanosomiasis americana, helmintiasis intestinales, zoonosis, amebiasis, parásitos oportunistas, metodología diagnóstica, seguridad alimentaria y parásitos, interpretación de pruebas serológicas y casos clínicos.

**Actividades:** Conferencias, mesas redondas, trabajos libres, carteles.

COMITÉ CONJUNTO AHPA- DICU; Dr. Benjamín Henríquez Rivas- Dra. Rina G. Kaminsky.

Apartado postal # 1587; Tel /Fax ( 504 ) 238-2449; 231-0678

Correo electrónico: [fundar@cablecolor.hn](mailto:fundar@cablecolor.hn) /[dicu@unah.edu.hn](mailto:dicu@unah.edu.hn)

Fecha límite para recibir resúmenes de conferencias, casos clínicos, trabajos libres y carteles: 14 de junio, 2004

## II JORNADA CIENTÍFICA DE MICROBIOLOGÍA

Fecha límite para entregar resúmenes de trabajos de investigación: 6 de julio, 2004.

### FORO: PRE JORNADA CIENTÍFICA

#### GLOBALIZACIÓN Y VIH / SIDA

Día: 19 de agosto 2004

Hora: 9 - 12 M.

Lugar: Auditorium "Jorge Haddad Quiñónez" Facultad de Ciencias Médicas

#### TEMAS:

- La filosofía y el VIH/SIDA
- La cultura y el VIH/SIDA
- Aspectos sociológicos del VIH/SIDA
- Cómo afecta el VIH/SIDA a la economía nacional
- Tendencias del VIH/SIDA
- La participación ciudadana frente al VIH/SIDA

*El Colegio Médico de Honduras y el Comité Organizador invitan al XLVII CONGRESO MÉDICO NACIONAL "DR. JUAN ALMENDARES BONILLA."*

**Tema principal:** "MEDICINA DE CALIDAD EN LOS PAISES EN VIAS DE DESARROLLO"

Hotel Camino Real, Choluteca  
14, 15, 16 y 17 de julio, 2004  
Valor:  
Precongreso: Lps. 400.00  
Congreso: Lps. 800.00

#### Información:

Telfax: 8801191  
Correo electrónico: conmedna@hondutel.hn

#### Publicaciones científicas:

El Postgrado de Medicina ha girado copias a la comunidad científica, del último número de los postgrados de Medicina correspondiente al período de enero- diciembre 2003, correspondiente al volumen 8, números 1-3. Entre su contenido se destacan artículos originales relacionados con la neonatología, cirugía, anestesia, neurocirugía, ortopedia, ginecología y obstetricia entre otros.



## LA ASOCIACION DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE LA UNAH (APEUNAH)

Informa a las asociadas Profesionales de Enfermería y estudiantes de la carrera de Enfermería que recientemente se inauguró el **Centro De Documentación de Enfermería (CDE-APEUNAH)**, situado en el 3er piso , Módulo 2, Departamento de Enfermería de la Facultad De Ciencias Médicas.

El cual fue gestionado por el Colegio de Profesionales de Enfermería De Honduras dentro del marco del convenio de Colaboración y Cooperación técnico-financiera con la Fundación para el Desarrollo de Enfermería (FUDEN) de España.

El CDE-APEUNAH da inicio con el Proyecto “Implantación de Una Red de Centros de Documentación” a nivel nacional.

Los servicios que se brindan son los siguientes:

- Préstamos internos de material bibliográfico
- Búsqueda automatizada de información.
- Acceso a la página de internet de FUDEN, organizaciones e instituciones relacionadas al área de la salud.
- Formación por Internet
- Comunicación correo electrónico para actividades académicas.
- Capacitación en Educación e Informática de Enfermería

Se les invita muy cordialmente a visitar el Centro de Documentación de Enfermería de la Asociación de Profesionales de Enfermería de la UNAH. **(CDE-APEUNAH)**



## LIBRERÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Facultad de Ciencias Médicas

### Referencias y materiales disponibles para la venta

33. *Dermatología, Falabella 6a ed. De Gowin 1998*

34. *Tensiómetro Digital MF – 33*

37. *Odontología pediátrica, Pinkham 2a ed. 1996*

38. *Diagnóstico Clínico y Tratamiento, 39a ed. Tierney 2003*

41. *Enfermería Materno-infantil, Reedder, 17a. ed. 1995*

42. *Estetoscopio*

35. *Diagnóstico enfermería y plan de cuidados, Kim, 5 ed. 1994*

36. *Diccionario enciclopédico de enfermería, 5a ed. Miller*

39. *Enfermería Medico quirúrgica Brunner, Smeltzer 9a (2 Vol).*

40. *Embriología Clínica, Moore-Persaud 7a ed. 2004.*

43. *Estetoscopio TYCOS/5079-135MD Special Spectrum*

44. *Manual para examen físico normal, 2a ed. 1996*

**JUNTA DIRECTIVA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
PERÍODO 2001-2004**

DR. NELSON BALLARDO MONTES ROSALES  
PRESIDENTE

DRA. IRIS MILAGRO TEJEDA  
SECRETARIA

DR. JULIO COLINDRES  
VOCAL PRIMERO

DR. PEDRO E. CHAVEZ  
REPRESENTANTE COLEGIO MEDICO

BR CARLOS ISAI HERNÁNDEZ  
VOCAL

BR. HECTOR ROBERT SANTOS  
VOCAL

BR. JOSE FAUSTO FRANCO  
VOCAL

BR. GERMAN GARCIA  
VOCAL

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
PERÍODO 2000-2004**

DR. NELSON BALLARDO MONTES ROSALES,  
DECANO

LIC. LILIA MEZA  
VICE-DECANA

DRA. IRIS MILAGRO TEJEDA  
SECRETARIA

SECRETARIA LIC. WILFREDO DOMÍNGUEZ  
PRO-SECRETARIO

La suscripción es válida por un año

VALOR DE LA SUSCRIPCION

HONDURAS:	Lps. 60.00	Por un año ( 2 números )
EXTERIOR:	\$ 4.00	Por un año ( 2 números )

Para mayor información comunicarse con las oficinas de la UTES en la siguiente dirección:

**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Unidad de Tecnología Educacional en Salud, (UTES )**  
**Contiguo a Hospital -Escuela**  
**Telefax: ( 504 ) 232-2044; E.Mail : [utesfac2003@yahoo.com](mailto:utesfac2003@yahoo.com)**



CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN

REVISTA DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Nombre: \_\_\_\_\_

Departamento o Unidad: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E.mail \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

